



# ÉVALUATION SOMMATIVE

## APPROCHE DE L'ASSAINISSEMENT TOTAL PILOTÉ PAR LA COMMUNAUTÉ (ATPC) DANS LES ZONES D'INTERVENTION DU PROJET AERCA EN RÉPUBLIQUE CENTRAFRICAINE DE 2013 À 2018



# RAPPORT FINAL

JANVIER 2020

# ÉVALUATION SOMMATIVE

## APPROCHE DE L'ASSAINISSEMENT TOTAL PILOTÉ PAR LA COMMUNAUTÉ (ATPC) DANS LES ZONES D'INTERVENTION DU PROJET AERCA EN RÉPUBLIQUE CENTRAFRICAINE DE 2013 À 2018

### RAPPORT FINAL

Par :

**Hervé Kouandé**, [kokherve@gmail.com](mailto:kokherve@gmail.com) | Tél : +1 (416) 838-9149  
*Consultant Senior, Management et Suivi-Évaluation*

Préparé pour :

**Ministère du Développement de l'Énergie et des Ressources Hydrauliques**

Des informations additionnelles peuvent être obtenues auprès de:

**UNICEF – Centrafrique**

Amah Klutse, [aklutse@unicef.org](mailto:aklutse@unicef.org) | Tél: +236 21 612-850

*Chef de section Eau, Hygiène et Assainissement*

B.P 907 Bangui – République Centrafricaine

#### **DÉSENGAGEMENT :**

Les opinions des auteurs exprimées dans ce rapport ne reflètent pas nécessairement les vues du Ministère du Développement de l'Énergie et des Ressources Hydrauliques de la République Centrafricaine et du Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF).

UNICEF

## TABLE DES MATIÈRES

|   |    |
|---|----|
| LISTE DES ACRONYMES, SIGLES ET ABREVIATIONS .....   | 1  |
| GLOSSAIRE DE TERMES.....  | 2  |
| TABLEAUX, GRAPHIQUES, ILLUSTRATIONS ET FIGURES.....                                       | 3  |
| Liste des tableaux.....   | 3  |
| Liste des graphiques.....   | 3  |
| Liste des illustrations.....  | 4  |
| Liste des figures.....  | 5  |
| RESUME EXECUTIF.....  | 1  |
| 1.    CONTEXTE DE L'ÉVALUATION .....  | 1  |
| 1.1.    Contexte national de l'hygiène et de l'assainissement.....                        | 1  |
| 1.2.    Description de l'approche de l'ATPC .....   | 2  |
| 2.    OBJET DE L'ÉVALUATION .....   | 3  |
| 2.1.    Description de l'objet .....  | 3  |
| 2.2.    Théorie du changement .....   | 5  |
| 2.3.    Stratégie d'intervention de l'UNICEF et rôles des parties prenantes .....         | 5  |
| 3.    BUT ET OBJECTIFS DE L'ÉVALUATION.....   | 8  |
| 3.1.    But de l'évaluation.....  | 8  |
| 3.2.    Objectifs spécifiques.....  | 9  |
| 4.    PORTEE DE L'ÉVALUATION.....   | 9  |
| 4.1.    Portée chronologique.....   | 9  |
| 4.2.    Portée géographique.....  | 9  |
| 4.3.    Portée thématique .....   | 10 |
| 4.4.    Parties prenantes concernées par l'évaluation .....                               | 11 |
| 5.    CRITERES ET QUESTIONS D'ÉVALUATION.....   | 11 |
| 6.    METHODOLOGIE DE L'ÉVALUATION .....  | 14 |
| 6.1.    Démarche globale et justification.....  | 14 |
| 6.2.    Conceptions et niveau d'évaluation .....  | 14 |
| 6.3.    Méthodes et instruments de collecte de données.....                               | 15 |
| 6.4.    Echantillonnage.....  | 16 |
| 6.4.1.    Cibles de la collecte des données .....   | 16 |
| 6.4.2.    Méthodes d'échantillonnage et tirages des échantillons.....                     | 16 |
| 6.5.    Organisation de la collecte des données .....                                     | 19 |
| 6.6.    Saisie, gestion et analyse des données.....                                       | 19 |
| 6.7.    Considérations éthiques et prise en compte du genre et des droits de l'homme..... | 20 |
| 6.8.    Limites conceptuelles et mesures de contingence.....                              | 21 |
| 6.9.    Gestion de l'assurance qualité de l'évaluation .....                              | 22 |
| 7.    CONSTATS ET CONCLUSIONS PRELIMINAIRES (PAR CRITERE).....                            | 23 |
| 7.1.    Constats selon les critères d'évaluation .....                                    | 23 |
| 7.1.1.    Pertinence et cohérence .....   | 24 |
| 7.1.2.    Efficacité.....   | 31 |
| 7.1.3.    Efficience .....  | 41 |
| 7.1.4.    Impact .....  | 48 |
| 7.1.5.    Durabilité.....   | 53 |

|        |   |    |
|--------|---|----|
| 7.1.6. | <i>Genre, équité et droits humains</i> .....  | 62 |
| 7.2    | Analyse du rôle des parties prenantes et des mécanismes de coordination de l'ATPC.....                                  | 66 |
| 7.2.1  | <i>Analyse de la planification stratégique</i> .....  | 66 |
| 7.2.2  | <i>Analyse des systèmes d'information et de suivi-évaluation</i> .....  | 66 |
| 7.2.3  | <i>Analyse de la performance opérationnelle des ONG</i> .....   | 67 |
| 7.2.4  | <i>Synergie et coopération de l'UNICEF avec les partenaires</i> .....   | 68 |
| 8.     | CONCLUSIONS DE L'ÉVALUATION .....   | 70 |
| 8.2    | Pertinence .....  | 70 |
| 8.3    | Efficacité.....   | 71 |
| 8.4    | Efficiences .....   | 72 |
| 8.5    | Impact .....  | 72 |
| 8.6    | Durabilité et mécanismes de pérennisation.....  | 73 |
| 8.7    | Genre, équité et droits humains.....  | 74 |
| 8.8    | Système de suivi-évaluation des initiatives en EHA.....   | 74 |
| 9.     | LEÇONS APPRIS.....  | 75 |
| 9.2    | Au niveau de la planification stratégique et de la programmation .....  | 75 |
| 9.3    | Au niveau de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation .....  | 75 |
| 9.4    | Au niveau des résultats obtenus et des perspectives de pérennisation.....   | 76 |
| 10.    | PRINCIPALES RECOMMANDATIONS .....   | 76 |
| 10.2   | Recommandations au Gouvernement de la RCA (Ministère du Développement de l'Énergie et des Ressources Hydrauliques)..... | 78 |
| 10.3   | Recommandations à l'UNICEF .....  | 80 |
| 10.4   | Recommandations aux Partenaires Techniques et Financiers (PTFs).....  | 82 |
| 11.    | ANNEXES.....  | 1  |
|        | Annexe 1-1 : Termes de référence de l'évaluation.....   | 1  |
|        | Annexe 1-2 : Liste des documents consultés.....   | 16 |
|        | Annexe 2 : Présentation des OMD et des ODD reliés à l'EHA et à la mortalité infantile .....                             | 17 |
|        | Annexe 3.1 : Liste des personnes rencontrées lors des visites de terrain .....  | 18 |
|        | Annexe 3.2 : Equipe d'évaluation et personnel de soutien sur le terrain.....  | 19 |
|        | Annexe 4 : Description détaillée du processus de l'ATPC.....  | 21 |
|        | Annexe 5 : Cadre Logique du programme AERCA .....   | 24 |
|        | Annexe 6-1 : Données d'échantillonnage pour les enquêtes par questionnaire.....   | 28 |
|        | Annexe 6-2 : Instruments de collecte de données auprès des parties prenantes.....                                       | 29 |
|        | Annexe 7 : Statistiques du programme sur la mise en œuvre de l'approche ATPC en RCA .....                               | 47 |
|        | Annexe 8 : Devis estimatif de construction d'une latrine villageoise en RCA avec et sans ATPC .....                     | 49 |
|        | Annexe 9 : Calcul de la durée de vie d'une latrine .....  | 50 |
|        | Annexe 10 : Modèle de certificat de confirmation du statut FDAL d'un village .....                                      | 51 |
|        | Annexe 11 : Matrice d'évaluation du programme ATPC .....  | 52 |
|        | Annexe 12 : Statistiques sur les données de l'enquête et des visites de terrain .....                                   | 64 |

## LISTE DES ACRONYMES, SIGLES ET ABREVIATIONS

|        |   |
|--------|---|
| AERCA  | Accélération de l'assainissement et de l'eau pour tous en République Centrafricaine |
| AET    | ( <i>partenariat</i> ) Assainissement et Eau pour Tous                              |
| ANEA   | Agence Nationale de l'Eau et de l'Assainissement                                    |
| ATPC   | ( <i>approche</i> ) Assainissement Total Piloté par la Communauté                   |
| C4D    | Communication pour le Développement   |
| CCC    | Communication pour le Changement de Comportement                                    |
| CCS    | Comité Communal de Suivi  |
| CEMAC  | Communauté Économique et Monétaire des États de l'Afrique Centrale                  |
| CLAH   | Comité Local d'Assainissement et d'Hygiène  |
| CM     | Chef de Ménage  |
| CSD    | Survie et Développement de l'Enfant   |
| DAL    | Défécation à l'Air Libre  |
| DREH   | Direction Régionale de l'Énergie et de l'Hydraulique                                |
| DIEPA  | Décennie Internationale de l'Eau Potable et de l'Assainissement                     |
| DGIS   | ( <i>Netherlands</i> ) Directorate-General for International Cooperation            |
| DGRH   | Direction Générale des Ressources Hydrauliques                                      |
| DLM    | Dispositif de Lavage des Mains  |
| DVL    | Durée de Vie de la Latrine  |
| DVML   | Durée de Vie Moyenne de la Latrine  |
| EHA    | Eau Hygiène et Assainissement   |
| FDAL   | Fin de Défécation à l'Air Libre   |
| FOSA   | Formation Sanitaire   |
| IDH    | Indice de Développement Humain  |
| IEC    | Inform - Éduquer - Communiquer  |
| LN     | Leader Naturel  |
| MAG    | Malnutrition Aigüe Globale  |
| MAS    | Malnutrition Aigüe Sévère   |
| MDERH  | Ministère du Développement de l'Énergie et des Ressources Hydrauliques              |
| NTIC   | Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication                      |
| OCDE   | Organisation de Coopération et de Développement Économique                          |
| ODD    | Objectifs de Développement Durable  |
| ODK    | Open Data Kit   |
| OMD    | Objectifs Millénaires pour le Développement   |
| ONG    | Organisation Non Gouvernementale  |
| OSC    | Organisation de la Société Civile   |
| PCA    | Programme Cooperation Agreement   |
| PIB    | Produit Intérieur Brut  |
| PNUD   | Programme des Nations Unies pour le Développement                                   |
| PSNAH  | Politique et Stratégie Nationale d'Assainissement et d'Hygiène                      |
| PTFs   | Partenaires Techniques et Financiers  |
| RCA    | République Centrafricaine   |
| UNEG   | United Nations Evaluation Group   |
| UNICEF | Fonds des Nations-Unies pour l'Enfance  |
| URN    | Unités de Réhabilitation Nutritionnelle   |
| USD    | Dollars des États-Unis  |
| XAF    | Franc de la CEMAC   |

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

**Célébration** : consiste à organiser une cérémonie de réjouissance impliquant les bénéficiaires et toutes les parties prenantes pour féliciter les populations de l'état FDAL obtenu.

**Certification** : confirmation et reconnaissance officielles de l'état de Fin de la Défécation à l'Air Libre (FDAL).

**DAL** : signifie Défécation à l'Air Libre – déféquer et laisser les déchets exposés à l'air libre.

**Déclaration** : consiste à annoncer officiellement aux populations, aux autorités et au grand public que la communauté ou le village a mis fin à la défécation à l'air libre.

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

**Latrines et Toilettes**: Alors qu'une latrine désigne généralement un simple trou, les toilettes comportent de façon générale un dispositif doté d'une chasse d'eau.

**Leaders Naturels (LN)** : activistes et enthousiastes qui se démarquent et assument un leadership au cours des processus ATPC. Hommes, femmes, jeunes et enfants peuvent tous être des leaders naturels. Certains leaders naturels deviennent des consultants communautaires, provoquant des actions de nature à encourager et à soutenir d'autres communautés que la leur.

**Vérification** : consiste en l'inspection d'une communauté dans le but d'évaluer son état FDAL (certification de comparaison).

Liste des tableaux

|   |    |
|---|----|
| <u>Tableau 3.1.1</u> : Liste des utilisateurs des résultats de l'évaluation.....  | 8  |
| <u>Tableau 4.4.1</u> : Liste des parties prenantes impliquées dans l'évaluation et l'utilisation de ses résultats.....        | 11 |
| <u>Tableau 6.4.1</u> : Liste des parties prenantes ciblées pour la collecte de données.....                                   | 16 |
| <u>Tableau 6.4.2</u> : Nombre de participants aux entretiens (individuels et de groupe).....                                  | 17 |
| <u>Tableau 7.1.1</u> : Nombre de villages avec le statut FDAL par préfecture de mise en œuvre.....                            | 33 |
| <u>Tableau 7.1.2</u> : Estimation du coût moyen de construction par ménage d'une latrine avec et sans l'ATPC.....             | 43 |
| <u>Tableau 7.2.1</u> : Statistiques sur la performance opérationnelle des ONG de mise en œuvre de l'ATPC.....                 | 67 |
| <u>Tableau a12.1</u> : Répartition des ménages visités par préfecture selon le sexe du répondant.....                         | 67 |
| <u>Tableau a12.2</u> : Répartition des ménages visités par préfecture, commune et village selon le groupe de comparaison..... | 67 |
| <u>Tableau a12.3</u> : Répartition des ménages visités par statut du répondant selon le genre.....                            | 68 |
| <u>Tableau a12.4</u> : Répartition des femmes chefs de ménage selon la situation matrimoniale.....                            | 68 |
| <u>Tableau a12.5</u> : Répartition des hommes chefs de ménage selon la situation matrimoniale.....                            | 69 |

Liste des graphiques

|  |    |
|--|----|
| <u>Graphique 7.1.1</u> : Répartition des populations et des ménages aux étapes vers la certification FDAL.....   | 32 |
| <u>Graphique 7.1.2</u> : Répartition des ménages enquêtés possédant une latrine réhabilitée par groupe de comparaison selon la période de réhabilitation.....            | 34 |
| <u>Graphique 7.1.3</u> : Répartition des personnes interrogées dans les villages bénéficiaires selon la participation ou non au processus de l'ATPC.....                 | 37 |
| <u>Graphique 7.1.4</u> : Taux de participation par préfecture aux différentes phases de l'ATPC selon les personnes interrogées dans les villages bénéficiaires.....      | 37 |
| <u>Graphique 7.1.5</u> : Répartition des ménages disposant d'une latrine par groupe de comparaison selon la forme de la fosse de la latrine.....                         | 45 |
| <u>Graphique 7.2.1</u> : Répartition par ONG de mise en œuvre du pourcentage de villages certifiés/célébrés FDAL et déclarés FDAL non-certifiés après déclenchement..... | 68 |
| <u>Graphique a12.1</u> : Répartition des ménages par groupe de comparaison selon la disponibilité ou non d'une latrine / installation sanitaire.....                     | 64 |
| <u>Graphique a12.2</u> : Répartition des ménages ne disposant pas d'une latrine selon la principale raison explicative.....  | 64 |
| <u>Graphique a12.3</u> : Répartition des ménages ne disposant pas d'une latrine par groupe de comparaison selon le lieu de défécation.....                               | 64 |
| <u>Graphique a12.4</u> : Répartition des ménages du groupe exposé par préfecture selon la disponibilité ou non d'une latrine / installation sanitaire.....               | 64 |
| <u>Graphique a12.5</u> : Répartition des ménages disposant d'une latrine par groupe de comparaison selon le type de clôture de protection.....                           | 64 |
| <u>Graphique a12.6</u> : Répartition des ménages dont la latrine possède une clôture de protection par groupe de comparaison selon le type de porte.....                 | 64 |
| <u>Graphique a12.7</u> : Répartition des ménages en fonction des participants à la réhabilitation / construction de la latrine selon le groupe de comparaison.....       | 65 |
| <u>Graphique a12.8</u> : Répartition des ménages en fonction des participants à la réhabilitation / construction de la latrine selon le sexe du chef de ménage.....      | 65 |

|  |    |
|--|----|
| <u>Graphique a12.9</u> : Répartition des ménages par groupe de comparaison selon les types de changements intervenus dans la gestion des selles des enfants après la construction / réhabilitation de la latrine ..... | 65 |
| <u>Graphique a12.10</u> : Répartition des ménages par groupe de comparaison selon le degré de connaissance des moments critiques pour le lavage des mains .....  | 65 |
| <u>Graphique a12.11</u> : Répartition des ménages selon la durée de vie de la latrine (réhabilitée ou construite) .....  | 65 |
| <u>Graphique a12.12</u> : Répartition des ménages du groupe exposé ayant réhabilité leur latrine selon la DVL .....  | 65 |
| <u>Graphique a12.13</u> : Principale source d’approvisionnement en eau des ménages enquêtés dans les zones d’intervention.....   | 71 |
| <u>Graphique a12.14</u> : Répartition des ménages enquêtés par groupe de comparaison selon la principale source d’approvisionnement en eau .....   | 71 |
| <u>Graphique a12.15</u> : Répartition des ménages enquêtés selon le moyen utilisé pour constituer une eau de réserve pour la consommation future.....  | 72 |

### Liste des illustrations

|  |    |
|--|----|
| <u>Illustration 7.1</u> : Entretien avec les populations dans le village de Mboussa, préfecture de la Sangha-Mbaéré.....   | 24 |
| <u>Illustration 7.1.1</u> : Latrine non fonctionnelle construite par l’ONG FLM dans le village de Mboussa, préfecture de la Sangha-Mbaéré.....   | 29 |
| <u>Illustration 7.1.2</u> : Latrines séparées construites par l’ONG Cordaid dans la Centre de Santé de Mboussa, préfecture de la Sangha-Mbaéré.....  | 29 |
| <u>Illustration 7.2</u> : Plaque indiquant le statut FDAL du village de Yanganguela, préfecture de la Lobaye.....  | 31 |
| <u>Illustration 7.1.3</u> : Latrine dans la cours d’un ménage de la Préfecture de la Sangha-Mbaéré .....   | 34 |
| <u>Illustration 7.3</u> : Visite de l’équipe d’évaluation dans la commune de Wapo, préfecture de la Mambéré-Kadéï.....   | 41 |
| <u>Illustration 7.1.4</u> : Exemple de fosse simple recouverte de planche de bois dans les zones d’intervention du programme ATPC.....   | 45 |
| <u>Illustration 7.4</u> : Infrastructures d’assainissement dans le village de Ndong, préfecture de la Sangha-Mbaéré.....   | 48 |
| <u>Illustration 7.5</u> : Latrine avec superstructure affaissée dans le villag de Loppo, préfecture de la Sangha-Mbaéré.....   | 53 |
| <u>Illustration 7.6</u> : Entretien avec une femme cheffe de ménage dans la préfecture de la Sangha-Mbaéré .....   | 62 |
| <u>Illustration 7.1.5</u> : Officiels (État, UNICEf et ONG) participant à une cérémonie de célébration FDAL dans le village de Babaza, commune Ouakanga dans la préfecture de la Mambéré-Kadéï en mars 2018..... | 65 |
| <u>Illustration 7.1.6</u> : Enfants et femmes participant à une cérémonie de célébration FDAL dans le village de Babaza, commune Ouakanga dans la préfecture de la Mambéré-Kadéï en mars 201865                  |    |
| <u>Illustration a12.1</u> : Tronçon de route endommagé vers la commune de Mongoumba dans la Lobaye.....  | 66 |
| <u>Illustration a12.2</u> : Latrine abandonnée dans un ménage de la Préfecture de la Sangha-Mbaéré66   |    |
| <u>Illustration a12.3</u> : Parties prenantes lors d’une cérémonie de célébration de la FDAL à Babaza, commune de Ouankaga dans la Mambéré-Kadéï.....  | 66 |
| <u>Illustration a12.4</u> : Plaque de certification FDAL du village de Kpengue, commune de Nola dans la Sangha-Mbaéré.....   | 66 |
| <u>Illustration a12.5</u> : Exemples de bidons de 3 litres utilisés comme contenants pour l’eau de réserve par les ménages des zones d’intervention.....   | 72 |



## Liste des figures

|  |    |
|--|----|
| <u>Figure 1.1</u> : Zones de couverture du projet AERCA en Centrafrique.....                         | 3  |
| <u>Figure 1.2</u> : Présentation du cadre de résultats du projet AERCA en RCA.....                   | 4  |
| <u>Figure 2.1</u> : Diagramme de processus de mise en œuvre de l'ATPC en RCA.....                    | 7  |
| <u>Figure 4.1</u> : Zones du programme ATPC visitées dans les cadre de la collecte des données ..... | 10 |

## RESUME EXECUTIF

**Contexte :** Depuis plus d'une décennie, les défis de développement et d'amélioration des conditions de vie des populations en République Centrafricaine (RCA) se présentaient avec acuité dans tous les secteurs, y compris le secteur de l'Eau, de l'Hygiène et de l'Assainissement (EHA) pour lequel le pays accusait déjà un retard par rapport aux Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) et à plusieurs pays en développement, et enregistrait entre autres des taux de mortalité élevés attribués à une eau non potable, des services d'assainissement et d'hygiène non améliorés et environ 95% de villages dont les ménages continuaient de pratiquer la Défécation à l'Air Libre (DAL). Ces défis ont été exacerbés avec la crise politico-militaire débutée à la fin 2012 qui a déclenché une crise humanitaire et a affecté l'accès aux services de base pour les populations. Face à ces défis, le Gouvernement de la RCA en coopération avec l'UNICEF et avec l'appui financier du Gouvernement néerlandais, a mis en œuvre l'approche d'Assainissement Total Piloté par la Communauté (ATPC) dans le but de mettre fin à la DAL. L'ATPC a été réalisé dans le cadre du projet d'Assainissement et d'accélération de l'accès à l'Eau pour tous en République Centrafricaine (AERCA) prévu de 2013 à 2017.

**Objet de l'évaluation :** Le programme ATPC, objet de cette évaluation, est une approche intégrée d'assainissement dont l'objectif principal est de conduire à la Fin de Défécation à l'Air Libre (FDAL) dans les communautés cibles. La DAL est reconnue, en effet, comme un comportement à risque pour les maladies diarrhéiques au niveau international, d'où la définition de l'ODD n° 6.2 visant à supprimer cette pratique d'ici à 2030. Contrairement à d'autres stratégies en Eau, Hygiène et Assainissement (EHA), l'ATPC est un processus conduit par les communautés bénéficiaires elles-mêmes selon trois phases (*1. Pré-déclenchement, 2. Déclenchement et 3. Post-déclenchement*) – avec un faible support de l'extérieur – contribuant ainsi à développer un leadership local et à établir des mécanismes de durabilité de l'état FDAL. La théorie du changement (TdC) de l'ATPC se présente comme une autostimulation de la prise de conscience, conduisant à un changement spontané des pratiques d'hygiène et d'assainissement par les communautés. La survenance de ce changement s'appuie sur les hypothèses que les normes sociales et culturelles, les coutumes et usages locaux des communautés soient favorables à la mise en œuvre de l'approche ATPC, et que les conditions de sécurité et d'accès aux zones cibles dans le pays restent stables. Pour les zones d'intervention, le résultat principal attendu et les bénéficiaires de la mise en œuvre de l'ATPC était que 60% des villages ciblés (600 villages) soient déclarés FDAL, avec 250 000 nouveaux utilisateurs ayant accès à des installations d'assainissement améliorées.

La réalisation des activités dans les villages (sensibilisation et facilitation) a été confiée à sept ONG nationales (REMOD, IDC, IDEAL, AIDE, I3D, LEVIER PLUS, ASF) et un organisme sous-régional (EAA), qui ont bénéficié au préalable d'appuis financiers (contractualisation avec l'UNICEF) et techniques (formations des formateurs, des facilitateurs-trices de l'ATPC, etc.).

La coordination et le suivi du programme ont été assurés par le Gouvernement centrafricain à travers la mise en place d'un Comité National de Coordination de l'ATPC (CNC-ATPC) présidé par la Direction Générale des Ressources Hydrauliques (DGRH) du Ministère du Développement de l'Énergie et des Ressources Hydrauliques (MDERH). La DGRH a eu notamment pour rôles d'assurer le suivi des activités des ONG en collaboration avec l'UNICEF, la vérification et la certification des ménages / villages pour le statut FDAL et le suivi post-FDAL.

La collecte de données programmatiques a été réalisée sur le terrain par les ONG et la DGRH mais la supervision et la consolidation des données a été effectuée directement par l'UNICEF (section EHA, avec la collaboration des sections Education, CSD, C4D et Suivi-Évaluation).

**But et objectifs :** A la suite de la mise en œuvre de l'ATPC, l'UNICEF et ses partenaires (destinataires de l'évaluation), ont jugé nécessaire de réaliser cette évaluation pour deux objectifs : (1) apprécier la mesure dans laquelle le programme a atteint ses objectifs (*redevabilité verticale*) et diffuser des informations sur les résultats réels obtenus auprès des communautés qui y ont bénéficié et des parties prenantes (*redevabilité horizontale*) ; (2) générer de la connaissance sur l'intervention en vue d'alimenter le plaidoyer pour convaincre le gouvernement d'accélérer l'accès des populations à des services EHA, en utilisant des approches durables et à faible coût dans la perspective de la mise à échelle. L'évaluation a consisté à analyser les 5 critères standards d'évaluation de l'OCDE et le critère supplémentaire de l'Équité-Genre-Droits Humains en lien avec les normes et standards d'évaluation de l'UNICEF. Au total, 30 questions reliées à ces critères ont été définies.

Durant la collecte de données, les échanges avec les parties prenantes ont montré l'importance des aspects liés à la coordination et le suivi de l'intervention. Pour cette raison, une section sur ces aspects a été rajoutée dans le rapport après la section sur les constats.

**Portée de l'évaluation :** Chronologiquement, l'évaluation portait sur la période comprise entre le 1<sup>er</sup> janvier 2013 et le 31 mars 2018, incluant la période sur laquelle a été réalisé le projet AERCA (2013 – 2017) dans lequel est inclus l'ATPC, et la période d'extension des activités de l'ATPC pour répondre à l'urgence humanitaire (janvier-mars 2018). Au niveau géographique, l'évaluation a couvert les trois préfectures du Sud-ouest du pays (Lobaye, Mambéré-Kadéï et Sangha-Mbaéré) et la préfecture de l'Ombella Mpoko. Thématiquement, l'évaluation a porté uniquement sur l'assainissement et l'hygiène des ménages dans le cadre de l'ATPC, avec un accent sur leurs infrastructures / commodités individuelles et leurs connaissances, attitudes et pratiques en matière d'EHA. En plus, une analyse de la situation de l'assainissement et de l'hygiène dans les écoles a été réalisée. Il est à noter que l'accès à l'eau potable n'a été considéré qu'au niveau de son effet sur les résultats de l'ATPC.

**Méthodologie et collecte des données :** L'évaluation s'est déroulée de mars à août 2019.

Le type de l'examen a été une *évaluation sommative* pour répondre à la redevabilité envers le bailleur et les partenaires. Dans l'optique de capitalisation de la connaissance acquise en vue de la mise à échelle potentielle de l'approche ATPC en RCA, une *composante formative* a été également incluse. La stratégie d'évaluation s'est reposée sur les *méthodes mixtes* (analyses quantitatives et qualitatives), favorisant la triangulation des données et s'appuyant les cinq méthodes de collecte suivantes : 1) Revue documentaire, 2) enquête par questionnaire, 3) entretiens individuels, 4) discussions de groupe (avec les responsables du programme à l'UNICEF, les leaders locaux, les professionnels du MDERH et des ONG) et 5) observations directes sur le terrain. Deux outils principaux de collecte de données primaires (questionnaires et guides d'entretien) ont été utilisés.

Trois conceptions différentes de l'évaluation ont été mises en œuvre : (1) analyse des critères d'évaluation en se focalisant sur un *modèle quasi-expérimental*, afin de déterminer les effets nets du programme par comparaison du groupe exposé à l'intervention (ménages ayant participé à l'ATPC) à un groupe « témoin » non-aléatoire ; (2) analyse rétrospective sur les connaissances et pratiques antérieures et postérieures au programme des groupes de comparaison en matière d'hygiène et d'assainissement ; (3) analyse de la « propension » d'application de la théorie de changement de l'ATPC dans le contexte centrafricain.

La collecte de données a été réalisée à Bangui et dans les 3 préfectures d'intervention du Sud-ouest visées et l'Ombella Mpoko. L'approche quantitative a consisté à conduire deux enquêtes par questionnaire : (1) l'une dans 20 villages auprès d'un échantillon de 438 ménages tiré par stratification de trois niveaux, dont 219 ménages bénéficiaires directs (groupe exposé, villages ATPC) et 219 ménages non-bénéficiaires (groupe « témoin », villages non-ATPC) ; (2) l'autre enquête réalisée auprès d'un quota de 100 élèves (35 filles et 65 garçons) interrogés aléatoirement – dont 45 dans le groupe exposé et 55 dans le groupe témoin – et issus de 23 établissements primaires et secondaires. Pour l'approche qualitative, 40 personnes issues des parties prenantes clés (UNICEF, Gouvernement, ONG, bénéficiaires, etc.) ont été interrogées à partir d'entretiens semi-directifs et de discussions de groupe.

**Principaux constats :** Les constats clés de l'évaluation sont synthétisés selon 7 critères :

1. Pertinence : *l'ATPC est en phase avec les besoins des populations et l'approche conceptuelle*  
L'adéquation de l'ATPC par rapport au contexte national en RCA et aux besoins des populations en matière d'EHA était avérée eu égard à l'ampleur de la problématique de la DAL (pratiquée par 78,3% des ménages des villages non-ATPC dans les zones cibles), à la faiblesse des financements disponibles et des interventions en EHA, et à l'impératif d'atteinte des ODD. La démarche de l'ATPC a suivi le protocole édicté dans l'approche conceptuelle, y compris l'identification des villages bénéficiaires. Les activités des trois étapes de l'approche (*pré-déclenchement, déclenchement et post-déclenchement*) ont été conduites de façon cohérente par les ONG. Malgré cela, l'absence d'un guide national de l'ATPC et la non réalisation d'une analyse de la situation complète des populations cibles en matière d'EHA, ont posé des défis pour la mise en œuvre et le suivi et évaluation des résultats.

2. Efficacité : *l'ATPC, une approche robuste pour mettre fin à la défécation à l'air libre*  
Au regard des résultats quantitatifs de l'intervention, l'ATPC s'est présenté comme une approche efficace pour mettre fin à la DAL dans les communautés cibles. Au total, 601 villages parmi 1 000 ciblés ont obtenu le statut FDAL, totalisant environ 271 622 habitants et 43 468 ménages, dont 75,6% ont pu construire une latrine pour la première fois. La mise en œuvre de l'ATPC a conduit à la multiplication par 3 du nombre de latrines dans les villages certifiés FDAL, passant de 16 084 latrines existantes à un total de 47 279 latrines disponibles. Les succès ont pu être obtenus grâce à la révision des résultats prévus pour pallier les retards causés par la crise politico-militaire, la réalisation de missions conjointes de suivi des villages vers le statut FDAL, la contractualisation des ONG pour la facilitation des activités qui ont permis de couvrir plusieurs villages, ainsi que l'implication positive des autorités et communautés locales. Les contraintes ont été liées aux effets de la crise politico-militaire, au faible nombre et à l'irrégularité de certains facilitateurs-trices, et à la faible implication des collectivités locales / décentralisées pour le suivi et l'extension de l'ATPC aux autres villages des communes cibles. Par ailleurs, la révision des objectifs initiaux du programme a été réalisée pour pallier les retards causés par crise politico-militaire.

3. Efficiences : *l'ATPC, une approche coût-efficace pour mettre fin à la DAL*  
L'approche ATPC a permis d'utiliser très peu de ressources pour des résultats élevés, surtout qu'elle a été mise en œuvre en contexte de crise. Avec l'ATPC, la contribution d'un ménage pour l'acquisition d'une latrine (20 USD) s'est avérée cinq fois moins chère qu'une contribution sans l'ATPC (98 USD). La construction / réhabilitation du type de latrine le plus courant dans les zones cibles s'est faite par le ménage lui-même et sans grands moyens, les outils et matériaux étant disponibles localement et à moindre coût (ex. pelle, branches, etc.). Pour les

latrines non-ATPC (souvent des latrines communautaires), le coût de construction reste en général supporté partiellement ou en totalité par les partenaires d'intervention.

4. *Impact : changement de comportements et d'attitudes efficaces en matière d'hygiène et d'assainissement grâce à l'ATPC*

L'approche ATPC a permis une hausse de la prise de conscience des ménages des villages cibles sur l'importance pour eux de disposer chacun d'une latrine pour le bien-être et la dignité de leur famille. Cela s'est traduit par un renforcement de la solidarité collective pour aider chaque ménage à construire ou réhabiliter sa latrine, y compris les femmes, et un engagement des leaders communautaires pour l'amélioration de l'environnement commun. De plus, l'ATPC a contribué à la réduction des comportements à risque en matière d'EHA (ex. 85,6% des ménages des villages ATPC jettent désormais les selles des petits enfants dans leur latrine ou dans celle du voisin alors qu'ils les jetaient dans la nature avant le programme).

5. *Viabilité : durabilité limitée des pratiques d'hygiène et d'assainissement acquises*

La durabilité des nouvelles pratiques des ménages (déféquer dans une latrine) reste un défi, dans la mesure où les latrines restent peu solides. Plusieurs latrines deviennent rapidement inutilisables en moins de 3 ans à cause de la mauvaise qualité des sols (ex. écoulement dû à des sols sableux), de forages peu profonds par manque d'outils appropriés (ex. utilisation de pelles) ou de la faible résistance des matériaux utilisés (ex. feuilles de palmier). Les risques restent donc élevés de voir certains ménages cibles revenir à la DAL, que ce soit occasionnellement, partiellement ou totalement. Par ailleurs, les mécanismes institutionnels et locaux existants ne permettent pas à ce stade d'assurer efficacement le suivi post-FDAL puisque la plupart des Comités Locaux d'Assainissement et d'Hygiène (CLAH) n'ont plus fonctionné après la fin du programme. Dans le même temps, les Comités Communaux de Suivi (CCS) de l'ATPC, qui devraient conduire la duplication de l'approche dans les autres villages, n'ont pas été installés. Par ailleurs, le Comité National de Coordination (CNC) de l'ATPC n'a plus fonctionné une année après sa mise en place et après seulement deux à trois réunions tenues.

6. *Genre, équité et droits humains : prise en compte réussie des droits individuels, du genre et de l'équité dans le cadre de l'ATPC*

La mise en œuvre de l'ATPC a inclus la prise en compte des personnes vulnérables à travers la solidarité communautaire (aide pour la réhabilitation / construction des latrines), et a également mis une emphase sur les besoins sexo-spécifiques des hommes et des femmes, et des garçons et des filles au sein du ménage. Dans leur majorité, les personnes chefs de ménage vulnérables (ex. femmes veuves ou divorcées; hommes du troisième âge), les personnes à mobilité réduite, ainsi que les personnes en minorité (67,1% des bénéficiaires) et les démunis (92,6% des bénéficiaires), ont dans leur majorité été impliqués dans les activités du programme. De plus, parmi ces personnes, celles qui le souhaitent ont pu intervenir en tant que Leader Naturel ou membre au sein des Comités Locaux d'Assainissement et d'Hygiène (CLAH) installés dans les villages, à égalité de chance avec les autres membres de la communauté. En outre, la construction / réhabilitation de la latrine a pu être réalisée dans ces ménages vulnérables grâce à l'appui des autres membres de la communauté (ex. membres du ménage, de l'église, voisins). Cependant, il faut signaler qu'aucune adaptation spécifique des latrines n'a été faite pour les personnes ayant un handicap physique.

7. *Planification, coordination et suivi-évaluation : mécanismes de planification et de suivi-évaluation de l'ATPC peu renforcés, mais coordination UNICEF – partenaires gagnante*

L'analyse de la planification stratégique du programme a montré que les études de référence prévues dans la proposition du projet AERCA (PCA), ainsi que 5 activités importantes

directement reliées aux objectifs de l'ATPC sur un total de 13 activités prévues dans le PCA, n'ont pas été réalisées. En outre, la conception d'un guide national de l'ATPC n'a pas été prévue dans la planification initiale. Au niveau de la gestion de l'information, bien que deux bases de données aient pu être développées par l'UNICEF et alimentées par les ONG, la mise en place d'un système d'information intégré en EHA n'a pas été achevée comme requis par le PCA. En matière de synergie et de coordination, l'UNICEF a coopéré efficacement avec les parties prenantes pour la réussite du programme à travers la formation des facilitateurs-trices des ONG et les missions conjointes de suivi des activités. La stratégie de l'UNICEF visant à confier la mise en œuvre de l'ATPC à 8 ONG nationales (EAA, REMOD, IDC, IDEAL, AIDE, I3D, LEVIER PLUS et ASF) a été gagnante, car elle a permis d'obtenir une meilleure couverture des zones d'intervention et des résultats significatifs sur une période courte (2015 - 2018) malgré les retards occasionnés par la crise politico-militaire.

### Conclusions de l'évaluation :

a. Pertinence : Eu égard au contexte national en RCA et aux priorités internationales en matière d'EHA, le bien-fondé du programme ATPC était avéré. Le pays présentait, en effet, un faible taux d'accès aux services en EHA, et puisque la RCA devait agir afin de mettre fin à la DAL à l'horizon 2030 (ODD n° 6.2), l'intervention se présentait comme un impératif. La démarche de l'ATPC a été cohérente avec l'approche conceptuelle promue au niveau mondial, incluant des activités interreliées selon les trois phases standards.

Efficacité : Selon les constats, le programme ATPC a été très efficace par rapport aux objectifs planifiés, permettant à un grand nombre de ménages dans les zones d'intervention de mettre fin à la DAL. Le succès du programme a été facilité par la contractualisation des ONG pour la facilitation dans les villages, la bonne application de l'approche conceptuelle de l'ATPC, la réalisation de missions conjointes de suivi par les parties prenantes, l'implication des leaders communautaires pour la mobilisation des populations, et l'extension du financement et de la période de réalisation par le bailleur.

b. Efficience : Compte-tenu du niveau élevé des résultats obtenus en comparaison avec les ressources engagées, le programme ATPC en RCA s'est présenté comme coût-efficace par rapport à d'autres initiatives qui visent à mettre fin à la DAL et améliorer l'accès des populations aux services d'EHA. Les bénéficiaires de l'ATPC ont pris eux-mêmes en charge et volontairement le coût de construction / réhabilitation des latrines qui reste cinq fois plus faible par rapport à d'autres programmes d'EHA en RCA et dans la sous-région.

c. Impact : Les principaux changements positifs sur le long terme du programme ATPC en RCA sont le changement de comportement en matière de défécation (utilisation de latrine à la suite de la prise de conscience des communautés sur les bonnes pratiques en matière d'hygiène et assainissement et les bénéfices de mettre fin à la DAL), le développement des capacités des parties prenantes clés (UNICEF, Gouvernement et ONG) pour la promotion durable de l'accès aux services en EHA et le renforcement de la solidarité communautaire.

d. Viabilité et mécanismes de pérennisation : Les niveaux de résultats obtenus permettent d'indiquer que l'approche ATPC pourrait être mise à échelle en RCA du fait de : (1) l'engagement communautaire en faveur de l'approche ; (2) les changements positifs de comportement et la réduction des risques sanitaires ; (3) l'accessibilité locale et à moindre coût des outils et matériaux de construction des latrines ; (4) l'existence d'un cadre et de mécanismes institutionnels favorisant sa mise en œuvre. Les défis concernent la propension des nouvelles pratiques des ménages à se perpétuer dans le temps, compte tenu de la faible

durabilité des latrines construites et des mécanismes de suivi post-FDAL qui ne sont pas totalement opérationnels, tant au niveau institutionnel que local.

- e. *Genre, équité et droits humains* : Dans le cadre de la mise en œuvre du programme, les besoins sexo-spécifiques des différents groupes d'individus, hommes et femmes, garçons et filles, ont été considérés de façon équitable, égalitaire et indiscriminée, notamment à travers une participation libre au processus et un appui volontaire des communautés aux personnes les plus vulnérables pour la construction / réhabilitation des latrines.
- f. *Système de suivi-évaluation des initiatives en EHA* : Le système d'information intégré requis pour soutenir la mise en œuvre de l'ATPC n'est pas effectif, entravant le suivi efficace des actions.

**Principales recommandations** : En lien avec les constats et les conclusions de l'évaluation, les recommandations ci-après ont été faites aux parties prenantes clés à la suite de l'évaluation.

| N°  | Recommandations  | Niveau de priorité | Destinataires                               |
|---|--|--------------------|---|
| <b><i>Recommandations stratégiques</i></b>    |  |                    |   |
| 1   | Élaborer un programme national de mise à échelle de l'ATPC en RCA  | Haut               | Gouvernement de la RCA (MDERH)              |
| 2   | Appuyer le Gouvernement de la RCA pour le développement d'un plan national de mise en œuvre de l'ATPC dans le cadre d'une intervention holistique, incluant l'amélioration de l'assainissement et de l'hygiène dans les institutions locales | Haut               | UNICEF                                      |
| 3   | Conduire un plaidoyer auprès des PTFs pour une implication dans la mise à échelle de l'ATPC en RCA   | Moyen              | UNICEF                                      |
| 4   | Promouvoir l'approche ATPC comme stratégie pour mettre fin à la DAL et promouvoir les bonnes pratiques d'hygiène et assainissement dans les communautés  | Moyen              | Partenaires Techniques et Financiers (PTFs) |
| <b><i>Recommandations opérationnelles</i></b> |  |                    |   |
| 5   | Appuyer la création d'un système d'information intégré en EHA au sein du MDERH/DGRH pour la collecte de données et le suivi en temps réel des programmes d'EHA en RCA, y compris l'ATPC  | Haut               | UNICEF                                      |
| 6   | Élaborer un guide national de mise en œuvre de l'ATPC  | Moyen              | Gouvernement de la RCA (MDERH)              |
| 7   | Élaborer le texte d'application du code de l'eau et de l'assainissement  | Moyen              | Gouvernement de la RCA (MDERH)              |
| 8   | Appuyer le Gouvernement de la RCA dans la mise à échelle de l'ATPC en RCA  | Moyen              | Partenaires Techniques et Financiers (PTFs) |



## 1. CONTEXTE DE L'ÉVALUATION

### 1.1. Contexte national de l'hygiène et de l'assainissement

En République Centrafricaine (RCA), les infrastructures d'assainissement et d'hygiène ont commencé véritablement à faire l'objet d'une préoccupation du gouvernement lorsque le pays a souscrit à la Décennie Internationale de l'Eau Potable et de l'Assainissement (DIEPA, 1982-1991). Cependant, à la fin de cette décennie, l'évaluation du secteur indiquait que la part réservée à l'assainissement n'avait pas atteint 5% de l'enveloppe budgétaire dépensée par le gouvernement, le sous-secteur eau potable catalysant la majorité des financements.

Le sous-secteur de l'eau a été notamment libéralisé par la loi n° 06.001 du 12 avril 2006, afin de favoriser le partenariat-public-privé et l'installation des opérateurs privés. Au fur et à mesure que les activités en faveur de l'amélioration de l'accès en eau potable et à l'assainissement des populations étaient mises en œuvre, une évidence s'est imposée : à savoir l'existence d'un lien étroit entre l'accès à l'eau potable et l'assainissement de base.

Cette prise de conscience a véritablement pris son envol à travers le vibrant appel du Secrétaire Général de l'Organisation des Nations Unies (ONU), lancé le 21 novembre 2007, lors des préparatifs de la célébration de la Journée Mondiale de l'Eau en 2008, dont le thème s'intitulait « Année internationale de l'assainissement ». Dans cet appel, il a exhorté les gouvernements et les hauts responsables en charge de l'assainissement à consacrer une attention particulière à ce sous-secteur qui est souvent oublié au profit du sous-secteur eau potable. Ce qui a conduit à des prises d'engagements des ministres africains en charge du secteur EHA, lors d'une rencontre le 20 février 2008 en Afrique du Sud, en faveur du développement à grande échelle des expériences en matière d'assainissement et d'hygiène. La même année, ces engagements ont été renforcés par la décision des chefs d'Etats et de gouvernements africains – prise à Sharm-El Sheikh en Egypte – d'accélérer la réalisation de la cible des OMD relative à l'assainissement sous la houlette de l'Union Africaine. A la suite du lancement des ODD en 2015, la priorité accordée au sous-secteur de l'assainissement par les pays africains a encore été réaffirmée à travers la signature de la déclaration de Ngor à Dakar pour « Mettre fin à la défécation à l'air libre » d'ici à 2030 (ODD n° 6.2).

Le Gouvernement centrafricain s'est donc engagé dans cette perspective pour réduire les écarts dans ce sous-secteur qui se révélaient très élevés. En 2012, on enregistrait seulement environ 5% de villages qui étaient certifiés Fin de Défécation à l'Air Libre (FDAL). En réponse, à la fois à la problématique posée et aux multiples résolutions évoquées, le Gouvernement centrafricain, avec l'appui technique et financier de l'UNICEF, s'est engagé depuis 2010 à formaliser un cadre institutionnel lié spécifiquement à l'assainissement. C'est ainsi que la Politique et Stratégie Nationale d'Assainissement et d'Hygiène (PSNAH) a été élaborée et adoptée par le Décret n°16.386 du 15 octobre 2015 pour servir de cadre formel pour les activités dans le domaine de l'assainissement et de l'hygiène.

Dans sa stratégie d'appui, l'objectif principal de l'UNICEF en matière d'assainissement et d'hygiène était d'accompagner le Gouvernement centrafricain pour que dans les provinces du pays où l'accès et la couverture des services d'assainissement et d'hygiène sont les plus faibles, au moins 50% de la population ait accès à des installations sanitaires de base et mette en œuvre de bonnes pratiques d'hygiène. Les principales actions menées dans ce sens depuis 2010 ont concerné l'amélioration de la couverture en EHA pour les institutions (formations sanitaires et écoles) – y compris la construction de latrines (latrines + douches pour les centres



de santé), de dispositifs de lave-mains et l'éducation à l'hygiène – et la mise en œuvre de l'approche de l'Assainissement Total Piloté par la Communauté (ATPC) au niveau communautaire (au profit des ménages dans les villages). Ce contexte et tous les indicateurs EHA dénotaient donc de l'urgence de mettre en œuvre en RCA un programme pour améliorer l'accès des populations à l'eau potable et surtout aux installations d'hygiène et d'assainissement, avec un accent sur de nouvelles stratégies d'intervention.

C'est dans ce cadre qu'en 2013, le Gouvernement néerlandais – par le biais de la Direction Générale pour la Coopération Internationale (DGIS) – a accédé à la requête du Gouvernement centrafricain et de l'UNICEF pour le financement du projet d'Assainissement et d'accélération de l'accès à l'Eau pour tous en République Centrafricaine (AERCA). Dans le cadre de sa mise en œuvre, le programme AERCA a intégré l'application de l'ATPC, approche faisant l'objet de la présente évaluation sommative.

## 1.2. Description de l'approche de l'ATPC

L'ATPC est une approche intégrée d'assainissement visant à mettre fin à la Défécation à L'Air Libre (DAL) – comportement à risque pour les maladies diarrhéiques – dans les communautés cibles, et à établir des mécanismes pour le maintien et le suivi de cet état de façon durable. La déclaration de la FDAL (Fin de la Défécation à l'Air Libre) est faite après un long processus conduit par les communautés elles-mêmes et avec un accompagnement très limité d'intervenants extérieurs, y compris la fourniture d'aucune subvention financière ou en matériel aux ménages et l'absence de prescription sur les modèles de latrines ou de toilettes. Ce qui devrait être privilégié est plutôt l'émergence de leadership local [Leaders Naturels (LN)], la solidarité sociale, l'entraide et la coopération entre les ménages de la communauté pour améliorer leur situation sanitaire.

Le processus de l'ATPC comprend trois phases présentées de façon détaillée à l'Annexe 4 :

1. **Le pré-déclenchement** : C'est une étape pendant laquelle des activités sont menées par les organisations facilitatrices pour identifier et sélectionner les communautés ou villages qui répondent aux conditions favorables pour démarrer l'ATPC.
2. **Le déclenchement** : Il consiste à conduire des activités visant à stimuler un sentiment de dégoût et de honte chez les membres de la communauté en les confrontant à la réalité crue de la DAL et ses effets sur la communauté entière. Plusieurs outils et activités peuvent être mis en œuvre pour le déclenchement, dont les six les plus courants sont présentés à l'Annexe 4.
3. **Le post-déclenchement** : Il s'agit de la phase de suivi qui vient après la prise de décision de la communauté pour mettre en pratique ou non la méthode de l'ATPC. C'est une étape cruciale qui nécessite de l'accompagnement, de l'attention et de l'encouragement des facilitateurs-trices et des Leaders Naturels (LN) pour appuyer la communauté dans la mise en œuvre de ses propres solutions afin d'arrêter la DAL.

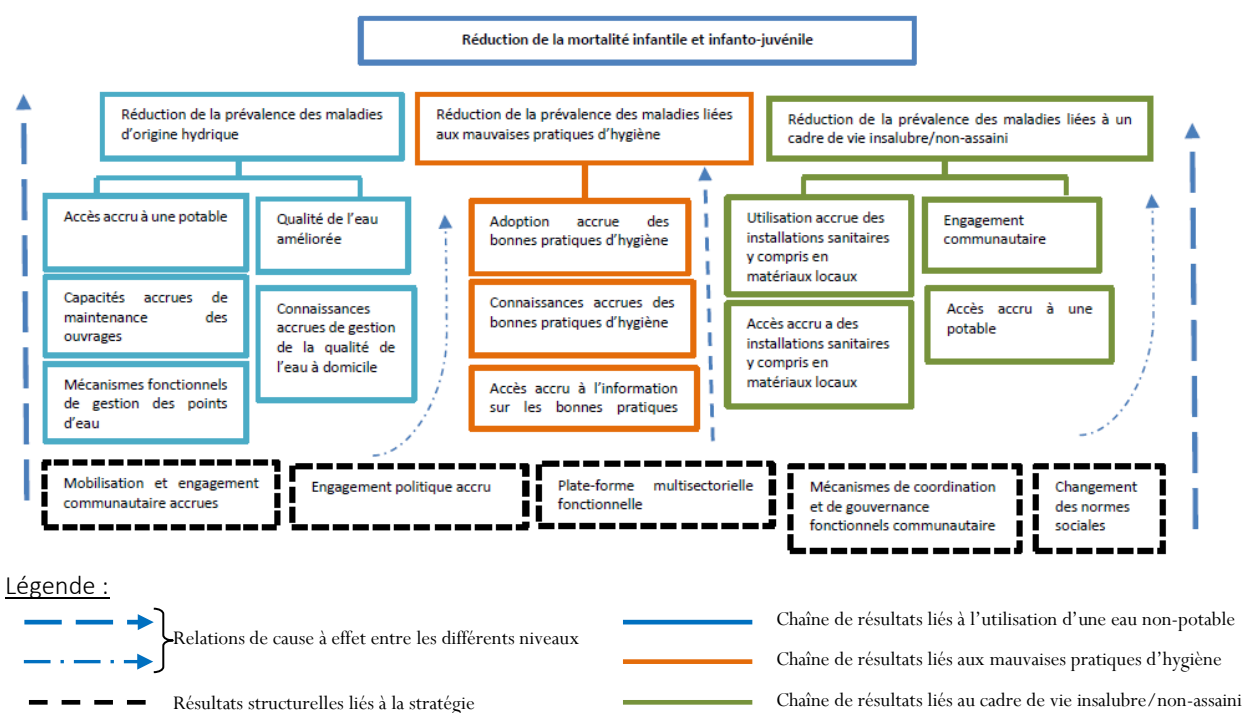


- Résultat d'effet 5 : À la fin 2017, les capacités de la DGRH/ANEA sont renforcées pour coordonner, planifier et suivre les activités en EHA dans tout le pays

Il est à préciser qu'à la suite des revues annuelles lors de la première phase du programme, les valeurs cibles pour les résultats 1, 2 et 3<sup>1</sup> ont été modifiées à la baisse pour tenir compte de l'évolution du contexte du pays qui présentait avec une persistance des tensions sociopolitiques. Le cadre logique complet du programme AERCA est présenté à l'Annexe 5.

Selon le cadre des résultats du projet AERCA (voir Figure 1.2) présentée dans les termes de référence (voir Annexe 1.1), les activités prévues avaient pour finalité la réduction de la mortalité infantile et infanto-juvénile à travers l'accroissement de la disponibilité et l'utilisation durable de sources d'eau potable et des installations sanitaires de base, ainsi que l'augmentation de la proportion de ménages qui appliquent les bonnes pratiques d'hygiène et d'assainissement. Pour cela, le programme s'est appuyé sur cinq stratégies à savoir : (1) la mobilisation et l'engagement communautaire ; (2) l'engagement politique ; (3) la plate-forme d'intervention multisectorielle ; (4) les mécanismes de coordination et de gouvernance communautaire ; (5) le changement des normes sociales.

**Figure 1.2 : Présentation du cadre de résultats du projet AERCA en RCA**



Dans le cadre du projet AERCA, qui s'est présenté comme une intervention holistique visant à améliorer l'hygiène, l'assainissement et l'accès à l'eau potable pour les populations dans les 3 préfectures du Sud-ouest du pays, l'ATPC a été mise en œuvre en relation directe avec le résultat d'effet 2 : « À la fin 2017, 60%, soit 600 sur 1 000 villages ciblés dans la zone du projet sont déclarés FDAL et 250 000 nouveaux utilisateurs<sup>2</sup> ont accès à des installations d'assainissement améliorées ». Ce résultat s'inscrivait dans le cadre de l'atteinte des OMD et

<sup>1</sup> Les valeurs de départ étaient les suivantes: Résultat 1 : 140 000 nouveaux utilisateurs; Résultat 2 : 60%, soit 1 080 de 1 800 villages ciblés sont déclarés FDAL et 450 000 nouveaux utilisateurs; Résultat 3 : 1 800 villages et 450 000 personnes.

<sup>2</sup> La désagrégation des cibles par catégories (adultes, enfants) et par sexe (garçons / hommes et filles / femmes) n'a pas été spécifiée dans la proposition de projet.

en continuité avec les ODD reliés à l'assainissement, en particulier l'éradication de la pratique de la défécation en plein air à l'horizon 2030.

## 2.2. Théorie du changement

Bien qu'imparfaite, une théorie du changement (TdC) a été définie pour le projet AERCA<sup>3</sup>. sur cette base, la TdC de l'approche ATPC reposait sur deux étapes d'impulsion du changement : (i) **une prise de conscience**, puis (ii) **un changement à la base par l'action des communautés bénéficiaires elles-mêmes**. Comme hypothèses de résultat pour le programme, les normes sociales et culturelles des communautés devraient être favorables à la mise en œuvre de l'approche ATPC et les conditions de sécurité dans le pays devraient rester stables, favorisant l'accès aux zones cibles. À la différence d'autres stratégies d'intervention en matière d'amélioration de l'assainissement et de l'hygiène, la mobilisation de la communauté pour la prise en charge intrinsèque de son assainissement que promeut l'ATPC, devrait permettre de développer durablement le besoin d'acquisition et d'utilisation d'installations sanitaires de base et mettre fin aux comportements à risque de la DAL, contribuant ainsi à limiter en bout de ligne les risques de maladies diarrhéiques et de mortalité infantile. Il est néanmoins important d'indiquer que cette approche conceptuelle basée sur la prise de conscience et le changement par les bénéficiaires met en lumière un risque potentiel qui pourrait empêcher l'atteinte des résultats escomptés : si la prise de conscience peut être effective immédiatement après la compréhension de la situation et du bien-fondé pour la communauté d'améliorer l'assainissement, la mise en œuvre des solutions (actions pratiques) pourrait ne pas être évidente car elle est fonction des priorités existentielles et des ressources disponibles dans les communautés. Ces aspects seront donc analysés en profondeur dans le cadre de l'interprétation des données recueillies lors de l'évaluation.

## 2.3. Stratégie d'intervention de l'UNICEF et rôles des parties prenantes

Pour la mise en œuvre de l'ATPC dans les zones d'intervention, l'UNICEF a procédé par une approche multisectorielle et multi-acteurs, avec une délégation de responsabilités. La réalisation des activités dans les villages (sensibilisation et facilitation) a été confiée à sept ONG nationales (REMOD, IDC, IDEAL, AIDE, I3D, LEVIER PLUS, ASF) et un organisme sous-régional (EAA), qui ont bénéficié au préalable d'appuis financiers (contractualisation avec l'UNICEF) et techniques (formations des formateurs, des facilitateurs-trices de l'ATPC, etc.). Les zones de couverture de chaque ONG ont été les suivantes : (1) Préfecture de la Lobaye : REMOD, EAA et IDEAL ; (2) Préfecture de la Sangha Mbaéré : Levier Plus et I3D ; (3) Mambéré Kadéï : ASF et AIDE ; (4) Ombella Mpoko : EAA, IDC et REMOD. La coordination et le suivi du programme ont été assurés par le Gouvernement centrafricain à travers la mise en place d'un Comité National de Coordination de l'ATPC (CNC-ATPC) présidé par la Direction Générale des Ressources Hydrauliques (DGRH) du Ministère du Développement de l'Énergie et des Ressources Hydrauliques (MDERH). La DGRH a eu notamment pour rôles d'assurer le suivi des activités des ONG en collaboration avec l'UNICEF, la vérification et la certification des ménages / villages pour le statut FDAL et le suivi post-FDAL. La collecte de données programmatiques a été réalisée sur le terrain par les ONG et la DGRH mais la supervision et la consolidation des

---

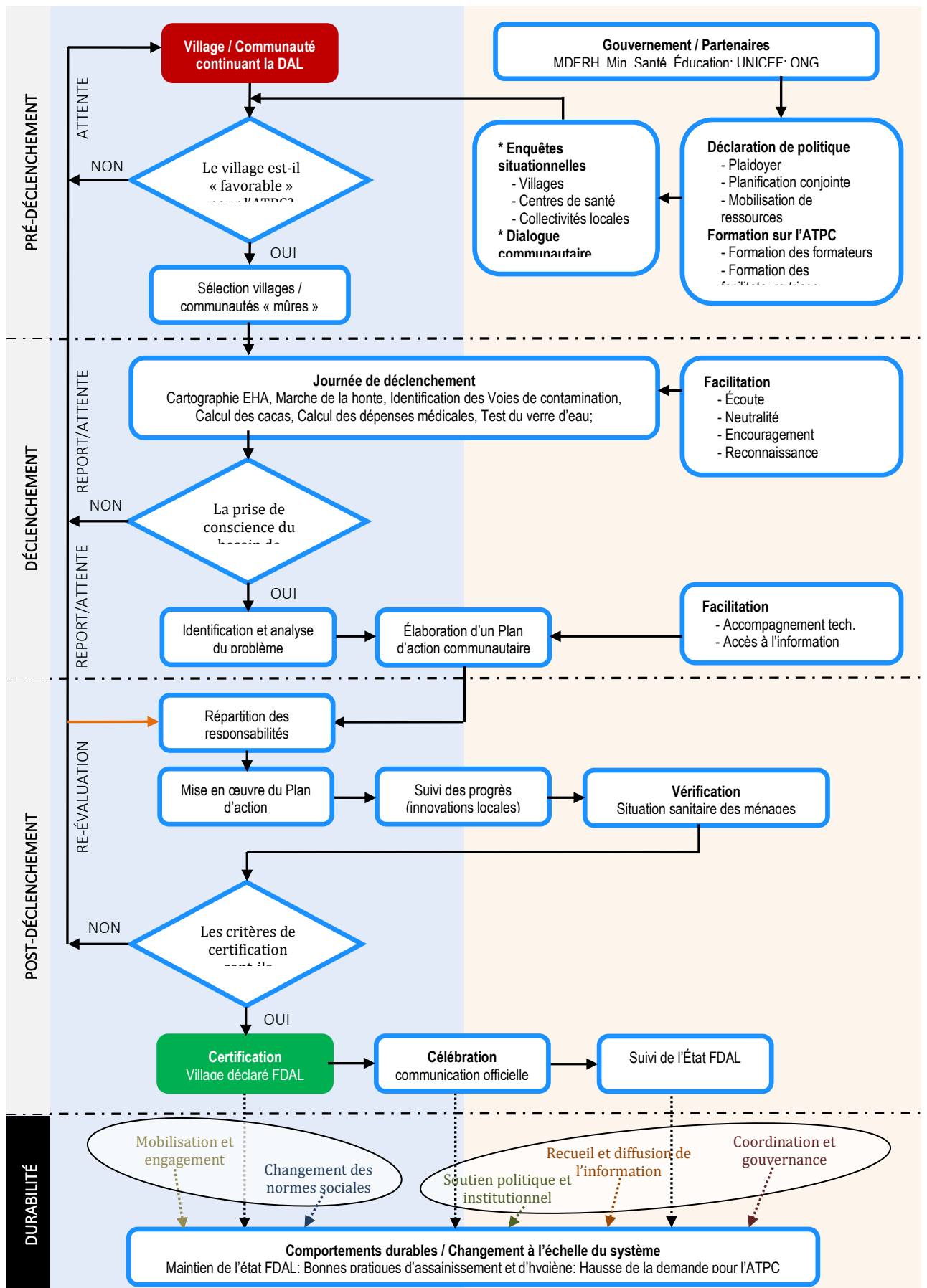
<sup>3</sup> La théorie du changement (TdC) de l'ATPC présentée dans cette évaluation a été proposée par le Consultant, sur la base de l'approche ATPC et de la TdC du projet AERCA spécifiée dans les termes de référence de l'évaluation (p. 2-3).

données a été effectuée directement par l'UNICEF (section EHA). Le diagramme de processus<sup>4</sup> présenté à la *Figure 2.1* indique les étapes et les interventions des parties prenantes aux différentes phases de l'approche ATPC.

---

<sup>4</sup> Ce diagramme a été élaboré par le Consultant à la suite de la revue documentaire et de l'analyse des données secondaires collectées au début de l'évaluation pour permettre de mieux comprendre le processus de l'ATPC en RCA.

Figure 2.1 : Diagramme de processus de mise en œuvre de l'ATPC en RCA



### 3. BUT ET OBJECTIFS DE L'ÉVALUATION

#### 3.1. But de l'évaluation

Cette évaluation poursuivait deux buts principaux : la redevabilité et l'apprentissage organisationnel.

**Vis-à-vis de la redevabilité**, cette évaluation visait à attester dans quelle mesure le Programme a atteint ses objectifs comme indiqué dans les documents de projet convenus avec le donateur avant le début de la mise en œuvre (*redevabilité verticale*). L'évaluation devait permettre également de diffuser des informations sur les résultats réels obtenus auprès des communautés qui ont bénéficié de ce programme (*redevabilité horizontale*).

**Vis-à-vis de l'apprentissage**, l'évaluation devait générer de la connaissance sur les interventions et les résultats du programme ATPC en vue d'alimenter le plaidoyer pour convaincre le gouvernement d'accélérer l'accès des populations à des services EHA en utilisant des approches durables et à faible coût dans la perspective de la mise à échelle.

Les résultats de cette évaluation serviront à plusieurs parties prenantes sur plusieurs fronts comme l'indique le *Tableau 3.1.1* ci-après.

**Tableau 3.1.1 : Liste des utilisateurs des résultats de l'évaluation**

| Utilisateurs   | Utilisation des résultats de l'évaluation :   |
|--|---|
| <b>Le Gouvernement</b> et en particulier les directions spécialisées du ministère en charge de l'assainissement et de l'hydraulique comme la DGRH et l'ANEA  | <ul style="list-style-type: none"><li>- Faire le plaidoyer lors des conférences budgétaires en vue de mobiliser des ressources budgétaires additionnelles pour le secteur</li><li>- Capitaliser les acquis de l'ATPC comme porte d'entrée aux projets/programmes d'eau et d'assainissement en RCA en termes de réduction de maladies hydriques</li><li>- Partager l'expérience avec les autres ministères techniques</li></ul>                                    |
| <b>Les autres ministères techniques</b> <ul style="list-style-type: none"><li>-Ministère en charge de la santé</li><li>-Ministère en charge de l'éducation</li><li>-Ministère en charge des affaires sociales</li><li>-Ministère en charge de l'administration du territoire</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>- Mieux documenter et partager les opportunités de collaboration intersectorielles sur la base des niches et des avantages comparatifs mis en lumière par l'évaluation notamment l'utilisation de l'ATPC comme porte d'entrée pour des interventions multisectorielles.</li><li>- Permettre aux ministères impliqués d'utiliser l'ATPC comme porte d'entrée aux projets comprenant le volet eau et assainissement</li></ul> |
| <b>Les Organisations de la Société Civile</b>  | <ul style="list-style-type: none"><li>- Mieux documenter leurs propositions de projets et ainsi élargir leurs capacités d'obtenir des financements d'autres partenaires techniques et financiers dans le domaine.</li><li>- Documenter et partager les acquis d'une collaboration multi-acteurs en RCA en termes de mise en œuvre des projets</li></ul>   |
| <b>Les partenaires techniques et financiers</b> , y compris le bailleur de fonds du projet AERCA (Gouvernement néerlandais / DGIS)   | <ul style="list-style-type: none"><li>-Démontrer les succès/évidences des résultats obtenus par l'approche en RCA aux « payeurs de taxes » de leurs pays d'origine dans le cadre des mécanismes de reddition des comptes</li><li>- Inciter d'autres PTF à s'intéresser à l'ATPC en s'appuyant sur les succès obtenus</li></ul>  |
| <b>Les populations à la base</b>   | <ul style="list-style-type: none"><li>- Utiliser les avancées comme un motif de satisfaction sur lequel on peut bâtir dans la longue marche du changement social.</li><li>- Inciter les villages certifiés FDAL à aller vers un village assaini et développer d'autres innovations pour un changement social durable</li></ul>  |
| <b>Les élus locaux</b>   | <ul style="list-style-type: none"><li>- Comprendre qu'en raison des budgets limités, des interventions peuvent produire des résultats probants à moindre coût sous certaines</li></ul>  |



| Utilisateurs              | Utilisation des résultats de l'évaluation :   |
|---------------------------|---|
|                           | conditions dans la conception, la mise en œuvre, le suivi et la coordination.<br>- S'appuyer sur les succès de l'ATPC pour convaincre les autres communes à utiliser l'ATPC (échanges, compétitions intercommunales)<br>- Voter les projets des lois prenant en compte les taxes (de pollution) pour le financement en faveur de l'assainissement               |
| L'UNICEF (WASH, CSD, C4D) | - Utiliser les résultats de cette évaluation pour améliorer l'état des connaissances afin d'utiliser les interventions de EHA, a forte assise communautaire, comme porte d'entrée des interventions dans le contexte régional des « résultats clés pour les enfants » (KRC).<br>- Inciter d'autres bailleurs et PTF à soutenir l'ATPC à base des succès obtenus |

### 3.2. Objectifs spécifiques

De façon spécifique selon les termes de référence, l'évaluation visait à :

- Analyser le bien-fondé du programme ATPC par rapport à d'autres programmes récents dans le même secteur;
- Identifier des facteurs catalytiques de succès ou au contraire des facteurs inhibiteurs qui ont gêné l'atteinte des résultats. Cette analyse devra aller au-delà de l'effet déjà connu de la situation sécuritaire du pays sur la période;
- Identifier des approches innovantes tant dans la mise en œuvre que dans les mécanismes de suivi et de coordination, qu'elles aient été impulsées du niveau central vers les zones de projets ou au contraire des initiatives endogènes au niveau même des communautés à la base à part entière ou complémentaires;
- Fournir des recommandations ciblées à tous les utilisateurs de l'évaluation, et particulièrement aux sections de l'UNICEF concernés.

## 4. PORTEE DE L'EVALUATION

### 4.1. Portée chronologique

La période couverte par l'évaluation était comprise entre le **1<sup>er</sup> janvier 2013 et le 31 mars 2018**, représentant la période originale de mise en œuvre du programme AERCA selon l'accord de financement entre l'UNICEF et le Gouvernement néerlandais (2013 – 2017), puis la période d'extension des activités (jusqu'au 31 mars 2018) suite au financement additionnel reçu pour la poursuite de la mise en œuvre, en vue de contribuer à la réponse à l'urgence.

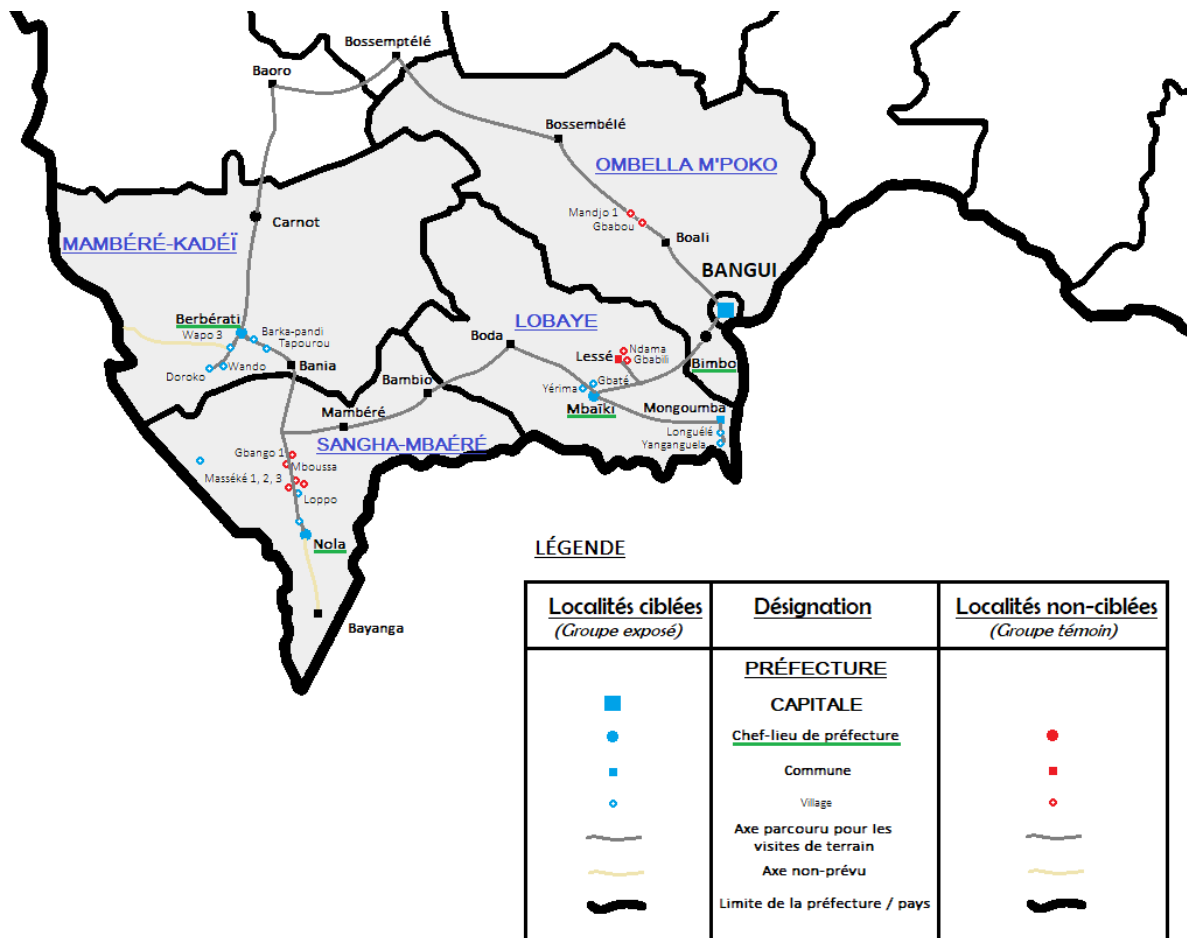
### 4.2. Portée géographique

L'évaluation a été réalisée dans les zones d'intervention du projet AERCA ou l'approche ATPC a été délivrée. Elle a couvert les trois préfectures du Sud-ouest du pays, notamment : **Lobaye, Mambéré-Kadéï et Sangha-Mbaéré**. Par ailleurs, quelques ménages ont été considérés dans la préfecture de l'**Ombella Mpoko** dans la mesure où la zone de couverture du projet AERCA a été étendue à 199 villages de cette préfecture. De façon spécifique, les communes et villages ayant réellement bénéficié de l'approche ATPC ont été pris en compte pour l'échantillonnage et dans



le cadre de la collecte de données (voir *Figure 4.1*), afin d’assurer une représentativité thématique et géographique des résultats.

**Figure 4.1 :** Zones du programme ATPC visitées dans le cadre de la collecte des données



### 4.3. Portée thématique

L'évaluation a visé uniquement les thématiques de l'Assainissement et de l'Hygiène dans le cadre de l'ATPC. L'approche ATPC ciblant exclusivement les ménages, l'analyse a été principalement focalisée sur leurs infrastructures / commodités individuelles d'EHA et leurs connaissances, attitudes et comportements en matière d'hygiène et assainissement.

Un petit volet a été néanmoins consacré à l'analyse des infrastructures et des interventions d'assainissement et d'hygiène dans les écoles des zones d'intervention.

Les autres composantes comme l'accès à l'eau potable, aussi bien dans les communautés que dans les institutions (écoles et centres de santé), n'ont été analysées que dans leur rapport de synergie avec l'ATPC et comment elles ont pu avoir une incidence attendue ou non sur les résultats de cette sous-composante.

#### 4.4. Parties prenantes concernées par l'évaluation

L'évaluation a été réalisée selon une **approche participative** impliquant les bénéficiaires directs et toutes les parties prenantes clés concernées. Il s'agit notamment de l'UNICEF (sections WASH, CSD, C4D), le Gouvernement centrafricain (le Ministère du Développement de l'Énergie et des Ressources Hydrauliques qui assure la tutelle institutionnelle du projet AERCA et les structures rattachées comme l'ANEA, les ministères techniques mettant en œuvre des activités liées à l'hygiène et à l'assainissement, notamment les ministères de la planification du développement, de la santé, de l'éducation), les Organisations Non Gouvernementales (ONG) et les Organisations de la Société Civile (OSC), les Partenaires Techniques et Financiers (PTFs), les populations et les autorités locales.

Des entretiens et/ou discussions de groupe ont été menés avec les populations, les responsables ou les points focaux des entités identifiées dont la liste détaillée est présentée dans le *Tableau 4.4.1* ci-dessous.

**Tableau 4.4.1** : Liste des parties prenantes impliquées dans l'évaluation et l'utilisation de ses résultats

| Parties prenantes  | Structures impliquées  |   |
|--|--|---|
| <b>Gouvernement</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ministère du Développement de l'Énergie et des Ressources Hydrauliques (Direction Générale des Ressources Hydrauliques)</li> <li>- Agence Nationale de l'Eau et de l'Assainissement</li> <li>- Autres ministères techniques (planification du développement, santé, éducation)</li> </ul> |   |
| <b>Organisations Non Gouvernementales (ONGs) et Organisations de la Société Civile</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- EAA</li> <li>- REMOD</li> <li>- IDC</li> <li>- IDEAL</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- AIDE</li> <li>- I3D</li> <li>- LEVIER PLUS</li> <li>- ASF</li> </ul> |
| <b>Les populations à la base</b><br><i>(Bénéficiaires directs)</i>                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hommes, Femmes et Enfants habitants des zones rurales cibles, incluant les Leaders Naturels ayant participé au processus ATPC</li> </ul>  |   |
| <b>Les autorités locales</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Préfectures et Sous-préfectures</li> <li>- Mairies des zones cibles</li> <li>- Chefferies de village/quartier/groupement</li> </ul>   |   |
| <b>L'UNICEF</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Section Eau, Hygiène et Assainissement (WASH)</li> <li>- Autres sections : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Survie et Développement de l'Enfant (CSD)</li> <li>o Education</li> <li>o Communication pour le Développement (C4D)</li> </ul> </li> </ul>                            |   |
| <b>Les Partenaires Techniques et Financiers (PTFs)</b>                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gouvernement des Pays-Bas (DGIS)</li> <li>- Partenariat Assainissement et Eau pour Tous</li> </ul>  |   |

#### 5. CRITERES ET QUESTIONS D'ÉVALUATION

L'évaluation a porté sur les 5 critères d'évaluation de l'OCDE / DAC (**pertinence, efficacité, efficience, impact, durabilité**) et le critère de l'**Équité, Genre et Droits Humains**, ajouté pour tenir compte des normes et standards en matière d'évaluation de l'UNICEF.

Durant la collecte de données, les échanges avec les parties prenantes ont montré l'importance des aspects liés à la **coordination** et au **suivi** de l'intervention. Pour cette raison, une section sur ces aspects a été rajoutée dans le rapport après la section sur les constats.

Les questions d'évaluation, énumérées ci-après, ont constitué l'ensemble des domaines d'investigation retenus.

## 1. Pertinence

### A- Bien-fondé

- 1.1. Dans quelle mesure les interventions du programme ATPC répondaient-elles aux besoins des populations des zones d'intervention ?
- 1.2. Dans quelle mesure de tels besoins avaient été identifiés avant le démarrage du programme ?

### B- Cohérence :

- 1.3. Comment les critères d'identification des communautés bénéficiaires de l'ATPC étaient cohérents avec les objectifs envisagés du programme ?
- 1.4. Dans quelle mesure la démarche de l'ATPC est-elle cohérente avec l'impact et les effets escomptés ?
- 1.5. Existe-t-il des complémentarités/synergies entre l'approche ATPC et d'autres projets ou programmes de l'UNICEF, des projets d'autres partenaires au développement ?

## 2. Efficacité

- 2.1. Quel est le niveau d'atteinte des résultats de l'approche ATPC relativement à ceux prévus (valeurs des indicateurs, changement qualitatifs) ?
- 2.2. Dans quelle mesure l'approche conceptuelle ATPC a contribué aux changements des pratiques de défécation à l'air libre dans les communautés d'intervention ?
- 2.3. Quel est le pourcentage des populations/ménages/villages qui ont atteint le statut FDAL après la mise en œuvre du programme ?
- 2.4. Les activités de l'approche ATPC ont-elles été exécutées comme prévues dans la planification du programme et selon la méthode conceptuelle recommandée ?
- 2.5. Quels ont été les principaux facteurs qui ont influé (positivement ou négativement) sur la réalisation ou la non-réalisation des objectifs ?

## 3. Efficience

- 3.1. Dans quelle mesure les ressources financières, humaines et les biens ont été :
  - suffisants (en termes de quantité) pour la mise en œuvre de l'ATPC ?
  - adéquats (en termes de qualité) ?
  - performants (en termes de résultats obtenus) ?
- 3.2. Quel est le coût de revient par ménage du statut FDAL et le comparer si possible à d'autres pays de la sous-région ? Y a-t-il d'autres options qui minimiseraient ce coût et à quelles conditions ?
- 3.3. Les fonds investis dans l'ATPC sont-ils à la hauteur des résultats atteints en tenant compte du contexte ?
- 3.4. L'approche ATPC est-elle coût-efficace comparée à d'autres alternatives visant à améliorer l'assainissement et à mettre fin à la DAL en RCA ?
- 3.5. Les objectifs visés ont-ils été atteints dans le temps prévu et par rapport à la couverture géographique identifiée ?

## 4. Impact

- 4.1. Quelles sont les perceptions des ménages et des autres membres des communautés (ciblées par le programme) par rapport aux bénéfices apportés par l'approche ATPC ?
- 4.2. En quoi peut-on dire que cette approche a contribué au renforcement des capacités individuelles et institutionnelles des entités impliquées (Ministères techniques, ONGs, communautés, sections WASH, CSD et C4D de l'UNICEF) ?
- 4.3. Existent-ils des preuves / signes qui indiquent que l'approche ATPC a contribué à la réduction des risques sanitaires pour les ménages, en particulier les petits enfants ?
- 4.4. Que peut-on dire de ce programme en matière d'amélioration de l'environnement social des communautés ?

## 5. Durabilité

- 5.1. Dans quelle mesure les changements des pratiques de défécation à l'air libre dans les communautés d'intervention sont durables ?
- 5.2. Dans quelle mesure les ménages/villages préservent leur statut FDAL après la mise en œuvre du programme ? Y a-t-il des mécanismes endogènes pour préserver ce statut ?
- 5.3. Jusqu'à quel point les communautés sont-elles engagées à procéder elles-mêmes à la construction de latrines (ex. pour les nouveaux ménages) ? En cas d'engagement, dans quelle mesure les communautés utilisent des matériaux locaux et/ou matériaux durables ?
- 5.4. Quels mécanismes endogènes et autonomes sont en place dans les communautés pour la maintenance des ouvrages ?
- 5.5. Dans quelle mesure les mécanismes institutionnels et locaux existants permettent le suivi des statuts FDAL des ménages/villages des zones d'intervention ?
- 5.6. Dans quelle mesure les interventions prennent-elles en compte la durabilité environnementale ?
- 5.7. Les bénéficiaires, en particulier les leaders identifiés et formés, ont-ils les capacités pour poursuivre de manière autonome les actions dans d'autres villages sans appui extérieur ?
- 5.8. Dans quelle mesure l'approche ATPC peut être reproduite dans d'autres préfectures/communes/villages de la RCA (mise à échelle) ? Sur quels types d'évidence/preuves peut-on se fonder objectivement pour justifier ce constat ?

## 6. Équité, genre et droits humains

- 6.1. Dans quelle mesure les ménages les plus vulnérables, en particulier ceux dirigés par les femmes et les personnes à mobilité réduite, ont été impliqués dans la mise en œuvre de l'ATPC ?
- 6.2. Dans quelle mesure les besoins sexo-spécifiques des garçons et des filles, la distribution des rôles entre hommes et femmes au sein du ménage, des groupes vulnérables et les barrières auxquelles les femmes sont confrontées par rapport leur participation aux activités de l'ATPC ont-ils été pris en compte dans la conception, la mise en œuvre et le suivi des interventions du programme ?
- 6.3. Dans quelle mesure les hommes et les femmes en situation de vulnérabilité participent-ils aux mécanismes de coordination, de suivi et d'évaluation de la mise en œuvre du Programme ?

## 6. METHODOLOGIE DE L'ÉVALUATION

### 6.1. Démarche globale et justification

Le type principal de l'examen a été une **évaluation sommative** de l'approche ATPC, permettant ainsi de dégager les résultats majeurs obtenus à la suite de la mise en œuvre du programme. Par ailleurs, une *composante formative* afin de mettre en évidence les spécificités de l'approche ATPC qui ont eu du succès dans le contexte local, ainsi que les défis qui y sont reliées.

Dans le cadre de la stratégie d'évaluation, les **méthodes mixtes** ont été utilisées, combinant à la fois l'analyse de données quantitatives et de données qualitatives.

Dans l'optique de suivre une démarche cohérente en vue de fournir les livrables attendus, le processus de l'évaluation a été organisé en quatre phases :

1. Phase 1 : Revue documentaire, proposition de la méthodologie détaillée et outils de collecte de donnée sous forme d'une note de cadrage
2. Phase 2 : Mission de terrain pour la collecte des données en Centrafrique et restitution préliminaire avec les principales parties prenantes
3. Phase 3 : Analyse des données et préparation du rapport provisoire de l'évaluation
4. Phase 4 : Production du rapport final de l'évaluation

### 6.2. Conceptions et niveau d'évaluation

Pour tenir compte des spécificités de l'ATPC et du contexte de l'intervention, l'évaluation a impliqué trois conceptions différentes pour renforcer la triangulation théorique<sup>5</sup>.

Dans un premier temps, les constats sur les critères d'évaluation ont été dégagés par constitution d'un **modèle quasi-expérimental** qui a permis de comparer la situation du groupe exposé à l'intervention (les ménages des villages ayant participé à l'ATPC) à celle d'un groupe « témoin » non-aléatoire<sup>6</sup> qui présente des caractéristiques similaires<sup>7</sup>.

En second lieu, l'analyse a pris la forme d'une **analyse rétrospective** sur les connaissances, attitudes et pratiques antérieures et postérieures au programme des groupes de comparaison (exposé et témoin) en matière d'hygiène et d'assainissement.

Finalement, l'évaluation s'est focalisée sur la théorie. Plus précisément, il s'est agi d'apprécier dans quelle mesure la **théorie de changement** reliée à l'approche ATPC (changement exclusivement impulsé par la communauté sans appui extérieur) s'est appliquée dans le contexte centrafricain, sur la base des données collectées.

En ce qui concerne le niveau de l'évaluation, l'examen a ciblé en priorité **les effets cumulés** obtenus de la mise en œuvre de l'ATPC dans les zones d'intervention. Spécifiquement, la proportion de ménages utilisant des installations d'assainissement (améliorées ou non) dans

---

<sup>5</sup> La triangulation théorique vise à utiliser plus d'une perspective théorique pour analyser les données.

<sup>6</sup> Le groupe témoin n'a pas été constitué par un tirage aléatoire à partir d'une base complète des ménages non-bénéficiaires du programme dans les zones d'intervention.

<sup>7</sup> La similarité des caractéristiques des ménages du groupe témoin avec celles du groupe exposé (toute chose égale par ailleurs) s'est fondée sur le fait que les villages sont situés dans la même région et les populations restent relativement homogènes dans une même zone. Ainsi, les variables telles que la localisation, le groupe ethnique, l'activité économique ont été considérées pour identifier les villages du groupe témoin.

les zones du programme a été déterminée, ainsi que le pourcentage de ceux qui possédaient des systèmes spécifiques d'accès à l'eau potable et qui l'utilisaient pour le lavage des mains avec du savon après la défécation.

Par ailleurs, puisque l'évaluation ambitionnait d'apprécier les conditions de mise à échelle de l'ATPC, les différentes *relations de causes à effets* ayant générées les résultats intermédiaires ont été également analysés à travers les valeurs de leurs indicateurs. Il est à préciser que les résultats d'effet 1, 3, 4 et 5 du cadre logique<sup>8</sup> du projet AERCA n'ont été étudiés qu'en ce qui concerne leur degré de relation et leur contribution à favoriser l'atteinte du résultat d'effet 2 directement lié à l'ATPC.

### 6.3. Méthodes et instruments de collecte de données

La méthodologie adoptée a été centrée essentiellement sur deux approches reliées à quatre catégories de méthodes de collecte de données : une *approche quantitative* (enquête par questionnaire pour déterminer les indicateurs quantitatifs du programme) et une *approche qualitative* (entretiens, discussions de groupe et observations directes) pour approfondir la connaissance sur les résultats obtenus, les bonnes pratiques et les acquis, et ainsi mieux apprendre de la situation des bénéficiaires directs après l'intervention.

En somme, les méthodes et techniques suivantes ont été utilisées pour garantir la triangulation des méthodes et des outils de collecte de données<sup>9</sup> :

1. **Revue documentaire** : Il s'est agi de parcourir les documents pertinents du programme (proposition de projet initiale conclue avec le bailleur, cadre des résultats du projet AERCA, etc.), les rapports et ressources du projet reliés aux objectifs visés (étude de référence, rapports annuels, etc.), les données existantes au niveau national et international sur la mise en œuvre de l'approche ATPC et les acquis en matière d'accès à l'EHA. Cette revue a permis de mieux cerner le contexte de mise en œuvre de l'ATPC, d'obtenir des données sur les indicateurs EHA avant l'intervention et d'autres informations clés nécessaires à une meilleure analyse de son impact. La liste complète des ressources consultées est présentée à l'*Annexe 1-2* ;
2. **Enquête par questionnaire** : Cette technique a permis de collecter les données quantitatives afin de renseigner les indicateurs du programme. Les analyses ont été réalisées par comparaison avec les données de référence des indicateurs disponibles dans la proposition du projet AERCA (voir cadre des résultats à l'*Annexe 5*). Deux questionnaires ont été élaborés : (a) questionnaire ménage (*Annexe 6.1*) et (b) questionnaire élève / enfant autour des écoles (*Annexe 6.2*) ;
3. **Entretiens individuels** : Ces échanges ont contribué à apprécier en profondeur les effets de la mise en œuvre de l'ATPC et la mesure dans laquelle les savoirs-faire et les acquis pourraient se poursuivre de façon durable dans les communautés cibles. A cet effet, un guide d'entretien a été conçu pour orienter les échanges avec les chefs de village, les Leaders Naturels, les agents des ONG de mise en œuvre, les directeurs d'école et des centres de santé (*Annexe 6.3*) ;

---

<sup>8</sup> Voir Annexe 5

<sup>9</sup> La triangulation des méthodes et outils de collecte de données consiste à utiliser plus d'une méthode et d'un outil pour recueillir l'information (ex. questionnaires, entretiens, observations, analyse de documents, etc.)

4. **Discussions de groupe**: Ces discussions ont été essentiellement tenues avec les responsables du programme à l'UNICEF et les professionnels du MDERH ayant participé à la mise œuvre. Les questions portant sur le processus de l'ATPC présentées à partir de la page 4 du guide à l'Annexe 6.3 ont orienté les échanges.
5. **Observations directes**: La technique d'observation de terrain a permis d'apprécier factuellement l'état des villages en matière d'EHA, notamment la présence ou non et l'état des infrastructures et d'installations d'EHA dans les ménages pendant l'évaluation, les signes visibles de la certification FDAL des villages (ex. plaque de célébration FDAL), etc.

## 6.4. Echantillonnage

### 6.4.1. Cibles de la collecte des données

La collecte de données a été conduite auprès des différentes parties prenantes énumérées dans le *Tableau 6.4.1* ci-dessous, en vue de renforcer la triangulation des sources d'information<sup>10</sup>. Des entretiens et discussions ont été menées avec les personnes concernées dans chaque préfecture cible et à Bangui au moyen des questionnaires et du guide d'entretien conçus.

**Tableau 6.4.1** : Liste des parties prenantes ciblées pour la collecte de données

| Bénéficiaires directs  | Bénéficiaires indirects  | Organisations et partenariats pour la mise en œuvre  |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ménages</li> <li>• Chefs de village et LN des villages cibles</li> <li>• Enfants dans les écoles appuyés par le programme et des écoles des villages témoins</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• OSCs, associations et groupements locaux</li> <li>• Communes (élus locaux)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• L'UNICEF (WASH, M&amp;E)</li> <li>• ONGs partenaires de mise en œuvre</li> <li>• Ministère du Développement de l'Énergie et des Ressources Hydrauliques (DGRH, ANEA)</li> </ul> |

### 6.4.2. Méthodes d'échantillonnage et tirages des échantillons

Le choix des échantillons pour cette évaluation a été réalisé à deux niveaux : (i) les échantillons pour les entretiens individuels et discussions de groupe et (ii) les échantillons pour les enquêtes auprès des ménages et des élèves.

1. **Échantillonnage pour les entretiens individuels et/ou discussions de groupe** : À ce niveau, un *échantillonnage par choix raisonné* a été réalisé en s'assurant d'avoir des opinions variées des différents acteurs et des organisations clés impliquées dans la mise en œuvre du programme. Les principaux représentants de ces parties prenantes ont été rencontrés à Bangui et dans les préfectures ciblées. Au total 42 personnes (dont 4 femmes et 38 hommes) représentant les parties prenantes, dont 5 agents de l'UNICEF (voir liste complète en *Annexe 3-1*), ont été interrogés. Précisément, 4 discussions de groupe (UNICEF, DGRH, ONG, leaders locaux)

<sup>10</sup> La triangulation des sources d'information consiste à recueillir les données auprès de plusieurs sources différentes.

impliquant 2 femmes et 13 hommes, et 37 entretiens individuels (avec 3 femmes et 34 hommes), ont été réalisés (*Tableau 6.4.2*). Parmi les participants, une femme et 4 hommes ont été impliqués à la fois dans les entretiens individuels et de groupe. Il faut souligner ici que le fait que la plupart des personnes rencontrées sont des hommes ne provient pas d'un choix délibéré de l'équipe d'évaluation, mais du fait que ces personnes sont celles que les parties prenantes ont référé ou qui ont été impliquées en fonction des activités du programme.

**Tableau 6.4.2** : Nombre de participants aux entretiens (individuels et de groupe)

| Méthodes d'entretiens  | Nombre de participants |        |       |
|------------------------|------------------------|--------|-------|
|                        | Hommes                 | Femmes | Total |
| Entretiens individuels | 34                     | 3      | 37    |
| Discussions de groupe  | 13                     | 2      | 15    |

**2. Échantillonnage pour les enquêtes** : Les unités statistiques des enquêtes ont été *les ménages* dans les zones d'intervention – qu'il s'agisse des bénéficiaires directs (groupe exposé, dans les villages ATPC) ou des non-bénéficiaires (groupe « témoin » pour la comparaison des résultats, dans les villages non-bénéficiaires) – ainsi que *les élèves* (filles et garçons) de niveau primaire et du secondaire.

Il est à noter que les tailles des échantillons d'enquête dépendent du *niveau de confiance* souhaité pour la représentativité des résultats et de la *marge d'erreur* tolérée, du budget et du temps disponible pour l'enquête. Ainsi pour l'enquête auprès des ménages, une marge d'erreur de 5% et un niveau de confiance de 95%, ont été retenus.

- Échantillonnage pour les ménages

L'échantillon de ménages à enquêter a été déterminé selon la méthode dite « *échantillonnage probabiliste modifié* », combinant à la fois un *échantillonnage stratifié* et un *échantillonnage par quotas*. Le but de cette combinaison est de tenir compte des contraintes de coûts de l'enquête (budget, temps, etc.) et des spécificités sociodémographiques des ménages selon les critères de ciblage par le programme (sexe et situation matrimoniale du chef de ménage, population en minorité, participation ou non à l'intervention), tout en garantissant les principes probabilistes de généralisation des résultats.

Dans un premier temps, les communes et villages à visiter lors de l'enquête ont été sélectionnés aléatoirement par stratification sur la base des données issues du système de suivi-évaluation du programme (liste des villages bénéficiaires de l'ATPC), des données du RGPH 2003 en RCA<sup>11</sup> et des données du découpage électoral de 2015 en RCA<sup>12</sup> (nombre de villages par commune et par préfecture). Les trois niveaux de stratification retenues ont été la préfecture, la commune et le village.

Dans un deuxième temps, la taille de l'échantillon de ménages pour l'enquête par questionnaire a été déterminée à partir de la formule suivante :

<sup>11</sup> Données du Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) 2003 en RCA. Lien : [https://ireda.ceped.org/inventaire/ressources/caf-2003-rec-o\\_rca\\_en\\_chiffres.pdf](https://ireda.ceped.org/inventaire/ressources/caf-2003-rec-o_rca_en_chiffres.pdf)

<sup>12</sup> Autorité Nationale des Élections : Rapport final de la cartographie électorale RCA 2015. Projet d'Appui au Cycle Electoral en Centrafrique (PACEC)



$$n = \frac{t^2 \times p \times (1 - p) \times z}{e^2}$$

où n = taille de l'échantillon minimale (nombre de ménages à visiter)  
 t = Niveau de confiance (la valeur type du niveau de confiance de 95 % sera 1,96)  
 p = Proportion estimée de la population dans la zone cible qui n'utilise pas d'installations d'assainissement améliorées (95%)  
 e = marge d'erreur souhaitée (5%, soit un niveau de confiance de 95%)  
 z = l'effet de conception qui représente le nombre d'étapes de l'échantillonnage stratifié utilisé; ici 3 étapes : préfecture, commune et village.

En appliquant cette formule comme ci-dessous, l'on a obtenu un échantillon de 219 ménages à interroger pour le groupe exposé à l'approche ATPC (bénéficiaires directs du programme).

$$n = \frac{(1,96)^2 \times 0,95 \times (1 - 0,95) \times 3}{(0,05)^2} = 219 \text{ ménages}$$

Pour les fins de la comparaison, le même nombre de ménages (219 ménages) a été également considéré pour le groupe témoin (ménages n'ayant pas bénéficié de l'ATPC). Au total donc, la taille globale de l'échantillon de l'enquête auprès des ménages a été de **438 ménages**.

Dans un troisième temps, les différents quotas de ménages à enquêter par préfecture d'intervention ont été obtenus en multipliant la proportion de ménages ordinaires par préfecture par la taille de l'échantillon (voir *Annexe 6-1*).

- Échantillonnage pour les élèves

Pour les élèves et les enfants vivant autour des écoles, l'échantillonnage par choix raisonné (enfants âgés de 9 ans au moins et inscrit au primaire ou au secondaire) et par quotas (5 enfants par village) ont été utilisés pour déterminer le nombre d'élèves à interroger par questionnaire. Ces derniers ont été choisis systématiquement dans les villages sélectionnés pour l'enquête.

Dans l'ensemble, un échantillon total de **100 enfants (35 filles et 65 garçons)** provenant de 19 écoles primaires et 4 écoles secondaires des communes visitées, a été considéré afin d'examiner l'état et les conditions d'utilisation des infrastructures d'hygiène et d'assainissement dans les écoles. La liste des écoles concernées est disponible à l'*Annexe 6-1*.

Au niveau des zones cibles, l'enquête a été réalisée dans les villages échantillonnés des 3 préfectures d'intervention du projet AERCA en plus de la préfecture de l'Ombella Mpoko, avec au moins une commune visitée pour chaque groupe de ménages (exposé et témoin). Compte tenu des conditions difficiles de déplacement sur le terrain et des moyens déployés pour l'évaluation (budget et temps), un total de 11 villages ont été visités pour le groupe exposé sur l'ensemble des 601 villages de la base de données des villages certifiés FDAL, et 9 villages pour le groupe témoin, soit un total de 20 villages pour l'ensemble de l'enquête.

## 6.5. Organisation de la collecte des données

La collecte de données sur le terrain a été conduite par les membres de l'équipe d'évaluation (voir description à l'Annexe 3-2), scindée en deux équipes distinctes composées chacune de quatre enquêteurs-trices, et supervisées par l'un des consultants (international et national). Les enquêteurs-trices ont collecté les données par questionnaire et les consultants ont réalisé les entretiens approfondis pour le recueil des données qualitatives.

Au niveau pratique, la collecte des données a débuté dans les communes/villages de la préfecture de la Lobaye et s'est achevée dans ceux de la préfecture de l'Ombella-Mpoko, comme présenté dans la *Figure 4.1* de la partie 4 du rapport. Des ajustements ont été faits sur le nombre de communes (9 prévues réduites à 6) et de villages (28 prévues réduites à 20) à visiter, ainsi que sur la programmation des visites en fonction du contexte et des réalités observés sur le terrain (ex. villages difficile à localiser, mauvais état des routes, etc.). Dans chaque village, les ménages ont été visités de façon aléatoire par les enquêteurs-trices puisqu'il n'existait pas une base de données des ménages ayant participé au programme ATPC. La règle d'enquête des ménages était de s'assurer de couvrir l'ensemble du village géographiquement et pour cela, chaque enquêteur-trice s'est vu-e confier une zone spécifique du village.

Pour l'enregistrement des données des entretiens avec les ménages, des questionnaires en format papier ont été utilisés au lieu de questionnaires électroniques (formulaires conçus avec une application Android) comme prévu initialement, compte tenu de la faible couverture des zones d'intervention par le réseau mobile et par l'électricité nécessaire pour la recharge des téléphones.

En ce qui concerne le mode opératoire, les enquêteurs-trices ont interrogé directement et aléatoirement le chef ou l'un des membres du ménage présent pendant la visite, et ensuite les enfants du ménage ou du voisinage éligibles selon les critères.

## 6.6. Saisie, gestion et analyse des données

Après la phase de terrain, les données de l'enquête, recueillies à travers les questionnaires remplis par les enquêteurs-trices, ont fait l'objet d'une vérification de cohérence et ont été saisies par le Consultant à partir du logiciel Epidata. À la suite de la saisie, des bases de données complètes pour les ménages et les élèves / enfants ont été produites et utilisées pour déterminer les indicateurs des résultats identifiés pour le programme ATPC.

L'analyse statistique des données quantitatives s'est fait à partir des logiciels SPSS et EXCEL pour générer les tableaux et graphiques pertinents à interpréter. Au niveau des données qualitatives, une synthèse des informations clés a été effectuée par la revue des notes d'entretiens réalisées avec les parties prenantes.

En outre, l'analyse des données a inclus une comparaison systématique des résultats et des constats observés dans les ménages ayant bénéficié de l'ATPC (groupe exposé) avec ceux des ménages n'ayant pas participé à l'intervention (groupe témoin). En outre, un examen du processus de l'ATPC pour les trois phases de l'approche (pré-déclenchement, déclenchement et post-déclenchement), ainsi que les conditions de durabilité et de mise à échelle, a été conduit. Les disparités ou différences dans les résultats et constats ont été mises en valeur par une prise en compte du profil socioéconomique et historique des ménages (ex. niveau de pauvreté, type de propriété de la résidence, etc.).

## 6.7. Considérations éthiques et prise en compte du genre et des droits de l'homme

Dans le cadre de la collecte de données pour l'enquête, les entretiens ont été menés auprès de tous les ménages, qu'ils soient dirigés par des femmes ou par des hommes. Pour s'assurer de la prise en compte des droits de tous les individus, les consultants et les enquêteurs-trices se sont assurés de visiter des ménages de différents profils (selon le sexe du chef de ménage, la participation ou non à l'intervention, etc.) tout en respectant le nombre requis par village. De plus, la représentation des différentes catégories de répondant(e)s a été priorisée (personnes à mobilité réduites, ménages monoparentaux, veufs / veuves, divorcé(e)s, etc.).

Pour garantir les principes de respect, justice et de ne pas nuire (« risk of harm »), les entretiens ont été réalisés après avoir obtenu le consentement libre et éclairé des participants hommes, femmes et enfants (accord formel oral et/ou écrit donné par le participant après la présentation des objectifs de l'étude, des obligations reliées et des dommages potentiels avant, pendant et après les entretiens).

En ce qui concerne les enfants de manière spécifique, les normes sur la Recherche éthique impliquant des enfants (ERIC)<sup>13</sup> et de la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant (CIDE) ont été appliquées afin de respecter leurs droits et leur bien-être pendant la collecte de données. Tous les enfants éligibles, sans aucune discrimination et partialité, ont été considérés lors des entretiens. En plus de celui de leurs parents, le consentement éclairé des élèves / enfants mineurs a été demandé avant les entretiens. L'anonymat a été respecté en évitant de demander ou d'enregistrer les renseignements personnels des personnes interrogées (nom, adresse, téléphone, etc.). Par ailleurs, l'enquêté-e pouvait ne pas répondre à une question ou mettre fin à l'entretien à tout moment s'il/elle ne se sentait plus à l'aise par rapport aux questions ou s'il/elle jugeait que sa sécurité, son anonymat ou ses droits pouvaient être compromis. Afin de maintenir la confidentialité des réponses des répondant(e)s, les entretiens se sont déroulés dans un endroit isolé du ménage ou le plus éloigné possible des autres personnes présentes au moment de la visite.

Afin de s'aligner sur les standards éthiques du GNUE, l'indépendance et l'impartialité de l'équipe des évaluateurs a été atteinte par le fait que des consultants externes sans conflits d'intérêt, n'ayant participé à aucune phase de planification ou de mise en œuvre du projet AERCA, ont été recrutés pour ce mandat. Le rapport fait état de tous les conflits ou divergences d'opinion ayant pu se manifester entre les consultants et les responsables du programme concernant les conclusions et/ou recommandations de l'évaluation. L'équipe d'évaluation a mis en évidence les questions qui n'étaient pas expressément mentionnées dans les TdRs, afin d'obtenir une analyse plus complète.

En outre, pour éviter une homogénéité de réponses de la part des répondant(e)s, chaque enquêteur-trice s'est déplacé(e) d'au moins 100 m avant d'interroger une autre personne dans un nouveau ménage lorsque la configuration des logements le permettait.

Pour l'analyse, les données collectées ont été désagrégées par genre, âge du chef de ménage/répondant et d'autres critères sociodémographiques pertinents comme le niveau

---

<sup>13</sup> Normes sur les recherches impliquant les enfants. Lien : [https://childethics.com/wp-content/uploads/2015/04/ERIC-compendium-FR\\_LR.pdf](https://childethics.com/wp-content/uploads/2015/04/ERIC-compendium-FR_LR.pdf)

d'études, la taille du ménage, la commune de résidence, etc. lorsque cela s'avérait pertinent et nécessaire.

## 6.8. Limites conceptuelles et mesures de contingence

Au niveau conceptuel et de la collecte de données, la démarche d'évaluation a fait ressortir les principales limites et contraintes présentées ci-après, ainsi que les mesures envisagées pour réduire leurs effets sur la validité et la fiabilité des résultats.

1. *L'inclusion de l'ATPC dans un projet global (AERCA)* : Le fait que l'approche ATPC ait été mise en œuvre dans le cadre d'un plus grand projet (AERCA) indique que les ressources mobilisées ont été utilisées pour l'ensemble des activités et pas uniquement pour l'ATPC. Il se pourrait donc que l'analyse des 3 niveaux de l'efficacité<sup>14</sup> génère des résultats surestimés (coût par bénéficiaire plus élevé). Pour limiter ce risque, il était nécessaire d'obtenir la part du budget du programme directement allouée à l'ATPC pour calculer le coût par bénéficiaire et le taux d'exécution budgétaire reliés. Cela devrait permettre de déterminer l'économie sur les intrants en comparant avec le coût par bénéficiaire des programmes d'assainissement qui fournissent directement des latrines aux bénéficiaires. Cette estimation n'a finalement pas été possible puisque les données financières désagrégées du programme ATPC n'ont pas été obtenues.
2. *Les biais de « réponses socialement désirables »* : Lors des entretiens avec les ménages, il se pouvait que certain(e)s répondant(e)s – en particulier les ménages n'ayant pas bénéficié de l'ATPC – aient à bonifier leurs pratiques en matière d'assainissement pour éviter la gêne et la honte face à l'étranger (enquêteur-trice). Par exemple, certains pouvaient faire croire qu'ils disposaient de latrines et / ou de Dispositif de Lavage des Mains (DLM) alors qu'ils n'en avaient pas. Pour pallier à ce risque de surestimation de la situation réelle, les enquêteurs-trices ont été instruit(e)s à répéter les questions et/ou également vérifier la présence de la latrine. Il en était de même pour la situation économique des bénéficiaires, dont certains dans le milieu rural ont tendance à rabaisser leur situation économique espérant obtenir des appuis « des visiteurs qui viennent de la ville ». À ce niveau, le questionnaire a permis de faire l'analyse des revenus des ménages par l'évaluation de toutes les dépenses mensuelles du ménage en lieu et place des revenus gagnés ;
3. *Le biais de rappel (perte potentielle d'information liées à l'analyse historique)* : Il pouvait être difficile pour les bénéficiaires de se rappeler de l'historique de leur situation en matière d'assainissement et d'hygiène (ex. date de la construction de la latrine, dimensions de la latrine, etc.). Aussi pour limiter ce risque, les enquêteurs-trices ont fait preuve de patience pour donner suffisamment de temps à ces derniers afin qu'ils se remémorisent les situations vécues. De plus, l'estimation la plus juste et logique du point de vue de l'enquêté(e) a été recherchée pour certaines questions (ex. dimensions de la latrine, dépenses de nourriture, etc.) ;

---

<sup>14</sup> L'analyse de l'efficacité s'effectue généralement à trois niveaux : (i) Analyse de l'économie sur les intrants, (ii) Analyse de l'efficacité opérationnelle, (iii) Analyse de l'efficacité allocative.

Source : Centre d'excellence en évaluation (CEE), « Examiner l'utilisation des ressources des programmes dans le cadre de l'évaluation des programmes fédéraux », Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada. <http://www.tbs-sct.gc.ca/cee/pubs/ci5-qf5/ci5-qf5tb-fra.asp>

4. *L'absence des chefs de ménage lors des visites* : Nous avons appliqué l'hypothèse que ce sont les chefs de ménage qui ont une très bonne connaissance des habitudes et des commodités du ménage (ex. dépenses). Aussi, leur absence lors des visites d'entretiens pouvait engendrer des pertes d'information, surtout pour les ménages qui ont participé au processus de l'ATPC. Pour réduire ce risque, le ou la conjoint(e) du chef de ménage a été privilégié(e) pour l'entretien en cas d'absence de ce dernier. De plus, il fût permis aux répondant(e)s d'obtenir l'information la plus juste possible en questionnant les autres membres du ménage au besoin.
5. *L'absence de données financières détaillées sur l'exécution du programme* (répartition désagrégée des dépenses du projet AERCA et sur l'ATPC par résultat d'effet et par type d'activités) n'a pas permis d'approfondir l'analyse de l'efficacité opérationnelle, allocative et de l'économie sur les intrants obtenus dans le cadre de l'ATPC (efficacité par rapport aux ressources financières), surtout de calculer le coût de revient du programme ATPC pour le ménage. Néanmoins, pour pallier à cette contrainte, une estimation du coût de revient d'une latrine ATPC pour le ménage selon les données locales (contribution pour l'acquisition d'une latrine) a été réalisée aux fins de comparaison avec d'autres pays en Afrique subsaharienne (Ghana, Éthiopie).

#### 6.9. Gestion de l'assurance qualité de l'évaluation

L'assurance qualité pour les résultats de l'évaluation a été réalisée à plusieurs niveaux et a impliqué à la fois l'équipe d'évaluation et le comité de cadrage de l'évaluation (UNICEF/WASH, M&E et Bureau régional ; MDERH/DGRH).

Au niveau de l'équipe d'évaluation, des mesures ont été prises dans un premier temps en amont pour assurer une application adéquate du protocole de collecte et un contrôle de la fiabilité des données recueillies par les enquêteurs-trices auprès des bénéficiaires. Cela a été réalisé à travers la formation des enquêteurs-trices et une supervision effective sur le terrain, avec des éclaircissements et des conseils prodigués tout au long des visites de terrain. Dans un deuxième temps, un contrôle de cohérence des questionnaires a été réalisé pour l'enquête (questions pré-codées, sauts de questions non-applicables, etc.) et avant la saisie (rejet des questionnaires mal remplis<sup>15</sup>) pour garantir une cohérence entre les différentes variables. Dans un troisième temps, en aval, les données externes obtenues de l'analyse documentaire ont été comparées avec les données collectées sur le terrain (enquêtes, entretiens) dans le cadre de la triangulation des données, permettant ainsi de renforcer l'interprétation et la validité des résultats et des constats.

En ce qui concerne le comité de cadrage de l'évaluation, l'assurance qualité a été d'abord réalisée par un accompagnement de l'équipe d'évaluation dans la réalisation du processus à travers des commentaires / suggestions et propositions de révision des différents livrables et rapports produits (note de cadrage, rapport provisoire et final). Ensuite, il s'est agi de faire une revue de la conformité du rapport final par rapport au guide GEROS<sup>16</sup> et à la liste de contrôle de l'UNEG, et enfin une évaluation finale du travail fourni par le Consultant.

---

<sup>15</sup> Au total, 9 questionnaires ménages et 2 questionnaires élèves ont été rejetés à la suite du contrôle de cohérence.

<sup>16</sup> Global Evaluation Report Oversight System (GEROS), guide pour les évaluations (staff UNICEF et évaluateurs externes)

## 7. CONSTATS ET CONCLUSIONS PRELIMINAIRES (PAR CRITERE)

### 7.1. Constats selon les critères d'évaluation

L'analyse réalisée dans cette section permet de répondre spécifiquement aux questions d'évaluation pour chaque critère (pertinence, efficacité, efficience, impact, viabilité, genre-équité-droits humains), et cela, sur la base des indicateurs de résultat (quantitatifs et qualitatifs) et des constats effectués dans les analyses comparatives des groupes de comparaison (exposé et témoin). Les indicateurs proviennent de quatre sources de données différentes dont les codes sont mentionnés pour chacune des questions dans la matrice d'évaluation présentée en *Annexe 11* :

- (1) **Rapports et données externes** (PNUD, MICS, UNICEF, Banque mondiale, Gouvernement, etc.)
- (2) **Revue des documents du programme** (Proposition initiale du programme, rapports, termes de référence, etc.)
- (3) **Enquête, entretiens et discussions de groupe, observations de terrain** (réalisés pendant l'évaluation à la fin du premier trimestre de l'année 2019)
- (4) **Système de suivi-évaluation du programme** (base de données, rapports de suivi, etc.)



### 7.1.1. Pertinence et cohérence

#### A- Bien-fondé

- 1.1. Dans quelle mesure les interventions du programme ATPC répondaient-elles aux besoins des populations des zones d'intervention ?
- 1.2. Dans quelle mesure de tels besoins avaient été identifiés avant le démarrage du programme ?

#### B- Cohérence :

- 1.3. Comment les critères d'identification des communautés bénéficiaires de l'ATPC étaient cohérents avec les objectifs envisagés du programme ?
- 1.4. Dans quelle mesure la démarche de l'ATPC est-elle cohérente avec l'impact et les effets escomptés ?
- 1.5. Existe-t-il des complémentarités/synergies entre l'approche ATPC et d'autres projets ou programmes de l'UNICEF, des projets d'autres partenaires au développement ?

**Illustration 7.1. :** Entretien avec les populations dans le village de Mboussa, préfecture de la Sangha-Mbaéré



© UNICEF CAR/2019/H-Kouande

## A- Bien fondé du programme ATPC

### 1.1. Dans quelle mesure les interventions du programme ATPC répondaient-elles aux besoins des populations des zones d'intervention ?

Selon les données recueillies, la RCA présentait un niveau très bas par rapport au développement socioéconomique et en matière d'EHA par rapport à d'autres pays et régions du monde, dans les trois années du lancement du programme ATPC.

Le pays demeurait l'un des plus pauvres du monde, avec un Produit Intérieur Brut (PIB) par habitant qui s'élevait à 337,48 dollars américains (USD) en 2013<sup>17</sup> (plus faible que ceux du Tchad : 986,01 USD et de la RDC : 458,13 USD), et un rang de 187<sup>e</sup> sur 188 pays classés selon l'Indice de Développement Humain (IDH) du PNUD<sup>18</sup>. La situation du développement humain s'était notamment dégradée depuis près de deux décennies, avec le passage du rang de 134<sup>e</sup> sur 142 pays classés en 1990 à une position dans les 3 derniers rangs depuis 2010.

Le nombre de décès d'enfants de moins de 5 ans pour 1000 naissances était très élevé en 2015 (128,8 décès) en comparaison à l'Afrique subsaharienne (86 décès) et au niveau mondial (43 décès). La couverture en eau potable en RCA restait l'une des plus faibles au monde (30,5% en RCA contre 68% en Afrique subsaharienne et 91% au niveau mondial en 2015). La proportion des communautés continuant de pratiquer la DAL dans les zones d'intervention en RCA s'établissait à un niveau très élevé jusqu'en 2015 (95%) par rapport au niveau mondial (13%). Par ailleurs, la proportion de la population utilisant des services d'assainissement améliorés en RCA (25,1% en 2015), en particulier dans les zones d'intervention du programme ATPC (en 2012-2013 : Mambéré-Kadéï : 31,1%, Sangha-Mbaéré : 29%, Lobaye : 28,2%), restait très en deçà du niveau fixé par les OMD (60% en 2015), puis par les ODD (100% à l'horizon 2030).

En outre, le niveau de la DAL dans les zones d'intervention reste toujours très élevé. Comme l'indique les résultats de l'enquête réalisée dans le cadre de cette évaluation, le pourcentage de ménages dans les villages non-bénéficiaires du programme ATPC (groupe témoin) qui ne disposait toujours pas d'une latrine en 2019 restait très élevé (63%), contre 8,2% pour le groupe exposé (voir *Graphique a12.1* en *Annexe 12*) par rapport à la cible des ODD. Selon les ménages ne possédant pas de latrine, les raisons principales de cette absence étaient par ordre : le manque de moyens pour la construction d'une latrine (47,1%), le manque de temps à cause des activités économiques (21,9%) et l'incapacité du chef de ménage à construire (14,2%), soit parce qu'il est une personne à mobilité réduite ou vulnérable (*Graphique a12.2*).

Pour les ménages qui ne possédaient pas de latrine (*Graphique a12.3*), 72,4% pratiquaient la défécation dans les broussailles (55,6% dans le groupe exposé ; 74,6% dans le groupe témoin), 24,4% déféquaient dans la latrine du voisin (44,4% dans le groupe exposé ; 21,7% dans le groupe témoin) et 3,2% déféquaient dans les eaux de surface (rivière, ruisseau, etc.). Dans l'ensemble donc, 75,6% des ménages pratiquaient la DAL dans les zones d'intervention au moment de l'enquête (55,6% dans le groupe exposé ; 78,3% dans le groupe témoin).

A la lumière de la situation ci-dessus présentée et des priorités nationales et internationales matérialisées dans les ODD, le programme ATPC répondait donc aux besoins des populations des zones d'intervention.

---

<sup>17</sup> Source : Banque Mondiale : <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD>

<sup>18</sup> Source : Données Excel sur l'évolution de l'IDH de 1999 à 2018, PNUD : <http://hdr.undp.org/en/data>



## 1.2. Dans quelle mesure de tels besoins avaient été identifiés avant le démarrage du programme ?

Les données disponibles pour la planification du projet AERCA, y compris l'ATPC, sont issues de la proposition de projet soumise au Gouvernement néerlandais par l'UNICEF. Elles présentent quelques statistiques sommaires et générales sur les zones d'intervention, mais ne proviennent pas d'une analyse complète de la situation sur le terrain.

Selon ces données, 19% de la population de la RCA vivaient dans les 3 préfectures des zones ciblées par le programme en 2012. On notait également l'absence d'intervention majeure en EHA dans la région avant cette période. Par ailleurs, les populations bénéficiaires potentielles du programme ATPC incluaient des groupes minoritaires (Ba'ka : pygmées, peulhs) et ayant un accès limité aux services sociaux de base. La couverture en matière d'eau potable était très faible, avec des valeurs régionales de 14% pour la Mambéré-Kadéï, 16% pour la Sangha-Mbaéré et 33% pour la Lobaye (MICS, 2012). Les zones où était prévue la mise en œuvre du programme faisaient face à une crise nutritionnelle importante causée par la crise économique qui a frappé la zone ouest du pays en 2010, avec les pires indicateurs nutritionnels, allant de 1,9 à 4,0 pour la MAS et de 7,0 à 11,0 pour la MAG.

Malgré ces données, il faut souligner que les besoins spécifiques en matière d'EHA des populations des zones d'intervention n'ont pas été recueillis et analysés à travers une étude de référence complète ou une analyse de la situation sur le terrain; ce qui aurait permis de mieux les caractériser selon les infrastructures d'EHA disponibles, les comportements, attitudes et pratiques en matière d'EHA, et de déterminer les valeurs des indicateurs de résultat du programme ATPC.

### **B- Cohérence**

## 1.3. Comment les critères d'identification des communautés bénéficiaires de l'ATPC étaient cohérents avec les objectifs envisagés du Programme ?

Les critères d'identification des communautés bénéficiaires se sont basés sur les critères généralement utilisés dans le processus de l'ATPC, à savoir les critères et caractéristiques suivantes :

- Les zones à sélectionner devraient être des zones de forte densité de population : 19% de la population de la RCA vivait dans les préfectures du Sud-ouest
- Les villages des zones d'intervention devraient être des petits villages ou hameaux pour la majorité (moins de 1 000 habitants) et situés dans des zones reculées : la population moyenne des villages des zones d'intervention était de 476,3 habitants selon les données de l'enquête (mars 2019), et plusieurs villages visités étaient reculés ou isolés, avec un accès difficile (voir *Illustration a12.1*) ;
- L'existence de groupes de populations pauvres, à risque, en minorité ou marginalisés devraient être pris en compte pour sélectionner les zones cibles du programme : Selon les données de l'enquête, 92,1% des ménages des zones d'intervention vivaient dans l'extrême pauvreté; 52,3% des ménages visités dans les zones d'intervention étaient issus de groupes minoritaires (Ba'ka : pygmées, peulhs), dont 67,1% parmi les ménages du groupe exposé et 37,4% parmi ceux du groupe témoin. De plus, la zone faisait face à

une crise nutritionnelle et une crise humanitaire avec un important flot de déplacés internes dû à la crise politico-militaire débutée à la fin 2012;

- La couverture en matière d'assainissement et d'hygiène devrait se situer à un niveau faible ou nulle dans les zones cibles de l'intervention : On notait à ce propos l'absence d'interventions majeures en EHA dans la zone du Sud-ouest avant 2012;
- L'environnement de la zone cible devrait se présenter comme sale et nauséabond (taux de DAL élevé) : L'enquête a montré que 75,6% des ménages pratiquaient la DAL dans les zones d'intervention (voir *Graphique a12.3* : 55,6% dans le groupe exposé; 78,3% dans le groupe témoin);
- La proportion de ménages ayant des sources améliorées d'alimentation en eau potable devrait se situer à un niveau faible et ces sources devraient apparaître comme polluées, non protégées et/ou vulnérables; ou des taux élevés de maladies diarrhéiques devraient être observables : Seulement 37% des ménages du groupe témoin utilisaient une source d'eau potable ou améliorée en mars 2019 (enquête). Ce qui montre que l'alimentation en eau potable reste toujours faible. En outre, la proportion de ménages, dont l'un des membres souffrait fréquemment (souvent ou toujours) de la diarrhée avant que la latrine ne soit construite ou réhabilitée, était de 63,7% pour les enfants de moins de 5 ans (57,9% dans le groupe exposé ; 78,1% dans le groupe témoin).

Ces caractéristiques et critères ont donc été en phase avec les objectifs de changement de pratiques des populations par la prise de conscience et l'action, afin de mettre fin à la DAL.

Malgré ce fait, il faut souligner que très peu de données étaient disponibles pour orienter l'identification des communautés bénéficiaires de l'ATPC.

#### **1.4. Dans quelle mesure la démarche de l'ATPC est-elle cohérente avec l'impact et les effets escomptés ?**

La démarche de l'ATPC comprenait un ensemble d'activités inter-reliées (formation; sensibilisation; processus : pré-déclenchement, déclenchement et post-déclenchement; etc.) et une approche multi-acteurs (plusieurs parties prenantes dont le Gouvernement, les PTFs y compris l'UNICEF, les ONG / OSC, les populations, etc.), dont la finalité était l'arrêt de la DAL par les populations. Elle a mis en avant la délégation de responsabilités aux partenaires locaux et aux populations bénéficiaires pour impulser des changements de comportements, d'attitudes et de pratiques durables en matière d'assainissement et d'hygiène.

Dans ce sens, l'approche est comme cohérente par rapport aux résultats escomptés et l'impact poursuivis par le programme, dans la mesure où l'arrêt de la DAL a montré une réduction des risques de maladies diarrhéiques et de celles liées à l'insalubrité, permettant en bout de ligne de créer des conditions favorables à la réduction de la mortalité infanto-juvénile dans les communautés.

À titre d'illustrations, le nombre moyen mensuel de cas de diarrhée des enfants de moins de 5 ans et par ménage pratiquant la DAL est passé de 3,3 avant le programme à 2,0 après le programme par ménage ayant construit / réhabilité une latrine (respectivement 2,9 et 1,7 dans le groupe exposé contre 4,5 et 3,0 dans le groupe témoin).

De plus, la démarche de l'ATPC a impliqué la prise en charge par les populations elles-mêmes de leur hygiène et assainissement, et a été aussi l'occasion de les sensibiliser aux bonnes pratiques d'EHA.

Dans ce sens, l'enquête réalisée lors de cette évaluation a indiqué que la proportion des ménages du groupe exposé possédant une latrine réhabilitée et qui connaît les avantages et risques liés au lavage des mains avec du savon aux moments critiques (repas, défécation, etc.) est passé de 61,7% avant la réhabilitation à 91,7% après la réhabilitation de la latrine. En outre, le pourcentage de ménages du groupe exposé qui se lave les mains après la défécation est passé de 55,3% avant la réhabilitation à 87,5% après la réhabilitation.

### **1.5. Existe-t-il des complémentarités/synergies entre l'approche ATPC et d'autres projets ou programmes de l'UNICEF, des projets d'autres partenaires au développement ?**

De prime abord, les résultats obtenus dans le cadre des autres activités du projet AERCA indiquent qu'il a existé des complémentarités / synergies entre le programme ATPC et les autres interventions de ce projet. Le projet AERCA visait – outre l'amélioration de l'accès à l'eau potable, de l'assainissement et de l'hygiène dans les ménages – les institutions communautaires, à savoir les écoles et les Centres de Santé (CS).

Les données du projet montrent que la totalité des 63 écoles primaires ciblées dans le projet AERCA ont eu un accès durable à des latrines améliorées et séparées pour les sexes (soit pour 19 096 élèves), et ont installé des clubs d'hygiène et assainissement (aucune école n'avait un club d'hygiène avant le projet; 60 écoles ont été ciblées).

Les résultats de l'enquête lors de l'évaluation corroborent ces données issues du système de suivi-évaluation du projet. Il faut noter ainsi que la quasi-totalité des écoles visitées dans les zones d'intervention (y compris les villages non-ciblés par l'ATPC), soit 91% des établissements (17 sur 19 écoles primaires et 4 lycées), possède des latrines, dont 81,3% ont des latrines séparées pour les filles et les garçons. Parmi ces établissements visités qui possèdent des latrines, 5 ont été répertoriés dans la liste des 63 écoles ayant bénéficié du projet AERCA. De plus, toujours au moment de l'enquête, 81,8% des élèves dans le groupe exposé utilisaient des latrines séparées à l'école (77,1% des élèves dans le groupe témoin), tandis que 75,6% des élèves dans le groupe exposé se lavaient les mains avec du savon aux moments critiques (49,1% des élèves dans le groupe témoin; 18% pour l'ensemble des zones d'intervention avant le projet).

La mise en œuvre du projet AERCA a également permis de construire des latrines séparées pour l'ensemble des centres de santé visés dans la région cible. Au total, 32 centres de santé (y compris les Unités de Réhabilitation Nutritionnelle – URN) ont eu un accès à des latrines améliorées et séparées pour les sexes (soit 17 058 patients), et ont installé des comités de gestion de l'eau, de l'hygiène et de l'assainissement (aucun CS avant le projet; 30 ciblés)

De l'autre côté, des initiatives visant à améliorer l'accès des populations aux services et infrastructures d'assainissement, ont été mises en œuvre dans les zones d'intervention du programme ATPC ou ailleurs en RCA par les PTFs. Les acquis obtenus grâce à ces interventions semblent indiquer une complémentarité avec les résultats visés par le programme ATPC. Entre autres, l'on peut relever les projets suivants :

- Projet d'« Assistance multisectorielle pour les communautés, les réfugiés internes et les retournés affectés par le conflit dans les préfectures de Mambéré-Kadei et Sangha-Mbaéré » mis en œuvre de Juillet 2016 à Août 2018 par la Fédération

Luthérienne Mondiale (FLM), sous financement du Ministère allemand des affaires étrangères et Diakonie Katastrophenhilfe (DKH)<sup>19</sup>;

- Projet de renforcement des systèmes de santé dans la Lobaye et dans la Mambéré-Kadéï dans la période 2009 à 2012 de l'organisation Cordaid, qui a permis de construire des douches et latrines pour certains centres de santé<sup>20</sup>;
- Programme d'assistance en EHA aux personnes vulnérables déplacées, retournées ou rapatriées des sous-préfectures de Carnot et Gadzi en RCA, Préfecture de la Mambéré-Kadeï. Norwegian Refugee Council (NRC). Mai 2016 – Avril 2017<sup>21</sup>.

En particulier, la Fédération Luthérienne Mondiale (FLM) a été très active dans les préfectures de la Mambéré-Kadeï, de la Sangha-Mbaéré et de la Lobaye pour la construction d'infrastructures publiques d'assainissement et d'hygiène au profit des populations (voir *Illustration 7.1.1*).

Néanmoins, bien que toutes ces actions aient concouru à sensibiliser les populations sur les bonnes pratiques en EHA et aient permis d'installer des latrines pour certains centres de santé (voir *Illustration 7.1.2*), elles n'ont pas utilisé l'approche de l'ATPC qui permet à chaque ménage de disposer de sa propre latrine. Ainsi, leur impact et leur durabilité apparaissent comme limités au regard des besoins des populations.

**Illustration 7.1.1** : Latrine non fonctionnelle construite par l'ONG FLM dans le village de Mboussa, préfecture de la Sangha-Mbaéré



**Illustration 7.1.2** : Latrines séparées construites par l'ONG Cordaid dans la Centre de Santé de Mboussa, préfecture de la Sangha-Mbaéré



<sup>19</sup> Informations sur le projet: <https://www.lutheranworld.org/content/emergency-central-african-republic-crisis>

<sup>20</sup> Informations sur les initiatives de Cordaid : <https://www.cordaid.org/en/wp-content/uploads/sites/11/2018/06/Cordaid-CAR-2018-FR-LR.pdf>

<sup>21</sup> Toutes les références : [https://fts.unocha.org/appeals/517/projects?order=project\\_property\\_7&sort=asc](https://fts.unocha.org/appeals/517/projects?order=project_property_7&sort=asc)

## Conclusions sur la pertinence et la cohérence.

- Bien-fondé du programme ATPC

La mise en œuvre du programme ATPC, intégré au projet AERCA réalisé en RCA de 2013 à 2018, était nécessaire et pertinente au regard du contexte national et international.

1.1. La situation socioéconomique et en matière d'accès aux services d'EHA des populations bénéficiaires des préfectures cibles, et de la RCA en général – comparée aux autres pays du monde – requérait en effet une intervention intégrée et urgente pour atteindre les niveaux requis par les ODD à l'horizon 2030, en particulier la FDAL dans les communautés.

1.2. Même si une étude de référence approfondie sur les besoins des populations des zones d'intervention (les 3 préfectures du Sud-ouest) n'a pas été réalisée avant le programme pour déterminer l'ampleur de leurs besoins, les données disponibles permettaient d'indiquer que la mise en œuvre d'une intervention comme l'approche ATPC était pertinente et appropriée.

- Cohérence de l'approche

1.3. Compte tenu des pratiques locales en matière d'hygiène et d'assainissement orientées vers la DAL, d'une faible couverture par les programmes nationaux, de la forte population des zones d'intervention dont la majorité est pauvre et vulnérable et de l'accès difficile aux villages, l'ATPC se présentait comme l'intervention cohérente et adaptée permettant de changer durablement les comportements, de mettre fin à la DAL et d'améliorer les pratiques d'EHA pour un maximum de communautés à moindre coût. Le défi à ce niveau reste la non-collecte de données réelles de terrain pour justifier cette cohérence avant la mise en œuvre du programme.

1.4. Pour atteindre ses objectifs, la démarche de l'ATPC – qui impliquait la mise en œuvre d'activités interreliées dont la finalité est l'arrêt de la DAL par les populations et, par relation de cause à effet, des risques sanitaires dans les communautés, en particulier la mortalité infanto-juvénile – était cohérente par rapport à l'impact et les effets attendus.

1.5. La mise en œuvre de l'ATPC a été l'occasion de renforcer l'impact des autres programmes visant à améliorer l'accès des populations aux services et infrastructures d'assainissement, dont la plupart finançait directement la construction de latrines pour mettre fin à la DAL et avaient des résultats mitigés ou limités. Le programme a permis également à l'UNICEF de contribuer de façon complémentaire à la réponse à l'urgence humanitaire créée par la crise politico-militaire en RCA, et d'agir directement sur l'assainissement et l'hygiène dans les communautés à travers les activités du projet AERCA visant les écoles et les centres de santé. Cette complémentarité / synergie s'avère nécessaire et indispensable dans la mesure où les écoles et les centres de santé font partie intégrante des communautés, car mettre fin à la DAL des ménages ne serait pas suffisant si dans le même temps les élèves et les patients sont obligés respectivement de déféquer à l'air libre autour des écoles et des centres de santé par manque de latrines dans ces institutions.



### 7.1.2. Efficacité

- 2.1. Quel est le niveau d'atteinte des résultats de l'approche ATPC relativement à ceux prévus (valeurs des indicateurs, changement qualitatifs) ?
- 2.2. Dans quelle mesure l'approche conceptuelle ATPC a contribué aux changements des pratiques de défécation à l'air libre dans les communautés d'intervention ?
- 2.3. Quel est le pourcentage des populations/ménages/villages qui ont atteint le statut FDAL après la mise en œuvre du programme ?
- 2.4. Les activités de l'approche ATPC ont-elles été exécutées comme prévues dans la planification du programme et selon la méthode conceptuelle recommandée ?
- 2.5. Quels ont été les principaux facteurs qui ont influé (positivement ou négativement) sur la réalisation ou la non-réalisation des objectifs ?

**Illustration 7.2.** : Plaque indiquant le statut FDAL du village de Yanganguela, préfecture de la Lobaye



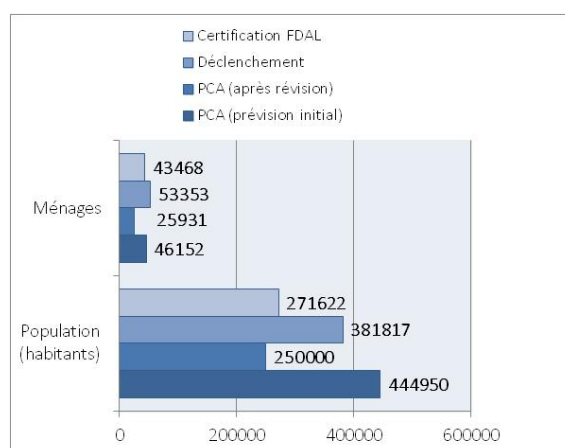
© UNICEF CAR/2019/H-Kouande

## 2.1. Quel est le niveau d'atteinte des résultats de l'approche ATPC relativement à ceux prévus (valeurs des indicateurs, changement qualitatifs) ?

- Évolution des indicateurs du projet AERCA reliés à l'ATPC (données du programme)

Sur la base des informations obtenues de l'analyse des documents du projet AERCA, la mise en œuvre des activités de l'ATPC a permis d'obtenir 510 villages certifiés et célébrés FDAL et 91 villages déclarés FDAL mais non-certifiés et célébrés, soit un total de **601 villages avec le statut FDAL** (Annexe 7). Les villages ayant obtenu le statut FDAL totalisent environ 271 622 habitants et 43 468 ménages<sup>22</sup> (Graphique 7.1.1), incluant 240 820 habitants et 38 654 ménages dans les villages certifiés et célébrés FDAL. Les cibles prévues dans le cadre logique révisé du projet pour l'ATPC ont donc été atteintes (600 villages déclarés FDAL sur un total de 1 000 villages ciblés). Il faut préciser qu'initialement dans le PCA, il était prévu de certifier FDAL 1 080 villages sur un total de 1 800 ciblés, soit 46 152 ménages et 444 950 habitants. Après la révision des résultats (PCA révisé), le nombre de villages FDAL prévus s'est établi à 600 pour un total de 1 000 villages ciblés pour le déclenchement (25 931 ménages et 250 000 habitants). À la faveur du démarrage du programme, les données réelles sur le terrain ont permis d'obtenir 53 353 ménages et 381 817 habitants pour les 733 villages déclenchés.

**Graphique 7.1.1 : Répartition des populations et des ménages aux étapes vers la certification FDAL**



De façon spécifique, la **performance opérationnelle** par rapport au nombre de villages déclenchés pour l'ATPC a été de **82%**, soit 601 villages FDAL sur 733 villages déclenchés. Ces acquis ont été obtenus grâce à la facilitation réalisée par les huit ONG de mise en œuvre dont les performances dans le cadre du programme sont présentées dans la *section 7.2-3*.

Dans l'ensemble des quatre préfectures de mise en œuvre, trois enregistrent des taux de performance très élevés en matière de certification FDAL des villages par rapport au nombre de villages déclenchés. Il s'agit respectivement, par ordre de performance, de la Sangha-Mbaéré (98,5%), de la Lobaye (91,7%) et de l'Ombella Mpoko (89,1%). La préfecture de la Mambéré-Kadéï enregistre le taux de performance le plus faible, soit 54,4%.

Il faut remarquer également que la proportion de villages FDAL dans la préfecture de l'Ombella Mpoko, non-incluse initialement dans le programme, est relativement très élevée par rapport à l'ensemble (28,8%). Cela confirme que cette préfecture a été utilisée dans les 2 dernières

<sup>22</sup> Ces résultats ont été obtenus à partir d'une estimation de la population et du nombre de ménages dans les 91 villages additionnels déclarés FDAL mais non-certifiés et célébrés.



années du programme ATPC pour rattraper les retards accusés à cause de la persistance du conflit politico-militaire en RCA.

**Tableau 7.1.1** : Nombre de villages avec le statut FDAL par préfecture de mise en œuvre

| Préfectures          | Nombre de villages déclenchés | Nombre de villages avec le statut FDAL | % de villages FDAL | % villages FDAL / villages déclenchés |
|----------------------|-------------------------------|--|--------------------|---------------------------------------|
| Lobaye               | 264                           | 242                                    | 40.3%              | 91.7%                                 |
| Mambéré-Kadéï        | 193                           | 105                                    | 17.5%              | 54.4%                                 |
| Ombella Mpoko        | 194                           | 173                                    | 28.8%              | 89.1%                                 |
| Sangha-Mbaéré        | 82                            | 81                                     | 13.5%              | 98.8%                                 |
| <b>Total général</b> | <b>733</b>                    | <b>601</b>                             | <b>100.0%</b>      | <b>82.0%</b>                          |

En ce qui concerne les installations d’assainissement, la mise en œuvre du programme a permis de multiplier par environ 3 le nombre de latrines dans les villages des zones d’intervention du programme. Avant la mise en œuvre du programme, l’on enregistrait 16 084 latrines existantes dans les zones d’intervention. La réalisation de l’ATPC a conduit à la construction de 9 282 nouvelles latrines et à la réhabilitation de 21 713 latrines dans les villages certifiés FDAL. Le nombre total de latrines dans les villages certifiés et célébrés FDAL dans le cadre du programme et de l’urgence, y compris les latrines nouvellement construites et les latrines réhabilitées, s’établissait ainsi à 47 279 à la fin du programme. Ce qui donne un ratio population par latrine de 5,7 personnes et un ratio latrine par ménage de 1,1. Les données complètes sur le cadre logique du projet AERCA, y compris les valeurs des indicateurs reliés à l’ATPC et aux autres résultats, sont présentées en *Annexe 5*.

- Changements observés : usage des latrines dans les ménages (données de l’enquête)

Au moment de l’enquête, seulement 37% des ménages des villages non bénéficiaires de l’ATPC (groupe témoin) disposait d’une latrine / installation sanitaire contre 91,8% des ménages dans les villages bénéficiaires (groupe exposé) comme l’indique le *Graphique a12.1*. Pour ces derniers, la répartition par préfecture indique qu’à l’exception de la préfecture de Mambéré-Kadéï où 17,1% des ménages enquêtés ne possèdent pas une latrine (*Graphique a13.4*), tous les ménages du groupe exposé interrogés dans la Lobaye et la Sangha-Mbaéré disposaient d’une latrine. Cette particularité dans la Mambéré-Kadéï s’explique par le fait que bien que les ménages concernés aient participé au programme ATPC, ces derniers n’ont pas construit de latrine à la fin du processus à cause du manque de suivi des facilitateurs-trices de l’ONG de mise en œuvre.

Toujours selon les données de l’enquête, plus de nouvelles latrines (75,6% des ménages interrogés) ont été construites dans le groupe exposé que de latrines réhabilitées (24,4% des ménages interrogés), dans la mesure où il y avait beaucoup plus de ménages n’ayant pas de latrine. Dans le groupe témoin, 64,2% des ménages disposaient d’une latrine construite pour la première fois tandis que 35,8% des ménages avaient une latrine réhabilitée / améliorée.

Il faut préciser que la réhabilitation de la latrine observée dans les zones de mise en œuvre concernait beaucoup plus pour certains ménages la pose d’une clôture de protection pour des latrines existantes (en bois, bambou, feuilles de palmier, etc.), d’une porte pour sauvegarder l’intimité ou d’un couvercle pour la fosse (ex. dalles en béton, planches de bois, etc.). Il ne s’agissait aucunement d’une amélioration respectant une démarche technique et professionnelle au sens du terme. Pour d’autres ménages, la réhabilitation consistait à construire une nouvelle latrine pour remplacer la latrine existante qui était arrivée à maturité

(pleine). Les constructions de latrines incluait le forage d'une nouvelle fosse pour la défécation, y compris la pose d'un couvercle, d'une clôture et d'une porte de protection.

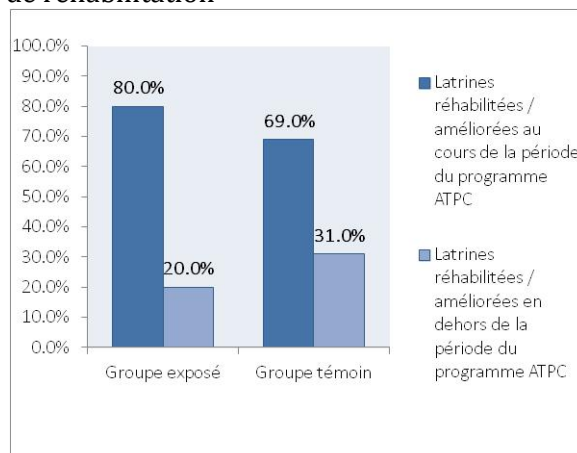
Pour la majorité des ménages des zones d'intervention, soit 81,9% (80,6% dans le groupe exposé ; 85,2% dans le groupe témoin), la latrine se situe dans la cour / parcelle qui est en générale non délimitée par une clôture (*Illustration 7.1.3*). La latrine reste donc facilement accessible aux membres du ménage.

En ce qui concerne les latrines réhabilitées pour les ménages qui possédaient une latrine au moment de l'évaluation, 80% des ménages dans le groupe exposé les ont améliorées grâce à la mise en œuvre du programme ATPC pendant la période de 2015 à 2018, alors que 69% des ménages du groupe témoin ont réhabilité leur latrine pendant cette même période (*Graphique 7.1.2*). De même, 86,8% des ménages du groupe exposé et 65,4% de ceux du groupe témoin ont construit une nouvelle latrine au cours de la même période, c'est-à-dire ont mis fin à la DAL. Ces résultats indiquent qu'en l'absence de programme, une forte proportion de ménages dans les zones d'intervention conduit des activités de réhabilitation de leur latrine. Il est à noter que 20% des ménages dans le groupe exposé ont réhabilité leur latrine et 13,2% les ont construites en dehors de la période du programme, soit avant le démarrage effectif des activités et au début de l'année 2019.

**Illustration 7.1.3** : Latrine dans la cours d'un ménage de la Préfecture de la Sangha-Mbaéré



**Graphique 7.1.2** : Répartition des ménages enquêtés possédant une latrine réhabilitée par groupe de comparaison selon la période de réhabilitation



Au total, 85,3% des ménages interrogés dans le groupe exposé ont construit ou réhabilité une latrine dans la période de réalisation effective des étapes de l'ATPC sur le terrain (2015-2018). Pour la majorité de ces ménages (87,1%), la construction ou la réhabilitation de la latrine a été réalisée sur la décision du ménage lui-même, c'est-à-dire le chef de ménage, son(sa) conjoint(e) ou un autre membre. Il en est de même dans le groupe témoin où la décision de construire ou réhabiliter la latrine provient du ménage lui-même (92,5%).

Au-delà de ces résultats positifs observés, il faut souligner que l'accompagnement des acquis reste le défi à relever pour la durabilité. La mise en place d'un réseau qualifié de promoteurs ATPC au niveau local et le développement d'une stratégie de marketing sanitaire – qui étaient importants à ce niveau pour permettre aux ménages d'acquérir les outils et matériaux de

construction de latrines et promouvoir l'approche dans les autres villages – n'ont pu être réalisés.

## 2.2. Dans quelle mesure l'approche conceptuelle ATPC a contribué aux changements des pratiques de défécation à l'air libre dans les communautés d'intervention ?

Selon les résultats de l'enquête, la mise en œuvre de l'ATPC a permis à plusieurs ménages des zones d'intervention de disposer d'une latrine, dont 75,6% des ménages du groupe exposé qui ont construit une latrine pour la première fois comme mentionné dans les constats de la question précédente. Ce qui indique une contribution significative de l'ATPC aux changements des pratiques de DAL dans les communautés.

De plus, la quasi-totalité des ménages des villages bénéficiaires du programme (98,1%) a accepté librement de participer au processus et de réhabiliter ou construire leur latrine, car elle considère qu'avoir une latrine permet de garder la famille en bonne santé, en particulier sauvegarder l'intimité des femmes et des filles, ainsi que la dignité de la famille par rapport à la communauté. Plusieurs femmes – chefs de ménage ou non – ont notamment affirmé avoir construit / amélioré leur latrine pour des raisons de protection :

*« La latrine permet de protéger l'intimité de la famille, en particulier celle des femmes et des filles ».*

Dans leur majorité (77%), les ménages du groupe exposé ont indiqué avoir eu la capacité de réhabiliter ou construire leur latrine sans une aide extérieure pour ces raisons.

Ces résultats apparaissent donc en phase avec l'approche conceptuelle de l'ATPC visant à changer les pratiques de DAL par une prise de conscience et un engagement libre du ménage lui-même à améliorer sa situation sanitaire.

## 2.3. Quel est le pourcentage des populations / ménages / villages qui ont atteint le statut FDAL après la mise en œuvre du programme ?

Le niveau de performance du programme ATPC par rapport à l'objectif de mettre fin à la défécation à l'air libre est significatif.

Même si des disparités existent au niveau des résultats par préfecture d'intervention, les cibles des indicateurs ont été atteintes au-delà des valeurs prévues dans le PCA révisé. On note notamment que :

- 2.3.1. **100,2% des villages** prévus ont atteint le statut FDAL à la fin du programme (601 villages avec le statut FDAL sur 600 villages FDAL planifiés) ;
- 2.3.2. **167,6% des ménages** ciblés ont obtenu le statut FDAL à la fin du programme (43 468 ménages recensés FDAL par rapport 25 931 ménages FDAL planifiés) ;
- 2.3.3. **108,6% des populations** ont été dénombrés dans les villages avec le statut FDAL à la fin du programme (271 622 habitants recensés dans les 601 villages FDAL par rapport à 250 000 habitants prévus dans le PCA révisé).

Les disparités régionales constatées enseignent que le pourcentage de villages avec le statut FDAL (certifiés et non-certifiés) par rapport au nombre de villages déclenchés reste plus faible dans la préfecture de la Mambéré-Kadéï (54,4%) où il y a eu des difficultés de mise en œuvre du programme lors de la phase de post-déclenchement avec l'ONG ASF, par rapport aux autres préfectures (Lobaye : 91,7%; Ombella Mpoko : 89,1%; Sangha-Mbaéré : 98,8%).

## 2.4. Les activités de l'approche ATPC ont-elles été exécutées comme prévues dans la planification du programme et selon la méthode conceptuelle recommandée ?

- Constats au niveau de la planification du programme

Au niveau de la planification, il faut noter que des retards ont été enregistrés dans le démarrage et la mise en œuvre des activités de l'ATPC à cause de la crise politico-militaire exacerbée à partir de fin 2012, bien que le financement du projet AERCA dont fait partie le programme ATPC ait été rendu disponible dès janvier 2013. En raison de la violence et de l'insécurité généralisées qui ont culminé en 2013, le rythme de mise en œuvre du programme a été limité en 2013, avec une focalisation sur des activités de gestion et de formation. Ce n'est véritablement qu'à partir de fin 2014 que les activités de terrain ont débuté dans la plupart des villages bénéficiaires de l'ATPC visités.

Ces retards enregistrés n'ont néanmoins pas affecté significativement l'atteinte des résultats prévus – grâce à une extension de la période de mise en œuvre du programme jusqu'à fin mars 2018 en lieu et place d'une fin prévue au 31 décembre 2017 – même si des défis ont persisté au niveau du suivi régulier des activités du post-déclenchement par les ONG à cause de l'insuffisance du temps imparti. En conséquence, la certification et la célébration de l'état FDAL n'ont pas été réalisées dans certains villages, notamment dans la préfecture de la Mambéré-Kadéï, dans la mesure où le processus de vérification n'a pas été achevé. Ces villages ont été simplement déclarés « FDAL non-certifiés ».

- Constats sur le processus de l'ATPC (méthode conceptuelle)

Sur la base des données issues des entretiens réalisés avec les parties prenantes du programme et de l'enquête auprès des ménages bénéficiaires de l'ATPC (groupe exposé), l'on peut affirmer que l'approche conceptuelle de l'ATPC a bien été suivie.

Au préalable, les facilitateurs-trices des ONG ont bénéficié d'une formation sur l'approche dans le cadre d'un atelier de formation sur la facilitation de l'ATPC organisé par l'UNICEF au profit de 30 participants, puis les étapes du pré-déclenchement, du déclenchement et du post-déclenchement ont été conduites dans tous les villages ciblés.

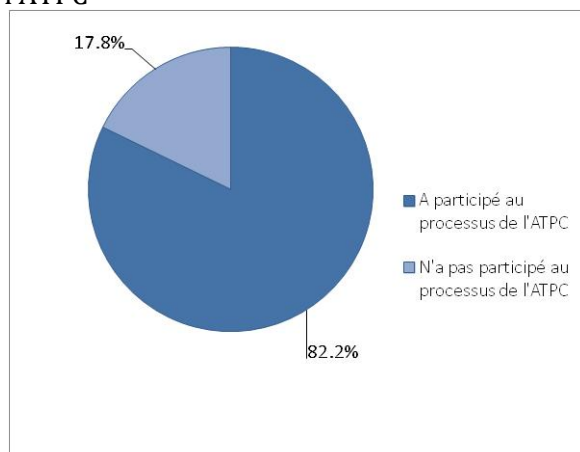
Le taux de participation des ménages au processus de l'ATPC, c'est-à-dire la participation à au moins l'une des phases du programme (pré-déclenchement, déclenchement et post-déclenchement), s'est établi à 82,2% pour l'ensemble (*Graphique 7.1.3* ci-après), 84,7% parmi les hommes interrogés et 78% parmi les femmes. Pour les répondant(e)s qui ont le statut de chef de ménage, le taux de participation est de 84,8% tandis que pour les autres membres du ménage interrogés, il est de 72,9%. Il apparaît donc que les communautés ont eu de l'engouement pour le programme dans son ensemble.

De façon spécifique pour chaque phase, la participation a été de 62,2% pour le pré-déclenchement, 61,1% pour le déclenchement et 71,7% pour le post-déclenchement (phase qui a enregistré une plus forte participation). Ce résultat s'explique par le fait que l'intérêt et l'implication des populations pour l'ATPC, y compris ceux qui n'avaient pas participé au début du processus, s'est accru après la prise de conscience lors du déclenchement qui a conduit les membres présents à passer le message aux personnes absentes.

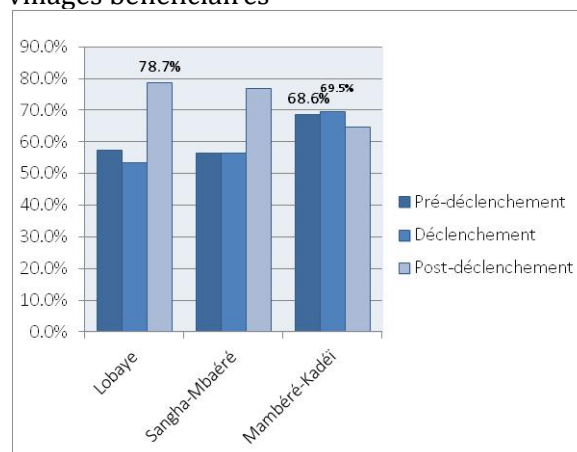
Au niveau de la répartition par préfecture comme le montre le *Graphique 7.1.4* ci-après, la préfecture de la Lobaye a enregistré le taux de participation le plus élevé pour la phase de post-

déclenchement (78,7%) – en témoigne l'un des taux de certification les plus élevés (91,7%) – tandis que la participation est meilleure dans la Préfecture de la Mambéré-Kadéï pour les phases de pré-déclenchement (68,6%) et de déclenchement (69,5%).

**Graphique 7.1.3 : Répartition des personnes interrogées dans les villages bénéficiaires selon la participation ou non au processus de l'ATPC**



**Graphique 7.1.4 : Taux de participation par préfecture aux différentes phases de l'ATPC selon les personnes interrogées dans les villages bénéficiaires**



#### ➤ *Constats sur la phase de Pré-déclenchement*

Le pré-déclenchement a eu lieu à partir de fin 2014 et s'est poursuivi jusqu'à la fin de l'année 2017 pour tenir compte des urgences. Selon les données de l'enquête, 62,6% des ménages ont affirmé avoir participé au pré-déclenchement. Pour les personnes qui n'ont pas pu y participer (37,4%), la cause principale était leur absence du village pour des raisons diverses (activités champêtres, voyage, non-résidence dans le village, etc.). Ce constat dénote donc de l'importance de s'assurer d'une disponibilité de l'ensemble des populations à prendre part massivement aux activités de l'ATPC.

Pendant cette phase, les facilitateurs-trices des ONG ont sensibilisé les ménages des villages sélectionnés sur les bonnes pratiques d'assainissement et d'hygiène corporelle et environnementale. La moyenne d'agent-e-s facilitateurs-trices ATPC présents dans chaque village était d'environ 4 personnes, avec une répartition uniforme selon le sexe (hommes / femmes). Dans la plupart des villages bénéficiaires de l'ATPC (90,6%), c'était la première fois que des agent-e-s des ONG venaient dans la communauté pour parler de l'hygiène, de l'assainissement et de la DAL. Ce qui démontre que les besoins en sensibilisation sur les bonnes pratiques en EHA dans les zones d'intervention étaient avérées.

#### ➤ *Constats sur la phase de Déclenchement*

Au cours du déclenchement, les populations ont été mobilisées pour participer aux activités, en général sur l'invitation des chefs de village ou de communautés. Selon la majorité des personnes interrogées dans le groupe exposé (62,8%), un Leader Naturel a émergé après la sensibilisation sur les pratiques en EHA réalisée par les facilitateurs-trices des ONG. Par ailleurs, selon les personnes interrogées, les femmes ont eu les mêmes chances d'être LN dans que les hommes (ex. une femme a été LN sur les 11 villages ATPC visités) et certaines parmi elles ont intégré les Comités Locaux d'Assainissement et d'Hygiène (CLAH) dans les villages (9 CLAH sur 11 comprenaient des femmes parmi les membres).

La journée de déclenchement, au cours de laquelle l'approche de l'ATPC a été présentée aux communautés, a enregistré un taux de participation de 61,1%. Plusieurs membres des communautés ont affirmé avoir été absents pendant ces activités qui constituent l'étape cruciale de l'ATPC (« déclencher » chez les communautés la prise de conscience de la situation sanitaire et impulser la prise de décision pour le changement des pratiques d'assainissement et d'hygiène, y compris mettre fin à la DAL).

Il apparaît donc que ces activités, comme lors de la phase de pré-déclenchement, ne semblent pas s'être déroulées à un moment propice où la majorité de la population est disponible, même si certaines personnes absentes ont pu être représentées par un membre de leur ménage (le plus souvent le-la conjoint-e où l'enfant du chef de ménage).

Pendant cette phase, les constats indiquent que les facilitateurs-trices des ONG ont effectivement utilisé les outils de déclenchement appropriés recommandés dans l'approche, notamment la cartographie des installations d'approvisionnement d'eau et d'assainissement, la marche à travers les zones de défécation à l'air libre (« marche de la honte »), les discussions avec les populations sur les voies de contaminations des « cacas », l'évaluation de la capacité de stockage des selles (« calcul des cacas »), l'examen des coûts médicaux liés à la DAL et le « test du verre/bouteille » d'eau. De même, à la fin du déclenchement, les CLAH ont pu se constituer, sous l'impulsion des LN et des chefs de village, pour élaborer un plan d'action engageant tous les ménages à agir afin de mettre fin à la DAL.

#### ➤ *Constats sur la phase de Post-déclenchement*

Dans cette phase, il s'agissait pour les populations bénéficiaires de mettre en œuvre concrètement les actions convenues de façon participative : la construction d'une latrine pour les ménages qui n'en possédaient pas ou l'amélioration des latrines existantes pour ceux dont la latrine ne possédait pas toutes les caractéristiques minimales nécessaires pour permettre une utilisation saine, sécuritaire et durable.

A ce niveau, plus de 75% des personnes interrogées lors de l'enquête ont indiqué que leur comité local de suivi de l'ATPC (CLAH) a été accompagnée par les facilitateurs-trices des ONG. Par ailleurs, pour 77% des enquêté-e-s, le Leader Naturel identifié dans le village a joué convenablement son rôle de mobilisation et de suivi, incluant le compte-rendu des activités, le suivi du plan d'actions et de la mise en œuvre des décisions. Il en est de même des chefs religieux et de villages qui ont été activement impliqués dans la mobilisation communautaire et le suivi des constructions / réhabilitations de latrines (selon 85,4% des enquêté-e-s). Certains responsables religieux rediffusaient même les messages et conseils prodigués sur les bonnes pratiques en EHA lors des offices religieux.

Dans l'ensemble des personnes interrogées, 74,7% ont indiqué que l'état FDAL de leur ménage (latrine construite ou réhabilitée) a été atteint entre 3 semaines et 3 mois après le déclenchement dans le village, comme recommandé dans l'approche. Néanmoins, 18% d'entre eux ont affirmé qu'une vérification de l'état FDAL du ménage n'a pas été réalisée par le comité local et les facilitateurs-trices comme prévu. Pour ceux qui ont bénéficié de cette vérification (70,8%) et d'une certification (56,2%), cet examen a été réalisé de façon globale pour le village et non pour chaque ménage spécifiquement.

Il faut souligner à ce niveau que la certification a été réalisée par les agents de la DGRH, en particulier au niveau décentralisé avec la participation des directions régionales, en s'appuyant



sur les informations fournies par les membres des comités locaux de l'ATPC et les facilitateurs-trices des ONG de mise en œuvre. L'état FDAL du village a été décrété lorsque plus de 80% des ménages disposait d'une latrine fonctionnelle.

La certification s'est traduite ensuite par une célébration officielle en présence des communautés, des autorités locales et des PTFs (*Illustration a12.3*) – précédée par la pose d'une plaque à l'entrée et à la sortie des villages certifiés, indiquant au public que le village a mis fin à la DAL (*Illustration a12.4*) – et au cours de laquelle un certificat de confirmation de l'état FDAL est remis au chef de village (voir exemple de certificat à l'Annexe 11).

## 2.5. Quels ont été les principaux facteurs qui ont influé (positivement ou négativement) sur la réalisation ou la non-réalisation des objectifs ?

Les succès obtenus de la mise en œuvre de l'ATPC ont pu être acquis grâce à la combinaison de plusieurs facteurs facilitateurs.

Dans un premier temps, la **réalisation de missions conjointes de suivi des activités sur le terrain** avec les parties prenantes (UNICEF, Gouvernement, ONG, bénéficiaires) a été cruciale pour garantir l'atteinte des résultats dans la mesure où, contrairement à d'autres programmes, les populations elles-mêmes sont directement au cœur des changements souhaités dans l'approche ATPC.

Le degré d'influence directe des organisations de gestion du programme sur le changement et les résultats reste ainsi très limité, car si les populations ne réhabilitent pas ou ne construisent par leur latrine après le déclenchement, le processus de l'ATPC serait vain. Il était donc important de s'assurer que les CLAH qui géraient les activités après le déclenchement continuaient effectivement leur travail pour permettre à tous les ménages de mettre fin à la défécation à l'air libre. Le deuxième facteur facilitateur a été **l'implication des communautés** (chefs de village, leaders religieux et Leaders Naturels), ainsi que les **structures décentralisées de l'État** (agents de l'ANEA et de la DGRH) sur le terrain pour le post-déclenchement (certification FDAL des villages) et la collecte des données sur le fonctionnement des CLAH. Troisièmement, la **contractualisation des ONG pour la mise en œuvre de l'approche sur le terrain** a été significative pour permettre de couvrir l'ensemble des zones d'intervention, impliquer positivement les autorités locales telles que les chefs de village, les leaders religieux et les Leaders Naturels pour la sensibilisation et la mobilisation des populations.

Par ailleurs, le programme a pu être adapté pour tenir compte de l'évolution du contexte du projet et la réalisation de missions conjointes de suivi avec les parties prenantes ont été déterminantes. Initialement, le programme ATPC visait une certification FDAL pour 1 080 villages (450 000 utilisateurs de latrine) sur un total de 1 800 villages prévus. En tenant compte de la situation de conflit qui a émergé à partir de fin 2012 et a perduré jusqu'à la fin du programme, occasionnant des retards dans la mise en œuvre des activités, ce nombre de 1 080 villages n'aurait pas pu être atteint. Il a donc été judicieux de réduire les valeurs prévues des indicateurs de résultat à 600 villages à certifier FDAL (250 000 utilisateurs de latrine) sur un total de 1 000 villages sélectionnés. Ces facteurs facilitateurs et les ajustements du programme, y compris son extension jusqu'au 31 mars 2018, ont permis formellement d'atteindre ses objectifs.

Le **faible nombre** et **l'irrégularité des facilitateurs-trices** dans certains villages (en moyenne 4 facilitateurs-trices alors que l'approche ATPC requiert environ 6), l'absence d'un guide **national**



**officiel de l'ATPC** (qui aurait permis de faciliter l'application du protocole) la **faible implication des collectivités locales / décentralisées** (mairies, préfectures, etc.) pour le suivi sur le terrain et l'extension de l'approche aux autres villages des communes cibles ont été les facteurs qui ont négativement influencé la réalisation des objectifs du programme.

#### **Conclusions sur l'efficacité de l'intervention :**

Au regard du contexte sociopolitique et sécuritaire, du caractère « expérimental » de l'initiative dans les zones d'intervention en RCA et du niveau des résultats obtenus, le programme ATPC a été très efficace par rapport aux objectifs planifiés.

2.1. L'approche ATPC a permis de doter les ménages bénéficiaires dans les villages certifiés FDAL de leur propre latrine, alors qu'avant le programme, une seule latrine était disponible pour trois ménages. Néanmoins, la mise en place d'un réseau qualifié de promoteurs ATPC au niveau local et le développement d'une stratégie de marketing sanitaire, qui sont cruciaux pour la durabilité des acquis, n'ont pas pu être réalisés.

2.2. Le protocole de mise en œuvre de l'ATPC qui promeut le changement de pratique par la prise de conscience et l'auto-action a été très adéquat, car la majorité des ménages bénéficiaires a accepté librement de participer au processus et de réhabiliter ou construire une latrine. C'est la prise de conscience concernant les risques sanitaires liés à la DAL qui a été la clé du succès du programme.

2.3. Le programme ATPC a contribué, en effet, à la FDAL de 601 villages, soit 82% des villages déclenchés, avec une répartition de 91,7% pour la Lobaye, 98,8% pour la Sangha-Mbaéré, 54,4% pour la Mambéré-Kadéï et 89,1% pour l'Ombella Mpoko. Le faible résultat dans la Mambéré-Kadéï est dû à la performance insuffisante de l'ONG ASF dont les facilitateurs-trices ont été irréguliers dans l'application du protocole et le suivi des activités. Comparativement, l'ONG Levier Plus intervenu dans la Sangha-Mbaéré et EAA dans la Lobaye ont été les plus performantes.

2.4. Cette performance a été tributaire d'une bonne application de l'approche conceptuelle de l'ATPC, qui exigeait d'abord que les facilitateurs-trices soient bien formés, puis mettent en œuvre les trois étapes complémentaires du processus, à savoir le pré-déclenchement, le déclenchement et le post-déclenchement. Les difficultés et les échecs observés dans la Mambéré-Kadéï sont dus essentiellement à un mauvais accompagnement au cours du post-déclenchement, c'est-à-dire à l'étape où les populations devaient construire / réhabiliter leur latrine pour un usage continue. Ce qui a entraîné la non-certification de plusieurs villages.

2.5. Les principaux facteurs qui ont influencé positivement l'obtention des résultats observés ont été la réalisation de missions conjointes de vérification et de certification sur le terrain (UNICEF, DGRH, ANEA, ONG, Communautés) ; la contractualisation des ONG pour la facilitation de l'ATPC dans les villages ; l'implication des autorités locales (chefs de village, leaders religieux et LN) pour la mobilisation des populations ; et le financement additionnel de réponse à l'urgence accordé à l'UNICEF par le bailleur en 2017, qui a permis d'accompagner plusieurs villages vers la certification FDAL jusqu'à la fin du premier trimestre 2018. Les facteurs qui ont posé des défis à l'atteinte des résultats ont été la persistance de l'insécurité dû à la crise politico-militaire qui a retardé la mise en œuvre des activités ; le faible nombre et l'irrégularité de facilitateurs-trices dans certains villages ; l'absence d'un guide national officiel de l'ATPC ; et la faible implication des collectivités locales / décentralisées pour le suivi sur le terrain.

### 7.1.3. Efficience

- 3.1. Dans quelle mesure les ressources financières, humaines et les biens ont été :
  - suffisants (en termes de quantité) pour la mise en œuvre de l'ATPC ?
  - adéquats (en termes de qualité) ?
  - performants (en termes de résultats obtenus) ?
- 3.2. Quel est le coût de revient par ménage du statut FDAL et le comparer si possible à d'autres pays de la sous-région ? Y a-t-il d'autres options qui minimiseraient ce coût et à quelles conditions ?
- 3.3. Les fonds investis dans l'ATPC sont-ils à la hauteur des résultats atteints en tenant compte du contexte ?
- 3.4. L'approche ATPC est-elle coût-efficace comparée à d'autres alternatives visant à améliorer l'assainissement et à mettre fin à la DAL en RCA ?
- 3.5. Les objectifs visés ont-ils été atteints dans le temps prévu et par rapport à la couverture géographique identifiée ?

**Illustration 7.3.** : Visite de l'équipe d'évaluation dans la commune de Wapo, préfecture de la Mambéré-Kadéï



© UNICEF CAR/2019/H-Kouande

Avant tout, il faut souligner que les réponses aux questions d'évaluation sur l'efficacité n'incluent pas d'analyse approfondie par rapport aux ressources financières à cause l'absence de données financières détaillées sur l'exécution du programme, déjà mentionnée à la *limite 5* de la section 6.8. *Limites conceptuelles et mesures de contingence*.

### 3.1. Dans quelle mesure les ressources financières, humaines et les biens ont été :

- suffisants (en termes de quantité) pour la mise en œuvre de l'ATPC ?
- adéquats (en termes de qualité) ?
- performants (en termes de résultats obtenus) ?

Au niveau des ressources humaines pour l'ATPC, en moyenne 4 facilitateurs-trices des ONG, équilibrés selon le sexe, ont conduit les activités de façon relativement efficace. Dans certaines zones (ex. Mambéré-Kadéï), l'irrégularité et le nombre limité des facilitateurs-trices a été quelque peu problématique. Ce qui est corroboré par le fait que seulement 50% des ménages enquêtés ont affirmé que les facilitateurs-trices des ONG ont conduit efficacement les activités de l'ATPC dans leur village et devraient être maintenus pour poursuivre les mêmes activités dans d'autres villages. Aussi, le nombre de facilitateurs-trices pourrait être porté à la hausse afin de couvrir beaucoup plus de villages et d'augmenter la performance du programme. Par ailleurs, les partenaires gouvernementaux (DGRH, ANEA) ont accompagné le programme pour la vérification et la certification FDAL des villages.

En termes de résultats obtenus, même si tous ces acteurs ont eu leurs capacités renforcées au début du programme (un atelier de formation a été organisé par l'UNICEF), des défis demeurent pour la mise en œuvre efficace du protocole de l'ATPC (absence de guide national de l'ATPC), la fourniture de conseils et d'information aux ménages sur la durabilité des ouvrages d'assainissement, l'accompagnement des comités locaux de suivi (CLAH et CCS), la collecte de données et le suivi post-FDAL.

En outre, la fourniture de conseils et d'information aux ménages sur l'accès à moindre coût aux outils et matériaux de construction – qui n'a pas été réalisée – reste un défi pour l'ATPC afin d'éviter que le faible accès aux outils d'assainissement soit une contrainte pour mettre fin à la DAL. Les ménages des zones d'intervention disposent, en effet, de faibles moyens et d'outils insuffisants (essentiellement des pelles et pioches). De plus, les outils remis aux CLAH dans les villages pour l'entretien et le maintien des ouvrages (latrines) lors des célébrations apparaissent insuffisants par rapport aux besoins (2 pelles et 2 pioches pour 50 ménages).

### 3.2. Quel est le coût de revient par ménage du statut FDAL et le comparer si possible à d'autres pays de la sous-région ? Y a-t-il d'autres options qui minimiseraient ce coût et à quelles conditions ?

Les constats présentés pour cette question sont basés sur une analyse du coût de revient d'une latrine ATPC pour le ménage, le coût de revient par ménage du statut FDAL n'ayant pu être déterminé faute de données financières désagrégées disponibles sur le programme comme indiqué en introduction de l'analyse de l'efficacité.

Sur la base d'une estimation réalisée à partir de données locales (voir *Annexe 8* pour le devis estimatif complet du coût moyen de construction d'une latrine avec et sans l'ATPC), le **coût de revient d'une latrine ATPC pour le ménage** (c'est-à-dire sa contribution pour l'acquisition d'une

latrine) apparaît plus avantageux qu’une latrine sans l’ATPC. Selon l’estimation, le coût de construction d’une latrine avec l’ATPC pour le ménage, d’un montant de 20 USD (*Tableau 7.1.2* ci-après), représente environ 1/5 du coût de construction sans l’ATPC (98 USD). Il apparaît donc que la latrine avec l’ATPC revient cinq fois moins cher que la latrine sans l’ATPC.

Dans le cadre du devis estimatif, l’apport direct du programme à la construction – non inclus la formation, la sensibilisation et les autres coûts qui entrent dans le coût direct du programme ATPC par ménage – est limité à la fourniture d’outils, tels que les barres à mines, difficiles à acquérir par les populations. Il représente 36,4% du coût de la latrine ATPC, tandis que la contribution du ménage (63,6%) se limite aux frais de la main d’œuvre qu’auraient supportés le ménage pour deux personnes participant à la construction (un entrepreneur et son employé ou le chef de ménage et un autre membre de la communauté). Les outils et matériaux de construction sont sans coût réel, car apportés par le ménage ou prêtés gratuitement par la communauté.

Au niveau de la latrine sans ATPC, le coût de construction est entièrement supporté par le programme qui contractualise un entrepreneur privé pour la construction. Ce coût inclut donc les charges liés à l’aménagement de la fosse (sable, ciment, eau, gravier, brique, argile, etc.), le coffrage / pose de la dalle (carreau, brique, planche, jeu de coffrage, etc.), la superstructure ou clôture (brique, tôle, planche, bambou / paille, etc.), la porte (structure en métal / bois, serrure, etc.), la toiture (planche, tôle, etc.) et la main d’œuvre.

**Tableau 7.1.2 : Estimation du coût moyen de construction par ménage d’une latrine avec et sans l’ATPC**

| Désignation   | Coût de la latrine sans ATPC | Coût de la latrine avec ATPC |                         |        |
|---|------------------------------|------------------------------|-------------------------|--------|
|   | Uniquement programme         | Apport du programme          | Contribution Population | Total  |
| Coût Total (XAF)                                    | 54,100                       | 4,000                        | 7,000                   | 11,000 |
| Coût Total (USD)                                    | 98                           | 7                            | 13                      | 20     |
| % du coût supporté                                  | 100%                         | 36.4%                        | 63.6%                   | 100.0% |
| % de la contribution / coût de la latrine sans ATPC | --                           | 7.4%                         | 12.9%                   | 20.3%  |

Comparé à d’autres coûts ailleurs, le coût supporté par le ménage en milieu rural pour la latrine ATPC semble relativement élevé en RCA en comparaison avec d’autres pays ayant mis en œuvre l’approche comme le Ghana et l’Éthiopie, même si le modèle de latrine des ménages villageois en RCA est construit généralement sans grands moyens (outils et matériaux), avec de simples fosses sans superstructures ou avec des superstructures en matériaux disponibles à moindre coût (bois, bambous, feuilles de palmier, etc.).

Le coût supporté par le ménage était, en effet, compris entre 7,93 et 22,36 USD au Ghana et entre 2,35 et 3,41 USD en Ethiopie selon une étude réalisée par Crocker et al. (2017)<sup>23</sup>.

<sup>23</sup> Crocker, J. et al. (2017). The true costs of participatory sanitation: Evidence from community-led total sanitation studies in Ghana and Ethiopia. *Science of The Total Environment*, 601–602, p. 1075 - 1083. <https://doi.org/10.1016/j.scitotenv.2017.05.279>

### 3.3. Les fonds investis dans l'ATPC sont-ils à la hauteur des résultats atteints en tenant compte du contexte ?

Selon les données recueillies, le niveau des résultats atteints est significativement élevé par rapport aux fonds investis, en tenant compte du fait que le programme a été mis en œuvre dans un contexte de crise politico-militaire qui a retardé et ralenti la mise en œuvre des activités, et a aussi engendré une crise humanitaire dans tout le pays, ayant pour conséquence l'orientation d'une partie du financement vers d'autres zones (Ombella MPoko) et priorités pour répondre à l'urgence. Le nombre de villages avec le statut FDAL visé à la fin du programme (600 villages) a été effectivement atteint (601 villages avec le statut FDAL certifiés et non-certifiés sur 733 villages déclenchés), soit un ratio de performance de 82% par rapport au déclenchement et de 100,2% par rapport à la cible prévue.

Comme mentionné pour la question précédente, il faut préciser qu'il n'a pas été possible de calculer le coût direct du programme ATPC par ménage bénéficiaire compte tenu de l'absence de données sur le budget spécifique pour ce programme, qui était inclus dans le projet AERCA dont le budget s'élevait à 9 millions de dollars américains (USD).

### 3.4. L'approche ATPC est-elle coût-efficace comparée à d'autres alternatives visant à améliorer l'assainissement et à mettre fin à la DAL en RCA ?

En comparaison à d'autres initiatives visant à mettre fin à la DAL en RCA, l'approche ATPC apparaît coût-efficace pour trois raisons essentielles :

1. Les outils et matériaux de construction des latrines, déjà disponibles dans les ménages ou dans la communauté, restent moins chers et aisément accessibles.

Selon les résultats de l'enquête, les outils les plus couramment à la disposition des ménages dans les zones d'intervention et utilisés pour forer la fosse de la latrine sont par ordre de prépondérance la pelle (88,6% des répondants), la barre à mines (63%), la pioche (60,1%), le seau (34,4%) et la corde (26,7%). Les quatre combinaisons les plus populaires d'outils utilisés pour le forage des latrines par les ménages sont constituées de :

1. La pelle, le seau et la corde (22,8% parmi les répondants),
2. La pelle et la pioche (17,3%) ;
3. La pelle, la pioche, la barre à mines, le seau et la corde (14,7%) ;
4. La pelle (8,4%).

D'autres outils comme la machette, la houe et la daba sont utilisés, mais par un nombre très limité de ménages. Il est à noter que la majorité des ménages n'est généralement pas propriétaire de la barre à mines qui est souvent fourni par d'autres membres de la communauté (voisins, chef de village, etc.), les entrepreneurs ou les OSC partenaires.

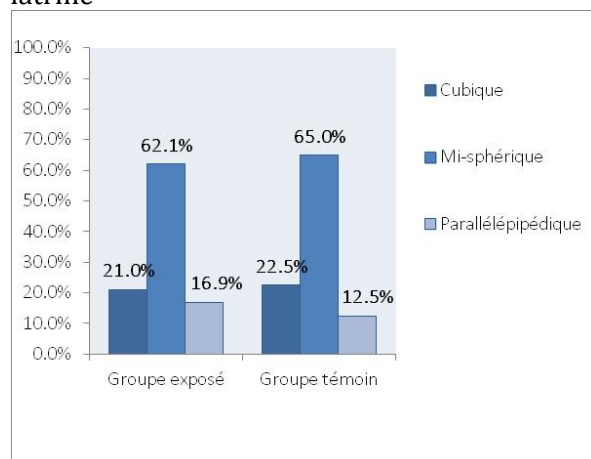
Dans les zones d'intervention, qu'il s'agisse des villages bénéficiaires de l'ATPC ou non, le type de fosses creusées lors de la construction des latrines est majoritairement de forme mi-sphérique (*Graphique 7.1.5*), c'est-à-dire avec une surface circulaire (62,9% des répondants ; 62,1% dans le groupe exposé et 65% dans le groupe témoin).

La latrine se présente généralement comme une fosse simple recouverte de planche de bois comme le montre l'*Illustration 7.1.4* (84,4% des répondants ; 84% dans le groupe exposé et 75% dans le groupe témoin).



Le type de fosse des latrines construites dans les communautés rurales, combiné au type de superstructure, indiquent que l'accès aux matériaux de réhabilitation / construction des latrines semble facile.

**Graphique 7.1.5** : Répartition des ménages disposant d'une latrine par groupe de comparaison selon la forme de la fosse de la latrine



**Illustration 7.1.4** : Exemple de fosse simple recouverte de planche de bois dans les zones d'intervention du programme ATPC



Pour la majorité des ménages (76,7% des répondants ; 76,4% dans le groupe exposé et 77,5% dans le groupe témoin), la latrine possède une superstructure / clôture de protection confectionnée avec de la paille, des feuilles de palmier, du bambou, etc. disponibles dans la nature (*Graphique a12.5*). D'autres matériaux, comme les morceaux de tissu (pagne), de bâches ou de tôles disponibles dans la communauté, sont également utilisés par certains ménages pour protéger l'intimité des utilisateurs. Dans la plupart des ménages, la superstructure de la latrine n'est en générale pas fermée par une porte comme observé sur l'*Illustration 7.1.4* ci-dessus (43,4% des répondants ; 39,6% dans le groupe exposé et 53% dans le groupe témoin, voir *Graphique a12.6*). Le type de porte pour la superstructure, observable le plus souvent sur le terrain, est la porte sous la forme d'un rideau (28,9% des répondants ; 30,8% dans le groupe exposé et 24,2% dans le groupe témoin). Par ailleurs, pour 15,8% des ménages, la latrine ne possède aucune superstructure / clôture de protection (15,1% dans le groupe exposé et 17,5% dans le groupe témoin), donc pas de coût associé à la superstructure.

**2.** La mobilisation du ménage et de son capital social apparaît comme une stratégie implicite de réduction de coût dans le cadre de l'approche ATPC. Les travaux de réhabilitation / construction des latrines sont généralement fait par le ménage lui-même ou avec l'aide de la communauté, compte tenu du niveau d'effort requis pour forer la fosse, aménager les parois et la superstructure, etc.

Selon les données de l'enquête, 33,9% des répondants (41,1% dans le groupe exposé et 16,3% dans le groupe témoin) ont affirmé que leur latrine a été réhabilitée / construite avec l'aide des membres de leur ménage (*Graphique a12.7*), tandis que 23,2% d'entre eux (20,3% dans le groupe exposé et 30% dans le groupe témoin) ont eu leur latrine réhabilitée / construite par des membres de la communauté (membres de l'église, voisins, etc.) sans qu'ils participent à l'effort. À contrario, 26,8% des ménages (21,4% dans le groupe exposé et 40% dans le groupe témoin) ont réhabilité / construit leur latrine tout seul sans aide extérieure.

Dans l'ensemble, plus de ménages du groupe exposé (68,8%) a bénéficié d'aide pour la réhabilitation / construction que les ménages du groupe témoin (52,5%). De même, plus de ménages parmi ceux dirigés par les femmes (73,8%) ont reçu un appui pour ces tâches que les ménages parmi ceux dirigés par les hommes (60,7%). Très peu de ménages font appel à des entrepreneurs privés pour la construction / réhabilitations de leur latrine, à l'exception le plus souvent des femmes chefs de ménage ou des personnes très vulnérables.

Comme l'indique le *Graphique a12.8*, une proportion plus faible de femmes chefs de ménage (2,1%) a accompli les tâches toute seule contrairement aux hommes chefs de ménage (33,9%). Par ailleurs, une proportion relativement élevée, soit 19% des femmes chefs de ménage, a utilisé les services d'un entrepreneur contre 5,4% des hommes chefs de ménage.

**3.** Aucun financement n'est accordé aux ménages pour la construction ou la réhabilitation des latrines dans le cadre du programme ATPC, à l'exception de l'appui – limité du reste – pour la facilitation et le suivi des étapes du processus (pré-déclenchement, déclenchement et post-déclenchement), tandis que la plupart des autres programmes des PTFs pour la FDAL prennent entièrement en charge la construction des latrines pour les populations, qui le plus souvent sont des latrines communautaires (ex. voir *Illustration 7.1.1* à la question 1.5 : latrines publiques / communautaires construites par un projet de l'ONG FLM mis en œuvre de 2016 à 2018 dans la Mambéré-Kadéï et la Sangha-Mbaéré).

### **3.5. Les objectifs visés ont-ils été atteints dans le temps prévu et par rapport à la couverture géographique identifiée ?**

Bien que les résultats obtenus restent significatifs, des retards ont été accusés dans le démarrage des activités et l'atteinte des objectifs finaux par rapport au calendrier initial, en partie à cause de l'exacerbation de la crise politico-militaire en 2012 et 2013 qui a créé une insécurité généralisée et une crise humanitaire dans tout le pays. Ainsi, la majorité des vérifications et certifications FDAL des villages a été réalisée au premier trimestre 2018 alors que la fin du projet était initialement prévue au 31 décembre 2017. Par ailleurs, il faut souligner l'irrégularité des facilitateurs-trices des ONG pour le suivi dans certains villages bénéficiaires, en particulier dans la préfecture de la Mambéré-Kadéï. Ce qui a entraîné des délais dans le suivi post-déclenchement et la non-certification FDAL de villages n'ayant pas complété le processus. C'est dans ce cadre que 15% de villages (91 au total) ont été déclarés FDAL mais non certifiés et célébrés afin d'atteindre la cible des 600 villages planifiés vers la fin du programme.

Au niveau géographique, la préfecture la plus touchée par les effets des retards est la préfecture de la Mambéré-Kadéï où les résultats de la certification FDAL (54,4%) restent plus faibles que dans les autres préfectures (Lobaye : 91.7%; Ombella Mpoko : 89.1%; Sangha-Mbaéré : 98.8%). Dans cette préfecture, l'ONG ASF qui avait la responsabilité de conduire l'approche ATPC, a rencontré des difficultés dans la mise en œuvre. La gestion opérationnelle et financière des activités sur le terrain par l'ONG ASF n'a pas été à la hauteur des attentes de l'UNICEF. L'irrégularité des facilitateurs de cette ONG dans les villages cibles et les difficultés à justifier l'utilisation des premiers fonds reçus, ont conduit à des effets mitigés dans l'application du protocole de l'ATPC et la conduite du processus vers l'état FDAL. Dans certaines préfectures, en particulier la Sangha-Mbaéré et la Mambéré-Kadéï, les résultats sont peu durables à cause de la fragilité des infrastructures d'assainissement qui s'écroulent rapidement (les modèles de latrines et les matériaux utilisés sont peu solides).



### **Conclusion sur l'efficacité de l'intervention :**

L'approche ATPC mis en œuvre en RCA apparaît coût-efficace par rapport à d'autres initiatives qui visent à mettre fin à la DAL et à améliorer l'accès des populations aux services d'assainissement et d'hygiène.

3.1. La mise en œuvre du programme ATPC dans les zones cibles a été peu coûteuse en ressources financières, humaines et matérielles comparée à d'autres programmes en RCA, car elle a engagé les bénéficiaires à prendre en charge eux-mêmes et volontairement le coût de construction des latrines. Ce qui a permis une économie importante sur les intrants. Les défis qui se sont présentés à ce niveau ont concerné le faible nombre de facilitateurs-trices dans les villages (4 en moyenne), la mise en œuvre inefficace du protocole de l'ATPC par certains d'entre eux (absence d'un guide national) et les difficultés d'acquisition d'outils et matériaux « adaptés » de construction de latrines durables.

3.2. Malgré ces défis, la contribution d'un ménage des zones cibles en RCA dans le coût d'une latrine avec le programme ATPC reste cinq fois plus faible par rapport à d'autres programmes d'EHA. Néanmoins, cette contribution apparaît relativement élevée par rapport à d'autres pays comme le Ghana et l'Éthiopie, même si le modèle de latrine en RCA utilise des matériaux peu coûteux.

3.3. Par ailleurs, les fonds investis dans l'ATPC semblent avoir été à la hauteur des résultats atteints en considérant que le programme a été mis en œuvre dans un contexte de crise politico-militaire persistante.

3.4. La comparaison des coûts et des bénéfices du programme ATPC pour les populations par rapport à ceux d'autres programmes d'assainissement en RCA montre que l'approche reste plus avantageuse pour mettre fin à la DAL.

3.5. Les résultats du programme dans les zones d'intervention auraient été beaucoup plus significatifs et durables si des facteurs tels que la crise politico-militaire dans le pays qui a ralenti les activités, et l'accompagnement limité par les facilitateurs-trices dans les villages de certaines préfectures, n'avaient réduit le taux de certification FDAL.

#### 7.1.4. Impact

- 4.1. Quelles sont les perceptions des ménages et des autres membres des communautés (ciblées par le programme) par rapport aux bénéfices apportés par l'approche ATPC ?
- 4.2. En quoi peut-on dire que cette approche a contribué au renforcement des capacités individuelles et institutionnelles des entités impliquées (Ministères techniques, ONGs, communautés, sections WASH, CSD et C4D de l'UNICEF) ?
- 4.3. Existent-ils des preuves / signes qui indiquent que l'approche ATPC a contribué à la réduction des risques sanitaires pour les ménages, en particulier les petits enfants ?
- 4.4. Que peut-on dire de ce programme en matière d'amélioration de l'environnement social des communautés ?

**Illustration 7.4.** : Infrastructures d'assainissement dans le village de Ndong, préfecture de la Sangha-Mbaéré



© UNICEF CAR/2019/H-Kouande

#### **4.1. Quelles sont les perceptions des ménages et des autres membres des communautés (ciblées par le programme) par rapport aux bénéfices apportés par l'approche ATPC ?**

La mise en œuvre de l'ATPC a engendré un développement de la prise de conscience des communautés cibles sur les bonnes pratiques en matière d'hygiène et assainissement, en particulier l'importance pour les ménages de disposer chacun d'une latrine.

Selon les résultats de l'enquête, 80,6% des répondants du groupe exposé ont indiqué avoir eu une sensation de bien-être et avoir été éclairé sur l'importance de l'assainissement et de l'hygiène pour éviter les maladies liées à un environnement non-assaini, grâce aux conseils des facilitateurs-trices de l'ATPC lors de la phase de pré-déclenchement. D'après la théorie du changement, cette prise de conscience conduit à la forte adhésion et implication des populations dans les étapes suivantes. À ce niveau, on note en effet que 98,1% des ménages du groupe exposé ont librement décidé de réhabiliter ou de construire leur latrine après la phase de déclenchement. Ces ménages ont justifié cette décision par le besoin et l'importance de garder la famille en bonne santé en construisant ou réhabilitant leur latrine.

On observe également une hausse et un renforcement de la solidarité collective au sein des communautés, avec un engagement des leaders communautaires et des femmes dans les ménages en faveur des actions visant à améliorer l'environnement commun. Plusieurs Leaders Naturels, des personnes ayant un sens du leadership et qui se sont appropriées la vision du programme, ont notamment émergé pour accompagner leurs villages vers la FDAL.

#### **4.2. En quoi peut-on dire que cette approche a contribué au renforcement des capacités individuelles et institutionnelles des entités impliquées (Ministères techniques, ONGs, communautés, sections WASH, CSD et C4D de l'UNICEF) ?**

L'approche ATPC étant nouvelle en RCA, sa mise en œuvre a constitué une occasion de développement des connaissances des parties prenantes sur une autre façon d'agir pour améliorer l'assainissement et l'hygiène des communautés.

Le programme ATPC a d'abord contribué au renforcement des capacités des huit ONG de mise en œuvre pour la facilitation des activités de l'ATPC et la sensibilisation en matière d'hygiène et assainissement dans les villages cibles, avec beaucoup plus de responsabilités accordées aux bénéficiaires. À ce niveau, un atelier de formation des parties prenantes, y compris les ONG de mise en œuvre, a été organisé par l'UNICEF sur la facilitation de l'ATPC au profit de 30 personnes dont au moins 3 agents formés par ONG.

De même, les parties prenantes gouvernementales (DGRH et ANEA) ont été formées pour le suivi du processus sur le terrain vers l'état FDAL à travers des missions conjointes impliquant toutes les parties prenantes clés (ONG, gouvernement, UNICEF, communautés), y compris pour la vérification, la certification et la célébration. Au total, 18 agents de la DGRH et de l'ANEA ont été formés.

De façon complémentaire, les activités de réhabilitation / construction de latrines et points d'eau potable dans les écoles et les centres de santé initiées par l'UNICEF dans le cadre du projet AERCA, ont contribué à renforcer la sensibilisation des enfants et des populations en général aux bonnes pratiques d'EHA. À ce niveau, on dénombre 244 enseignants formés sur l'ensemble du territoire, dont 20 par l'organisme EAA dans la Lobaye et l'Ombella Mpoko et 20 par la DGRH dans la Mambéré-Kadéï.

L'ATPC a fourni également un cadre de collecte de données sur les indicateurs socio-économiques (EHA, santé et nutrition, éducation, etc.) pour la prise de décision stratégique, avec la conception d'une base de données en interne à l'UNICEF et la formation des ONG de mis en œuvre sur le remplissage des fiches de suivi des activités dans les villages cibles.

Les défis se situent au niveau du renforcement des OSC, des communautés (CLAH) et des collectivités locales et territoriales (mairies, sous-préfectures, préfectures) qui n'ont pas été suffisamment formés et impliqués dans le programme ATPC, notamment pour le suivi-post-FDAL en vue de garantir la durabilité des acquis.

### **4.3. Existent-ils des preuves / signes qui indiquent que l'approche ATPC a contribué à la réduction des risques sanitaires pour les ménages, en particulier les petits enfants ?**

Avec la mise en œuvre de l'ATPC dans les villages cibles, plusieurs ménages ont construit une latrine, mettant ainsi fin à la DAL et réduisant les risques sanitaires pour les membres de leur famille. Parmi les ménages du groupe exposé qui possédaient une latrine au moment de l'enquête, 85,8% avaient ainsi mis fin à la DAL par la construction ou la réhabilitation de leur latrine grâce à l'ATPC au cours de la période effective du programme (2015 – 2018).

La défécation en pleine nature – dans les broussailles ou dans les eaux de surface – comportait, en effet, des risques importants pour la santé des populations. Selon les données de l'enquête, les cas de maladies diarrhéiques étaient à des niveaux élevés pour les populations, en particulier les enfants de moins de 5 ans. La proportion de ménages disposant d'une latrine au moment de l'enquête dont l'un des membres souffrait fréquemment (souvent ou toujours) de la diarrhée avant que la latrine ne soit construite ou réhabilitée, était de 63,7% pour les enfants de moins de 5 ans (57,9% dans le groupe exposé ; 78,1% dans le groupe témoin) et de 53,1% pour les personnes de 5 ans et plus (47,4% dans le groupe exposé ; 67,6% dans le groupe témoin). Après la construction / réhabilitation de la latrine, cette proportion est passée à 30,5% pour les enfants de moins de 5 ans (22% dans le groupe exposé ; 52,5% dans le groupe témoin) et à 21,4% pour les personnes de 5 ans et plus (15% dans le groupe exposé et 38,5% dans le groupe témoin).

En moyenne, les cas de diarrhée pour les enfants de moins de 5 ans, enregistrés dans les ménages, sont passés de 3,3 cas par mois (2,9 dans le groupe exposé ; 4,5 dans le groupe témoin) avant la construction / réhabilitation de la latrine à 2,0 cas par mois (1,7 dans le groupe exposé ; 3,0 dans le groupe témoin) après la construction / réhabilitation. Au niveau des personnes de 5 ans et plus, le nombre mensuel moyen de cas de diarrhée est passé de 2,6 (2,3 dans le groupe exposé ; 3,2 dans le groupe témoin) avant la construction / réhabilitation de la latrine à 1,5 pour les personnes de 5 ans et plus (1,3 dans le groupe exposé ; 2,1 dans le groupe témoin).

Dans les ménages bénéficiaires dirigés par des femmes, le nombre mensuel moyen de cas de diarrhée des enfants de moins de 5 ans était de 2,9 contre 3,4 dans ceux dirigés par les hommes avant le programme ATPC. Après la mise en œuvre de l'ATPC, ce nombre est passé à 1,6 dans les ménages dirigés par les femmes et à 2,1 dans ceux dirigés par les hommes. Pour les ménages ne disposant pas de latrine et pratiquant la DAL, les cas de diarrhée enregistrés par mois au moment de l'enquête étaient de 3,3 pour les enfants de moins de 5 ans (2,3 dans le groupe exposé ; 3,6 dans le groupe témoin) et de 2,6 cas par mois pour les personnes de 5 ans et plus (2,1 dans le groupe exposé et 2,7 dans le groupe témoin).

En ce qui concerne les attitudes et pratiques, l'enquête a indiqué que 81,3% des ménages (85,6% dans le groupe exposé ; 69,4% dans le groupe témoin) ont amélioré leurs pratiques de débarras des selles des enfants en les jetant désormais dans leur latrine ou dans celle du voisin après la réhabilitation / construction de leur latrine, tandis que 15,7% qui utilisaient déjà leur latrine ont maintenu cet usage (14,4% dans le groupe exposé ; 19,4% dans le groupe témoin). Il est à noter que 2,6% des ménages (aucun dans le groupe exposé et 9,7% dans le groupe témoin) ont poursuivi les mauvaises pratiques en jetant les selles de leurs enfants au tas d'ordure, dans la nature, dans les cours d'eau (rivière, source, etc.) ou en les enterrant non loin du ménage (*Graphique a12.9*).

Au niveau des habitudes en matière de lavage des mains, 79,9% des personnes interrogées dans les ménages (87,4% dans le groupe exposé ; 61,3% dans le groupe témoin) ont affirmé se laver les mains le plus souvent après la défécation à la suite du programme. Par ailleurs dans le groupe exposé, la proportion de répondants ayant réhabilité leur latrine et qui se lavaient les mains après la défécation est passée de 55,3% avant la réhabilitation à 87,5% après la réhabilitation. En outre, 79,8% des ménages (87,3% dans le groupe exposé ; 61,3% dans le groupe témoin) ont affirmé posséder un Dispositif de Lavage des Mains (DLM), constitué le plus souvent de l'eau conservée dans un bidon ou dans un autre récipient (seau, marmite). Certains ménages ont indiqué utiliser de la cendre de braise pour le nettoyage des mains après la défécation lorsqu'il n'y avait pas de DLM. Dans le groupe exposé, la proportion de répondants ayant réhabilité leur latrine et qui possèdent un DLM est passée de 59,6% avant la réhabilitation à 91,7% après la réhabilitation.

Aussi, 85,9% des personnes interrogées (92,9% dans le groupe exposé ; 68,8% dans le groupe témoin) ont indiqué connaître les avantages et les risques liés au lavage des mains avec du savon aux moments critiques. Pour les répondants du groupe exposé ayant réhabilité leur latrine et qui affirment connaître les avantages et les risques liés au lavage des mains avec du savon aux moments critiques, leur proportion est passée de 61,7% avant la réhabilitation à 91,7% après la réhabilitation.

En ce qui concerne le niveau de connaissances des populations sur les occasions de lavage des mains, les moments critiques les plus connues et mentionnés par les ménages enquêtés ont été : ***avant le repas*** (98,8% des répondants ; 99,5% dans le groupe exposé ; 97,9% dans le groupe témoin) et ***après le repas*** (86,6% des répondants ; 89,7% dans le groupe exposé ; 82,8% dans le groupe témoin). Le lavage des mains ***après la défécation*** ne vient qu'en troisième position, avec une proportion de 54,7% des répondants (63,6% dans le groupe exposé ; 43,4% dans le groupe témoin) comme le montre le *Graphique a12.10*.

#### **4.4. Que peut-on dire de ce programme en matière d'amélioration de l'environnement social des communautés ?**

La mise en œuvre de l'ATPC a permis d'entrevoir et de renforcer la solidarité existante au sein des communautés cibles qui se sont mutuellement soutenues pour rendre leur village FDAL. Sous la houlette des autorités villageoises, des leaders communautaire et des Leaders Naturels, les activités prévues pour mettre fin à la DAL ont été conduites au profit de chaque ménage. Selon les résultats de l'enquête, 85,4% des répondants du groupe exposé ont affirmé que les Chefs religieux et/ou chefs de villages ont été activement impliqués dans le suivi de la construction de leur latrine.



L'on note également que le pourcentage de ménages du groupe exposé ayant reçu un appui pour la construction ou la réhabilitation de leur latrine a été de 41,1% (de la part des membres du ménage) et de 2,1% (de la part de la communauté). En outre, 20,3% des ménages du groupe exposé ont eu leur latrine construite par la communauté sans qu'ils aient à participer à l'effort.

Ces occasions de collaboration ont renforcé la cohésion sociale au sein des communautés.

#### **Conclusions sur l'impact de l'intervention :**

Les résultats observés indiquent que le programme ATPC a généré des changements positifs à long terme pour le bénéfice de l'ensemble des communautés cibles et des parties prenantes.

4.1. La prise de conscience des communautés sur les bonnes pratiques en matière d'hygiène et assainissement est avérée dans les zones cibles, permettant de penser que les changements de comportement pourraient se maintenir de façon durable.

4.2. La mise en œuvre de l'approche ATPC en RCA qui était une expérience nouvelle pour les parties prenantes clés du programme – en particulier les ONG pour la facilitation de la mise en œuvre, les structures gouvernementales pour le suivi des activités sur le terrain, l'UNICEF pour la promotion des bonnes pratiques d'EHA et la collecte de données – a permis également de renforcer leurs connaissances et compétences pour la promotion durable de l'accès aux services en EHA.

4.3. En outre, les effets conjugués de l'ATPC et des autres interventions du projet AERCA visant l'amélioration de l'accès à l'eau potable et aux services d'assainissement dans les écoles et les centres de santé, ont eu une incidence importante sur la réduction à long terme des risques sanitaires pour les communautés, attestée par la baisse des cas de maladies diarrhéiques dans les ménages, surtout pour les petits enfants.

4.4. En bout de ligne, l'ATPC a été une occasion de renforcer la solidarité existante au sein des communautés cibles qui ont agi ensemble pour assainir leur cadre de vie et mettre fin à la DAL.

### 7.1.5. Durabilité

- 5.1. Dans quelle mesure les changements des pratiques de défécation à l'air libre dans les communautés d'intervention sont durables ?
- 5.2. Dans quelle mesure les ménages/villages préservent leur statut FDAL après la mise en œuvre du programme ? Y a-t-il des mécanismes endogènes pour préserver ce statut ?
- 5.3. Jusqu'à quel point les communautés sont-elles engagées à procéder elles-mêmes à la construction de latrines (ex. pour les nouveaux ménages) ? En cas d'engagement, dans quelle mesure les communautés utilisent des matériaux locaux et/ou matériaux durables ?
- 5.4. Quels mécanismes endogènes et autonomes sont en place dans les communautés pour la maintenance des ouvrages ?
- 5.5. Dans quelle mesure les mécanismes institutionnels et locaux existants permettent le suivi des statuts FDAL des ménages/villages des zones d'intervention ?
- 5.6. Dans quelle mesure les interventions prennent-elles en compte la durabilité environnementale ?
- 5.7. Les bénéficiaires, en particulier les leaders identifiés et formés, ont-ils les capacités pour poursuivre de manière autonome les actions dans d'autres villages sans appui extérieur ?
- 5.8. Dans quelle mesure l'approche ATPC peut être reproduite dans d'autres préfectures/communes/villages de la RCA (mise à échelle) ? Sur quels types d'évidence/preuves peut-on se fonder objectivement pour justifier ce constat ?

**Illustration 7.5.** : Latrine avec superstructure affaissée dans le village de Loppo, préfecture de la Sangha-Mbaéré



© UNICEF CAR/2019/H-Kouande



### 5.1. Dans quelle mesure les changements des pratiques de défécation à l'air libre dans les communautés d'intervention sont durables ?

Les données recueillies indiquent que les populations des zones d'intervention du programme ATPC ont pris conscience de l'importance de mettre fin à la DAL afin d'éviter les maladies liées aux matières fécales et à la mauvaise hygiène. En guise d'illustration, 98,1% des ménages du groupe exposé ont pris la décision de réhabiliter ou de construire leur latrine après la phase de déclenchement. En outre, 70,6% personnes interrogées dans les ménages (72,4% dans le groupe exposé ; 66,3% dans le groupe témoin) ont affirmé utiliser leur latrine de façon continue depuis qu'ils l'ont réhabilitée / construite, même si 28,7% d'entre eux (26,6% dans le groupe exposé ; 33,8% dans le groupe témoin) l'utilisent les  $\frac{3}{4}$  du temps. Ce dernier résultat suggère que le reste du temps, ces personnes utiliseraient d'autres services d'assainissement comme les latrines publiques, des voisins ou même seraient susceptibles de faire leurs besoins à l'air libre.

Aussi, bien que le renforcement des connaissances en matière d'EHA et la prise de conscience des populations sur l'importance de mettre fin à la DAL sont à souligner, des écueils importants existent pour assurer la durabilité des pratiques et des acquis. Ces contraintes à la durabilité des pratiques sont liées principalement à la Durée de Vie de Latrine (DVL)<sup>24</sup> qui reste très faible dans les zones d'intervention. Les ouvrages d'assainissement dans les zones d'intervention apparaissent, en effet, moins résistants et donc peu durables, car construits avec des matériaux peu solides comme le montre l'*Illustration a12.2* en *Annexe 12*, ou souvent sans tenir compte de la qualité du sol (ex. existence de plusieurs zones sableuses dans la préfecture de la Sangha-Mbaéré). À la suite d'une grosse tempête, de fortes pluies ou après que des insectes aient rongé les matériaux (paille, bambou, etc.), la superstructure peut s'écrouler. En principe, une latrine construite en respectant les spécifications techniques de base peut durer de 10 à 20 ans avant d'être inutilisable (pleine ou dégradée). Dans le milieu rural où l'on observe plusieurs latrines à fosse simple, les latrines durent moins de 10 ans. Selon les données de l'enquête, la durée de vie moyenne d'une latrine (DVML)<sup>25</sup> (construite ou réhabilitée) dans les zones d'intervention était de 6 ans et 4 mois (6 ans et 10 mois dans le groupe exposé ; 5 ans et 4 mois dans le groupe témoin). Parmi les ménages possédant une latrine dans les zones d'intervention, seulement 12% (12,8% dans le groupe exposé ; 10% dans le groupe témoin) enregistraient une DVL de plus de 10 ans au moment de l'enquête, tandis que pour 50,2% d'entre eux (44,1% dans le groupe exposé et 65% dans le groupe témoin), la DVL était de 5 ans ou moins (*Graphique a12.11*). Il faut noter que pour les latrines réhabilitées, la DVML était d'environ 4 ans et demi avant la réhabilitation, puis est passée à environ 6 ans et demi après la réhabilitation dans le groupe exposé (respectivement 2 ans et demi puis 4 ans et demi dans le groupe témoin). Par ailleurs, pour les ménages du groupe exposé ayant réhabilité leur latrine, la DVL s'est améliorée, notamment avec une baisse de la proportion de ménages dont la DVL est de 5 ans ou moins, passant de 84,7% avant la réhabilitation à 45,7% après la réhabilitation (*Graphique a12.12*). Face à la faible DVL, plusieurs ménages sont obligés de reconstruire une nouvelle latrine dans un délai très limité (moins de 3 ans) parce que la latrine existante est soit pleine ou abandonnée suite à des dégâts sur l'ouvrage (ex. affaissement des parois, de la clôture).

---

<sup>24</sup> La DVL est le rapport entre le volume de la fosse et une valeur composite incluant le nombre d'utilisateurs de la latrine.

<sup>25</sup> La méthode de calcul de la durée de vie moyenne d'une latrine est expliquée à l'*Annexe 10*.

Des risques semblent donc exister sur la durabilité des changements acquis pour les pratiques de défécation.

### **5.2. Dans quelle mesure les ménages/ villages préservent leur statut FDAL après la mise en œuvre du programme ? Y a-t-il des mécanismes endogènes pour préserver ce statut ?**

Comme mentionné précédemment à propos de la Durée de Vie de la Latrine (DVL) et du fait que certains ménages bénéficiaires utilisaient leur latrine seulement les  $\frac{3}{4}$  du temps, ajouté au manque de suivi post-FDAL, les risques restent élevés de voir les ménages des zones de mise en œuvre revenir à la DAL, que ce soit occasionnellement, partiellement ou totalement.

Les mécanismes endogènes pouvant garantir le maintien de l'état FDAL restent, en effet, beaucoup plus liés à des perceptions psychosociales (ex. peur du qu'en dira-t-on, honte) qu'ont les ménages de leur situation par rapport à la communauté, qu'à la disponibilité de ressources suffisantes et adéquates pour l'entretien des latrines. De plus, la plupart des ménages dans les villages ne disposent pas d'outils adéquats pour la construction ou la maintenance des latrines (ex. barres à mines, outils pour le dallage, etc.); et puisque la DVL des latrines n'est pas élevée, le risque d'abandon de l'usage d'une latrine (retour à la DAL) lorsque la latrine existante est pleine ou endommagée, reste non négligeable.

Par ailleurs, selon les entretiens réalisés avec les bénéficiaires et les acteurs du programme, des visites de suivi n'ont pas été réalisées dans les villages bénéficiaires de l'ATPC par le personnel des ONG, de l'ANEA et de la DGRH après les cérémonies de célébration de l'état FDAL. Les CLAH se sont ensuite disloqués, n'ayant obtenu aucune information ou orientation sur les contributions attendues d'eux. Par exemple, seulement 41,1% des personnes interrogées ont indiqué que des mécanismes de suivi ont été mis en place par leur communauté (CLAH) pour garantir que tous les ménages continuent d'utiliser et de maintenir en bon état leur latrine, afin d'éviter de retourner vers la DAL. Il faut remarquer que ces mécanismes prennent plus la forme de « sanctions morales » contre les contrevenants. Certains répondants dont les ménages se sont installés dans les villages bénéficiaires de l'ATPC après le programme ont affirmé avoir construit leur latrine soit sur décision du chef de village, soit pour éviter la honte ou soit pour éviter d'utiliser la latrine du voisin. Il est à noter qu'aucun plan d'entretien et de maintien des latrines n'a été conçu par les communautés après la mise en œuvre de l'ATPC, alors que le suivi post-FDAL demeure une composante essentielle des mécanismes pouvant permettre de maintenir le statut FDAL des ménages et de leur village. Aussi, si ces dysfonctionnements ne sont pas corrigés, cela pourrait affecter le maintien du statut FDAL à long terme des villages bénéficiaires.

### **5.3. Jusqu'à quel point les communautés sont-elles engagées à procéder elles-mêmes à la construction de latrines (ex. pour les nouveaux ménages) ? En cas d'engagement, dans quelle mesure les communautés utilisent des matériaux locaux et/ou matériaux durables ?**

Au regard des informations recueillies, il semble que les représentations sociales au niveau des communautés, les acquis de la sensibilisation sur les pratiques EHA et la simplicité du modèle de latrine construit dans les zones d'intervention contribuent à engager positivement les populations dans le maintien de l'état FDAL du village.

Hormis le fait que l'ATPC a engendré une prise de conscience des populations en vue de mettre fin à la DAL, certains ménages se sont engagés à construire une latrine afin d'éviter d'être « jugé » par la communauté (ex. chef de village, voisins) comme ne respectant les règles du village. En plus de cette pression sociale qui incite les ménages à avoir une latrine, il faut ajouter un engagement à mettre fin à la DAL pour préserver la santé, la dignité et l'intimité de la famille, en particulier des femmes et des filles.

La propension élevée des ménages à se doter d'une latrine est renforcée par la facilité de construction du type de latrine en usage dans les communautés du milieu rural et l'accessibilité à des matériaux locaux peu coûteux, même si leur durabilité reste limitée. Les types d'outils courants utilisés par les ménages pour la construction des latrines sont des pioches, pelles, seaux et cordes, et les matériaux sont le plus souvent constitués de branchages, pailles, feuilles de palmier et de bambou. À ce niveau, il faut souligner par exemple que, selon les données de l'enquête, 84,4% des ménages enquêtés disposaient d'une latrine du type fosse simple recouverte de planche de bois et 76,7% avaient une latrine avec une superstructure (clôture de protection) faite de paille, de feuilles de palmier ou de bambou. En outre, pour 43,4% de ces ménages, la superstructure ne disposait pas de « porte », 28,9% avaient une porte sous-forme de rideau/tissu et 13,6% disposaient d'une porte en paille / bambou). Par ailleurs, la profondeur moyenne des latrines construites était de 1,41 m (1,40 m dans le groupe exposé et 1,44 m dans le groupe témoin), ce qui se présente comme faible par rapport à la norme (au moins 2 mètres de profondeur).

Aussi, selon les résultats de l'enquête, il apparaît que les nouveaux ménages s'établissant dans les villages bénéficiaires de l'ATPC s'engagent systématiquement à construire une latrine pour s'intégrer facilement à la « cohésion » existante, c'est-à-dire pour éviter d'être indexés comme portant atteinte à la décision communautaire d'arrêter la DAL.

Malgré ces facteurs qui montrent que les communautés sont engagées à procéder elles-mêmes à la construction de latrines, il faut relever que la fragilité et la faible qualité des ouvrages d'assainissement à cause des matériaux utilisés, de l'état du sol dans certaines régions et de la faible profondeur des latrines pourraient constituer un frein à leur durabilité.

#### **5.4. Quels mécanismes endogènes et autonomes sont en place pour la maintenance des ouvrages ?**

Les matériaux de construction / réhabilitation pour les types de latrines en usage dans les zones d'intervention sont accessibles et disponibles à moindre coût au niveau local, notamment les branches d'arbres, bambou, argile, feuilles de palmiers, etc. Par contre, les outils de maintenance des ouvrages sont difficilement accessibles par les ménages. Ces derniers ont, en effet, eu très peu d'informations sur les marchés locaux d'acquisition de ces outils, tels que les barres à mines, les outils pour la superstructure et la dalle, etc. À ce propos, selon les résultats de l'enquête, 60,1% des ménages du groupe exposé ont affirmé n'avoir pas eu d'informations sur l'accès aux outils et matériaux d'assainissement (mise en relation avec les marchés locaux). De plus, les outils remis par le programme dans les villages certifiés FDAL – afin d'assurer la maintenance des ouvrages d'assainissement et la construction de latrines pour les nouveaux ménages qui s'installent – sont considérés comme trop « symboliques » par les populations (2 pelles et 2 pioches pour 50 ménages). En outre, leur accessibilité reste limitée pour les populations car ils sont en général stockés chez le chef de village qui a un pouvoir discrétionnaire sur leur utilisation.

### **5.5. Dans quelle mesure les mécanismes institutionnels et locaux existants permettent le suivi des statuts FDAL des ménages/villages des zones d'intervention ?**

Les mécanismes institutionnels et locaux existants ne permettent pas à ce stade de suivre aisément les statuts FDAL des villages pour les raisons suivantes :

D'abord, les CLAH qui devaient suivre les activités et s'assurer du maintien du statut FDAL n'ont plus fonctionné après le départ des ONG, c'est-à-dire après la fin du programme. De plus, ces comités locaux sont très peu formés sur la démarche de l'ATPC et n'ont pas de moyens pour poursuivre le suivi post-FDAL.

Ensuite, les Comités Communaux de Suivi l'ATPC (CCS-ATPC) qui devraient conduire la duplication de l'approche dans les autres villages de leur commune n'ont pas été installés, principalement à cause de l'instabilité à la tête des administrations nationales et des services déconcentrés qui n'a pas permis de finaliser et faire signer les décrets de nomination. Aussi, il a été observé que les Plans de Développement Locaux (PDL) des communes étaient produits en parallèle (sans connexion) avec les initiatives et les acquis de l'ATPC (ex. Plan de Développement de la Région du Sud-ouest – PDRSO, financé par l'AFD et le FFEM). Ce qui n'augure pas d'une prise en compte globale efficace et efficiente des problématiques locales en matière d'assainissement et d'hygiène.

Au niveau institutionnel, le Comité National de Coordination de l'ATPC (CNC-ATPC) en RCA – installé par l'arrêté N° 018/16.MMEH.DIRCAB.DGH du 28 juin 2016 – n'a plus fonctionné un an après sa mise en place après avoir tenu seulement 2 à 3 réunions, faute de plan d'action concret et de moyens. Il faut souligner, en effet, que le financement de ce comité est à la charge du MDERH qui dispose déjà de très peu de moyens pour remplir ses prérogatives.

Enfin, aucun système intégré de suivi des initiatives en EHA, y compris l'ATPC, n'a été mis en place, même si quelques données sur l'ATPC ont été recueillies par les ONG et synthétisées par l'UNICEF dans une base de données qui reste à améliorer.

### **5.6. Dans quelle mesure les interventions prennent-elles en compte la durabilité environnementale ?**

La plupart des matériaux de construction utilisés pour les types de latrines dans les zones du programme assure la protection de l'environnement car ils sont renouvelables à souhait dans la nature (bois, feuilles de palmiers, pailles, etc.). La superstructure et la dalle (couverture de la fosse) des latrines sont, en effet, construites le plus souvent à partir de branches d'arbres, de feuilles de palmiers ou de pailles que les populations vont couper dans leur propre parcelle champêtre ou dans les forêts environnantes. Cette action ne remet pas en cause l'intégrité de la flore dans la mesure où les branches et les feuilles des arbres peuvent repousser aisément. Ce qui permet donc une reconstruction aisée de la latrine lorsqu'elle est pleine ou endommagée.

Par ailleurs avec l'ATPC, les communautés bénéficient de plus d'attention de l'État et des partenaires en matière d'éducation aux bonnes pratiques d'EHA, notamment l'accompagnement par les structures gouvernementales (DGRH, ANEA) et les ONG qui prodiguent les conseils appropriés pour l'usage des bonnes pratiques d'EHA.

### 5.7. Les bénéficiaires, en particulier les leaders identifiés et formés, ont-ils les capacités pour poursuivre de manière autonome les actions dans d'autres villages sans appui extérieur ?

Avec la mise en œuvre de l'ATPC, la majeure partie des communautés bénéficiaires, en particulier les CLAH, a acquis les connaissances nécessaires à la prise de conscience pour le changement des pratiques en matière d'assainissement et d'hygiène. Les CLAH ont été accompagnés par les ONG pour l'élaboration de plans d'actions en vue de mettre fin à la DAL, sous l'impulsion des LN et des chefs de village. Selon les données de l'enquête, 77% des répondants du groupe exposé ont affirmé que le LN identifié dans le village a joué convenablement son rôle de mobilisation et de suivi lors de la phase de post-déclenchement. Par ailleurs, 85,4% des répondants du groupe exposé ont affirmé que les chefs religieux et les chefs de villages ont été activement impliqués dans la mobilisation communautaire et le suivi des constructions / réhabilitations de latrines.

Il est à noter néanmoins que ces connaissances et compétences restent à elles seules insuffisantes pour permettre aux leaders identifiés de poursuivre de manière autonome les actions dans d'autres villages, car leurs capacités et leurs moyens sont limités. La majorité des ménages de la région est, en effet, extrêmement pauvre (92,1% des ménages des zones d'intervention vivent dans l'extrême pauvreté) et ne dispose pas de moyens pour se procurer les outils et les matériaux adéquats (ex. barre à mines, briques, ciment, chaînage, etc.) pour la construction de latrines améliorées et durables. Le matériel de maintenance des ouvrages reçu par les villages à la fin du programme reste insuffisant et inadapté (2 pelles et 2 pioches pour 50 ménages).

Les leaders locaux, qui ont été très motivés dans le cadre du programme, restent très peu formés sur la gestion du processus de l'ATPC et ont dû mettre fin à leur participation dans les CLAH faute de moyens et d'accompagnement pour ces derniers.

De plus, les Comités Communaux de Suivi de l'ATPC, qui devaient coordonner leurs activités n'ont pas été installés comme prévu dans le cadre du programme.

### 5.8. Dans quelle mesure l'approche ATPC peut être reproduite dans d'autres préfectures / communes / villages de la RCA (mise à échelle) ? Sur quels types d'évidence/ preuves peut-on se fonder objectivement pour justifier ce constat ?

Sur la base des analyses précédentes, des évidences existent qui indiquent que l'approche ATPC pourrait être mise à échelle en RCA. Quatre résultats importants permettent de justifier la pertinence et la nécessité de continuer la mise en œuvre de l'ATPC dans le reste du pays :

1. **Engagement communautaire en faveur de l'ATPC:** Dans un premier temps, l'engagement communautaire avéré des populations en faveur de l'approche renforce sa pertinence. L'ATPC a impulsé, en effet, une prise de conscience des ménages bénéficiaires sans influence, de la précarité de leur situation sanitaire et des risques à long terme de la DAL (phase de déclenchement). À ce niveau, on note ainsi que 80,6% des répondants du groupe exposé ont indiqué avoir eu une sensation de bien-être et avoir été éclairé sur l'importance de l'assainissement et de l'hygiène grâce aux conseils des facilitateurs-trices de l'ATPC lors de la phase de pré-déclenchement, et 98,1% de ces ménages ont librement décidé de réhabiliter ou de construire leur latrine après le déclenchement.

Cette prise de conscience les a conduit à s'engager volontairement pour mettre fin à cette situation. Aussi, 62,8% des ménages ont affirmé qu'un Leader Naturel a émergé après la sensibilisation sur les pratiques en EHA réalisée par les facilitateurs-trices des ONG lors du déclenchement, et 77% des ménages du groupe exposé ont affirmé être capable de réhabiliter ou de construire leur latrine sans une aide extérieure.

Il faut souligner que la particularité de cet engagement prend beaucoup plus une forme « communautaire » qu'« individuelle » dans le sens où il se traduit par une forte mobilisation des leaders communautaires (chefs de village, religieux, LN, etc.) et de toute la population, y compris les femmes et les enfants. À ce propos, on note que 31% des ménages dont le chef est une femme ont eu leur latrine réhabilitée / construite par la communauté sans participer à l'effort. En outre, 85,4% des répondants du groupe exposé ont affirmé que les chefs religieux et les chefs de villages ont été activement impliqués dans la mobilisation communautaire et le suivi des constructions / réhabilitations de latrines.

Ces constats démontrent que les populations restent ouvertes à l'approche ATPC même si elle est une approche nouvelle.

2. ***Changement de comportement et réduction des risques sanitaires grâce à l'ATPC***: Dans un deuxième temps, l'ATPC a permis également de déclencher des changements de comportement qui contribuent à réduire les risques sanitaires pour les populations. Les activités menées dans le cadre du projet AERCA, dont fait partie le programme ATPC, ont inclus des campagnes de sensibilisation des communautés sur les bonnes pratiques d'hygiène et d'assainissement, ainsi que l'usage de sources d'eau potable ou améliorées. Les ménages qui avaient des pratiques d'assainissement et d'hygiène à risque dans les zones d'intervention ont amélioré ces pratiques pour la grande majorité après avoir participé au programme. Ainsi, les ménages des villages cibles ont mis fin à la DAL en construisant ou en réhabilitant leur latrine, ont installé des DLM en utilisant du matériel local afin de les utiliser aux moments critiques, et ont réduit l'ensemble de leurs comportements à risque (ex. jeter les selles des petits-enfants au tas d'ordures) au profit de la santé et de la sécurité pour les membres de leur famille. Notamment, 85,6% des ménages du groupe exposé ont amélioré leurs pratiques de débarras des selles des enfants en les jetant désormais dans leur latrine ou dans celle du voisin (au lieu de les jeter dans les broussailles, au tas d'ordures ou de les enterrer), tandis que le pourcentage de ménages du groupe exposé ayant réhabilité leur latrine et dont les membres se lavaient les mains après avoir fait leurs selles est passé de 55,3% avant la réhabilitation à 87,5% après la réhabilitation. Dans le même ordre d'idée, le pourcentage de ménages du groupe exposé ayant réhabilité leur latrine qui possédait un DLM est passé de 59,6% avant la réhabilitation à 91,7% après la réhabilitation. Ces changements ont eu pour effet de réduire les risques sanitaires au sein des communautés, notamment les risques liés aux maladies hydriques et diarrhéiques affectant plus fortement les nourrissons et les petits enfants. Pour illustrer ce changement, on observe que le nombre mensuel moyen de cas de diarrhée pour les enfants de moins de 5 ans dans le groupe exposé est passé de 2,9 cas avant la construction / réhabilitation de la latrine à 2,3 cas après la construction / réhabilitation de la latrine.
3. ***Capacité des ménages à acquérir une latrine pour mettre fin à la DAL***: Dans un troisième temps, les outils et les matériaux nécessaires à la construction des types de latrines en



usage dans les zones d'intervention sont accessibles et abordables pour les communautés. Ces latrines, dont le type majoritaire est une fosse simple recouverte de planche de bois, apparaissent relativement aisées à construire car les matériaux sont disponibles dans la nature, même si leur solidité et leur durabilité restent problématiques. Ainsi, la contribution du ménage par rapport au coût de la latrine reste possible (20 USD), permettant donc de réduire le risque de rejet de l'approche ATPC qui promeut une subvention quasi-nulle pour la latrine de la part des partenaires au développement.

4. *Existence de mécanismes institutionnels favorisant la mise à échelle de l'ATPC*: Le quatrième argument en faveur de la mise à échelle de l'ATPC en RCA est l'existence d'un cadre et de mécanismes institutionnels pour soutenir la mise en œuvre de l'approche. Un Comité National de Coordination de l'ATPC a déjà été créé, même s'il est nécessaire de le rendre opérationnel.

De plus, les CLAH mises en place dans les villages ont acquis quelques expériences de l'approche et devraient être formés en profondeur et accompagnés par les directions locales des structures gouvernementales (DGRH, ANEA) et les collectivités locales (comités communaux) pour introduire l'ATPC dans les autres villages n'ayant pas bénéficié de l'intervention.

#### **Conclusions sur la durabilité de l'intervention.**

La Durabilité à long terme des acquis du programme reste le défi majeur de la mise en œuvre de l'approche ATPC en RCA, malgré les résultats significatifs obtenus.

5.1. Les changements des pratiques de défécation à l'air libre dans les communautés d'intervention, qui ont été avérés grâce à la prise de conscience des populations, restent fragiles.

5.2. La durée de vie limitée des infrastructures d'assainissement se présente, en effet, comme une contrainte importante pour le maintien à long terme du statut FDAL des villages car les mécanismes endogènes existants ne sont pas suffisamment solides pour inciter les populations à assurer la maintenance et l'entretien des ouvrages.

5.3. Malgré cela, on note que les acquis de la sensibilisation sur les pratiques en matière d'EHA et la simplicité du modèle de latrine construite dans les zones d'intervention sont des éléments catalyseurs qui peuvent inciter les populations non touchées par l'intervention à s'engager dans le processus de l'ATPC.

5.4. De plus, l'accessibilité à des matériaux locaux (bambou, feuilles de palmiers, etc.) peu coûteux pour le type de latrine en usage dans les communautés, pourrait être un atout pour accompagner d'autres villages vers la FDAL si l'accès aux marchés locaux d'acquisition des outils de construction des latrines (barres à mines, outils pour la dalle, etc.) est facilité.

5.5. En parallèle, le suivi post-FDAL reste problématique à cause de la faiblesse des financements disponibles au niveau gouvernemental et des mécanismes institutionnels / locaux existants, notamment l'accompagnement limité offert par les ONG aux CLAH, la non installation des CCS-ATPC et la non opérationnalisation du Comité National de Coordination de l'ATPC. Enfin, aucun système d'information intégré de suivi des initiatives en EHA n'a été

mis en place, même si quelques données sur l'ATPC ont été recueillies par les ONG et synthétisées par l'UNICEF dans une base de données qui reste à améliorer.

5.6. Dans la mesure où les types de matériaux de construction de latrine soient disponibles dans la nature et renouvelables (ex. bois, feuilles de palmiers, pailles, etc.) dans les zones d'intervention, l'approche de l'ATPC peut être considérée comme une intervention en phase avec la durabilité environnementale.

5.7. Il faut cependant souligner que les capacités des bénéficiaires, en particulier les CLAH et les leaders communautaires formés pour poursuivre de manière autonome les actions dans d'autres villages sans appui extérieur, sont limitées car les compétences acquises et les moyens disponibles sont insuffisants.

5.8. En définitive, malgré les constats peu reluisants en matière de durabilité exposés précédemment, les niveaux de résultats atteints permettent d'indiquer que l'approche ATPC peut et devrait être reproduite dans d'autres préfectures de la RCA. Les principales raisons en faveur de cette mise à échelle sont inhérentes à : (1) l'engagement communautaire des populations en faveur de l'approche, (2) les changements positifs de comportement en matière d'hygiène et assainissement (FDAL) et la réduction des risques sanitaires qu'elle permet d'obtenir, (3) l'accessibilité des outils et matériaux locaux peu dispendieux pour la construction / réhabilitation des latrines et (4) l'existence d'un cadre et de mécanismes institutionnels favorisant sa mise en œuvre.

### 7.1.6. Genre, équité et droits humains

- 6.1. Dans quelle mesure les ménages les plus vulnérables, en particulier ceux dirigés par les femmes et les personnes à mobilité réduite, ont été impliqués dans la mise en œuvre de l'ATPC ?
- 6.4. Dans quelle mesure les besoins sexo-spécifiques des garçons et des filles, la distribution des rôles entre hommes et femmes au sein du ménage, des groupes vulnérables et les barrières auxquelles les femmes sont confrontées par rapport leur participation aux activités de l'ATPC ont-ils été pris en compte dans la conception, la mise en œuvre et le suivi des interventions du programme ?
- 6.5. Dans quelle mesure les hommes et les femmes en situation de vulnérabilité participent-ils aux mécanismes de coordination, de suivi et d'évaluation de la mise en œuvre du Programme ?

**Illustration 7.6.** : Entretien avec une femme cheffe de ménage dans la préfecture de la Sangha-Mbaéré



© UNICEF CAR/2019/H-Kouande

### **6.1. Dans quelle mesure les ménages les plus vulnérables, en particulier ceux dirigés par les femmes et les personnes à mobilité réduite, ont été impliqués dans la mise en œuvre de l'ATPC ?**

Les personnes vulnérables – qui incluent les femmes chefs de ménage (monoparentaux : célibataires, veuves, divorcées), les hommes chefs de ménage du troisième âge (veuf ou divorcé), les enfants et toutes les personnes ayant un handicap ou à mobilité réduite, les personnes en minorité et les démunis – ont dans leur majorité été impliqués dans les activités du programme ATPC. Puisque le programme concernait tout le village, tous les habitants y ont été impliqués de manière indiscriminée.

D'abord, lors de la planification du programme, la sélection des bénéficiaires a inclus des groupes minoritaires qui se retrouvaient dans les zones d'intervention (Ba'ka : pygmées, peulhs). Cette inclusion est vérifiée par le fait que 67,1% des ménages interrogés dans le groupe exposé à l'intervention lors de l'enquête sont issus de ces groupes minoritaires.

Ensuite, les femmes qui le souhaitaient ont pu participer aux activités au sein des CLAH, et celles qui n'avaient pas les capacités ou la possibilité de prendre en charge la réhabilitation / construction de leur latrine ont été soutenues par les communautés (31% des ménages dont le chef est une femme ont eu leur latrine réhabilitée / construite par la communauté sans participer à l'effort, contre 17,9% parmi les hommes chefs de ménages).

Enfin, les enfants et les jeunes ont été sensibilisés dans les écoles dans le cadre du projet AERCA, et certains d'entre eux ont pu contribuer à la construction / réhabilitation de la latrine de leur ménage (ex. aller chercher du bois, des bambous, des feuilles de palmier ou d'autres matériaux disponibles dans la nature pour les superstructures des latrines).

### **6.2. Dans quelle mesure les besoins sexo-spécifiques des garçons et des filles, la distribution des rôles entre hommes et femmes au sein du ménage, des groupes vulnérables et les barrières auxquelles les femmes sont confrontées par rapport à leur participation aux activités de l'ATPC ont-ils été pris en compte dans la conception, la mise en œuvre et le suivi des interventions du programme ?**

Les informations obtenues indiquent que la mise en œuvre du programme ATPC a intégré une prise en compte des besoins sexo-spécifiques des hommes et femmes, ainsi que ceux des garçons et des filles au sein du ménage. Une proportion non négligeable de ménages (28,8% des ménages du groupe exposé) a notamment réhabilité / construit leur latrine sur la décision d'une femme (chefe de ménage ou conjointe du chef de ménage), avec comme priorité pour certaines d'entre elles de préserver leur intimité et la sécurité de la famille. Ce constat indique aussi que certaines femmes, même lorsqu'elles ne sont pas chef de ménage, peuvent avoir la capacité d'influencer les actions ayant un effet sur le bien-être de la famille. Par ailleurs, compte tenu du niveau d'effort requis pour forer les fosses des latrines et monter les superstructures, cela pouvait constituer une barrière à la construction ou la réhabilitation de la latrine pour les personnes issues de groupes vulnérables (ex. personnes du troisième âge, femmes seules, etc.). Aussi, dans la plupart des villages, les communautés se sont mobilisées pour aider les groupes les plus vulnérables, notamment les femmes cheffes de ménage qui avaient besoin d'appui pour la construction de leur latrine, à laquelle les jeunes garçons et les filles dans les ménages ont également contribué. Certains ménages dirigés par des femmes ont notamment reçu de l'aide des membres de leur ménage ou de la communauté (73,9% des ménages du groupe exposé dont la latrine a été réhabilitée / construite avec un appui extérieur).

De plus, la plupart des groupes de facilitateurs-trices déployé-e-s par les ONG de mise en œuvre comprenait autant que possible de façon paritaire des hommes et des femmes, tout comme les CLAH installés dans les villages. Selon les personnes interrogées ayant participé au processus de l'ATPC, la moyenne d'agent-e-s facilitateurs-trices par village était de 4 personnes avec une parité hommes-femmes. Par ailleurs, les CLAH installés dans 9 villages ATPC sur un total de 11 villages ATPC visités lors de la collecte de données sur le terrain incluaient des femmes parmi leurs membres. Cependant, la proportion moyenne de femmes dans ces comités n'est pas connue dans la mesure où les registres de membres de ces comités n'ont pas été tenus par l'unité de suivi-évaluation du programme, et que les personnes interrogées n'avaient pas la pleine connaissance de la composition des comités.

### **6.3. Dans quelle mesure les hommes et les femmes en situation de vulnérabilité participent-ils aux mécanismes de coordination, de suivi et d'évaluation de la mise en œuvre du Programme ?**

Les hommes et les femmes en situation de vulnérabilité n'ont pas spécifiquement participé aux mécanismes de coordination et de suivi du programme, bien que la présence à la fois d'hommes et de femmes vulnérables du point de vue économique a été observée au niveau des autorités villageoises et des membres des CLAH lors de la collecte de données sur le terrain. Sur un total de 16 répondants dont 9 chefs de village, 3 leaders naturels et 4 membres de CLAH, 15 d'entre eux ont leur ménage vivant en dessous du seuil de pauvreté de 1,90 dollars USD. La plupart de ces leaders, soit 14 personnes, vivent de l'agriculture qui ne leur rapporte pas suffisamment de revenus pour subvenir aux besoins de leurs familles. Ce qui indique que malgré leur statut d'autorités locales, la majorité de ces hommes et femmes responsables font partie des groupes vulnérables au niveau économique.

D'ailleurs, la majorité des populations des zones ayant bénéficié du programme ATPC reste très pauvre et vulnérable dans leur ensemble, en tenant compte des indicateurs internationaux de pauvreté (92,6% des ménages du groupe exposé vivaient dans l'extrême pauvreté selon le seuil de pauvreté de la Banque Mondiale).

Néanmoins, indépendamment de leur situation socioéconomique, les hommes et les femmes membres des CLAH, des groupes de facilitateurs-trices des ONG et des services gouvernementaux impliqués n'ont pas été mis en marge du suivi et de l'évaluation du programme. En guise d'illustrations, une mission de vérification et certification des villages FDAL dans la commune de Wapo (préfecture de la Mambéré-Kadéï), qui a été conduite du 26 février au 6 mars 2018 par une équipe conjointe DGRH – Ministère de la Santé – Mairie de Wapo – ONG ASF comprenait 5 membres, dont 2 femmes. Dans le même ordre d'idée, la mission de vérification et certification des villages FDAL dans la préfecture de la Sangha-Mbaéré, réalisée avec les mêmes acteurs étatiques mais avec les ONG I3D et Leviers Plus intervenant dans cette préfecture, comprenait 9 membres dont 2 femmes.

Par ailleurs, selon 82% des répondants du groupe exposé, les membres les plus vulnérables, discriminés, minoritaires ou démunis de la communauté ont été encouragés ou impliqués dans les activités vers l'état FDAL. À ce titre, les cérémonies de célébration qui marquent la fin du processus de l'ATPC ont vu la participation de toutes les franges des populations, y compris les groupes les plus vulnérables comme les enfants et les femmes (voir *Illustrations 7.1.5* et *7.1.6*).



**Illustration 7.1.5 :** Officiels (État, UNICEf et ONG) participant à une cérémonie de célébration FDAL dans le village de Babaza, commune Ouakanga dans la préfecture de la Mambéré-Kadéï en mars 2018



**Illustration 7.1.6 :** Enfants et femmes participant à une cérémonie de célébration FDAL dans le village de Babaza, commune Ouakanga dans la préfecture de la Mambéré-Kadéï en mars 2018



### Conclusions sur genre, équité et droits humains

En matière de genre, équité et droit humains, la mise en œuvre de l'ATPC en RCA a impliqué toutes les composantes des populations de façon équitable, égalitaire et indiscriminée.

6.1. Les personnes les plus vulnérables – hommes et femmes chefs de ménages monoparentaux, personnes du troisième âge, garçons et filles – ont dans leur majorité participé au processus de l'ATPC.

6.2. Que ce soit lors de la conception, de la mise en œuvre et du suivi des activités du programme, les besoins sexo-spécifiques qui tiennent compte des droits et des capacités des hommes et des femmes, des garçons et des filles, ont été pris en compte. Par exemple, les hommes et les femmes qui le souhaitaient ont pu intervenir en tant que LN ou membre au sein des CLAH dans les villages. En outre, dans les villages bénéficiaires, tous les ménages sans discrimination de sexe ou de profil socioéconomique, surtout ceux dont le chef de ménage était en situation de vulnérabilité élevée, d'handicap physique ou ne pouvait fournir le niveau d'effort requis (ex. femmes, personnes du troisième âge), ont pu construire / réhabiliter leur latrine grâce à l'accompagnement des autres membres de leur communauté.

6.3. Les groupes de facilitateurs-trices des ONG ont également inclus les hommes et les femmes de façon paritaire lorsque cela était possible, et leurs actions sur le terrain ont enregistré la participation des populations de tous les villages ciblés, y compris les plus pauvres.



## 7.2 Analyse du rôle des parties prenantes et des mécanismes de coordination de l'ATPC

Durant la mission d'évaluation, il s'est avéré utile pour les parties prenantes d'obtenir une analyse plus approfondie de certains aspects du projet liés à la planification stratégique, le système d'information et de suivi-évaluation, la performance opérationnelle des ONG et finalement sur la synergie et coopération de l'UNICEF avec ses partenaires. Pour cette raison, une partie supplémentaire a été ajoutée dans ce rapport sur l'analyse du rôle des parties prenantes et sur les mécanismes de coordination.

### 7.2.1 Analyse de la planification stratégique

- Dans la proposition du projet AERCA (PCA) acceptée par le bailleur, il était prévu deux études de référence portant sur les Connaissances, Attitudes et Pratiques (CAP) des populations en matière d'hygiène et d'assainissement dans les zones d'intervention. L'une des études était prévue au début du projet et l'autre à la fin du projet. Selon les informations recueillies, ces études n'ont pu être réalisées. Pourtant une analyse de la situation des populations ciblées s'avérait nécessaire, surtout en début de programme, afin de caractériser les ménages selon leurs profils sociodémographiques et de déterminer les valeurs des principaux indicateurs relatifs à l'hygiène et à l'assainissement, dont la comparaison des valeurs à la fin du programme aurait permis d'apprécier de façon approfondie l'ampleur des changements intervenus. L'absence de telles données a conduit le Consultant à réaliser une analyse rétrospective sur la situation des bénéficiaires avant l'ATPC par formation de groupes de comparaison à posteriori (exposé et témoin).
- Cinq activités (sur un total de 13 activités) directement reliés aux objectifs de l'ATPC et prévues dans le PCA initial ont été soit abandonnées, soit non réalisées, alors que ces activités étaient importantes pour la contribution aux résultats d'ensemble (ex. développement d'une stratégie de marketing sanitaire, d'un plan et d'outils de communication sur les bonnes pratiques en EHA, de plans d'action national et communaux ; mise en place d'un système d'information en EHA).
- La conception d'un guide national officiel de l'approche ATPC à utiliser par les facilitateurs-trices n'a pas été prévue dans la planification initiale alors qu'un tel document est recommandé pour une application stricte du protocole de l'ATPC.

### 7.2.2 Analyse des systèmes d'information et de suivi-évaluation

- La mise en place d'un système d'informations intégré en EHA pour la collecte de données, le suivi et l'évaluation du projet AERCA, incluant l'ATPC, comme prévu dans le PCA, n'a pu être réalisé convenablement. Un tel système est indispensable pour assurer un compte-rendu efficace des progrès sur les indicateurs et vers l'atteinte des résultats planifiés.
- Il est vrai que deux bases de données développées par le Consultant ATPC recruté par l'UNICEF – et comprenant les informations recueillies sur les populations, villages et institutions bénéficiaires (écoles et centres de santé) du projet AERCA – ont été conçues en format Excel et sont disponibles. Cependant ces bases de données ne sont pas complètes et organisées pour l'analyse et la prise de décision. Elles ont été alimentées par les ONG de mise en œuvre au moyen d'un formulaire de suivi comprenant des variables comme : le nom de la préfecture, de la sous-préfecture, de la commune et du village ; le nombre de villages, de populations, de ménages déclenchés-certifiés ; la date de vérification, certification, de célébration de l'état FDAL ; le nombre de latrines réhabilités et construites,

etc. Ces mêmes variables figurent dans la base de données des écoles et des centres de santé ayant bénéficié du projet AERCA. Les difficultés avec ces bases de données sont qu'elles ne sont pas cohérentes et complètes (ex. certaines variables et données sont manquantes ou non désagrégées dans les tables de données de fournies par certaines ONG de mise en œuvre). Ce qui ne permet pas de déterminer certains indicateurs pertinents pour la prise de décision comme le nombre de latrines construites dans les écoles ou pour les femmes chefs de ménage dans une localité donnée.

### 7.2.3 Analyse de la performance opérationnelle des ONG

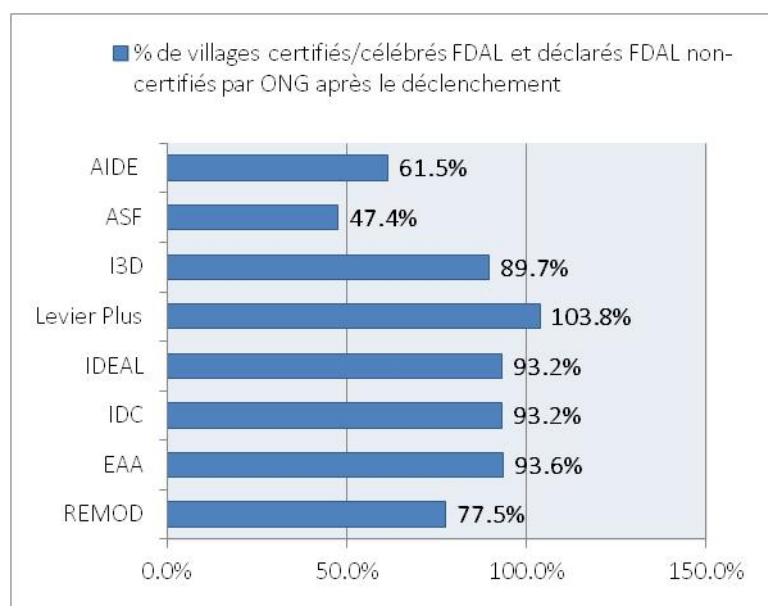
- Dans la phase pratique de mise en œuvre de l'ATPC, les huit ONG choisis pour la mise en œuvre, à savoir EAA, REMOD, IDC, IDEAL, AIDE, I3D, LEVIER PLUS et ASF, ont signé des contrats de partenariat pour l'accompagnement des populations des zones d'intervention. Les agent-e-s de ces ONG ont bénéficié de formation sur la facilitation de l'ATPC en suivant les étapes conceptuelles de l'approche. Il est à noter que la RCA ne dispose pas encore d'un guide national de mise en œuvre de l'ATPC. Une ébauche du guide ATPC existait mais n'a pas été finalisée. Chaque ONG s'est vu assigner au moins une préfecture d'intervention et un nombre de villages à accompagner vers l'atteinte du statut FDAL.
- Par rapport au nombre total de villages prévus lors de la planification du programme ATPC, toutes les ONG de mise en œuvre ont pu achever avec succès les activités de pré-déclenchement et de déclenchement, permettant d'obtenir un taux de déclenchement de 98% à 100% (voir *Tableau 7.2.1*). L'analyse de la qualité dans la facilitation de ces activités a montré que certaines ONG ont eu plus de succès dans les communautés au regard à leurs expériences et leur régularité dans la mise en œuvre du protocole de l'ATPC (ex. EAA et REMOD). Certaines ONG ont été moins efficaces sur le terrain à cause de l'irrégularité des facilitateurs-trices dans les villages (ex. ASF).
- Il est à noter que la majorité des activités de l'ATPC a été réalisée entre les années 2015 à 2017, avec l'ajout de la préfecture de l'Ombella Mpoko à la liste des zones d'intervention suite à une épidémie de choléra en 2014, afin de renforcer le nombre de villages bénéficiaires ; et une extension jusqu'à fin mars 2018 pour prendre en compte la crise humanitaire déclenchée par les conflits qui étaient en cours.

**Tableau 7.2.1** : Statistiques sur la performance opérationnelle des ONG de mise en œuvre de l'ATPC

| ONG de mise en œuvre | Préfectures             | Nombre villages prévus dans le PCA | Nombre de villages effectivement déclenchés en ATPC | % de villages effectivement déclenchés en ATPC | Nombre de villages certifiés / célébrés FDAL | Nombre de villages déclarés FDAL non certifiés / célébrés | Nombre total de villages certifiés / célébrés et déclarés FDAL non-certifiés | % de villages certifiés / célébrés / déclarés FDAL non-certifiés après déclenchement |
|----------------------|-------------------------|------------------------------------|---|--|--|---|--|--|
| REMOD                | Lobaye et Ombella Mpoko | 65                                 | 80  | 123.1%   | 62   |   | 62   | 77.5%  |
| EAA                  | Lobaye                  | 157                                | 157   | 100.0%   | 127  | 20  | 147  | 93.6%  |
| IDC                  | Ombella Mpoko           | 150                                | 147   | 98.0%  | 137  | 0   | 137  | 93.2%  |
| IDEAL                | Lobaye                  | 74                                 | 74  | 100.0%   | 69   | 0   | 69   | 93.2%  |
| Levier Plus          | Sangha-Mbaéré           | 53                                 | 53  | 100.0%   | 28   | 27  | 55   | 103.8%   |
| I3D                  | Sangha-Mbaéré           | 29                                 | 29  | 100.0%   | 26   | 0   | 26   | 89.7%  |
| ASF                  | Mambéré-Kadeï           | 98                                 | 97  | 99.0%  | 36   | 10  | 46   | 47.4%  |
| AIDE                 | Mambéré-Kadeï           | 96                                 | 96  | 100.0%   | 25   | 34  | 59   | 61.5%  |
| <b>Total général</b> |                         | <b>722</b>                         | <b>733</b>  |  | <b>510</b>                                   | <b>91</b>   | <b>601</b>   |  |

- A la fin du processus de l'ATPC dans les villages ciblés, on a observé que la majorité des ONG de mise en œuvre (5 sur 8) a atteint un taux de certification FDAL des villages de 90% ou plus (y compris les villages déclarés FDAL non-certifiés). Les villages accompagnés par l'ONG Levier Plus ont obtenu le taux de certification le plus élevé (103,8%), suivi de l'organisme régional EAA (93,6%) et des ONG IDC (93,2%), IDEAL (93,2%) et I3D (89,7%). La performance dans les villages suivis et facilités par l'ONG ASF reste la plus faible (47,4% de villages certifiés FDAL), tandis que les résultats de la mise en œuvre de l'approche restent juste supérieurs à la moyenne pour les ONG AIDE (61,5%) et REMOD (77,5%) comme le montre le *Graphique 7.2.1*.

**Graphique 7.2.1 : Répartition par ONG de mise en œuvre du pourcentage de villages certifiés/célébrés FDAL et déclarés FDAL non-certifiés après déclenchement**



#### 7.2.4 Synergie et coopération de l'UNICEF avec les partenaires

##### A. Relations avec les communautés locales

Les données de l'enquête dans les préfectures de mise en œuvre et les observations sur le terrain ont indiqué que l'UNICEF est omniprésent au sein des différentes communautés à travers ses appuis multiformes pour les activités relevant du domaine de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène. Cette relation se mesure à travers les points d'eau modernes installés, les latrines hygiéniques dans les écoles et les FOSA, aussi bien par la communication pour le changement de comportement en matière d'hygiène, que pour parvenir à l'état FDAL des villages sélectionnés dans le programme ATPC. En outre, l'UNICEF a participé aux missions conjointes réalisées dans les zones d'intervention pour le suivi des activités, la collecte de données et les célébrations des villages ayant le statut FDAL.

##### B. Relations avec les partenaires gouvernementaux

A travers les différents projets sous l'appui financier de l'UNICEF, les autorités nationales (institutions étatiques impliquées) et les autorités locales (maires, chefs de quartier, chefs de villages) ont toujours été impliqués dans la chaîne de mise en œuvre. Toutes les autorités gouvernementales ont été présentes à toutes les célébrations de statut FDAL.

C. Relations avec les autres partenaires de développement en RCA

L'omniprésence des partenaires est marquée par la présence des ONG nationales de mise œuvre de l'ATPC, des ONG ou entreprises de construction / réhabilitation de forage et des latrines dans les écoles et les formations sanitaires.

## 8. CONCLUSIONS DE L'ÉVALUATION

Ci-dessous les conclusions finales de l'évaluation, regroupées par critères de l'évaluation. Ces conclusions bâtissent sur les différents constats et conclusions préliminaire présentés dans la section précédente. Cependant, lesdites conclusions n'émanent pas uniquement de l'analyse de données réalisée par l'équipe de l'évaluation mais aussi des échanges tenus entre l'équipe et les différentes parties prenantes.

### 8.2 Pertinence

- **Bien-fondé du programme ATPC**

La mise en œuvre du programme ATPC, intégré au projet AERCA réalisé en RCA de 2013 à 2018, était nécessaire et pertinente au regard du contexte national et international.

1.1. La situation socioéconomique et en matière d'accès aux services d'EHA des populations bénéficiaires des préfectures cibles, et de la RCA en général – comparée aux autres pays du monde – requerrait en effet une intervention intégrée et urgente pour atteindre les niveaux requis par les ODD à l'horizon 2030, en particulier la FDAL dans les communautés.

1.2. Même si une étude de référence approfondie sur les besoins des populations des zones d'intervention (les 3 préfectures du Sud-ouest) n'a pas été réalisée avant le programme pour déterminer l'ampleur de leurs besoins, les données disponibles permettaient d'indiquer que la mise en œuvre d'une intervention comme l'approche ATPC était pertinente et appropriée.

- **Cohérence de l'approche**

1.3. Compte tenu des pratiques locales en matière d'hygiène et d'assainissement orientées vers la DAL, d'une faible couverture par les programmes nationaux, de la forte population des zones d'intervention dont la majorité est pauvre et vulnérable et de l'accès difficile aux villages, l'ATPC se présentait comme l'intervention cohérente et adaptée permettant de changer durablement les comportements, de mettre fin à la DAL et d'améliorer les pratiques d'EHA pour un maximum de communautés à moindre coût. Le défi à ce niveau reste la non-collecte de données réelles de terrain pour justifier cette cohérence avant la mise en œuvre du programme.

1.4. Pour atteindre ses objectifs, la démarche de l'ATPC – qui impliquait la mise en œuvre d'activités interreliées dont la finalité est l'arrêt de la DAL par les populations et, par relation de cause à effet, des risques sanitaires dans les communautés, en particulier la mortalité infanto-juvénile – était cohérente par rapport à l'impact et les effets attendus.

1.5. La mise en œuvre de l'ATPC a été l'occasion de renforcer l'impact des autres programmes visant à améliorer l'accès des populations aux services et infrastructures d'assainissement, dont la plupart finançait directement la construction de latrines pour mettre fin à la DAL et avaient des résultats mitigés ou limités. Le programme a permis également à l'UNICEF de contribuer de façon complémentaire à la réponse à l'urgence humanitaire créée par la crise politico-militaire en RCA, et d'agir directement sur l'assainissement et l'hygiène dans les communautés à travers les activités du projet AERCA visant les écoles et les centres de santé. Cette complémentarité / synergie s'avère nécessaire et indispensable dans la mesure où les écoles et les centres de santé font partie intégrante des communautés, car mettre fin à la DAL des ménages ne serait pas suffisant si dans le même temps les élèves et les patients sont

obligés respectivement de déféquer à l'air libre autour des écoles et des centres de santé par manque de latrines dans ces institutions.

### 8.3 Efficacité

Au regard du contexte sociopolitique et sécuritaire, du caractère « expérimental » de l'initiative dans les zones d'intervention en RCA et du niveau des résultats obtenus, le programme ATPC a été très efficace par rapport aux objectifs planifiés.

2.1. L'approche ATPC a permis de doter les ménages bénéficiaires dans les villages certifiés FDAL de leur propre latrine, alors qu'avant le programme, une seule latrine était disponible pour trois ménages. Néanmoins, la mise en place d'un réseau qualifié de promoteurs ATPC au niveau local et le développement d'une stratégie de marketing sanitaire, qui sont cruciaux pour la durabilité des acquis, n'ont pas pu être réalisés.

2.2. Le protocole de mise en œuvre de l'ATPC qui promeut le changement de pratique par la prise de conscience et l'auto-action a été très adéquat, car la majorité des ménages bénéficiaires a accepté librement de participer au processus et de réhabiliter ou construire une latrine. C'est la prise de conscience concernant les risques sanitaires liés à la DAL qui a été la clé du succès du programme.

2.3. Le programme ATPC a contribué, en effet, à la FDAL de 601 villages, soit 82% des villages déclenchés, avec une répartition de 91,7% pour la Lobaye, 98,8% pour la Sangha-Mbaéré, 54,4% pour la Mambéré-Kadéï et 89,1% pour l'Ombella Mpoko. Le faible résultat dans la Mambéré-Kadéï est dû à la performance insuffisante de l'ONG ASF dont les facilitateurs-trices ont été irréguliers dans l'application du protocole et le suivi des activités. Comparativement, l'ONG Levier Plus intervenu dans la Sangha-Mbaéré et EAA dans la Lobaye ont été les plus performantes.

2.4. Cette performance a été tributaire d'une bonne application de l'approche conceptuelle de l'ATPC, qui exigeait d'abord que les facilitateurs-trices soient bien formés, puis mettent en œuvre les trois étapes complémentaires du processus, à savoir le pré-déclenchement, le déclenchement et le post-déclenchement. Les difficultés et les échecs observés dans la Mambéré-Kadéï sont dus essentiellement à un mauvais accompagnement au cours du post-déclenchement, c'est-à-dire à l'étape où les populations devaient construire / réhabiliter leur latrine pour un usage continue. Ce qui a entraîné la non-certification de plusieurs villages.

2.5. Les principaux facteurs qui ont influencé positivement l'obtention des résultats observés ont été la réalisation de missions conjointes de vérification et de certification sur le terrain (UNICEF, DGRH, ANEA, ONG, Communautés) ; la contractualisation des ONG pour la facilitation de l'ATPC dans les villages ; l'implication des autorités locales (chefs de village, leaders religieux et LN) pour la mobilisation des populations ; et le financement additionnel de réponse à l'urgence accordé à l'UNICEF par le bailleur en 2017, qui a permis d'accompagner plusieurs villages vers la certification FDAL jusqu'à la fin du premier trimestre 2018. Les facteurs qui ont posé des défis à l'atteinte des résultats ont été la persistance de l'insécurité dû à la crise politico-militaire qui a retardé la mise en œuvre des activités ; le faible nombre et l'irrégularité de facilitateurs-trices dans certains villages ; l'absence d'un guide national officiel de l'ATPC ; et la faible implication des collectivités locales / décentralisées pour le suivi sur le terrain.



## 8.4 Efficience

L'approche ATPC mis en œuvre en RCA apparaît coût-efficace par rapport à d'autres initiatives qui visent à mettre fin à la DAL et à améliorer l'accès des populations aux services d'assainissement et d'hygiène.

3.1. La mise en œuvre du programme ATPC dans les zones cibles a été peu coûteuse en ressources financières, humaines et matérielles comparée à d'autres programmes en RCA, car elle a engagé les bénéficiaires à prendre en charge eux-mêmes et volontairement le coût de construction des latrines. Ce qui a permis une économie importante sur les intrants. Les défis qui se sont présentés à ce niveau ont concerné le faible nombre de facilitateurs-trices dans les villages (4 en moyenne), la mise en œuvre inefficace du protocole de l'ATPC par certains d'entre eux (absence d'un guide national) et les difficultés d'acquisition d'outils et matériaux « adaptés » de construction de latrines durables.

3.2. Malgré ces défis, la contribution d'un ménage des zones cibles en RCA dans le coût d'une latrine avec le programme ATPC reste cinq fois plus faible par rapport à d'autres programmes d'EHA. Néanmoins, cette contribution apparaît relativement élevée par rapport à d'autres pays comme le Ghana et l'Éthiopie, même si le modèle de latrine en RCA utilise des matériaux peu coûteux.

3.3. Par ailleurs, les fonds investis dans l'ATPC semblent avoir été à la hauteur des résultats atteints en considérant que le programme a été mis en œuvre dans un contexte de crise politico-militaire persistante.

3.4. La comparaison des coûts et des bénéfices du programme ATPC pour les populations par rapport à ceux d'autres programmes d'assainissement en RCA montre que l'approche reste plus avantageuse pour mettre fin à la DAL.

3.5. Les résultats du programme dans les zones d'intervention auraient été beaucoup plus significatifs et durables si des facteurs tels que la crise politico-militaire dans le pays qui a ralenti les activités, et l'accompagnement limité par les facilitateurs-trices dans les villages de certaines préfectures, n'avaient réduit le taux de certification FDAL.

## 8.5 Impact

Les résultats observés indiquent que le programme ATPC a généré des changements positifs à long terme pour le bénéfice de l'ensemble des communautés cibles et des parties prenantes.

4.1. La prise de conscience des communautés sur les bonnes pratiques en matière d'hygiène et assainissement est avérée dans les zones cibles, permettant de penser que les changements de comportement pourraient se maintenir de façon durable.

4.2. La mise en œuvre de l'approche ATPC en RCA qui était une expérience nouvelle pour les parties prenantes clés du programme – en particulier les ONG pour la facilitation de la mise en œuvre, les structures gouvernementales pour le suivi des activités sur le terrain, l'UNICEF pour la promotion des bonnes pratiques d'EHA et la collecte de données – a permis également de renforcer leurs connaissances et compétences pour la promotion durable de l'accès aux services en EHA.

4.3. En outre, les effets conjugués de l'ATPC et des autres interventions du projet AERCA visant l'amélioration de l'accès à l'eau potable et aux services d'assainissement dans les écoles et les centres de santé, ont eu une incidence importante sur la réduction à long terme des risques sanitaires pour les communautés, attestée par la baisse des cas de maladies diarrhéiques dans les ménages, surtout pour les petits enfants.

4.4. En bout de ligne, l'ATPC a été une occasion de renforcer la solidarité existante au sein des communautés cibles qui ont agi ensemble pour assainir leur cadre de vie et mettre fin à la DAL.

## 8.6 Durabilité et mécanismes de pérennisation

La Durabilité à long terme des acquis du programme reste le défi majeur de la mise en œuvre de l'approche ATPC en RCA, malgré les résultats significatifs obtenus.

5.1. Les changements des pratiques de défécation à l'air libre dans les communautés d'intervention, qui ont été avérés grâce à la prise de conscience des populations, restent fragiles.

5.2. La durée de vie limitée des infrastructures d'assainissement se présente, en effet, comme une contrainte importante pour le maintien à long terme du statut FDAL des villages car les mécanismes endogènes existants ne sont pas suffisamment solides pour inciter les populations à assurer la maintenance et l'entretien des ouvrages.

5.3. Malgré cela, on note que les acquis de la sensibilisation sur les pratiques en matière d'EHA et la simplicité du modèle de latrine construite dans les zones d'intervention sont des éléments catalyseurs qui peuvent inciter les populations non touchées par l'intervention à s'engager dans le processus de l'ATPC.

5.4. De plus, l'accessibilité à des matériaux locaux (bambou, feuilles de palmiers, etc.) peu coûteux pour le type de latrine en usage dans les communautés, pourrait être un atout pour accompagner d'autres villages vers la FDAL si l'accès aux marchés locaux d'acquisition des outils de construction des latrines (barres à mines, outils pour la dalle, etc.) est facilité.

5.5. En parallèle, le suivi post-FDAL reste problématique à cause de la faiblesse des financements disponibles au niveau gouvernemental et des mécanismes institutionnels / locaux existants, notamment l'accompagnement limité offert par les ONG aux CLAH, la non installation des CCS-ATPC et la non opérationnalisation du Comité National de Coordination de l'ATPC. Enfin, aucun système d'information intégré de suivi des initiatives en EHA n'a été mis en place, même si quelques données sur l'ATPC ont été recueillies par les ONG et synthétisées par l'UNICEF dans une base de données qui reste à améliorer.

5.6. Dans la mesure où les types de matériaux de construction de latrine soient disponibles dans la nature et renouvelables (ex. bois, feuilles de palmiers, pailles, etc.) dans les zones d'intervention, l'approche de l'ATPC peut être considérée comme une intervention en phase avec la durabilité environnementale.

5.7. Il faut cependant souligner que les capacités des bénéficiaires, en particulier les CLAH et les leaders communautaires formés pour poursuivre de manière autonome les actions dans d'autres villages sans appui extérieur, sont limitées car les compétences acquises et les moyens disponibles sont insuffisants.

5.8. En définitive, malgré les constats peu reluisants en matière de durabilité exposés précédemment, les niveaux de résultats atteints permettent d'indiquer que l'approche ATPC peut et devrait être reproduite dans d'autres préfectures de la RCA. Les principales raisons en faveur de cette mise à échelle sont inhérentes à : (1) l'engagement communautaire des populations en faveur de l'approche, (2) les changements positifs de comportement en matière d'hygiène et assainissement (FDAL) et la réduction des risques sanitaires qu'elle permet d'obtenir, (3) l'accessibilité des outils et matériaux locaux peu dispendieux pour la construction / réhabilitation des latrines et (4) l'existence d'un cadre et de mécanismes institutionnels favorisant sa mise en œuvre.

## 8.7 Genre, équité et droits humains

En matière de genre, équité et droit humains, la mise en œuvre de l'ATPC en RCA a impliqué toutes les composantes des populations de façon équitable, égalitaire et indiscriminée.

6.1. Les personnes les plus vulnérables – hommes et femmes chefs de ménages monoparentaux, personnes du troisième âge, garçons et filles – ont dans leur majorité participé au processus de l'ATPC.

6.2. Que ce soit lors de la conception, de la mise en œuvre et du suivi des activités du programme, les besoins sexo-spécifiques qui tiennent compte des droits et des capacités des hommes et des femmes, des garçons et des filles, ont été pris en compte. Par exemple, les hommes et les femmes qui le souhaitaient ont pu intervenir en tant que LN ou membre au sein des CLAH dans les villages. En outre, dans les villages bénéficiaires, tous les ménages sans discrimination de sexe ou de profil socioéconomique, surtout ceux dont le chef de ménage était en situation de vulnérabilité élevée, d'handicap physique ou ne pouvait fournir le niveau d'effort requis (ex. femmes, personnes du troisième âge), ont pu construire / réhabiliter leur latrine grâce à l'accompagnement des autres membres de leur communauté.

6.3. Les groupes de facilitateurs-trices des ONG ont également inclus les hommes et les femmes de façon paritaire lorsque cela était possible, et leurs actions sur le terrain ont enregistré la participation des populations de tous les villages ciblés, y compris les plus pauvres.

## 8.8 Système de suivi-évaluation des initiatives en EHA

7.1. Les bases de données existantes sont incomplètes, insuffisamment organisées et ne permettent pas de déterminer la plupart des indicateurs relatifs aux changements de comportement des populations bénéficiaires en matière d'EHA.

7.2. La mise en place d'un système d'informations intégré en EHA n'a pas été réalisée pour fournir en temps réel aux acteurs du programme les informations nécessaires afin d'assurer un suivi efficace.

## 9. LEÇONS APPRISSES

Lors de la collecte et de l'analyse des données, l'équipe d'évaluation a tiré des leçons d'ordre stratégique et opérationnelle qui méritent d'être prises en compte plus attentivement dans le futur, pas seulement dans le cadre de ce programme en RCA mais aussi d'autres interventions mise en œuvre dans le reste de la région, pourvu que ces dernières présentent les mêmes caractéristiques en termes de zone d'intervention et des cibles.

### 9.2 Au niveau de la planification stratégique et de la programmation

- L'approche ATPC a renforcé et comblé le vide laissé par la faiblesse des projets en matière d'EHA, permettant de toucher toutes les composantes des communautés sur une plus grande échelle et de créer le changement sur une période de temps courte. Elle semble donc constituer une bonne stratégie pour mettre fin à la DAL en RCA, sous la réserve de l'adapter aux différents contextes locaux dans les préfectures (besoins des populations en matière d'EHA, caractéristiques physiques des régions, niveau de sécurité, capacités des collectivités locales pour le suivi, etc.), de mettre en place un mécanisme national inclusif pour la coordination et de le suivi et de créer les conditions du maintien du statut FDAL ;

### 9.3 Au niveau de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation

- Les populations dans les zones d'intervention ont adhéré totalement à l'approche ATPC, même si elle était une approche nouvelle, et qui plus est sans subvention à ces derniers. Cette leçon constitue un acquis important pour la mise à échelle du programme dans les autres régions de la RCA. Elle indique que, même sans recevoir une subvention comme c'est le cas dans la plupart des programmes de développement, les populations bénéficiaires sont capables d'apporter des améliorations à leurs conditions de vie si elles comprennent le bien-fondé de l'action, l'intérêt et les bénéfices pour elles-mêmes. Néanmoins, pour maintenir ce désir de changement, il est nécessaire de les accompagner pour le maintien des acquis obtenus par un suivi régulier ;
- Le respect que les communautés portent aux autorités locales et aux leaders (chefs de village, leaders religieux, etc.) dans les sociétés traditionnelles apparaît comme un catalyseur pour la mobilisation en vue de la participation aux initiatives de développement telles que l'approche ATPC. Dans le même temps, il peut se révéler une « contrainte » dans la mesure où les populations ne s'impliqueraient que « par respect pour l'autorité et non par compréhension de la pertinence de l'intervention ». C'est dans ce sens que le rôle de Leader Naturel (LN) est capital dans le cadre de l'ATPC, car ce n'est généralement pas une personne ayant une autorité, mais plutôt une personne ayant une vision d'amélioration des conditions de vie du village et étant respectée pour cela ;
- L'instabilité des autorités nationales et locales à cause de la volatilité politique (mandat de 2 ans en moyenne des responsables des services déconcentrés du MDERH et des maires des communes) crée des dysfonctionnements dans la continuité des actions entreprises pour accompagner l'ATPC, notamment le suivi post-déclenchement et post-FDAL. L'option de créer des Comités Communaux de Suivi (CCS) de l'ATPC reste donc judicieuse, et il serait plus indiqué que ces comités soient constitués par des membres des OSC et de la population pour assurer la continuité des actions, même en cas de mobilité au niveau des responsables des services du MDERH et des collectivités locales.

#### 9.4 Au niveau des résultats obtenus et des perspectives de pérennisation

- Au regard des acquis de l'ATPC, les approches utilisées dans le passé, telles que IEC et CCC présentent des limites : c'est un paquet d'information livré à la communauté sans pour autant aller vers une réelle prise de conscience qui se traduit par l'action, d'une part. D'autre part, ce sont des méthodes dites « hard », c'est-à-dire pousser les populations à abandonner la DAL à travers des infractions (amendes) à payer lors des contrôles des latrines dans les ménages par les agents d'hygiène de l'Etat, notamment du ministère de la santé (messages centrés sur le cycle de contamination des parasites). Au contraire, l'approche ATPC a introduit la méthode dite « soft » par une conscientisation des communautés selon leur environnement et leur état sanitaire ;
- La complémentarité / synergie entre l'ATPC et les autres activités du projet AERCA ciblant les institutions (école, centre de santé) est pertinente pour agir de façon holistique sur la DAL car les écoles et les centres de santé font aussi partie des communautés. Cela permet d'éviter que la DAL se poursuive autour de ces institutions en cas d'absence de latrines.

### 10. PRINCIPALES RECOMMANDATIONS

Les recommandations de l'évaluation sont indexées aux constats et aux conclusions faites précédemment. L'UNICEF, le MDERH, les ONG de mise en œuvre et les populations bénéficiaires ont activement contribué à leur présentation, tout comme lors de la mise en œuvre du programme ATPC et du processus d'évaluation.

Au début du processus d'évaluation, les sections de l'UNICEF à Bangui (WASH, M&E) et les services de la DGRH/MDERH impliquées dans le processus d'évaluation ont fait part de leurs attentes et leurs priorités à l'équipe d'évaluation. Ensuite, lors de la collecte de données auprès des parties prenantes, les différentes préoccupations des acteurs locaux (populations, ONG, OSC, etc.) pour la capitalisation des acquis du programme ont été recueillies. Enfin, l'UNICEF (Bangui et bureau régional – WCARO) et la DGRH (MDERH) ont pris connaissance des recommandations présentées par l'équipe d'évaluation dans le rapport provisoire et ont fait des suggestions d'amélioration.

Les recommandations ont ainsi été proposées en mettant en avant les principales attentes de ces parties prenantes, notamment :

- (1) pour l'UNICEF et le bailleur, la mesure dans laquelle l'approche ATPC est efficace et pourrait être mise à échelle, et comment les activités menées sont en phase avec l'orientation programmatique et les approches de l'organisation au niveau international en matière d'assainissement d'ici 2021<sup>26</sup> ;
- (2) pour le Gouvernement centrafricain, quels mécanismes pourraient être développés pour permettre au MDERH d'assurer un suivi efficace post-ATPC et une collaboration avec les autres ministères (santé, éducation, etc.) sur les actions en matière d'EHA dans le milieu rural ;
- (3) pour les ONG de mise en œuvre, la mesure dans laquelle le suivi post-FDAL pourrait leur être confié ;

---

<sup>26</sup> UNICEF's game plan to end open defecation (2016-2021) and UNICEF's WASH Strategy 2016-2030

(4) pour les populations, comment pourraient-elles être soutenues pour maintenir le statut FDAL des villages et contribuer à la mise en œuvre de l'approche dans d'autres villages.

Les recommandations sont présentées par ordre de priorité pour chaque acteur concerné.



## 10.2 Recommandations au Gouvernement de la RCA (Ministère du Développement de l'Énergie et des Ressources Hydrauliques)

Les recommandations au MDREH sont présentées selon deux axes stratégiques : (1) renforcement des mécanismes institutionnels en matière d'amélioration des services en EHA ; (2) Renforcement de la maîtrise du processus et du protocole de l'ATPC.

| N°   | Recommandation  | Type         | Niveau de priorité | Conclusions reliées  | Activités à mettre en œuvre   | Acteurs clés à impliquer  | Commentaires  |
|--|---|--------------|--------------------|--|---|---|---|
| <b>Axe 1 : Renforcer les mécanismes institutionnels pour le soutien aux programmes d'EHA</b> |   |              |                    |  |   |   |   |
| 1  | Élaborer un programme national de mise à échelle de l'ATPC en RCA       | Stratégique  | Haut               | 1.3<br>1.5<br>2.2<br>2.3<br>2.5<br>3.4<br>4.1<br>4.3<br>5.3<br>5.5<br>5.8<br>6.1<br>6.2<br>6.3 | - Opérationnaliser le Comité National de Coordination de l'ATPC en RCA ;<br>- Finaliser la mise en place des Comités Communaux de Suivi de l'ATPC ;<br>- Susciter la création d'un comité interministériel de suivi de l'ATPC ;<br>- Organiser un atelier national d'élaboration du Programme national de mise à échelle de l'ATPC. | - MDERH (DGRH, ANEA)<br>- Ministères techniques partenaires (planification du développement, économie, santé, éducation)<br>- Collectivités locales<br>- ONGs<br>- PTFs (dont UNICEF) | Il s'agit de la recommandation centrale et prioritaire de l'évaluation. Cette mise à échelle se justifie premièrement au regard des objectifs internationaux en matière d'EHA, dont les ODD, qui visent à mettre fin à la DAL d'ici à l'horizon 2030. Deuxièmement, les constats et les conclusions auxquels a abouti cette évaluation indiquent la nécessité d'améliorer l'assainissement et l'hygiène dans les communautés en vue de réduire les risques sanitaires pour les populations (en particulier les femmes et les enfants), tout comme le succès de l'intervention menée dans les préfectures du Sud-ouest grâce à l'adhésion des populations au processus de l'ATPC et aux conditions favorables au niveau local pour la construction de latrines en vue de la FDAL. Dans ce sens, la mise à échelle de l'ATPC – qui reste soumise à la mise en œuvre de certaines actions prioritaires présentées dans les recommandations suivantes, et qui devrait en inclure d'autres concourant stratégiquement à son succès – permettrait de générer d'importants bénéfices, à la fois pour les populations, le Gouvernement de la RCA et les PTFs. Le programme national ATPC devrait cibler toutes les préfectures de la RCA situées dans les zones dites « sécurisées », et à la fois les localités rurales et urbaines (à l'exception de la ville de Bangui) puisque l'évaluation a permis de constater que des ménages ne disposent pas de latrines dans certaines zones urbaines à l'intérieur du pays. |
| 2  | Élaborer le texte d'application du code de l'eau et de l'assainissement | Opérationnel | Moyen              | 1.5<br>5.4<br>5.7  | - Produire le texte d'application du code de l'eau et de l'assainissement ;<br>- Réaliser une étude sur l'institution d'un système de taxation locale de l'usage des infrastructures et ouvrages en EHA dans les régions du pays.   | - MDERH (DGRH, ANEA)<br>- Ministères techniques partenaires (planification du développement, économie)<br>- Collectivités locales   | La mise en œuvre de ce texte pourrait permettre aux collectivités locales de définir un système de taxes sur l'usage des infrastructures et ouvrages en EHA dont les bénéfices serviraient à réaliser les opérations de maintenance et d'entretien des ouvrages, ainsi que le suivi des statuts des ménages après la certification FDAL du village.   |

| N°   | Recommandation   | Type         | Niveau de priorité | Conclusions reliées  | Activités à mettre en œuvre   | Acteurs clés à impliquer  | Commentaires   |
|--|--|--------------|--------------------|--|---|---|--|
| <b>Axe 2 : Définir et opérationnaliser les méthodes, protocoles et stratégies adaptés pour la mise en œuvre du processus de l'ATPC dans les communautés en RCA</b> |  |              |                    |  |   |   |  |
| 3  | <b>Élaborer un guide national de mise en œuvre de l'ATPC</b> | Opérationnel | Moyen              | 2.1<br>2.2<br>2.3<br>2.4<br>2.5<br>3.1<br>3.5<br>5.2<br>5.4<br>5.5 | - Elaborer un guide national de mise en œuvre de l'ATPC (par un consultant)<br>- Renforcer les capacités des parties prenantes sur le guide national de l'ATPC. | - MDERH (DGRH, ANEA)<br>- Collectivités locales<br>- ONGs<br>- PTFs (dont UNICEF) | <p>Dans le cadre du processus de l'ATPC, les facilitateurs-trices devraient suivre méthodiquement les éléments de la démarche pour s'assurer que les actions conduisent vers le statut FDAL des villages en lien avec le contexte local, et que les droits des populations soient respectés, y compris la prise en compte de l'équité et de l'égalité de genre. Aussi, il est recommandé d'élaborer un guide national l'ATPC dans chaque pays de mise en œuvre. Au cours la mise en œuvre de l'intervention dans les préfectures du Sud-ouest de la RCA, l'absence d'un tel a conduit à une application inefficace du protocole par certains facilitateurs-trices, en particulier en faisant des visites irrégulières dans les villages déjà déclenchés alors qu'il était nécessaire à ce stade que l'accompagnement soit continu pour permettre aux ménages de mettre en œuvre leur décision de construire une latrine. Par conséquent, la conception d'un guide national de l'ATPC devrait être menée afin de garantir que le processus de mise à échelle de l'approche partout ailleurs en RCA soit un succès.</p> <p>Aspects opérationnels à prendre en compte dans le guide national de l'ATPC :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Organiser une sensibilisation préalable dans les villages bénéficiaires en vue de s'assurer de la présence de la majorité des populations lors des activités de déclenchement de l'ATPC ;</li> <li>- Fournir les informations sur l'accès au matériel d'assainissement aux populations bénéficiaires lors de la phase de post-déclenchement de l'ATPC ;</li> <li>- Rendre systématique la vérification de la présence de latrine améliorée et fonctionnelle dans les ménages avant toute certification FDAL du village ;</li> <li>- Encourager la construction de latrines à double fosse à utilisation alternée dans les ménages pour palier à la faible Durée de Vie de la Latrine (DVL) ;</li> <li>- Rehausser le nombre de facilitateurs-trices ATPC dans les villages ;</li> <li>- Réaliser des visites périodiques de suivi des activités des Comités Locaux d'Hygiène et d'Assainissement (CLAH) dans le cadre de l'ATPC.</li> </ul> |

### 10.3 Recommandations à l'UNICEF

Les recommandations à l'UNICEF s'inscrivent dans l'accompagnement du Gouvernement centrafricain en matière de mise en œuvre des programmes en matière d'accès à l'eau potable, d'hygiène et d'assainissement, y compris l'ATPC.

| N° | Recommandation   | Type        | Niveau de priorité | Conclusions reliées  | Activités à mettre en œuvre   | Acteurs clés  | Commentaires   |
|----|--|-------------|--------------------|--|---|---|--|
| 1  | Appuyer le Gouvernement de la RCA pour le développement d'un plan national de mise en œuvre de l'ATPC dans le cadre d'une intervention holistique, incluant l'amélioration de l'assainissement et de l'hygiène dans les institutions locales | Stratégique | Haut               | 1.2<br>1.3<br>2.1<br>2.5<br>3.1<br>3.5<br>5.1<br>5.2<br>5.4<br>5.5<br>5.7<br>5.8 | - Organiser un atelier participatif avec les parties prenantes nationales pour l'élaboration d'un plan national de mise en œuvre de l'ATPC ;<br>- Faire un plaidoyer pour la mobilisation de fonds en vue de l'opérationnalisation du plan national de mise en œuvre de l'ATPC. | - UNICEF (Rep., WASH, M&E, Education, Santé)<br>- MDERH (DGRH, ANEA)<br>- Ministères techniques partenaires (planification du développement, économie, santé, éducation)<br>- Collectivités locales<br>- ONGs<br>- PTFs | <p>Ce plan national constituera la feuille de route pour la mise à échelle de l'ATPC dans les autres préfectures du pays, avec comme zones prioritaires d'intervention les localités les plus affectées par la crise humanitaire et les localités où vivent les populations les plus vulnérables, démunies ou en minorité. Le plan national de l'ATPC devrait être élaboré de façon participative avec toutes les parties prenantes et en lien étroit avec les politiques et plans nationaux en matière d'EHA. Il devrait en outre inclure des activités holistiques visant à la fois les populations et les institutions locales (écoles, centres de santé, centres communautaires, lieux de culte, etc.).</p> <p>Dans le cadre de l'opérationnalisation de ce plan, l'UNICEF devrait appuyer le Gouvernement centrafricain par les mesures suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Soutenir le renforcement des capacités des ONG nationales sur la mise en œuvre de l'approche ATPC ;</li> <li>- Former les membres des CCS et des CLAH à l'accompagnement de l'ATPC et des autres initiatives en matière d'EHA dans leur région ;</li> <li>- Réaliser une étude de référence dans les zones cibles avant la mise en œuvre de l'ATPC ;</li> <li>- Appuyer la mise en place de mécanismes d'accès au marché de l'assainissement et de l'hygiène pour les populations bénéficiaires ;</li> <li>- Appuyer la DGRH pour la réalisation des activités de suivi post-FDAL (renforcement des capacités du personnel des DREH pour le recueil de données sur les programmes d'hygiène et d'assainissement dans leur zone d'influence, appui au renouvellement des moyens roulants de la DGRH pour un suivi régulier après le déclenchement) ;</li> <li>- Appuyer la réalisation d'une étude sur les modèles adaptés, abordables et durables de latrines selon les contextes locaux pour le maintien de la FDAL.</li> </ul> |

| N° | Recommandation   | Type         | Niveau de priorité | Conclusions reliées | Activités à mettre en œuvre  | Acteurs clés  | Commentaires  |
|----|--|--------------|--------------------|---------------------|--|---|---|
| 2  | <b>Appuyer la création d'un système d'informations intégré en EHA au sein du MDERH pour la collecte de données et le suivi en temps réel des programmes d'EHA en RCA, y compris l'ATPC</b> | Opérationnel | Haut               | 1.2<br>7.1<br>7.2   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Concevoir le système d'information intégré du secteur EHA de la RCA ;</li> <li>- Former les acteurs du secteur à la collecte de données pour alimenter le système.</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- UNICEF (WASH, M&amp;E, Education, Santé)</li> <li>- MDERH (DGRH, ANEA)</li> <li>- Collectivités locales</li> </ul> | <p>Ce système aura vocation à collecter, analyser et diffuser des données désagrégées sur les programmes menés dans tout le pays en matière d'eau potable, d'hygiène et d'assainissement. La mise en place du système devrait être réalisée en impliquant toute les parties prenantes du secteur (MDERH : DGRH, ANE, DREH ; Ministères en charge de la santé, de l'éducation et autres ministères techniques pertinents ; Collectivités locales et décentralisés : préfectures, communes ; Communautés : CLAH, leaders communautaires ; PTFs, etc.). Le système devrait être installé à la DGRH pour assurer sa pérennisation. Pour une durabilité, il devrait être un système et non une base de données, permettre de faire des requêtes statistiques pour obtenir en temps réel les valeurs des indicateurs, être adossé à une plateforme électronique telle que la plateforme internet <i>mWater</i><sup>27</sup>, afin de permettre une géo-localisation des infrastructures en eau et assainissement en RCA et également assurer la comparabilité des résultats avec d'autres pays.</p> |
| 3  | <b>Conduire un plaidoyer auprès des PTFs pour une implication dans la mise à échelle de l'ATPC en RCA</b>  | Stratégique  | Moyen              | 1.5<br>5.5          | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Organiser une séance de restitution des résultats du programme avec les autres PTFs</li> <li>- Élaborer un mémorandum d'engagement des PTFs en faveur de l'ATPC à proposer pour signature</li> <li>- Créer une cellule de promotion de l'ATPC au sein du groupe sectoriel WASH</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- UNICEF (Rep., C4D, WASH)</li> </ul>  | <p>Dans la mesure où la mise en échelle l'ATPC en RCA devrait nécessiter la mobilisation de gros moyens et la réalisation d'activités menées en coopération et synergie, l'UNICEF en tant que leader dans la mise en œuvre de l'ATPC devrait s'appuyer sur les acquis obtenus de l'expérience récente pour mener des plaidoyers auprès des autres partenaires, afin qu'ils s'impliquent dans le financement et la conduite des activités futures. Ce plaidoyer pourra mettre en avant les bénéfices obtenus par les communautés et également l'urgence d'agir pour ne pas que la RCA prenne du retard par rapport à l'agenda 2030.</p>  |

<sup>27</sup> **mWater** est une plateforme libre d'accès pour la gestion de données relatives à l'EHA et utilisée par plusieurs organisations dont l'UNICEF et dans plusieurs pays. Lien du site : <https://www.mwater.co/portal.html>

## 10.4 Recommandations aux Partenaires Techniques et Financiers (PTFs)

Les recommandations aux autres PTFs sont faites en vue de les inciter à participer à la mise à échelle de l'ATPC en RCA dans un souci d'efficacité et d'efficience.

| N° | Recommandation   | Type         | Niveau de priorité | Conclusions reliées                    | Activités à mettre en œuvre  | Acteurs clés  | Commentaires   |
|----|--|--------------|--------------------|--|--|---|--|
| 1  | <b>Promouvoir l'approche ATPC comme stratégie pour mettre fin à la DAL et promouvoir les bonnes pratiques d'hygiène et assainissement dans les communautés</b> | Stratégique  | Haut               | 2.2<br>2.3<br>3.1<br>3.4<br>4.1<br>5.8 | - Faire un plaidoyer auprès du gouvernement pour l'institutionnalisation de l'ATPC en tant qu'approche nationale pour mettre fin à la DAL  | - PTFs, en particulier ceux intervenant dans le secteur EHA | Eu égard aux résultats positifs importants et aux changements de comportement que la mise en œuvre de l'ATPC a permis d'obtenir dans les zones d'intervention, il serait indiqué pour les PTFs de l'adopter comme la stratégie principale pour mettre fin à la DAL en RCA. Le coût limité de l'approche pour les ménages et le niveau élevé des résultats (plusieurs villages certifiés FDAL dans un délai très court) devraient être vus comme les évidences pour susciter l'adhésion à l'ATPC.   |
| 2  | <b>Appuyer le Gouvernement de la RCA dans la mise à échelle de l'ATPC</b>  | Opérationnel | Moyen              | 1.5<br>5.5<br>5.7                      | - Mobiliser des fonds pour le programme ATPC<br>- Contribuer à la formation des acteurs du programme<br>- Participer à la mise en œuvre aux activités du programme et aux missions de suivi sur le terrain | PTFs, en particulier ceux intervenant dans le secteur EHA   | Cet appui pourrait prendre la forme de financements conjoints des activités de l'ATPC avec les autres partenaires ou d'appui pour le renforcement des capacités des partenaires locaux. Ce qui permettrait d'orienter les financements vers une intervention plus efficace et efficiente que les autres programmes en EHA, plus coûteux, et qui financent directement la construction de latrines des ménages. Certains PTFs, tels que les Pays-Bas et l'Union Européenne, se sont d'ailleurs déjà engagés pour financer l'ATPC à travers le plan de relèvement RCPCA. |

## 11. ANNEXES

### Annexe 1-1 : Termes de référence de l'évaluation

#### UNICEF CENTRAFRIQUE

##### EVALUATION SOMMATIVE DE L'APPROCHE DE L'ASSAINISSEMENT TOTAL PILOTE PAR LA COMMUNAUTE(ATPC) DANS LES ZONE D'INTERVENTION DU PROJET AERCA EN REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE (SSA-INDIVIDUEL)

##### TERMES DE REFERENCE (TDR) POUR LE RECRUTEMENT – D'UNE EQUIPE D'EVALUATION (UN CONSULTANT INTERNATIONAL et UN CONSULTANT NATIONAL)

Titre de la Consultation : **L'évaluation sommative de l'approche de l'Assainissement Total Pilote par la Communauté (ATPC) dans les zones d'intervention du projet AERCA en République Centrafricaine**

Programme/PCR : **WASH**

Source de financement : **WASH**

Préparé par: **Kobehe Guillaume TOUTOU**

Lieu d'exécution du contrat : **Bangui et d'autres localités en RCA (à déterminer) et à distance**

#### **1. Objet de l'Evaluation :**

A l'instar de huit (8) autres pays de l'Afrique de l'Ouest et du Centre, la République Centrafricaine a soumis en 2013, un projet dans le domaine de l'eau, de l'hygiène de l'assainissement (EHA) au Gouvernement néerlandais. Ce projet s'inscrit dans le cadre d'une initiative du Gouvernement néerlandais en droite ligne avec le Partenariat Assainissement et Eau pour tous (Sanitation and Water for All, SWA) qui visait à accélérer l'atteinte des Objectifs Millénaires pour le Développement (OMD) relatifs à l'EHA pour les pays qui affichaient clairement un retard par rapport aux cibles des OMD.

Le Gouvernement néerlandais a accédé à la requête du Gouvernement centrafricain et de l'UNICEF et s'est engagé par un appui financier de \$9 millions sur cinq (5) ans entre 2013-2017 à travers le Programme d'Assainissement et accélération de l'accès à l'Eau pour tous en République Centrafricaine(AERCA).

Pour permettre aux bénéficiaires de ce programme d'avoir un accès continu aux services EHA sur une période d'au moins dix (10) ans après la fin du financement, le gouvernement néerlandais a exigé que les pays récipiendaires et l'UNICEF prennent des engagements susceptibles de garantir la durabilité des actions entreprises. Comme la mise œuvre de ces engagements passait nécessairement par l'implication de tous les départements ministériels impliqués à différents niveaux, un « pacte de durabilité » a été signé entre le Ministère de l'Economie, du Plan, de la Coopération ; Le Ministère de l'Energie et de l'Hydraulique ; Le Ministère de la Santé et de la Population, Le Ministère de l'Education Nationale et de l'Enseignement Technique et le Ministère des Finances et du Budget. Outre les différents engagements, ce document devait également définir clairement des outils de gestion, de coordination intersectorielle, de suivi/évaluation avec une forte implication des différents services déconcentrés et décentralisés du gouvernement.

Conformément à la politique de l'évaluation de l'UNICEF et le plan budgétisé des évaluation élaboré dans le cadre de la préparation du programme-pays 2018-2021 entre la République centrafricaine (RCA) et l'UNICEF, le Bureau de l'UNICEF en RCA souhaite recruter une structure institutionnelle (Cabinets de consultants, universités et instituts de recherche etc.) pour conduire L'évaluation de l'approche de l'assainissement total piloté par la communauté (ATPC) dans les zones d'intervention du



## Programme d'Assainissement et accélération de l'accès à l'Eau pour tous en République Centrafricaine(AERCA)

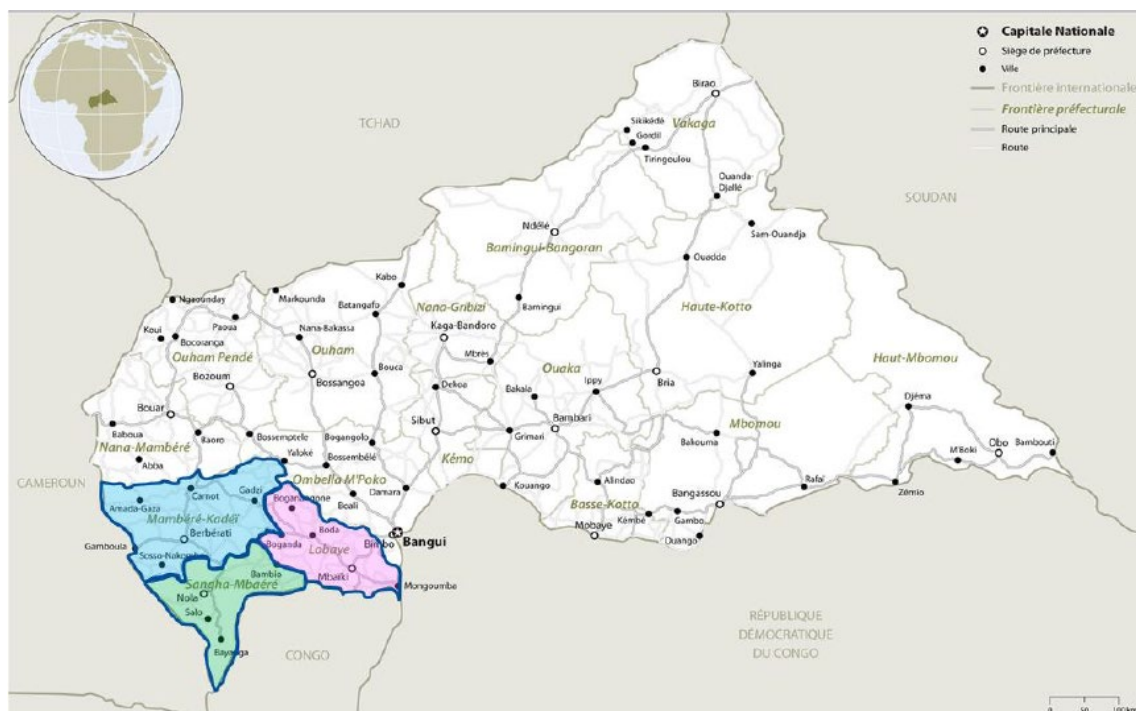
Les présents TDRs sont le fruit de concertations internes (Section PME et WASH) et du Bureau Régional de l'UNICEF pour l'Afrique de l'ouest et du centre. La partie nationale au moins au niveau institutionnel a été consultée dans le processus d'élaboration de ces TDRs aussi bien pour ce qui est de la pertinence que de la temporalité de la mise en oeuvre.

La conduite de cette évaluation est décrite dans les parties ci-dessous pour mieux faciliter la standardisation de la démarche et des résultats. Elle s'inscrit dans le cadre des normes de UNEG augmentées de quelques autres critères inhérents aux évaluations appuyées par l'UNICEF.

### **Objectifs du programme et zone d'intervention :**

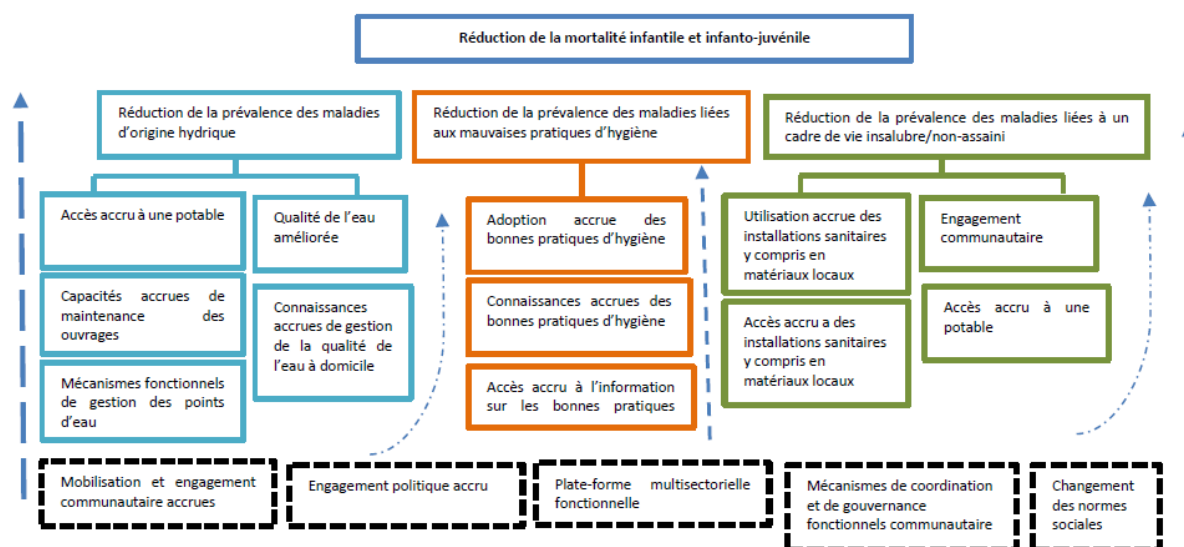
Ce programme visait à contribuer aux efforts déployés par le gouvernement pour l'atteinte des OMD 4 et 7 en améliorant l'accès des populations à l'eau potable, à l'assainissement et à l'élaboration et à la mise en oeuvre d'un plan d'action national en matière d'hygiène et d'assainissement. L'intervention a couvert trois (3) préfectures, représentant 19% de la population nationale (non compris le facteur de zone d'accueil que représente cette partie du pays suite aux mouvements de la population). Le choix de ces trois (3) préfectures a été basé essentiellement sur trois (3) critères : (i) Cette partie du pays n'a bénéficié d'aucune intervention majeure de EHA depuis plus d'une décennie au moment de la conception du programme, (ii) Cette zone hébergent des groupes minoritaires marginalisés (pygmées, peulhs) et (iii) La couverture en matière d'eau potable y est très faible : Mambéré-Kadéï (14%); Sangha-Mbaéré (16%); et Lobaye (33%) ; (iv) Ces trois (3) préfectures continuent de faire face à une crise nutritionnelle importante causée par la crise économique qui a frappé la zone ouest du pays en 2010, avec les pires indicateurs nutritionnels, allant de 1,9 à 4,0 pour MAS et de 7,0 à 11,0 pour MAG. Des interventions de EHA mineures et localisées ont été mises en oeuvre dans les établissements de santé de la région entre 2011 et 2013 mais par rapport au niveau élevé des besoins, ces interventions n'ont pas eu d'impact significatif sur les indicateurs nutritionnels.

### Zone du projet



## *Théorie du changement sous-jacent et principales activités du programme*

Ce programme visait donc spécifiquement à améliorer à l'horizon 2017, l'utilisation durable des sources d'eau propre et des installations sanitaires de base ainsi qu'une augmentation du nombre de ménages qui appliquent des pratiques d'hygiène correctes. La promotion des bonnes pratiques d'hygiène, devrait être également promues dans les écoles, dans le cadre du paquet scolaire pour les enfants et dans les établissements de santé, y compris les unités de réhabilitation nutritionnelle (FARN). Le programme devait ainsi contribuer de manière significative à la lutte contre les maladies d'origine hydrique, au manque d'installations sanitaires et à une mauvaise hygiène, et permettre de créer des conditions favorables à la réduction de la mortalité maternelle et infantile dans les Communautés.



Pour plus de détails sur les livrables attendus du programme, voir Annexe 1.

## 2. But de l'évaluation

Cette évaluation poursuivra deux buts principaux: la responsabilisation et l'apprentissage organisationnel.

**Vis-à-vis de la responsabilisation,** cette évaluation attestera dans quelle mesure le Programme a atteint ses objectifs, comme indiqué dans les documents de projet convenus avec le donateur avant le début de la mise en oeuvre (responsabilité verticale). L'évaluation permettra également de diffuser des informations sur les résultats réels obtenus auprès des communautés qui devaient bénéficier de ce programme (responsabilité horizontale).

**Vis-à-vis de l'apprentissage,** l'évaluation est censée générer de la connaissance sur les interventions et les résultats atteints par le programme AERCA en vue d'alimenter le plaidoyer pour convaincre le gouvernement d'accélérer l'accès des populations à des services EHA en utilisant des approches durables et à faible coût dans la perspective de la mise à échelle. Comme l'indique le tableau ci-dessous, un certain nombre de partenaires vont utiliser les résultats de cette évaluation sur plusieurs fronts.

| Utilisateurs   | Utilisation des résultats de l'évaluation :   |
|--|---|
| <b>Le Gouvernement</b> et en particulier les directions spécialisées du ministère en charge de l'assainissement et de l'hydraulique comme la DGRH et l'ANEA  | - Faire le plaidoyer lors des conférences budgétaires en vue de mobiliser des ressources budgétaires additionnelles pour le secteur<br>- Capitaliser les acquis de l'ATPC comme porte d'entrée aux projets/programmes d'eau et d'assainissement en RCA en termes de réduction de maladies hydriques<br>- Partager l'expérience avec les autres ministères techniques  |
| <b>Les autres ministères techniques</b><br>-Ministère en charge de la santé<br>-Ministère en charge de l'éducation<br>-Ministère en charge des affaires sociales<br>-Ministère en charge de l'administration du territoire | - Mieux documenter et partager les opportunités de collaboration intersectorielles sur la base des niches et des avantages comparatifs mis en lumière par l'évaluation notamment l'utilisation de l'ATPC comme porte d'entrée pour des interventions multisectorielles.<br>- Persuader les ministères impliqués à l'usage de l'ATPC comme porte d'entrée aux projets comprenant le volet eau et assainissement  |
| <b>Les Organisations de la Société Civile</b>  | - Mieux documenter leurs propositions de projets et ainsi élargir leurs capacités d'obtenir des financements d'autres partenaires techniques et financiers dans le domaine.<br>- Documenter et partager les acquis d'une collaboration multi-acteurs en RCA en termes de mise en œuvre des projets<br>- Utiliser les OSC comme structures locales pour faciliter la mise en œuvre de l'ATPC et optimiser les résultats attendus   |
| <b>Les partenaires techniques et financiers</b>  | -Démontrer les succès/évidences des résultats obtenus par l'approche en RCA aux « payeurs de taxes » leurs pays d'origine dans le cadre des mécanismes de reddition des comptes<br>- Inciter d'autres PTF à s'intéresser à l'ATPC en s'appuyant sur les succès obtenus  |
| <b>Les populations à la base</b>   | - Utiliser les avancées comme un motif de satisfaction sur lequel on peut bâtir dans la longue marche du changement social.<br>- Inciter les villages certifiés FDAL à aller vers un village assaini et développer d'autres innovations pour un changement social durable   |
| <b>Les élus locaux</b>   | - Démontrer qu'en raison des budgets limités, des interventions peuvent produire des résultats probants à moindre cout sous certaines conditions dans la conception, la mise en œuvre, le suivi et la coordination.<br>- S'appuyer sur les succès de l'ATPC pour convaincre les autres communes à utiliser l'ATPC (échanges, compétitions intercommunales)<br>- Voter les projets des lois prenant en compte les taxes (de pollution) pour le financement en faveur de l'assainissement |
| <b>L'UNICEF (WASH, CSD, C4D)</b>   | - Utiliser les résultats de cette évaluation pour améliorer l'état des connaissances afin d'utiliser les interventions de EHA, a forte assise communautaire, comme porte d'entrée des interventions dans le contexte régional des « résultats clés pour les enfants » (KRC).<br>- Inciter d'autres bailleurs et PTF à soutenir l'ATPC à base des succès obtenus   |

### 3. Objectifs de l'évaluation

Les principaux objectifs de cette évaluation sont :

- Analyser le bien-fondé de ce programme par rapport à d'autres programmes récents dans le même secteur ;

- Identifier des facteurs catalytiques de succès ou au contraire des facteurs inhibiteurs qui ont gêné l'atteinte des résultats. Cette analyse devra aller au-delà de l'effet déjà connu de la situation sécuritaire du pays sur la période et ses implications ;
- Identifier des approches innovantes tant dans la mise en oeuvre que dans les mécanismes de suivi et de coordination qu'elles aient été impulsées du niveau central vers les zones de projets ou au contraire des initiatives endogènes au niveau même des communautés à la base à part entière ou complémentaires ;
- Fournir des recommandations ciblées à tous les utilisateurs de l'évaluation, et particulièrement au staff de l'UNICEF concernés.

#### **4. Portée de l'évaluation**

**Portée chronologique** : La présente évaluation va couvrir l'ensemble de la période de mise en oeuvre du programme à savoir du 1er janvier 2013 au 31 décembre 2017. Elle pourra éventuellement considérer un vecteur discriminant d'évènements ayant eu un impact sur les livrables concernant les aspects liés au délai.

**Portée géographique** : La couverture géographique de l'évaluation sera l'ensemble des trois préfectures d'intervention (voir la carte plus en haut) en tenant compte du phasage planifié et réel desdites interventions lors de la mise en oeuvre.

**Portée thématique** : Les sous-secteurs thématiques de l'assainissement et en particulier l'ATPC et l'Hygiène constitueront les principaux centres d'intérêt de cette évaluation. Les autres composantes comme l'accès à l'eau potable aussi bien dans les communautés que dans les institutions (écoles et centres de santé) ne seront analysées que dans leur rapport de synergie avec l'ATPC et comment elles ont pu avoir une incidence attendue ou non sur les résultats de cette sous-composante.

#### **5. Contexte de l'évaluation**

Après cinq (5) années de mise en oeuvre du programme et compte tenu des orientations anticipées, cette évaluation s'avère nécessaire à ce stade du processus marquant la fin du programme et le début du dialogue avec d'autres partenaires pour mener des activités similaires. D'autre part, la dernière évaluation conduite par le Bureau de la RCA date de trois (3) ans. Conformément à la politique de l'évaluation et notamment le monitoring de la performance de la couverture en matière d'évaluation, le présent exercice se justifie en ce qu'il contribue à maintenir le bureau de pays sur la trajectoire des pays satisfaisants à cette exigence.

Vue sa temporalité cette évaluation peut être vue comme un exercice de fin de mise en oeuvre du programme. A ce titre, l'évaluation doit pouvoir contenir une certaine dose formative. En particulier, l'évaluation doit mettre en évidence les spécificités de l'approche ATPC et voir comment son potentiel s'est traduit matériellement sur le terrain. Elle doit en outre être axée sur l'utilisation en positionnant les produits attendus de sortes qu'ils soient accessibles (langage, pertinence etc.) pour les utilisateurs potentiels. Les résultats doivent apporter de nouvelles connaissances sur la problématique en vue d'alimenter le processus d'apprentissage tant au niveau institutionnel que communautaire. Le caractère multisectoriel de la problématique, commande que les évaluateurs ne doivent pas faire l'économie d'une base élargie pour garantir la participation de toutes les parties prenantes dans le processus. Celle-ci ne doit pas être intentionnelle mais transcender les déclarations pour garantir la participation effective à tous les niveaux. Tant que faire se peut, l'exercice doit s'alimenter des résultats de travaux antérieurs en essayant de les questionner et d'en faire un dépassement. En tant que partenaire, l'UNICEF ne cherchera pas à s'approprier les résultats mais les consultants devraient aider à tenter d'isoler par des procédés méthodologiques objectifs la contribution de l'UNICEF.

L'évaluation pourra s'appuyer sur l'analyse de données déjà existantes, notamment sur le rapport des Contrôles indépendants de la durabilité qui ont été effectuées au cours de la mise en oeuvre du programme, comme l'exige le pacte de durabilité. D'autres rapports de visites programmatiques et des missions de suivi/supervision ont été organisées systématiquement au cours de la durée de vie du programme. Des projets ont été conclus avec des ONGs pour la mise en oeuvre des interventions sur le terrain. Les rapports de progrès élaborés par ces structures de mise en oeuvre et les rapports de supervisions des directions spécialisées du ministère de tutelle constituent des sources d'informations importantes pour la bonne conduite de cette évaluation. Un mécanisme de suivi en temps réel a été mis en place et sert à alimenter une base de données. Les rapports qui sont générés à partir des données de cette base peuvent également servir. D'autres rapports provenant des partenaires du secteur peuvent être consultés.

## **6. Critères de l'Évaluation**

Cette évaluation sera guidée par les 5 critères d'évaluation de l'OCDE (pertinence, efficacité, efficience, impact, durabilité) ainsi que par celui sur le Genre et les Droits Humains.

## **7. Questions de l'Évaluation**

|   |
|---|
| <b>1. Pertinence</b>  |
| <p>C- <u>Bien-fondé</u></p> <p>1.1. Dans quelle mesure les interventions du programme (en particulier l'approche ATPC) répondaient-elles aux besoins des populations des zones d'intervention ?</p> <p>1.2. Dans quelle mesure de tels besoins avaient été identifiés avant le démarrage du programme ?</p> <p>1.3. Comment les communautés en dernier ressort ont été identifiées ?</p>  |
| <b>2. Cohérence</b>   |
| <p>2.1. Comment les critères d'identification des communautés bénéficiaires de l'ATPC étaient cohérents avec les objectifs envisagés du Programme ?</p>   |
| <b>3. Efficacité</b>  |
| <p>3.1. Dans quelle mesure l'approche conceptuelle ATPC a contribué aux changements des pratiques de défécation à l'air libre dans les communautés d'intervention ?</p> <p>3.2. Ces changements ont-ils été durables ?</p> <p>3.3. Quel est le pourcentage des populations/ménages/villages qui ont atteint le statut FDAL après la mise en œuvre du programme ?</p>  |
| <b>4. Efficience</b>  |
| <p>4.1. Dans quelle mesure les ressources financières, humaines et les biens ont été :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- suffisantes (en termes de quantité) pour la mise en œuvre de l'ATPC ?</li> <li>- adéquates (en termes de qualité) ?</li> <li>- performantes (en termes de résultats obtenus) ?</li> </ul> <p>4.2. Quel est le coût de revient par ménage du statut FDAL et le comparer si possible à d'autres pays de la sous-région ?</p> <p>4.3. Y a-t-il d'autres options qui minimiseraient ce coût et à quelles conditions ?</p> |

| <b>5. Impact</b>  |
|---|
| <p>5.1. Quelles sont les perceptions des ménages et des autres membres des communautés (ciblées par le Programme) par rapport aux bénéfices apportés par l'approche ATPC ?</p> <p>5.2. En quoi peut-on dire que cette approche a contribué au renforcement des capacités individuelles et institutionnelles des entités impliquées (Ministères techniques, ONGs, communautés, sections WASH, CSD et C4D de l'UNICEF) ?</p> <p>5.3. Y a-t-il des mécanismes endogènes pour préserver le statut FDAL dans la communauté ?</p> <p>5.4. Sur quel type d'évidence/preuves peut se fonder objectivement une option de mise à échelle des interventions ?</p> <p>5.5. Que peut-on dire de ce programme en matière d'amélioration de l'environnement social des communautés ?</p> |

| <b>6. Viabilité</b>  |
|--|
| <p>6.1. Jusqu'à quel point les communautés sont-elles engagées à procéder elles-mêmes à la construction de latrines ? En cas d'engagement, dans quel mesure les communautés utilisent des matériaux locaux et/ou matériaux durables ?</p> <p>6.2. Quels mécanismes endogènes et autonomes sont en place pour la maintenance des ouvrages ?</p> <p>6.3. Dans quelle mesure les interventions prennent-elles en compte la durabilité environnementale ?</p> <p>6.4. Les bénéficiaires ont-ils les capacités pour poursuivre de manière autonome les actions sans appui extérieur ?</p> |

| <b>7. Équité, genre et droits humains</b>  |
|--|
| <p>7.1. Dans quelle mesure les besoins sexo-spécifiques des garçons et des filles, la distribution des rôles entre homme et femmes au sein du ménages, des groupes vulnérables et les barrières auxquelles les femmes sont confrontées par rapport leur participation aux activités de l'ACTP ont-ils été pris en compte dans la conception, la mise en oeuvre et le suivi des interventions du programme ?</p> <p>7.2. Dans quelle mesure les hommes et les femmes en situation de vulnérabilité participent-ils aux mécanismes de coordination, de suivi et d'évaluation de la mise en oeuvre du Programme ?</p> |

Les consultants pourront faire une analyse critique approfondie de cette liste de questions pour en évaluer la pertinence et/ou la faisabilité et éventuellement les compléter ou les réduire le cas échéant.

### **8. Méthodologie de l'évaluation :**

En attendant un complément éventuel qui pourrait découler de l'analyse de la proposition technique de l'équipe de consultants, les activités suivantes constituent le minimum nécessaire pour réaliser l'évaluation :

- Revue documentaire des documents du programme
- Interview avec les parties prenantes
- Elaboration de guide d'entretien
- Visite de terrain et administration des guides d'interview avec les communautés et d'autres parties prenantes
- Traitement de l'information collectée
- Production du premier draft du rapport
- Intégration des observations des (re)lecteurs/comité technique



- Présentation des résultats au cours d'un atelier de validation
- Outils de suivi des recommandations

Pour garantir l'appropriation des résultats de cette évaluation par la partie nationale, il est donc impératif d'inclure en amont la participation comme principe de gouvernance de cet important exercice. Il s'agira principalement de définir les différents niveaux de participation qui sont pertinentes pour l'exercice et d'identifier les différents types de concertations nécessaires (Institutionnelle, technique, communautaires, PTF etc.). Cette démarche devrait aboutir à ce que l'ensemble des parties soit consulté systématiquement à toutes les étapes critiques pertinentes de cette évaluation (TDRs, rapport d'étape, collecte de données sur le terrain, validation des résultats et mise en oeuvre des recommandations).

### **9. Produits attendus :**

Alors que le Gouvernement met en oeuvre sa politique de développement (RCPCA), il apparaît opportun de faire une analyse des stratégies d'interventions existants pour en tirer les leçons et orienter les nouveaux exercices similaires pour l'atteinte des objectifs fixés.

Les résultats de cette analyse devraient en outre informer le processus de préparation du programme de coopération UNICEF-RCA et d'autres initiatives communes avec les agences du Système des Nations Unies comme le CCA et UNDAF.

| # | Activités/tâches  | Résultats attendus/livrables   | Délais  |
|---|---|--|---|
| 1 | Préparer un rapport initial basé sur la revue documentaire des documents du programme qui seront mis à la disposition des consultants | <b>Une note de cadrage (en anglais « inception report »)</b> qui décrit clairement le But et la portée de l'évaluation ; fournit une version améliorée de la théorie de changement (telle que présentée dans ces TdR) du Programme ; propose une analyse critique des objectifs et des principales thématiques de l'évaluation; y compris des Critères et questions d'évaluation (organisées selon les critères d'évaluation de la performance); La description de la méthodologie de l'évaluation comprendra les méthodes de collecte de données et les sources de données; une proposition d'outils de collecte de données y compris une annexe détaillée sous la forme d'une trousse à outils explicitant l'utilisation desdits outils; un plan d'analyse des données; une discussion sur les pistes proposées pour améliorer la fiabilité et la validité des conclusions de l'évaluation; l'approche de la visite sur le terrain, une description du processus d'évaluation qui se rendra nécessaire pour mesurer la contribution de l'UNICEF à l'atteinte des résultats, une description des limitations éventuelles de la méthodologie proposée et les mesures de mitigations ou les changements envisagés; une proposition de structure pour le rapport final (conforme au guide de GEROS e a la liste de contrôle de l'UNEG pour assurer la rédaction de rapport d'évaluation de qualité); un Plan de travail et l'échéancier de l'évaluation, y compris un plan de voyage; les ressources nécessaires – affectations budgétaires détaillées liées aux activités d'évaluation et aux produits livrables. Ce rapport devra aussi comprendre des annexes, contenant le cadre et les questions d'évaluation, la | 30 jours calendaires après la signature du contrat soit le <b>22 Décembre</b> |

| # | Activités/tâches   | Résultats attendus/livrables  | Délais  |
|---|--|---|---|
|   |  | trousse de collecte des données et le cadre d'analyse des données, la cartographie des intervenants, la synthèse des entrevues et l'examen des documents. Le rapport de revue documentaire présentera les résultats préliminaires de l'examen et de l'analyse de documents fourni par l'UNICEF et d'autres partenaires pertinents ainsi que d'autres travaux de recherche et d'évaluations.   |   |
| 2 | Rédiger une Présentation PPT de 20 diapos au maximum avec les messages clés sur les conclusions préliminaires suite au retour du terrain   | <b>Débriefing préliminaire</b> à organiser avant le départ du consultant international de la RCA.   | Dernier jour de mission dans le pays  |
| 3 | Préparer un projet de rapport basé sur les missions sur le terrain, les interviews avec les acteurs nationaux y inclus les partenaires gouvernementaux, les partenaires techniques et financiers, les organisations de la société civile et les populations dans les zones d'intervention du programme | <b>Un rapport provisoire d'évaluation</b> dont l'ossature comprend : (i) un résumé analytique, (ii) le contexte et l'objet de l'évaluation, (iii) Le but de l'évaluation, son champ et la méthodologie utilisée, (v) les principales constatations de l'évaluation ; (vi) Les conclusions, les leçons apprises et les recommandations ; bonnes pratiques et les leçons apprises et (vii) les Annexes.<br><br>Dans tous les cas, la qualité du rapport d'évaluation sera jugée en utilisant les critères de qualité de UNEG adaptés par UNICEF <sup>28</sup> . | 30 jours après validation du rapport initial, soit le <b>22 Janvier 2019</b>  |
| 4 | Préparer le rapport final  | <b>Un rapport final d'évaluation</b> ayant la même structure que le projet de rapport mais prenant en compte les observations.  | 20 jours après validation du projet de rapport soit le <b>12 Février 2019</b> |

### 10. Cadre de redevabilité :

Pour la bonne gestion de cette évaluation, un comité technique composé du Ministère en charge de l'hydraulique (DGH/ANEA) et de l'UNICEF sera mis en place. Ce comité est chargé d'assurer la qualité du point de vue technique de l'évaluation. Il sélectionne l'équipe d'exécution, approuve le chronogramme des activités et en assure le suivi. Il s'assure également que toutes les parties prenantes sont consultées et impliquées dans la conduite de l'étude. C'est ce comité qui valide le rapport final de l'évaluation et définit un plan d'utilisation des résultats pour les étapes futures. Pour ce faire, le comité technique doit élaborer un calendrier de mise en œuvre des recommandations de l'évaluation et en

<sup>28</sup> [https://www.unicef.org/evaluation/files/UNICEF\\_adapated\\_reporting\\_standards\\_updated\\_June\\_2017\\_FINAL.pdf](https://www.unicef.org/evaluation/files/UNICEF_adapated_reporting_standards_updated_June_2017_FINAL.pdf)

faire le suivi. Il prépare toutes les correspondances susceptibles d'aider à la mise en oeuvre diligente du projet y compris la sensibilisation de toutes les parties prenantes.

Des discussions périodiques avec l'UNICEF WCARO auront lieu et les commentaires du WCARO seront intégrés dans les produits finaux du consultant. La soumission des produits se fera par voie électronique et selon le calendrier indique au-dessus des TdRs.

La Chef de M&E du Bureau Pays de l'UNICEF sera en charge de la gestion globale de l'évaluation en étroite collaboration avec les Chefs de WASH et le Conseiller régional de l'évaluation. L'UNICEF sera en charge de :

- L'organisation et la facilitation de toutes les réunions entre l'équipe de l'évaluation et l'UNICEF
- L'organisation des téléconférences avec l'équipe de l'évaluation selon les besoins
- L'assurance de qualité sur tous les outils et documents, y compris les livrables et produits préliminaires avant la soumission du rapport final
- L'appui à la dissémination des résultats de l'évaluation, et le suivi de la réponse de la gestion

Le rôle du Conseiller régional de l'évaluation est de :

- Fournir l'expertise technique à l'évaluation
- L'assurance de qualité, respect des normes et standards de l'UNICEF et les commentaires sur les produits finaux

Le Contrôle de qualité de l'évaluation sera effectué au moyen d'une revue des TDR, de la méthodologie et des rapports et assuré par le gestionnaire de l'évaluation en coordination avec le bureau régional de l'UNICEF pour garantir la qualité.

## **11. Composition de l'équipe**

### **Consultant International (Chef d'Equipe d'Évaluation)**

- Au moins 8 ans d'expérience dans les domaines de la recherche et l'évaluation ;
- Expérience solide dans la collecte de données et les techniques d'analyse qualitative et quantitative ;
- Expérience avérée dans la réalisation d'évaluations (la copie en version électronique d'une évaluation récente dont le/la consultant/e a été le premier auteur devra être présentée au moment de la soumission de la candidature) ;
- Expérience technique en évaluations et études impliquant plusieurs pays ;
- Expérience avérée dans la réalisation des rapports écrits de haute qualité ;
- Bonne connaissance de l'approche ATPC ;
- Capacité manifestée de travailler avec une équipe dont les membres ne sont pas préalablement connus
- Capacité manifestée de travailler en évaluation auprès des communautés ;
- Familiarité avec le contexte de l'Afrique de l'Ouest et du Centre ;
- D'excellentes compétences rédactionnelles en français et la maîtrise de l'anglais est obligatoire.

### **Consultant national**

- Au moins 5 ans d'expérience dans les domaines de l'eau, assainissement et l'hygiène;
- Expérience dans la réalisation d'évaluations des programmes nationaux est un atout ;

- Expérience solide dans la collecte de données et les techniques d'analyse qualitative et quantitative ;
- Bonne connaissance de l'approche ATPC ;
- Capacité manifestée de travailler avec une équipe dont les membres ne sont pas préalablement connus ;
- Capacité manifestée de travailler en évaluation auprès des communautés.

### **Gestion de l'évaluation et l'assurance de qualité**

Le consultant international sera responsable de conduire l'évaluation selon les Termes de Reference et la proposition soumise. Plus spécifiquement, le consultant international sera en charge de :

- Gestion et la supervision du consultant national,
- Point focal pour toute communication avec l'UNICEF,
- Orientation et assurance de qualité sur la collecte des données, y compris l'élaboration et pré-test de la méthodologie (pour l'échantillonnage et la collecte des données) sur le terrain ; surveillance de la qualité des membres de l'équipe et de la collecte des données par les enquêteurs et l'analyse des données
- Qualité des produits de l'évaluation et de leur soumission dans le délai,

Rédaction du rapport final en collaboration avec les équipes nationales.

### **12. Considérations éthiques et sécuritaires :**

Comme pour les critères à utiliser, cette évaluation sera gouvernée par les directives en matière d'éthique et de code de conduite de l'UNEG et de l'UNICEF<sup>29</sup>. Toutes les questions ou les préoccupations délicates doivent être soulevées auprès de l'équipe de gestion de l'évaluation en amont ou dès qu'elles sont identifiées. Toutes les parties veilleront à ce que la méthodologie d'évaluation ne présente pas de risques pour les participants à l'évaluation en veillant à ce que les questions délicates qui peuvent influencer négativement les relations entre les parties, ou les exposer à des risques de sécurité ou d'autres types de risques.

Une autorisation pour la réalisation de cette évaluation en ce qui concerne les aspects éthiques sera obtenue auprès du Comité National d'Ethique et de la Recherche.

Les résultats de l'évaluation peuvent être publiés, mais les noms des sujets ou les identités ne seront pas révélés. Les enregistrements resteront confidentiels. Pour préserver la confidentialité, les évaluateurs devront prendre précautions pour éviter toute possibilité d'association avec les noms des participants. Les données entrées dans les fichiers informatisés ne seront accessibles que par les personnes autorisées directement impliqués dans l'étude et seront codées. Sous réserve, des informations spécifiques peuvent être fournies à d'autres personnels uniquement avec l'autorisation des parties prenantes.

Tous les documents, y compris la collecte des données, la saisie et les outils d'analyse ainsi que toutes les données développées ou collectées dans le cadre de cette évaluation restent la propriété intellectuelle de l'UNICEF et du gouvernement de la RCA. Il est interdit aux membres de l'équipe d'évaluation de publier ou disséminer le rapport d'évaluation, les outils de collecte des données, les données collectées et/ou tout autre document produit dans le cadre de la consultance sans permission préalable et reconnaissance de l'UNICEF. Les candidats sont invités d'analyser d'avantage les complexités des aspects méthodologiques et organisationnels qui peuvent avoir un effet sur

<sup>29</sup> <http://www.unevaluation.org/document/detail/102>

l'évaluation, en général, et de rendre difficile de répondre à certaines questions en particulier, et expliquer comment les adresser. L'attention particulière sera accordée aux principes d'éviter tout préjudice et stress aux participants à l'évaluation, en particulier les enfants et autres populations vulnérables.

### **13. Documents à soumettre dans l'offre technique**

Tous les candidats qualifiés sont invités à soumettre deux propositions :

#### **a) Une Proposition Technique qui devra inclure tous les 4 documents suivants :**

- Une copie de propre CV
- Une copie du P11 (CV format Nations Unies)
- Un exemplaire d'un rapport d'évaluation rédigé par le soumissionnaire pendant les dernières 3 années (la confidentialité du document partagé va être assurée) ;
- Une note méthodologique (max 5 pages) qui devra démontrer :
  - La bonne compréhension (analytique) des TDRs (y compris des buts et des objectifs). Il faut s'assurer que cette note méthodologique ne réplique pas le contenu d'aucune section des TDRs ;
  - Les méthodes de collecte et d'analyse des données que le/a consultant/e estimera pertinentes afin de répondre aux questions de l'évaluation incluse dans les TDRs ;
  - Des justifications valides pour l'utilisation de chacune des méthodes de collecte et d'analyse identifiées ;
  - Une définition claire des rôles et responsabilités et la répartition des tâches au sein de l'équipe et par rapport au l'UNICEF ;
- Un exemplaire d'un rapport d'évaluation rédigé par le/la consultant (e) ;

Par ailleurs, ce document représente un document technique et pas une lettre de motivation.

Les propositions techniques complètes seront évaluées sur la base des critères suivants :

- Compréhension de la Problématique, des Rôles et responsabilités, des Produits attendus ainsi que des But(s) de l'Evaluation
- Pertinence de la méthodologie proposée par rapport aux questions de l'évaluation ;
- Qualité de la justification des méthodes et approches d'évaluation proposées ;
- Respect du nombre de jours ;
- Répartition claire des tâches et responsabilités ;
- Prise en compte des délais raisonnables de validation ;
- Respect des normes et standards UNEG ;
- Capacités rédactionnelles.

#### **b) Une offre financière**

L'offre financière proposée doit contenir les honoraires (consultant international et national), la logistique (DSA et Billets) et les coûts indirects. Les honoraires seront négociés et déterminés avant signature des contrats. Le candidat sélectionné sera régi par et soumis aux conditions générales de l'UNICEF pour les contrats individuels.

### **14. Recours de l'UNICEF en cas de performance insatisfaisante :**

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

### **15. Coût de la consultance :**

En plus de sa proposition technique, le consultant devra soumettre une proposition financière qui spécifique pour chacune des lignes budgétaires les couts unitaires. La proposition financière devra comprendre : (i) Les Honoraires ; (ii) Les frais de subsistance au taux de Bangui lors des missions dans le pays. A cela s'ajoute les billets d'Avion pour les voyages du lieu de résidence habituelle du/de la consultant/e principal/e. l'UNICEF se réserve le droit de ne pas excéder la limite du budget disponible pour la conduite de cette activité.

Concernant plus spécifiquement les honoraires ils sont indexés aux livrables comme suit sous réserve qu'ils soient jugés de qualité satisfaisante :

- |                                       |            |
|---------------------------------------|------------|
| • Remise du rapport initial           | <b>30%</b> |
| • Remise du premier projet de rapport | <b>40%</b> |
| • Remise du rapport final             | <b>30%</b> |

### **16. Conditions de Travail :**

Les consultant/es travailleront avec leurs propres moyens techniques (Ordinateurs et logiciels usuels). Une partie de la consultation se fera à distance et une partie en RCA. A cette occasion, l'UNICEF mettra à la disposition du/de la constant/e un bureau et les facilités de déplacements pour mener à bien la mission.

### **17. Instruction spécifique /informations complémentaires**

Les consultant/es devront en outre justifier d'une attestions d'assurance maladie en cours de validité et d'une attestation de bonne santé produite par un médecin assermenté.

**18. Date souhaitée de début de la consultance** : 30 Novembre 2018

**19. Date de fin de la consultance** : 12 Février 2019

**20. Etabli par** : Kobehi Guillaume TOUTOU, Chief PME

**21. Validé par (Représentant/e Adjoint/e ou Chef des Opérations)** : Mehoundo Faton, Deputy-Rep a.i

Date: 10/10/2018

**22. Approuvé par (Représentant/e)** : Paolo Marchi, Representant a.i



## ANNEXE 1

### Livrables attendus du Programme

Initialement Les objectifs du programme étaient les suivants :

140 000 nouveaux utilisateurs ont un accès durable à l'eau potable

- 90 nouveaux forages forés selon les normes acceptées au niveau national et équipés de pompes à motricité humaine

- 100 forages réhabilités et équipés de nouvelles pièces détachées

- 20 entrepreneurs locaux formés pour fournir des forages manuels de haute qualité et abordables pour les communautés et pour les ménages.

1- 60%, soit 1 080 de 1 800 villages ciblés dans la zone du projet sont déclarés défécation FDAL et 450000 nouveaux utilisateurs ont accès à des installations d'assainissement améliorées

- Existence d'un réseau solide de promoteurs ATPC formés comprenant aussi bien les organisations de la société civile que les structures gouvernementales dans les zones cibles

- Une stratégie de marketing sanitaire et son plan de mise en oeuvre

- 60% des villages sont déclarés FDAL dans la zone du projet

2- Tous les 1 800 villages de la zone du projet ont accès à des informations sur les avantages des bonnes pratiques d'hygiène et 60% (498 000 personnes) mettent en oeuvre de bonnes pratiques d'hygiène, en particulier le lavage des mains avec du savon aux moments critiques ainsi que d'autres éléments de pratiques familiales essentiels

- Une étude des connaissances, attitudes et pratiques (KAP) en matière d'hygiène et d'assainissement effectués par sous-préfecture au début et à la fin du projet

- Un plan de communication par préfecture qui comprend l'hygiène, la promotion de l'assainissement et d'autres pratiques familiales essentielles développées par chaque Comité de mobilisation sociale

- Un kit de matériel de communication sur la promotion de l'hygiène et de l'assainissement conçu pré-testé, produit et diffusé dans chaque préfecture

3- Les élèves de 60 écoles et les patients de 30 centres de santé de la zone du projet ont un accès durable à l'eau potable et à l'amélioration des toilettes séparées, et mettent en oeuvre de bonnes pratiques d'hygiène

- Les écoles plus sensibles aux questions de EHA (clubs de formation et d'hygiène des enseignants) pour 18 000 enfants dans 60 école primaire

- Un paquet de EHA fourni dans 30 centres de santé, y compris toutes les unités de réhabilitation nutritionnelle dans la zone du projet

- 450 latrines construites pour 18 000 enfants dans 60 écoles et 3 000 patients dans 30 centres de santé

- 90 nouveaux forages équipés de pompes manuelles dans 60 écoles et 30 centres de santé

4- Les capacités de DGH ANEA sont renforcées pour coordonner, planifier et suivre les activités de EHA dans tout le pays

- Plan national d'action pour l'eau potable, l'assainissement de base et la promotion de l'hygiène

- Un programme de durabilité compact est proposé, développé et mis en oeuvre

- 31 plans communaux d'actions pour l'eau potable, assainissement de base et promotion de l'hygiène développée

- 4 bureaux régionaux DGH/ANEA équipés

- Lignes directrices, politiques et procédures nationales pour le forage manuel et l'exploitation des eaux souterraines développées

Au regard du contexte du pays et de la mise en oeuvre, lors des revues annuelles, ils ont été modifiés ainsi qu'il suit :

155 000 nouveaux utilisateurs ont un accès durable à l'eau potable

- 160 nouveaux forages forés selon les normes acceptées au niveau national et équipés de pompes à motricité humaine

- 150 forages réhabilités et équipés de nouvelles pièces détachées

- 20 entrepreneurs locaux formés pour fournir des forages manuels de haute qualité et abordables pour les communautés et pour les ménages.

1- 60%, soit 600 de 1 000 villages ciblés dans la zone du projet sont déclarés défécation FDAL et 250 000 nouveaux utilisateurs ont accès à des installations d'assainissement améliorées

- Existence d'un réseau solide de promoteurs APTC formés comprenant aussi bien les organisations de la société civile que les structures gouvernementales dans les zones cibles

- Une stratégie de marketing sanitaire et son plan de mise en oeuvre

- 60% des villages sont déclarés FDAL dans la zone du projet

2- Tous les 1 000 villages de la zone du projet ont accès à des informations sur les avantages des bonnes pratiques d'hygiène et 60% (250 000 personnes) mettent en oeuvre de bonnes pratiques d'hygiène, en particulier le lavage des mains avec du savon aux moments critiques ainsi que d'autres éléments de pratiques familiales essentiels

- Communication sur la promotion de l'hygiène et de l'assainissement

3- Les élèves de 60 écoles et les patients de 30 centres de santé de la zone du projet ont un accès durable à l'eau potable et à l'amélioration des toilettes séparées, et mettent en oeuvre de bonnes pratiques d'hygiène

- Les écoles plus sensibles aux questions de EHA (clubs de formation et d'hygiène des enseignants) pour 18 000 enfants dans 60 école primaire

- Un paquet de EHA fourni dans 30 centres de santé, y compris toutes les unités de réhabilitation nutritionnelle dans la zone du projet

- 450 latrines construites pour 18 000 enfants dans 60 écoles et 3 000 patients dans 30 centres de santé

- 90 nouveaux forages équipés de pompes manuelles dans 60 écoles et 30 centres de santé

4- Les capacités de DGH ANEA sont renforcées pour coordonner, planifier et suivre les activités de EHA dans tout le pays

- Plan national d'action pour l'eau potable, l'assainissement de base et la promotion de l'hygiène

- Un programme de durabilité compact est proposé, développé et mis en oeuvre

- Lignes directrices, politiques et procédures nationales pour le forage manuel et l'exploitation des eaux souterraines développé

## Annexe 1-2 : Liste des documents consultés

### Documents et données du programme

Document de proposition du programme AERCA, Révisé – Juin 2013  
Termes de Référence de l'évaluation sommative de l'ATPC en RCA, Octobre 2018  
Rapport final du programme AERCA soumis au bailleur, Mars 2018  
Base de données des villages certifiés FDAL dans le cadre du programme AERCA, Mars 2019  
Base de données des écoles et des FOSA bénéficiaires du programme AERCA, Mars 2019

### Documents et données externes

AMCOW. (2011). Approvisionnement en eau potable et assainissement en République Centrafricaine : Traduire les financements en services, à l'horizon 2015 et au-delà. Récupéré de <https://www.wsp.org/sites/wsp/files/publications/CSO-CAR-Fr.pdf>

Banque Mondiale (). Les données ouvertes de la Banque mondiale : République Centrafricaine. Récupéré le 4 avril 2019 à <https://data.worldbank.org/country/central-african-republic?view=chart>

Kar, K. et Chambers, R. (2008). Manuel de l'Assainissement Total Piloté par la Communauté. Préparé avec l'appui de Plan International (UK). Récupéré à : [https://www.communityledtotalsanitation.org/sites/communityledtotalsanitation.org/files/media/Manuel\\_ATPC.pdf](https://www.communityledtotalsanitation.org/sites/communityledtotalsanitation.org/files/media/Manuel_ATPC.pdf)

Malteser International. (n.d.). Lignes directrices sur l'EHA pour les acteurs de terrain –Manuel 2 : L'assainissement. Préparé avec l'appui de l'Union Européenne. Récupéré à : [https://www.malteser-international.org/fileadmin/Files\\_sites/malteser-international/A-About\\_us/E-Service/C-Publications/Guidelines/FR\\_SANITATION\\_Guidelines.pdf](https://www.malteser-international.org/fileadmin/Files_sites/malteser-international/A-About_us/E-Service/C-Publications/Guidelines/FR_SANITATION_Guidelines.pdf)

PNUD. (2016). Des OMD au développement durable pour tous : Ce que nous avons retenus de 15 années de pratique. Récupéré à : [http://www.undp.org/content/dam/undp/library/SDGs/French/FR\\_f\\_UNDP\\_MDGs-to-SDGs\\_web.pdf](http://www.undp.org/content/dam/undp/library/SDGs/French/FR_f_UNDP_MDGs-to-SDGs_web.pdf)

PNUD. (2016). Rapport 2015 sur les objectifs du millénaire pour le développement. Lien : [http://www.un.org/fr/millenniumgoals/reports/2015/pdf/rapport\\_2015.pdf](http://www.un.org/fr/millenniumgoals/reports/2015/pdf/rapport_2015.pdf)

PNUD. (2018). Rapport 2018 sur le développement humain dans le monde. Récupéré à : <http://hdr.undp.org/en/data>

ONU. (n.d.). Objectifs du Millénaire pour le Développement : Objectif 7 – Préserver l'environnement. Récupéré le 5 mars 2019 à <http://www.un.org/fr/millenniumgoals/envIRON.shtml>

Crocker, J. et al. (2017). The true costs of participatory sanitation: Evidence from community-led total sanitation studies in Ghana and Ethiopia. *Science of The Total Environment*, 601–602, p. 1075 - 1083. <https://doi.org/10.1016/j.scitotenv.2017.05.279>

UNEG (2016). Normes et standards en évaluation. Récupéré à : <http://www.unevaluation.org/2016-Norms-and-Standards>

UNICEF. (2017). Global Evaluation Report Oversight System : Handbook for UNICEF staff & independant Assessors. *Evaluation office*. Récupéré à : [https://www.unicef.org/evaluation/files/GEROS\\_Handbook\\_FINAL\\_full\\_document.pdf](https://www.unicef.org/evaluation/files/GEROS_Handbook_FINAL_full_document.pdf)

Villeret, G. (n.d.). Fiche pays – République Centrafricaine. Récupéré le 5 mars 2019 du site Populationdata.net: <https://www.populationdata.net/pays/republique-centrafricaine/>

## Annexe 2 : Présentation des OMD et des ODD reliés à l'EHA et à la mortalité infantile

### 1. Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) 4 et 7<sup>30</sup>

#### *OBJECTIF 4 : Réduire la mortalité infantile et post-infantile*

CIBLE - Réduire de deux tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans

Entre 1990 et 2015, dans le monde, le taux de mortalité infantile a été réduit de plus de moitié, passant de 90 à 43 décès pour 1 000 naissances.

Entre 1990 et 2015, dans le monde, le nombre de décès d'enfants de moins de 5 ans a baissé, passant de 12,7 millions en 1990 à près de 6 millions en 2015.

Les enfants des zones rurales courent près de 1,7 fois plus de risque de mourir avant leur cinquième anniversaire que les enfants des zones urbaines.

Les enfants de mères ayant une éducation secondaire ou supérieure ont presque trois fois plus de chances de survivre que les enfants des mères sans éducation.

Bien que l'Afrique subsaharienne ait le taux de mortalité infantile le plus élevé du monde, la diminution absolue de sa mortalité infantile a été la plus importante au cours des deux dernières décennies.

Chaque jour en 2015, 16 000 enfants de moins de cinq ans décèdent, la plupart à cause de maladies évitables. La survie des enfants doit demeurer la priorité du nouveau programme de développement durable.

#### *OBJECTIF 7 : Préserver l'environnement*

CIBLE 7.C - Réduire de moitié, d'ici à 2015, le pourcentage de la population qui n'a pas accès à un approvisionnement en eau potable ni à des services d'assainissement de base

La cible visant à réduire de moitié la proportion de personnes vivant sans accès à des sources d'eau potable améliorées a été atteinte au plan mondial, avec cinq ans d'avance.

Entre 1990 et 2015, 2,6 milliards de personnes ont obtenu un accès à une source d'eau potable améliorée.

Au niveau mondial, 2,1 milliards de personnes ont accès à un service d'assainissement amélioré. Cependant, 2,4 milliards de personnes utilisent encore des services d'assainissement non améliorés, dont 946 millions de personnes qui défèquent encore à l'air libre. »

Au moins 892 millions de personnes continuent à pratiquer la défécation à l'air libre.

2,4 milliards de personnes manquent d'installations sanitaires de base, tels que des toilettes ou de latrines

### 2. Objectifs de Développement Durable (ODD) 3 et 6<sup>31</sup> : 2015-2030

#### *OBJECTIF 3 : Bonne santé et bien-être*

##### **Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge**

3.2 D'ici à 2030, éliminer les décès évitables de nouveau-nés et d'enfants de moins de 5 ans, tous les pays devant chercher à ramener la mortalité néonatale à 12 pour 1 000 naissances vivantes au plus et la mortalité des enfants de moins de 5 ans à 25 pour 1 000 naissances vivantes au plus

#### *OBJECTIF 6 : Eau propre et Assainissement*

##### **Garantir l'accès de tous à l'eau et à l'assainissement et assurer une gestion durable des ressources en eau**

6.1 D'ici à 2030, assurer l'accès universel et équitable à l'eau potable, à un coût abordable

6.2 D'ici à 2030, assurer l'accès de tous, dans des conditions équitables, à des services d'assainissement et d'hygiène adéquats et mettre fin à la défécation en plein air, en accordant une attention particulière aux besoins des femmes et des filles et des personnes en situation vulnérable

<sup>30</sup> Lien : <http://www.un.org/fr/millenniumgoals/childhealth.shtml>

<sup>31</sup> Lien : <https://www.un.org/sustainabledevelopment/fr/objectifs-de-developpement-durable/>

### Annexe 3.1 : Liste des personnes rencontrées lors des visites de terrain

| N° | Date       | Nom et prénoms      | Fonction / Qualité                    | Organisation / Institution               | Préfecture     | Commune                     |
|----|------------|---------------------|---------------------------------------|--|----------------|-----------------------------|
| 1  | 23/03/2019 | Avalanche REKOUPIA  | Chef Antenne                          | ANEA                                     | Lobaye         | Mbaïki                      |
| 2  | 23/03/2019 | Levy MOSSELEGOUA    | Conseiller                            | Mairie de Mongoumba                      | Lobaye         | Mongoumba                   |
| 3  | 23/03/2019 | n.c.                | Secrétaire                            | Chefferie de village                     | Lobaye         | Mongoumba / Longuélé        |
| 4  | 23/03/2019 | n.c.                | Leader Naturel                        | Comité local ATPC                        | Lobaye         | Mongoumba / Longuélé        |
| 5  | 23/03/2019 | Jean Bedel NDEMAGO  | Leader Naturel - ATPC                 | Agent local - Croix Rouge Centrafricaine | Lobaye         | Mongoumba                   |
| 6  | 24/03/2019 | n.c.                | Chef                                  | Chefferie de village                     | Lobaye         | Mbaïki / Gbaté              |
| 7  | 25/03/2019 | Dieudonné SEPOU     | Directeur                             | Ecole                                    | Lobaye         | Baganda                     |
| 8  | 26/03/2019 | n.c.                | Maire                                 | Mairie de Nola                           | Sangha-Mbaéré  | Nola                        |
| 9  | 26/04/2019 | Rigobert GBAZI      | Ancien Directeur Régional             | MDERH                                    | Mambéré-Kadéï  | Berbérati                   |
| 10 | 26/03/2019 | n.c.                | Chef Antenne                          | ANEA                                     | Sangha-Mbaéré  | Nola                        |
| 11 | 26/03/2019 | Aurélien DABÉ       | Membre                                | Comité local ATPC                        | Sangha-Mbaéré  | Nola / Loppo centre         |
| 12 | 26/03/2019 | Simplice YAMBOYE    | Chef                                  | Chefferie de village                     | Sangha-Mbaéré  | Nola / Loppo centre 1       |
| 13 | 26/03/2019 | n.c.                | Chef                                  | Chefferie de village                     | Sangha-Mbaéré  | Nola / Ndong                |
| 14 | 27/03/2019 | n.c.                | Chef de centre / Infirmier secouriste | Centre de santé de Mboussa               | Sangha-Mbaéré  | Nola                        |
| 15 | 27/03/2019 | n.c.                | 2 <sup>e</sup> Vice Président         | Mairie de Mboussa                        | Sangha-Mbaéré  | Nola                        |
| 16 | 27/03/2019 | n.c.                | Chef                                  | Chefferie de village                     | Sangha-Mbaéré  | Nola / Loppo centre 2       |
| 17 | 27/03/2019 | n.c.                | Chef                                  | Chefferie de village                     | Sangha-Mbaéré  | Nola / Mboussa              |
| 18 | 27/03/2019 | n.c.                | Préfet-e (femme)                      | Préfecture                               | Mambéré-Kadéï  | Berbérati                   |
| 19 | 28/03/2019 | n.c.                | 1 <sup>ère</sup> Vice-présidente      | Mairie de Wapo                           | Mambéré-Kadéï  | Basse-Batouri               |
| 20 | 28/03/2019 | Mesmin FEÏGOUDOZOUÏ | Directeur Régional                    | MDERH                                    | Mambéré-Kadéï  | Berbérati                   |
| 21 | 28/03/2019 | n.c.                | Chef                                  | Chefferie de village                     | Mambéré-Kadéï  | Basse Batouri / Wapo 3      |
| 22 | 28/03/2019 | David KPARA         | Leader Naturel - ATPC                 | Agent local - Croix Rouge Centrafricaine | Mambéré-Kadéï  | Basse Batouri / Tapourou    |
| 23 | 28/03/2019 | Raymond LIME        | Secrétaire                            | Chefferie de village                     | Mambéré-Kadéï  | Basse Batouri / Barka Pandi |
| 24 | 28/03/2019 | Gabriel NGOUMA      | Membre                                | Comité local ATPC                        | Mambéré-Kadéï  | Basse Batouri / Barka Pandi |
| 25 | 28/03/2019 | Thérèse INIFOLO     | Membre                                | Comité local ATPC                        | Mambéré-Kadéï  | Basse Batouri / Barka Pandi |
| 26 | 28/03/2019 | Marie SEMBA         | Membre                                | Comité local ATPC                        | Mambéré-Kadéï  | Basse Batouri / Barka Pandi |
| 27 | 30/03/2019 | Pierre Parfait ALI  | Chef                                  | Chefferie de village                     | Ombella M'poko | Boali / Mandjo 1            |

| N° | Date       | Nom et prénoms           | Fonction / Qualité                    | Organisation / Institution       | Préfecture     | Commune        |
|----|------------|--------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|----------------|----------------|
| 28 | 30/03/2019 | Cyrile BAKOMBO           | Président des jeunes et membre        | Comité de gestion de point d'eau | Ombella M'poko | Boali / Gbabou |
| 29 | 30/03/2019 | n.c.                     | Chef                                  | Chefferie de village             | Ombella M'poko | Boali / Gbabou |
| 30 | 01/04/2019 | Barnabé FALIBAÏ          | Directeur Général                     | DGRH / MDERH                     | Bangui         | Bangui         |
| 31 | 01/04/2019 | Maxime YANDJIA           | Représentant Résident                 | EAA                              | Bangui         | Bangui         |
| 32 | 03/04/2019 | Alexis GUERENGBENZI      | Président du Conseil d'Administration | ONG REMOD                        | Bangui         | Bangui         |
| 33 | 04/04/2019 | Maxime KAMEGBA           | Coordonnateur                         | ONG Levier Plus                  | Bangui         | Bangui         |
| 34 | 04/04/2019 | Justin Maxime DAYOMBOUKO | Président Exécutif                    | ONG AIDE                         | Bangui         | Bangui         |
| 35 | 05/04/2019 | Evariste MBAYELAO        | Assistant Chef de programme           | ONG I3D                          | Bangui         | Bangui         |
| 36 | 05/04/2019 | André BONDA              | Coordonnateur de Programme            | ONG IDC                          | Bangui         | Bangui         |
| 37 | 08/04/2019 | Firmin GBAE              | Chef de projet                        | EAA                              | Bangui         | Bangui         |
| 38 | --         | Guillaume Toutou         | Chef de section M&E                   | UNICEF CAR                       | Bangui         | Bangui         |
| 39 | --         | Amah Klutse              | Chef de section WASH                  | UNICEF CAR                       | Bangui         | Bangui         |
| 40 | --         | Olivier SIEYADJI         | WASH Specialist                       | UNICEF CAR                       | Bangui         | Bangui         |
| 41 | --         | Michel LEBARAMO          | WASH Officer                          | UNICEF CAR                       | Bangui         | Bangui         |
| 42 | --         | Max Pacific NZIL-DJA     | WASH Officer (ATPC)                   | UNICEF CAR                       | Bangui         | Bangui         |

n.c. : non connu

### Annexe 3.2 : Equipe d'évaluation et personnel de soutien sur le terrain

L'évaluation de l'ATPC s'est présentée comme une **évaluation externe** (indépendante) qui visait à capitaliser les acquis (connaissance) et conduire la reddition de compte (redevabilité) envers les Partenaires Techniques et Financiers (PTFs).

Elle a donc été conduite par un Consultant international en Évaluation, Monsieur Hervé Kouandé, disposant de plus de 15 ans d'expérience en matière de réalisation d'évaluation de projets, d'études de référence et socio-économiques. Ce dernier est Ingénieur Statisticien, titulaire d'un MBA en Conseil en management, d'une Maîtrise en Évaluation et Gestion du développement. Le Consultant principal a été appuyé par une équipe locale pour la collecte des données en RCA, en particulier les entretiens avec les ménages en langue locale pour le remplissage des questionnaires d'enquête. Cette équipe était composée d'un Ingénieur en Hydraulique et Assainissement disposant de plus de 20 ans d'expérience professionnelle, (Monsieur Vincent Andjidolou) et de 8 agents enquêteurs-trices expérimentés dans le dialogue avec les communautés locales en matière d'hygiène et d'assainissement. L'équipe d'enquêteurs-trices était équilibrée selon le genre, avec la présence de 4 hommes et 4 femmes, afin d'assurer une visibilité sur le terrain en phase avec l'équité et l'égalité de genre promus par les Nations Unies et de renforcer la triangulation des données du point de vue de la limitation des biais de collecte d'informations.

Les membres de l'équipe d'évaluation ont bénéficié d'une formation de deux jours sur les objectifs de l'évaluation et les outils de collecte de données (remplissage des questionnaires

de l'enquête auprès des bénéficiaires et du guide d'entrevue avec les responsables traditionnels), suivie d'une phase de test des outils (enquête pilote).



## Annexe 4 : Description détaillée du processus de l'ATPC

L'ATPC a été développé et mis en œuvre la première fois entre fin 1999 et 2000 par Kamal Kar, à la suite d'expériences capitalisées dans le cadre de l'évaluation d'un programme en eau et assainissement réalisé au Bangladesh au profit de WaterAid Bangladesh. Le fondement de l'ATPC provient des approches de développement par la base (en anglais « bottom-up approach »), c'est-à-dire la conduite participative et active de l'action par les communautés locales elles-mêmes. Elle est une méthode basée sur la « prise de conscience » qui impulse par la suite « l'action » et un « changement de comportement durable », par opposition aux méthodes basées sur « l'enseignement » venant d'experts extérieurs. Ainsi, l'ATPC est conduit par des facilitateurs-trices dont le rôle n'est pas de proposer que la DAL ou les autres pratiques d'hygiène et d'assainissement sont des problèmes, ni de suggérer des solutions. C'est la communauté elle-même qui analyse sa situation et fait son propre bilan (prise de conscience), puis décide ou non de changer sa situation. L'ATPC tire beaucoup de ses principes des méthodes rurales participatives (ex. ERP).

Dans sa conception, l'ATPC permet aux communautés locales de mettre en œuvre des activités visant à analyser à nu leurs conditions sanitaires (ex. en utilisant des termes crus comme « caca », en marchant dans les zones de DAL) et de prendre conscience collectivement du fait que la DAL est un risque sanitaire pour tout le monde et peut avoir donc un terrible impact sur la santé publique et sur leur proche environnement.

Le processus de l'ATPC comprend trois phases :

4. **Le pré-déclenchement** : C'est une étape essentielle pendant laquelle des activités sont menées par les organisations facilitatrices pour identifier et sélectionner les communautés ou villages qui aux conditions favorables pour démarrer l'ATPC. Les communautés « favorables » pour l'ATPC sont en général des communautés ayant les caractéristiques non-exhaustives suivantes : petit village ou hameau ; villages reculées ou isolés ; couverture faible ou nulle de l'assainissement ; environnement sale et nauséabond ; sources d'alimentation en eau polluées, non protégées et ou vulnérables ; absence de programmes d'EHA ; taux élevé de maladies diarrhéiques et de mortalité infantile ; leadership local jeune et progressiste incluant les femmes, etc. Pour orienter la sélection, des enquêtes sont réalisées par les organisations facilitatrices en vue de recueillir des données quantitatives et qualitatives sur le milieu auprès des centres de santé (ex. nombre de cas de diarrhée des enfants), sur les interventions passées en EHA dans la zone (ex. installations de latrines et sources d'eau potable) et sur les connaissances, attitudes, et pratiques courantes en EHA des communautés (ex. sources d'approvisionnement en eau, types d'installation utilisés pour la défécation). Les collectivités locales (préfectures, mairies, etc.) doivent être associées à cette analyse afin d'éviter de répéter les mêmes interventions déjà faites.
5. **Le déclenchement** : Il consiste à conduire pendant une journée, des activités visant à stimuler un sentiment de dégoût et de honte chez les membres de la communauté en les confrontant à la réalité crue de la DAL et ses effets sur la communauté entière. C'est une phase où il est indiqué que ce soit des facilitateurs-trices expérimentés dans l'approche ou très bien formés qui accompagnent les communautés pour l'analyse, l'évaluation et la prise de conscience de leur situation sanitaire. Ces facilitateurs-trices doivent être, en effet, suffisamment habiles pour faire comprendre aux communautés

que la décision de mettre fin à la DAL doit venir d'eux-mêmes et non de l'extérieur. Ils doivent aussi respecter la décision finale des communautés en la gardant confidentielle. Plusieurs outils et activités peuvent être mis en œuvre pour le déclenchement, mais les plus courants sont les suivantes :

1. **La cartographie des installations d'approvisionnement en eau et d'assainissement** dans la communauté, réalisée souvent à même le sol. C'est une carte simple qui localise les points d'eau dans la communauté, les maisons, les ressources et les zones de défécation ;
2. **La « marche de la honte »** qui est une traversée des zones de défécation autour des ménages et du village pour faire ressortir le dégoût et ressentir la honte. C'est l'outil le plus important et stimulant pour la conscientisation ;
3. **La discussion sur les voies de contaminations des cacas** : Il s'agit de stimuler un échange entre les membres de la communauté pour qu'ils identifient les voies de contamination possibles liées à la DAL et les risques encourus (ex. cycle de contamination des excréments à partir de l'eau et de la nourriture, excréments emportés par la pluie dans les cours d'eau, par les mouches, les animaux domestiques, les chaussures des populations, etc.) ;
4. **Le calcul de la quantité des excréments** (volume et poids des cacas) : Cette évaluation peut aider à montrer l'ampleur des risques et des problèmes sanitaires par un cumul de la quantité journalière ou mensuelle d'excréments humains du ménage ou du village entier (ex. montrer qu'elle peut remplir un seau, une barrique, un conteneur) ;
5. **Le calcul des dépenses médicales** : Il s'agit de faire prendre conscience aux membres de la communauté du poids financier que peuvent représenter les dépenses de santé pour les traitements et médicaments pour la diarrhée, la dysenterie, le choléra et autres maladies liées à la DAL qu'ils ont identifiées ;
6. **Le « test du verre d'eau »** : c'est une mise en scène réalisée par le facilitateur pour permettre aux membres de la communauté d'affirmer qu'ils « absorbent probablement leurs cacas ou celui des autres » sans s'en rendre compte. Cela peut aussi être un test « de nourriture » en lieu et place de l'eau.

Le déclenchement devrait conduire à l'élaboration d'un plan d'action en vue de réaliser des activités pour mettre fin à la DAL, si les membres de la communauté décident collectivement de s'y engager. À cette étape, l'émergence et l'implication spontanée d'un ou de plusieurs LN(s) sont cruciaux pour accompagner la suite du processus. Un LN est un membre enthousiaste de la communauté qui se démarque et assume un leadership pour changer la situation au cours des processus ATPC.

6. **Le post-déclenchement** : Il s'agit de la phase de suivi qui vient après la prise de décision de la communauté pour mettre en pratique ou non la méthode de l'ATPC. C'est une étape cruciale qui nécessite de l'accompagnement, de l'attention et de l'encouragement des facilitateurs-trices et des LNs pour appuyer la communauté dans la mise en œuvre de ses propres solutions afin d'arrêter la DAL. La dynamique de changement peut, en effet, facilement prendre du plomb dans l'aile ou se disperser après le déclenchement si les hésitations et réserves ne sont pas dissipées grâce à un soutien adéquat. C'est la phase post-déclenchement qui permet de s'assurer de l'atteinte de l'état FDAL (vérification et certification) et d'établir les bases de l'efficacité et de la durabilité de l'ATPC dans la communauté. La réussite des activités de cette

phase requière une planification sur le long terme, une organisation adéquate des acteurs pour le suivi (incluant les membres de la communauté les plus vulnérables) et la mise en œuvre d'outils divers pour accompagner le projet (choix des types d'amélioration en matière d'assainissement en fonction des ressources disponibles, comportements et pratiques d'assainissement possibles selon les conditions locales, identification d'indicateurs pour le suivi, etc. La certification de l'état FDAL du village constitue l'aboutissement du suivi après le déclenchement et est réalisée sur la base des trois critères clés :

1. Chaque famille est dotée d'une latrine équipée d'un dispositif qui limite la prolifération des mouches à partir des fosses ;
2. Tous les membres de la famille n'utilisent que cette latrine pour déféquer ;
3. Chaque latrine est équipée d'un DLM (eau + savon / eau + cendres).

### Célébration, durabilité et mise à échelle

La phase de post-déclenchement peut prendre beaucoup de temps car il faut s'assurer que le déclenchement est bien enraciné dans la communauté pour que l'état FDAL se maintienne durablement par la suite. Une façon de créer de l'enthousiasme pour la continuité de la FDAL est d'organiser une célébration officielle de cet état dans la communauté. Cette célébration de l'état FDAL permet de renforcer le sentiment d'accomplissement des populations ayant mis en œuvre l'ATPC et d'encourager les autres communautés environnantes qui hésitent encore, à leur emboîter le pas. Il est nécessaire de s'assurer du maintien de cet état en analysant les conditions locales de durabilité, mais aussi de répliquer de l'approche dans les autres villages et communautés environnantes.

Pour terminer, il faut souligner que deux conditions sont importantes pour la mise en œuvre et la réussite de l'ATPC, ainsi que sa mise à échelle :

- *les attitudes et comportements des facilitateurs-trices* : le processus ATPC doit être mis en œuvre dans le respect de ses principes et de ses critères (zéro subvention, laisser les communautés décider et non promouvoir des solutions, écouter attentivement et non intervenir, accompagner et non éduquer, etc.) ;
- *le soutien institutionnel* : l'appui des structures publiques et des partenaires pour la formation des facilitateurs-trices, le suivi et l'évaluation des activités, y compris de l'état FDAL (éviter un effet « d'euphorie ») est indispensable pour la réussite de l'ATPC.

## Annexe 5 : Cadre Logique du programme AERCA

### Abréviations :

n.d. : non défini

n.c. : non connu

| Chaîne de résultats du programme  | Description des indicateurs reliés à chaque niveau de résultat  |                                  |                    |                                    |                    |                 |   |
|---|---|----------------------------------|--------------------|------------------------------------|--------------------|-----------------|---|
|   | Intitulé de l'indicateur  | Valeur de base 2012              | Valeur cible 2017  | Valeur cible révisée (revues ann.) | Valeur réalisée    |                 | Taux de réalisation / cible (%) <sup>32</sup> |
|   |   |                                  |                    |                                    | Fin du projet 2017 | Évaluation 2019 |   |
| <b>Résultat d'impact</b> : À la fin 2017, le pourcentage de la population avec un accès amélioré à l'eau potable est passé de 20% (2012) à 38% (155 000 nouveaux utilisateurs) et la proportion des communautés utilisant des installations d'assainissement améliorées est passée de 5% à 36% (250 000 nouveaux utilisateurs d'installations d'assainissement de base) dans la zone du programme | 1. Pourcentage de la population avec un accès amélioré à l'eau potable  | 20,0%<br>(173 690) <sup>33</sup> | 38,0%<br>(313 690) | 40,0%<br>(328 690)                 | 64,0%              | 51,4%           | 128,5%  |
|   | 2. Pourcentage de ménages utilisant des sources d'eau potable améliorées dans la zone du programme  | 53,5% <sup>34</sup>              | 58,3%              | 58,3%                              | n.c.               | 51,4%           | 88,2%   |
|   | - Lobaye  | 65,5%                            | 70,0%              | 70,0%                              | n.c.               | 46,2%           | 66,0%   |
|   | - Mambéré Kadéï   | 49,5%                            | 55,0%              | 55,0%                              | n.c.               | 69,5%           | 126,4%  |
|   | - Sangha Mbaéré   | 45,5%                            | 50,0%              | 50,0%                              | n.c.               | 29,2%           | 58,4%   |
|   | 3. Pourcentage de personnes utilisant des installations d'assainissement améliorées dans la zone du programme   | 5,0%                             | 60,0%              | 36,0%                              | n.c.               | 64,4%           | 178,9%  |
|   | - Lobaye  | 28,2%                            | 35,0%              | 35,0%                              | n.c.               | 65,2%           | 186,3%  |
|   | - Mambéré Kadéï   | 31,1%                            | 39,0%              | 39,0%                              | n.c.               | 82,9%           | 212,6%  |
|   | - Sangha Mbaéré   | 29,0%                            | 35,0%              | 35,0%                              | n.c.               | 58,3%           | 166,6%  |
|   | 4. Pourcentage de ménages ayant des systèmes spécifique d'accès à l'eau potable et qui l'utilisent pour le lavage des mains avec du savon aux moments critiques | n.d.                             | 60,0%              | 60,0%                              | 49,0%              | 79,9%           | 133,2%  |
|   | - Lobaye  | n.d.                             | 60,0%              | 60,0%                              | n.c.               | 77,5%           | 129,2%  |
|   | - Mambéré Kadéï   | n.d.                             | 60,0%              | 60,0%                              | n.c.               | 87,1%           | 145,2%  |
|   | - Sangha Mbaéré   | n.d.                             | 60,0%              | 60,0%                              | n.c.               | 72,5%           | 120,8%  |

<sup>32</sup> Si la valeur de l'indicateur lors de l'évaluation n'est pas disponible, alors le taux de réalisation est calculé avec la valeur de l'indicateur à la fin du projet.

<sup>33</sup> La population de la zone d'intervention représentait 19% de la population totale en 2012, soit  $4\,570\,800 \times 0,19 = 868\,452$  habitants.

<sup>34</sup> La valeur pour la zone d'intervention est déterminée par la moyenne des proportions des 3 préfectures.

| Chaîne de résultats du programme  | Description des indicateurs reliés à chaque niveau de résultat                           |                     |                   |                                    |                    |                 |   |
|---|--|---------------------|-------------------|------------------------------------|--------------------|-----------------|---|
|   | Intitulé de l'indicateur   | Valeur de base 2012 | Valeur cible 2017 | Valeur cible révisée (revues ann.) | Valeur réalisée    |                 | Taux de réalisation / cible (%) <sup>32</sup> |
|   |  |                     |                   |                                    | Fin du projet 2017 | Évaluation 2019 |   |
| <b>Résultat d'effet 1 : À la fin 2017, 155 000 nouveaux utilisateurs ont un accès durable à l'eau potable</b>   |  | <b>0</b>            | <b>140 000</b>    | <b>155 000</b>                     | <b>180 000</b>     | <b>180 000</b>  | <b>116,1%</b>                                 |
| Extrants :  |  |                     |                   |                                    |                    |                 |   |
| - Nouveaux forages construits selon les normes acceptées au niveau national et équipés de pompes à motricité humaine  | - Nombre de nouveaux forages construits  | 0                   | 180               | 160                                | 210                | 210             | 125,0%  |
| - Forages existants réhabilités et équipés de nouvelles pièces détachées  | - Nombre de forages réhabilités et équipés   | 0                   | 100               | 150                                | 150                | 150             | 100,0%  |
| - Entrepreneurs locaux formés pour fournir des forages manuels de haute qualité et abordables pour les communautés et pour les ménages.   | - Nombre d'entrepreneurs locaux formés   | 0                   | 28                | 20                                 | 20                 | 20              | 100,0%  |
| - Stocks de pièces de rechange de pompe à main actifs au niveau de la préfecture  | - Nombre de stocks de pièces de rechange de pompe à main actifs                          | 0                   | 3                 | n.c.                               | 0                  | 0               | 0,0%  |
| <b>Résultat d'effet 2 : À la fin 2017, 60%, soit 600 de 1 000 villages ciblés dans la zone du projet sont déclarés FDAL et 250 000 nouveaux utilisateurs ont accès à des installations d'assainissement améliorées</b>  |  | <b>0</b>            | <b>1080</b>       | <b>600</b>                         | <b>568</b>         | <b>601</b>      | <b>100,2%</b>                                 |
| Extrants :  |  | <b>0</b>            | <b>450 000</b>    | <b>250 000</b>                     | <b>237 635</b>     | <b>271 622</b>  |   |
| - Existence d'un réseau solide de promoteurs ATPC formés comprenant aussi bien les organisations de la société civile que les structures gouvernementales dans les zones cibles   | Existe-t-il un réseau solide de promoteurs ATPC formés dans la zone du projet? (Oui/Non) | 0 (Non)             | 1 (Oui)           | 1 (Oui)                            | 0 (Non)            | 0 (Non)         | 0,0%  |
| - Une stratégie de marketing sanitaire et un plan pour sa mise en œuvre sont disponibles  | Existe-t-il une stratégie de marketing sanitaire et son plan de mise en œuvre? (Oui/Non) | 0 (Non)             | 1 (Oui)           | 1 (Oui)                            | 0 (Non)            | 0 (Non)         | 0,0%  |
| - Des villages sont déclarés FDAL dans la zone du projet  | Pourcentage de villages déclarés FDAL  | 5%                  | 60% (600)         | 60% (600)                          | 77,5% (568/733)    | 82,0% (601/733) | 136,7%  |
| <b>Résultat d'effet 3 : À la fin 2017, tous les 1 000 villages de la zone du projet ont accès à des informations sur les avantages des bonnes pratiques d'hygiène et 60% (250 000 personnes) mettent en œuvre de bonnes pratiques d'hygiène, en particulier le lavage des mains avec du savon aux moments critiques, ainsi que d'autres éléments de pratiques familiales essentiels</b> |  | <b>0</b>            | <b>1 800</b>      | <b>1 000</b>                       | <b>733</b>         | <b>733</b>      | <b>73,3%</b>                                  |
| Extrants :  |  | <b>0</b>            | <b>450 000</b>    | <b>250 000</b>                     | <b>381 817</b>     | <b>381 817</b>  | <b>152,7%</b>                                 |
| - plans de communication pour développement sur la promotion de l'hygiène et de l'assainissement disponibles  | Nombre de plans pour la promotion de l'hygiène et de l'assainissement disponibles        | 0                   | 3                 | 3                                  | 0                  | 0               | 0,0%  |
| - La population cible a une connaissance correcte des avantages et des risques liés au lavage des mains avec du savon aux moments critiques   | - Pourcentage de la population cible ayant une connaissance correcte [...]               | n.d.                | 80%               | 80%                                | n.c.               | 92,9%           | 116,1%  |
| - Comités de mobilisation sociale pour la promotion de l'hygiène et de l'assainissement créés   | Nombre de comités de mobilisation sociale créés  | 0                   | 3                 | 3                                  | n.c.               | 0               | 0,0%  |

| Chaîne de résultats du programme  | Description des indicateurs reliés à chaque niveau de résultat   |                     |                      |                                    |                      |                      |   |
|---|--|---------------------|----------------------|------------------------------------|----------------------|----------------------|---|
|   | Intitulé de l'indicateur   | Valeur de base 2012 | Valeur cible 2017    | Valeur cible révisée (revues ann.) | Valeur réalisée      |                      | Taux de réalisation / cible (%) <sup>32</sup> |
|   |  |                     |                      |                                    | Fin du projet 2017   | Évaluation 2019      |   |
| <b>Résultat d'effet 4 : À la fin 2017, les élèves de 60 écoles et les patients de 30 centres de santé de la zone du projet ont un accès durable à l'eau potable et à l'amélioration des toilettes séparées, et mettent en œuvre de bonnes pratiques d'hygiène</b><br>Extrants : |  | 0                   | 60                   | 60                                 | 63                   | 63                   | 105,0%  |
|   |  | 0                   | 30                   | 30                                 | 32                   | 32                   | 106,7%  |
| - Les écoles de la zone du projet, en particulier 18 000 enfants, ont un accès durable à l'eau potable à travers de nouveaux forages ou des forages réhabilités équipés de pompes manuelles   | 1. Nombre d'écoles disposant de nouveaux forages ou des forages réhabilités équipés de pompes manuelles<br>2. Nombre de nouveaux forages ou des forages réhabilités équipés de pompes manuelles dans les écoles<br>3. Nombre d'élèves qui utilisent les points d'eau                               | 0<br>n.c.<br>0      | 55<br>n.c.<br>16 500 | 60<br>n.c.<br>16 500               | 63<br>n.c.<br>15 053 | 63<br>n.c.<br>15 053 | 105,0%<br>n.c.<br>91,2%                       |
| - Les écoles de la zone du projet, en particulier 18 000 enfants, ont un accès durable à des latrines améliorées et séparées pour les sexes   | 1. Nombre d'écoles disposant de latrines améliorées et séparées pour les sexes<br>2. Nombre de latrines améliorées et séparées pour les sexes construites dans les écoles<br>3. Nombre d'élèves qui utilisent les latrines améliorées  | 0<br>0<br>0         | 60<br>450<br>18 000  | 60<br>450<br>18 000                | 63<br>n.c.<br>19 096 | 63<br>n.c.<br>19 096 | 105,0%<br>n.c.<br>106,1%                      |
| - Les centres de santé (y compris les unités de réhabilitation nutritionnelle) de la zone du projet ont un accès durable à l'eau potable à travers de nouveaux forages ou des forages réhabilités équipés de pompes manuelles au profit de 3 000 patients (100% pour les URN)   | 1. Nombre de centres de santé disposant de nouveaux forages ou des forages réhabilités équipés de pompes manuelles<br>2. Nombre de nouveaux forages ou des forages réhabilités équipés de pompes manuelles dans les centres de santé<br>3. Nombre de patients qui utilisent les points d'eau       | 0<br>n.c.<br>0      | 30<br>n.c.<br>13 333 | 30<br>n.c.<br>17 595               | 32<br>n.c.<br>18 128 | 32<br>n.c.<br>18 128 | 106,7%<br>n.c.<br>103,0%                      |
| - Les centres de santé (y compris les unités de réhabilitation nutritionnelle) de la zone du projet ont un accès durable à des latrines améliorées et séparées pour les sexes au profit de 3 000 patients (100% pour les URN)   | 1. Nombre de centres de santé de la zone du projet ayant un accès durable à des latrines améliorées et séparées pour les sexes<br>2. Nombre de latrines améliorées et séparées pour les sexes construites dans les centres de santé<br>3. Nombre de patients qui utilisent les latrines améliorées | 0<br>n.c.<br>0      | 25<br>n.c.<br>3 000  | 31<br>n.c.<br>16 000               | 32<br>n.c.<br>17 058 | 32<br>n.c.<br>17 058 | 106,7%<br>n.c.<br>106,6%                      |
| - Les élèves de la zone du projet, soit 18 000, se lavent les mains avec du savon aux moments critiques   | Pourcentage d'élèves de la zone du projet qui se lavent les mains avec du savon aux moments critiques  | 18%                 | 40%                  | 40%                                | 36,5%                | 75,6%                | 207,1%  |
| - Les écoles primaires de la zone du projet disposent de clubs d'hygiène  | Nombre d'écoles disposant de clubs d'hygiène   | 0                   | 60                   | 60                                 | 63                   | 63                   | 105,0%  |
| - Les centres de santé (y compris les unités de réhabilitation nutritionnelle) disposent de comité de gestion de l'eau, de l'hygiène et de l'assainissement   | Nombre de centres de santé disposant de comités WASH (100% pour les URN)   | 0                   | 30                   | 30                                 | 32                   | 32                   | 106,7%  |

| Chaîne de résultats du programme  | Description des indicateurs reliés à chaque niveau de résultat |                     |                   |                                    |                    |                 |   |
|---|--|---------------------|-------------------|------------------------------------|--------------------|-----------------|---|
|   | Intitulé de l'indicateur                                       | Valeur de base 2012 | Valeur cible 2017 | Valeur cible révisée (revues ann.) | Valeur réalisée    |                 | Taux de réalisation / cible (%) <sup>32</sup> |
|   |  |                     |                   |                                    | Fin du projet 2017 | Évaluation 2019 |   |
| <b>Résultat d'effet 5 : À la fin 2017, les capacités de DGRH et de l'ANEA sont renforcées pour coordonner, planifier et suivre les activités d'EHA dans tout le pays</b>                |  |                     |                   |                                    |                    |                 |   |
| Extrants :  |  |                     |                   |                                    |                    |                 |   |
| - Des Plans d'action nationaux pour l'eau potable, l'assainissement de base et la promotion de l'hygiène sont développés et mis en œuvre  | 1. Nombre de Plans nationaux pour l'EHA développé              | 0                   | 3                 | 3                                  | 0                  | 0               | 0,0%  |
|   | 2. Nombre de Plans nationaux pour l'EHA mis en œuvre           | 0                   | 3                 | 3                                  | 0                  | 0               | 0,0%  |
| -Des Plans d'action communaux pour l'eau potable, l'assainissement de base et la promotion de l'hygiène sont développés et mis en œuvre   | 1. Nombre de plans d'action communaux développés               | 0                   | 31                | 31                                 | 0                  | 0               | 0,0%  |
|   | 2. Nombre de plans d'action communaux mis en œuvre             | 0                   | 31                | 31                                 | 0                  | 0               | 0,0%  |
| - Un système d'information sur l'EHA est développé et fonctionnel   | 1. Nombre de systèmes d'information développé                  | 0 (Non)             | 1 (Oui)           | 1 (Oui)                            | 1 (Oui)            | 1 (Oui)         | 100,0%  |
|   | 2. Nombre de système d'information fonctionnel                 | 0 (Non)             | 1 (Oui)           | 1 (Oui)                            | 1 (Oui)            | 0 (Non)         | 0,0%  |
| - Un document (d'orientation) de lignes directrices, politiques et procédures nationales pour le forage manuel et l'exploitation des eaux souterraines est développé et opérationnalisé | 1. Nombre de document (d'orientation) développé                | 0 (Non)             | 1 (Oui)           | 1                                  | 1                  | 0 (Non)         | 0,0%  |
|   | 2. Nombre de documents (d'orientation) opérationnalisé         | 0 (Non)             | 1 (Oui)           | 1                                  | 1                  | 0 (Non)         | 0,0%  |



## Annexe 6-1 : Données d'échantillonnage pour les enquêtes par questionnaire

| Préfectures   | Nombre de communes | Nombre de villages | Echantillon des communes | Échantillon de villages à visiter | Population Totale | Nombre de ménages ordinaires par préfecture | % ménages ord. / préfecture | Echantillon de ménages par groupe de comparaison |
|---------------|--------------------|--------------------|--------------------------|-----------------------------------|-------------------|---|-----------------------------|--|
| Lobaye        | 13                 | 506                | 3                        | 9                                 | 287500            | 66860                                       | 35%                         | 77   |
| Mambéré-Kadéï | 13                 | 927                | 3                        | 9                                 | 424800            | 98791                                       | 51%                         | 112  |
| Sangha-Mbaéré | 5                  | 311                | 1                        | 3                                 | 117700            | 27372                                       | 14%                         | 31   |
| <b>Total</b>  | <b>31</b>          | <b>1744</b>        | <b>7</b>                 | <b>21</b>                         | <b>830000</b>     | <b>193023</b>                               | <b>100%</b>                 | <b>219</b>                                       |

| N° | Nom de l'établissement                | Nombre d'élèves |               |               |
|----|---------------------------------------|-----------------|---------------|---------------|
|    |                                       | Groupe exposé   | Groupe témoin | Total général |
| 1  | École Bania                           |                 | 3             | 3             |
| 2  | École Boukoko                         |                 | 1             | 1             |
| 3  | École d'Application Filles de Mbaïki  | 6               |               | 6             |
| 4  | École d'Application Garçons de Mbaïki | 3               |               | 3             |
| 5  | École de Gbango                       |                 | 1             | 1             |
| 6  | École de Koumba                       |                 | 11            | 11            |
| 7  | École de Mambéré                      |                 | 1             | 1             |
| 8  | École de Mgoulo                       |                 | 1             | 1             |
| 9  | École Gbazi                           | 2               |               | 2             |
| 10 | École Jeanne d'Arc                    | 1               |               | 1             |
| 11 | École Mbanza                          |                 | 2             | 2             |
| 12 | École Mixte de Gbabili                |                 | 13            | 13            |
| 13 | École Mixte de Mbaïki                 | 2               |               | 2             |
| 14 | École Mixte de Mboussa                |                 | 3             | 3             |
| 15 | École Notre Dame de Bombolé           | 1               |               | 1             |
| 16 | École sous-préfectorale de Mongoumba  | 4               | 1             | 4             |
| 17 | École de Yanganguela                  | 2               |               | 2             |
| 18 | École Mixte de Loppo Centre           |                 | 20            | 20            |
| 19 | École privée Catholique de Mbaïki     | 1               |               | 1             |
| 1  | Lycée de Bérengo                      |                 | 1             | 1             |
| 2  | Lycée Moderne de Mbaïki               | 12              |               | 12            |
| 3  | Lycée Moderne de Mongoumba            | 4               |               | 4             |
| 4  | Lycée Moderne de Nola                 | 5               |               | 5             |
|    | <b>Total général</b>                  | <b>42</b>       | <b>58</b>     | <b>100</b>    |



## Annexe 6-2 : Instruments de collecte de données auprès des parties prenantes

### Annexe 6-2.1

## QUESTIONNAIRE Ménages

Bonjour,

Nous réalisons une étude sur les pratiques sanitaires et d'hygiène de votre ménage, y compris les mécanismes d'accès à l'eau potable. Cette étude vise à apprécier les résultats de l'approche de l'Assainissement Total Piloté par la Communauté (ATPC) mise en œuvre par l'UNICEF de 2013 à 2017 dans votre commune. À travers cet entretien, nous souhaitons savoir à quel niveau votre ménage s'est impliqué, quelles ont été les difficultés, les réussites et les échecs quels sont selon vous les apports du projet pour votre ménage et la communauté, et enfin quels sont les défis que vous pouvez relever si l'on devait continuer l'approche dans d'autres villages.

Vos réponses à ce questionnaire seront tenues confidentielles et votre nom ne sera pas mentionné. Acceptez-vous de participer à cette étude? Si l'enquêté/e répond « **Oui** », faire signer la fiche de consentement.

| N°     | Informations préliminaires   | Codes                     |
|--------|--|---------------------------|
| ATPC01 | Date de l'enquête :<br>Heure de début : ___ : ___ Heure de fin : ___ : ___ | ___ / ___ / 2019          |
| ATPC02 | Nom de l'enquêteur/trice _____   | / _ /                     |
| ATPC03 | Numéro du questionnaire  | / _ _ /                   |
| ATPC04 | Nom de la Préfecture _____   | / _ /                     |
| ATPC05 | Nom de la Commune _____  | / _ _ /                   |
| ATPC06 | Nom de la Site/Village/Quartier _____                                      | / _ _ /                   |
| ATPC07 | Identifiant [ 02 + 03 + 04 + 05 + 06 ] <i>Ne pas remplir</i>               | / _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / |

### Module 1 : DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DU MÉNAGE

ATPC101. Age de l'enquêté/e / \_ / \_ / ans

ATPC102. À quelle tranche d'âge appartenez-vous ? [Posez cette question si l'enquêté/e a refusé de donner son âge. Sinon, entourez directement le code correspondant à l'âge donné]

|                 |   |             |   |
|-----------------|---|-------------|---|
| Moins de 18 ans | 1 | 46 – 58 ans | 4 |
| 18 – 30 ans     | 2 | 59 ans +    | 5 |
| 31 – 45 ans     | 3 |             |   |

ATPC103. Inscrire le sexe de l'enquêté/e ? [Ne pas poser la question]

|          |   |         |   |
|----------|---|---------|---|
| Masculin | 1 | Féminin | 2 |
|----------|---|---------|---|

ATPC104. Quelle(s) langue(s) parlez-vous couramment ?

|             |     |   |     |   |
|-------------|-----|---|-----|---|
| Sango       | Oui | 1 | Non | 2 |
| Français    | Oui | 1 | Non | 2 |
| Autre _____ | Oui | 1 | Non | 2 |

ATPC105. Quel est votre niveau d'études ?

[Si « 1 », passez à la question ATPC107]

|                       |   |                      |   |
|-----------------------|---|----------------------|---|
| N'a pas été à l'école | 1 | Secondaire           | 4 |
| Alphabétisation       | 2 | Supérieur            | 5 |
| Primaire              | 3 | Coranique (Musulman) | 6 |

ATPC106. Si l'enquêté/e a été à l'école (alpha., primaire, etc.) :  
Quelle(s) langue(s) pouvez-vous lire et écrire couramment ?

|             | Lecture |       | Écriture |       |
|-------------|---------|-------|----------|-------|
| Sango       | Oui 1   | Non 2 | Oui 1    | Non 2 |
| Français    | Oui 1   | Non 2 | Oui 1    | Non 2 |
| Autre _____ | Oui 1   | Non 2 | Oui 1    | Non 2 |

ATPC107. Quelle est votre nationalité ?

|                |   |           |   |
|----------------|---|-----------|---|
| Centrafricaine | 1 | Étrangère | 2 |
|----------------|---|-----------|---|

(Si 'Étrangère', précisez \_\_\_\_\_)



Évaluation sommative de l'approche de l'Assainissement Total Piloté par la Communauté (ATPC) en Centrafrique

**ATPC108. Quelle est votre groupe ethnique ?**

Arabe-peulhs 1 Pygmées 2  
Autre (précisez) \_\_\_\_\_

**ATPC109. Quelle est votre situation matrimoniale ?**

[Si « 1. Célibataire », passez à la question ATPC110] [Si « 3. Veuf/ve ou 4. Divorcé(e) », passez à la question ATPC109b]  
Célibataire 1 Veuf/veuve 3  
Marié/e 2 Divorcé/e4  
Union libre 5

**ATPC109a.** [Si l'enquêté/e est « 2. Marié » ou « 3. Union libre »] Passez à ATPC110 après la réponse.

**Quel est le nombre de co-épouses?** /\_/\_/ co-épouses

**ATPC109b.** [Si « Divorcé/e ou Veuf/ve »], depuis combien de temps ?

Depuis 1 ans ou moins 1 de ]5 à 10 ans] 3  
de ]1 à 5 ans] 2 plus de 10 ans 4

**ATPC110. Êtes-vous le chef de ménage?** Oui 1 Non 2

**ATPC111. Combien de personnes vivent dans le ménage?**

M F  
ATPC111a. Enfants de moins de 5 ans a1 /\_/\_/ a2. /\_/\_  
ATPC111b. Enfants de 6 à 15 ans b1 /\_/\_/ b2. /\_/\_  
ATPC111c. Personnes de 15 – 65 ans c1 /\_/\_/ c2. /\_/\_  
ATPC111d. Personnes de plus de 65 ans d1 /\_/\_/ d2. /\_/\_  
/\_/\_/

**ATPC112. Combien parmi ces personnes sont les enfants du chef de ménage?**

M F  
Enfant(s) a1. /\_/\_/ a2. /\_/\_  
/\_/\_/

**ATPC113. Parmi ces enfants, combien vont à l'école?**

M F  
Enfants scolarisés a1. /\_/\_/ a2. /\_/\_  
/\_/\_/

**ATPC114a. Quelle est votre activité principale actuelle ?**

Fonctionnaire 1 Patron à son compte 8  
Salarié du privé 2 Agriculteur 9  
Élève/Étudiant(e) 3 Éleveur 10  
Commerçant(e) 4 Chômeur/Sans emploi 11  
Artisan/Apprenti 5 Retraité/Invalide 12  
Aide familiale 6 Femme/Homme au foyer 13  
Ouvrier agric. 7 Transporteur (moto, vélo) 14  
Autre \_\_\_\_\_ /\_/

**ATPC114b. Combien de personnes dans votre ménage ont une activité qui rapporte des revenus ou ressources en nature, y compris vous-même?**

Nombre de personnes actives /\_/

**ATPC115. Les dépenses du ménage sont effectuées par qui ?**

Le chef de ménage seul 1  
Le chef de ménage et son conjoint 2  
Toutes les personnes actives 3  
Membres de la famille et parents proches 4  
Un ou des enfants du CM 5

Autre (à préciser) \_\_\_\_\_ /\_/

**ATPC116. Avez-vous l'électricité à la maison/dans le village?**

[Si Oui, passez à ATPC118] Oui 1 Non 2

**ATPC117. Si « Non », quel moyen utilisez-vous généralement pour l'éclairage à la maison?**

Lampe électrique (avec piles) 1 Plaque solaire 4  
Lampe tempête (avec pétrole) 2 Bougie 5  
Aucun éclairage disponible 3 Éclairage au feu 6  
Autre \_\_\_\_\_ /\_/

**ATPC118. Quel est le statut d'occupation de votre maison ?**

[Si « 1. Propriétaire, 3. Maison fam., 4. Chez un am; 5. Camp de dép.; 6. Maison adm. », passez à la question ATPC119a]

Propriétaire 1 Vit chez un ami 4  
Locataire 2 Camp de déplacé/e 5  
Maison familiale 3 Maison administrative 6  
Autre \_\_\_\_\_ /\_/

**ATPC119.** [Si « 2. Locataire »], À combien s'élève le loyer mensuel ? Passez à ATPC120. Montant /\_/\_/\_/\_/ F

**ATPC119a. Depuis combien de temps vivez-vous dans cette résidence?**

Depuis 1 ans ou moins 1 de ]5 à 10 ans] 3  
de ]1 à 5 ans] 2 plus de 10 ans 4

**ATPC120. Quelle est la source principale d'approvisionnement en eau de votre ménage?** [Si la réponse est différente de « 1 et 2 » Passez à la question ATPC122]

Eau du Robinet 1 Puits protégé 5  
Pompe/forage/fontaine publique payante 2 Puits non protégé 6  
Pompe/forage/fontaine publique non-payante 3 Eau de pluie 7  
Eau de surface (rivière, ruisseau, source, etc.) 4 Eau en bouteille 8  
Autre \_\_\_\_\_ /\_/

**ATPC121.** [Si « 1. Eau du robinet ou 2. Pompe payante »] En moyenne, à combien s'élève le coût mensuel pour l'eau ?

Coût mensuel /\_/\_/\_/\_/ Fcfa

**ATPC122. Où est-ce que vous gardez en réserve l'eau à boire dans la maison?** Bidon protégé 1 Bidon non-protégé 2

**ATPC123. Comment traitez-vous cette eau de réserve avant de la boire?**

Aucun traitement 1 La fait bouillir 3  
Filtrer avec un tissu 2 Autre \_\_\_\_\_ /\_/

**ATPC124. Combien dépensez-vous par mois pour l'ensemble de votre ménage ?**

ATPC124a. SANTE /\_/\_/\_/\_/\_/ Fcfa  
ATPC124b. NOURRITURE /\_/\_/\_/\_/\_/ Fcfa  
ATPC124c. HABILLEMENT /\_/\_/\_/\_/\_/ Fcfa  
ATPC124d. EDUCATION /\_/\_/\_/\_/\_/ Fcfa  
ATPC124e. TRANSPORT /\_/\_/\_/\_/\_/ Fcfa  
ATPC124f. REINVEST./PROD. /\_/\_/\_/\_/\_/ Fcfa  
ATPC124g. AUTRES Dép. /\_/\_/\_/\_/\_/ Fcfa



**Module 2 : ANALYSE DE L'ÉVOLUTION DE L'ASSAINISSEMENT ET DE L'HYGIÈNE DU MÉNAGE**

**ATPC201. Avez-vous une latrine/Installation sanitaire principale** [utilisée par la majorité des membres du ménage] **dans votre logement/parcelle?** [Si « Non », passez à la question ATPC256]  
Oui 1 Non 2

**ATPC202. Si oui, où se trouve-t-elle?** [Aller vérifier et prendre une photo après avoir eu le consentement de l'enquêté/e]  
Dans la cour/parcelle 1 En dehors de la cour/parcelle 2

**ATPC203. Votre latrine est-elle :**  
[Si « Nouv. construite », passez à la question ATPC226]  
Nouvellement construite 1 Réhabilitée/améliorée 2

**Si la « latrine à été réhabilitée/améliorée » :**

**ATPC204. Quand cette latrine a-t-elle été construite/installée pour la première fois** (avant la réhabilitation)?  
Date : / / / / / /  
jour mois année

**ATPC204a. Quand votre latrine a-t-elle été améliorée/réhabilitée?**  
Date : / / / / / /  
jour mois année

**ATPC204b. Qui a pris la décision de l'améliorer/réhabiliter?**

|   |   |
|---|---|
| Moi-même (le chef de ménage)                            | 1 |
| La décision de mon épouse/conjointe                     | 2 |
| La décision d'un autre membre mon ménage                | 3 |
| La décision du chef de village                          | 4 |
| Les conseils des voisins                                | 5 |
| Les conseils de membres de la communauté                | 6 |
| Les conseils d'un entrepreneur (service payé)           | 7 |
| Les conseils d'une organisation (ONG, État, Entreprise) | 8 |

(Précisez le nom) \_\_\_\_\_  
Autre \_\_\_\_\_ / /

**ATPC204c. Pourquoi fallait-il améliorer/réhabiliter votre latrine?**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**ATPC205. Pouvez-vous me dire quelles étaient la forme et les mesures (estimation) de la fosse à ce moment-là (1<sup>ère</sup> fois)?**

*a. Forme de la latrine*  
Carré 1 Circulaire 2 Rectangulaire 3

*b. Mesures de la fosse (estimation)*  
Largeur / / mètres  
Longueur / / mètres  
Profondeur / / mètres

**ATPC205a. Quelles sont la forme et les mesures (estimation) de la fosse actuelle?**

*a. Forme de la latrine*  
Carré 1 Circulaire 2 Rectangulaire 3

*b. Mesures de la fosse (estimation)*  
Largeur / / mètres  
Longueur / / mètres  
Profondeur / / mètres

**ATPC206. Quel type de fosse était-ce (1<sup>ère</sup> fois) :**

|   |   |
|---|---|
| Fosse simple non-recouverte                     | 1 |
| Fosse simple recouverte de planche de bois      | 2 |
| Fosse simple recouverte de dalle (en ciment)    | 3 |
| Fosse améliorée non-recouverte                  | 4 |
| Fosse améliorée recouverte de planche de bois   | 5 |
| Fosse améliorée recouverte de dalle (en ciment) | 6 |

Autre \_\_\_\_\_ / /

**ATPC206a. Quel type de fosse avez-vous maintenant :**

|   |   |
|---|---|
| Fosse simple non-recouverte                     | 1 |
| Fosse simple recouverte de planche de bois      | 2 |
| Fosse simple recouverte de dalle (en ciment)    | 3 |
| Fosse améliorée non-recouverte                  | 4 |
| Fosse améliorée recouverte de planche de bois   | 5 |
| Fosse améliorée recouverte de dalle (en ciment) | 6 |

Autre \_\_\_\_\_ / /

**ATPC207. Quel type de clôture/muraille de protection avait la latrine la 1<sup>ère</sup> fois qu'elle a été construite :**

|   |   |
|---|---|
| Aucune clôture/muraille                         | 1 |
| Clôture/muraille de protection en paille/bambou | 2 |
| Clôture/muraille de protection en bois          | 3 |
| Clôture/muraille de protection en brique        | 4 |

Autre \_\_\_\_\_ / /

**ATPC207a. Quel type de clôture/muraille de protection avez-vous installé sur votre latrine actuellement :**

|   |   |
|---|---|
| Aucune clôture/muraille                         | 1 |
| Clôture/muraille de protection en paille/bambou | 2 |
| Clôture/muraille de protection en bois          | 3 |
| Clôture/muraille de protection en brique        | 4 |

Autre \_\_\_\_\_ / /

**ATPC208. [À poser si la 1<sup>ère</sup> latrine avait une clôture] Quel type de porte avait la clôture/muraille de la latrine la 1<sup>ère</sup> fois qu'elle a été construite?**

|                |   |                            |   |
|----------------|---|----------------------------|---|
| Aucune porte   | 1 | Porte en paille/bambou     | 4 |
| Porte en métal | 2 | Porte sous-forme de rideau | 5 |
| Porte en bois  | 3 | Autre _____ / /            |   |

**ATPC208a. [À poser si la latrine actuelle a une clôture] Quel type de porte a la clôture/muraille de la latrine maintenant?**

|                |   |                            |   |
|----------------|---|----------------------------|---|
| Aucune porte   | 1 | Porte en paille/bambou     | 4 |
| Porte en métal | 2 | Porte sous-forme de rideau | 5 |
| Porte en bois  | 3 | Autre _____ / /            |   |



Évaluation sommative de l'approche de l'Assainissement Total Piloté par la Communauté (ATPC) en Centrafrique

**ATPC209a. Qui a participé à la construction votre latrine pour la première fois?** [Si uniquement « l'enquêté/e », passez à ATPC211]

|                                       |     |   |     |   |
|---------------------------------------|-----|---|-----|---|
| L'enquêté/e (le chef de ménage)       | Oui | 1 | Non | 2 |
| Les membres de mon ménage             | Oui | 1 | Non | 2 |
| Les voisins                           | Oui | 1 | Non | 2 |
| Les membres de la communauté          | Oui | 1 | Non | 2 |
| Un entrepreneur (service payé)        | Oui | 1 | Non | 2 |
| Les membres de l'Église               | Oui | 1 | Non | 2 |
| Une organisation (ONG, État, Entrep.) | Oui | 1 | Non | 2 |
| (Précisez le nom) _____               |     |   |     |   |
| Autre _____                           | Oui | 1 | Non | 2 |

**ATPC210.** [Si la réponse à ATPC209a n'est par uniquement « l'enquêté/e »] **Sans l'aide de ces personnes, pensez-vous que vous auriez pu construire vous-même la latrine cette 1<sup>ère</sup> fois?**  
 Oui 1 Non 2

**ATPC211. Pourquoi pensez-vous cela?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ATPC209b. Qui a participé à l'amélioration/réhabilitation de votre latrine?** [Si uniquement « l'enquêté/e », passez à ATPC211a]

|                                       |     |   |     |   |
|---------------------------------------|-----|---|-----|---|
| L'enquêté/e (le chef de ménage)       | Oui | 1 | Non | 2 |
| Les membres de mon ménage             | Oui | 1 | Non | 2 |
| Les voisins                           | Oui | 1 | Non | 2 |
| Les membres de la communauté          | Oui | 1 | Non | 2 |
| Un entrepreneur (service payé)        | Oui | 1 | Non | 2 |
| Les membres de l'Église               | Oui | 1 | Non | 2 |
| Une organisation (ONG, État, Entrep.) | Oui | 1 | Non | 2 |
| (Précisez le nom) _____               |     |   |     |   |
| Autre _____                           | Oui | 1 | Non | 2 |

**ATPC210a.** [Si la réponse à ATPC209b n'est par uniquement « l'enquêté/e »] **Sans l'aide de ces personnes, pensez-vous que vous auriez pu construire vous-même la latrine cette 1<sup>ère</sup> fois?**  
 Oui 1 Non 2

**ATPC211a. Pourquoi pensez-vous cela?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ATPC212. Avec quels outils/moyens clés avez-vous creusé/foré la fosse de la latrine?** [Inscrire le nombre si l'outil a été utilisé]

|                            | Nombre : | 1 <sup>ère</sup> fois | Réhabilitation |
|----------------------------|----------|-----------------------|----------------|
| Une (ou des) pioches       |          | / / /                 | / / /          |
| Une (ou des) daba(s)       |          | / / /                 | / / /          |
| Une (ou des) pelle(s)      |          | / / /                 | / / /          |
| Une (ou des) barre à mines |          | / / /                 | / / /          |
| Autre 1 _____              |          | / / /                 |                |
| Autre 2 _____              |          |                       | / / /          |

**ATPC213. Est-ce que des personnes vous ont fourni une partie ou la totalité des outils/moyens de forage de la fosse?**

[Si uniquement « l'enquêté/e », passez à ATPC215]

|                                       | 1 <sup>ère</sup> fois | Réhabilitation |
|---------------------------------------|-----------------------|----------------|
|                                       | (Oui 1 ou Non 2)      |                |
| L'enquêté/e (le chef de ménage)       | / /                   | / /            |
| Les membres de mon ménage             | / /                   | / /            |
| Les voisins                           | / /                   | / /            |
| Les membres de la communauté          | / /                   | / /            |
| Un entrepreneur (service payé)        | / /                   | / /            |
| Les membres de l'Église               | / /                   | / /            |
| Une organisation (ONG, État, Entrep.) | / /                   | / /            |
| (Précisez le nom) _____               |                       |                |
| Autre 1 _____                         | / /                   |                |
| Autre 2 _____                         |                       | / /            |

**ATPC214. Quels outils/moyens clés avez-vous reçu de ces personnes?** [Inscrire le nombre si l'outil a été fourni par quelqu'un d'autre que le chef de ménage]

|                            | Nombre : | 1 <sup>ère</sup> fois | Réhabilitation |
|----------------------------|----------|-----------------------|----------------|
| Une (ou des) pioches       |          | / / /                 | / / /          |
| Une (ou des) daba(s)       |          | / / /                 | / / /          |
| Une (ou des) pelle(s)      |          | / / /                 | / / /          |
| Une (ou des) barre à mines |          | / / /                 | / / /          |
| Autre 1 _____              |          | / / /                 |                |
| Autre 2 _____              |          |                       | / / /          |

**ATPC215. À quel degré utilisiez-vous la latrine?**

Avant la réhabilitation :

|                  |   |                |   |
|------------------|---|----------------|---|
| Toujours         | 1 | Presque jamais | 3 |
| Presque toujours | 2 | Jamais         | 4 |

Après la réhabilitation :

|                  |   |                |   |
|------------------|---|----------------|---|
| Toujours         | 1 | Presque jamais | 3 |
| Presque toujours | 2 | Jamais         | 4 |

**ATPC216.** [Si « Presque jamais » ou « Jamais » à ATPC216] **Où allez-vous faire vos besoins?**

|                           | 1 <sup>ère</sup> fois | Réhabilitation |
|---------------------------|-----------------------|----------------|
| Dans la latrine du voisin | / /                   | / /            |
| Dans les broussailles     | / /                   | / /            |
| Autre 1 _____             | / /                   |                |
| Autre 2 _____             |                       | / /            |

**ATPC217. Combien de personnes dans le ménage utilisaient/utilisent la latrine?**

|                     | 1 <sup>ère</sup> fois | Réhabilitation |
|---------------------|-----------------------|----------------|
| Nombre de personnes | / / /                 | / / /          |

**ATPC218. Pendant la nuit ou au petit-matin, où vous et les membres du ménage allez faire vos cacas (défécation) le plus souvent ?**

|                           | 1 <sup>ère</sup> fois | Réhabilitation |
|---------------------------|-----------------------|----------------|
| Dans la latrine du ménage | / /                   | / /            |
| Dans la latrine du voisin | / /                   | / /            |
| Dans les broussailles     | / /                   | / /            |
| Autre 1 _____             | / /                   |                |
| Autre 2 _____             |                       | / /            |



Évaluation sommative de l'approche de l'Assainissement Total Piloté par la Communauté (ATPC) en Centrafrique

**ATPC219.** [Si « broussailles » à ATPC218]

**Pourquoi allez-vous là-bas?**

|                             | 1 <sup>ère</sup> fois | Réhabilitation |
|-----------------------------|-----------------------|----------------|
| Éclairage non-disponible    | / /                   | / /            |
| Plus pratique/facile/rapide | / /                   | / /            |
| Autre 1 _____               | / /                   |                |
| Autre 2 _____               |                       | / /            |

**ATPC220. Après avoir fait vos selles, vous lavez-vous les mains le plus souvent?** [Si Non, passez à la question ATPC222]

|                         | Oui | 1 | Non | 2 |
|-------------------------|-----|---|-----|---|
| Avant la réhabilitation | Oui | 1 | Non | 2 |
| Après la réhabilitation | Oui | 1 | Non | 2 |

**ATPC221. Si Oui (avant ou après), pouvez-vous m'expliquez les étapes que vous suivez pour vous laver les mains?**

[Ne pas suggérer/citer]

|                                  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|----------------------------------|---|---|---|---|---|
| Rince avec de l'eau              | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Utilise du savon                 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Utilise les deux mains           | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Frotte les mains au moins 3 fois | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Sèche les mains hygiéniquement   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**ATPC222. Si Non (avant ou après), pourquoi?**

Avant : \_\_\_\_\_

Après : \_\_\_\_\_

**ATPC223. Possédez-vous un dispositif amélioré pour le lavage des mains (DLM)?**

|                         | Oui | 1 | Non | 2 |
|-------------------------|-----|---|-----|---|
| Avant la réhabilitation | Oui | 1 | Non | 2 |
| Après la réhabilitation | Oui | 1 | Non | 2 |

**ATPC224. Connaissez-vous les avantages et les risques liés au lavage des mains avec du savon aux moments critiques?** [Si Non (avant et après), passez à ATPC226]

|                         | Oui | 1 | Non | 2 |
|-------------------------|-----|---|-----|---|
| Avant la réhabilitation | Oui | 1 | Non | 2 |
| Après la réhabilitation | Oui | 1 | Non | 2 |

**ATPC225. Si Oui (avant ou après), quels sont ces avantages selon vous?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**[Passez à ATPC249]**

**Si la « latrine est nouvelle (construite récemment) » :**

[Ménage ayant construit une latrine pour la première fois.]

**ATPC226. Quand votre latrine a-t-elle été construite/installée?**

Date : / / / / / /  
jour mois année

**ATPC227. Qui a pris la décision de la construire?**

|   |   |
|---|---|
| Moi-même (le chef de ménage)                            | 1 |
| La décision de mon épouse/conjointe                     | 2 |
| La décision d'un autre membre mon ménage                | 3 |
| La décision du chef de village                          | 4 |
| Les conseils des voisins                                | 5 |
| Les conseils de membres de la communauté                | 6 |
| Les conseils d'un entrepreneur (service payé)           | 7 |
| Les conseils d'une organisation (ONG, État, Entreprise) | 8 |
| (Précisez le nom) _____                                 |   |
| Autre _____ / /   |   |

**ATPC228. Pouvez-vous me dire quelles sont la forme et les mesures (estimation) de la fosse de votre latrine?**

a. Forme de la latrine

|       |   |            |   |               |   |
|-------|---|------------|---|---------------|---|
| Carré | 1 | Circulaire | 2 | Rectangulaire | 3 |
|-------|---|------------|---|---------------|---|

b. Profondeur de la fosse (estimation)

Largeur / / mètres

Longueur / / mètres

Profondeur / / mètres

**ATPC229. Quel type de fosse a été foré :**

|   |   |
|---|---|
| Fosse simple non-recouverte                     | 1 |
| Fosse simple recouverte de planche de bois      | 2 |
| Fosse simple recouverte de dalle (en ciment)    | 3 |
| Fosse améliorée non-recouverte                  | 4 |
| Fosse améliorée recouverte de planche de bois   | 5 |
| Fosse améliorée recouverte de dalle (en ciment) | 6 |
| Autre _____ / /                                 |   |

**ATPC230. Quel type de clôture/muraille de protection avez-vous installé sur votre latrine qui a été construite :**

|   |   |
|---|---|
| Aucune clôture/muraille                         | 1 |
| Clôture/muraille de protection en paille/bambou | 2 |
| Clôture/muraille de protection en bois          | 3 |
| Clôture/muraille de protection en brique        | 4 |
| Autre _____ / /                                 |   |

**ATPC231. Quel type de porte est installé sur la clôture/muraille de la latrine?**

|                |   |                            |   |
|----------------|---|----------------------------|---|
| Aucune porte   | 1 | Porte en paille/bambou     | 4 |
| Porte en métal | 2 | Porte sous-forme de rideau | 5 |
| Porte en bois  | 3 | Autre _____ / /            |   |

**ATPC232. Qui a participé à la construction votre latrine?**

|                                       |     |   |     |   |
|---------------------------------------|-----|---|-----|---|
| L'enquêté/e (le chef de ménage)       | Oui | 1 | Non | 2 |
| Les membres de mon ménage             | Oui | 1 | Non | 2 |
| Les voisins                           | Oui | 1 | Non | 2 |
| Les membres de la communauté          | Oui | 1 | Non | 2 |
| Un entrepreneur (service payé)        | Oui | 1 | Non | 2 |
| Les membres de l'Église               | Oui | 1 | Non | 2 |
| Une organisation (ONG, État, Entrep.) | Oui | 1 | Non | 2 |
| (Précisez le nom) _____               |     |   |     |   |
| Autre _____                           | Oui | 1 | Non | 2 |





Évaluation sommative de l'approche de l'Assainissement Total Piloté par la Communauté (ATPC) en Centrafrique

**ATPC233.** [Si la réponse à ATPC232 n'est par uniquement « l'enquêté/e »] **Sans l'aide de ces personnes, pensez-vous que vous auriez pu construire vous-même la latrine?**

Oui 1 Non 2

**ATPC234.** Pourquoi pensez-vous cela?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ATPC235.** Avec quels outils/moyens clés avez-vous creusé/foré la fosse de la latrine? [Inscrire le nombre si l'outil a été utilisé]

|                            | Nombre |
|----------------------------|--------|
| Une (ou des) pioches       | / / /  |
| Une (ou des) daba(s)       | / / /  |
| Une (ou des) pelle(s)      | / / /  |
| Une (ou des) barre à mines | / / /  |
| Autre _____                | / / /  |

**ATPC236.** Est-ce que des personnes vous ont fourni une partie ou la totalité des outils/moyens de forage de la fosse?

|                                       |     |   |     |   |
|---------------------------------------|-----|---|-----|---|
| L'enquêté/e (le chef de ménage)       | Oui | 1 | Non | 2 |
| Les membres de mon ménage             | Oui | 1 | Non | 2 |
| Les voisins                           | Oui | 1 | Non | 2 |
| Les membres de la communauté          | Oui | 1 | Non | 2 |
| Un entrepreneur (service payé)        | Oui | 1 | Non | 2 |
| Les membres de l'Église               | Oui | 1 | Non | 2 |
| Une organisation (ONG, État, Entrep.) | Oui | 1 | Non | 2 |

(Précisez le nom) \_\_\_\_\_

**ATPC237.** Quels outils/moyens clés avez-vous reçu de ces personnes? [Inscrire le nombre si l'outil a été fourni par quelqu'un d'autre que le chef de ménage]

|                            |     |   |     |   |
|----------------------------|-----|---|-----|---|
| Une (ou des) pioches       | Oui | 1 | Non | 2 |
| Une (ou des) daba(s)       | Oui | 1 | Non | 2 |
| Une (ou des) pelle(s)      | Oui | 1 | Non | 2 |
| Une (ou des) barre à mines | Oui | 1 | Non | 2 |
| Autre _____                | Oui | 1 | Non | 2 |

**ATPC238.** À quel degré utilisez-vous la latrine?

|                  |   |                |   |
|------------------|---|----------------|---|
| Toujours         | 1 | Presque jamais | 3 |
| Presque toujours | 2 | Jamais         | 4 |

**ATPC239.** [Si « Presque jamais » ou « Jamais »] **Où allez-vous faire vos cacas (excréments)?**

Dans la latrine du voisin / / /

Dans les broussailles / / /

Autre \_\_\_\_\_ / / /

**ATPC240.** Combien de personnes dans le ménage utilisent la latrine? Nombre de personnes / / /

**ATPC241.** Pendant la nuit ou au petit-matin, où vous et les membres du ménage allez faire vos cacas le plus souvent ?

Dans la latrine du ménage 1

Dans la latrine du voisin 2

Dans les broussailles 3

Autre 1 \_\_\_\_\_ / / /

**ATPC242.** [Si « broussailles » à ATPC241]

**Pourquoi allez-vous là-bas?**

Éclairage non-disponible 1

Plus pratique/facile/rapide 2

Autre \_\_\_\_\_ / / /

**ATPC243.** Après avoir fait vos selles, vous lavez-vous les mains le plus souvent? [Si Non, passez à la question ATPC245]

Oui 1 Non 2

**ATPC244.** Si Oui, pouvez-vous m'expliquer les étapes que vous suivez pour vous laver les mains? [Ne pas suggérer/citer]

|                                  |   |   |   |   |   |
|----------------------------------|---|---|---|---|---|
| Rince avec de l'eau              | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Utilise du savon                 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Utilise les deux mains           | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Frotte les mains au moins 3 fois | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Sèche les mains hygiéniquement   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**ATPC245.** Si Non, pourquoi?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ATPC246.** Possédez-vous un dispositif amélioré pour le lavage des mains (DLM)? Oui 1 Non 2

**ATPC247.** Connaissez-vous les avantages et les risques liés au lavage des mains avec du savon aux moments critiques? [Si Non, passez à ATPC249]

Oui 1 Non 2

**ATPC248.** Si Oui, quels sont ces avantages selon vous?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

[Passez à ATPC252]

**Uniquement les ménages avec latrine réhabilitée**

**ATPC249.** Avant que vous réhabilitiez/construisiez votre latrine, à quelle fréquence arrivait-il que l'un des membres de votre ménage souffre de la diarrhée?

**a. Enfants de moins de 5 ans**

|          |   |          |   |
|----------|---|----------|---|
| Toujours | 1 | Rarement | 3 |
| Souvent  | 2 | Jamais   | 4 |

**b. Personnes de 5 ans et plus**

|          |   |          |   |
|----------|---|----------|---|
| Toujours | 1 | Rarement | 3 |
| Souvent  | 2 | Jamais   | 4 |

**ATPC250.** En moyenne, combien de cas de diarrhée enregistriez-vous par an dans votre ménage?

a. Enfants de moins de 5 ans / / /

b. Personnes de 5 ans et plus / / /





**ATPC251. Où jetez-vous les selles des enfants?**

|                   |   |                        |   |
|-------------------|---|------------------------|---|
| Aux champs/nature | 1 | Dans la rivière/source | 4 |
| Au tas d'ordures  | 2 | Dans la latrine/VC     | 5 |
| Je les enterre    | 3 | Autre _____ /__/       |   |

**Tous les ménages ayant une latrine (réhab. ou nouvelle)**

**ATPC252. Depuis que vous avez construit/réhabilité votre latrine, à quelle fréquence arrive-t-il que l'un des membres de votre ménage souffre de la diarrhée?**

a. Enfants de moins de 5 ans

|          |   |          |   |
|----------|---|----------|---|
| Toujours | 1 | Rarement | 3 |
| Souvent  | 2 | Jamais   | 4 |

b. Personnes de 5 ans et plus

|          |   |          |   |
|----------|---|----------|---|
| Toujours | 1 | Rarement | 3 |
| Souvent  | 2 | Jamais   | 4 |

**ATPC253. En moyenne, combien de cas de diarrhée enregistrez-vous par an dans votre ménage?**

|                               |        |
|-------------------------------|--------|
| a. Enfants de moins de 5 ans  | /__/_/ |
| b. Personnes de 5 ans et plus | /__/_/ |

**ATPC254. Où jetez-vous les selles des enfants?**

|                   |   |                        |   |
|-------------------|---|------------------------|---|
| Aux champs/nature | 1 | Dans la rivière/source | 4 |
| Au tas d'ordures  | 2 | Dans la latrine/VC     | 5 |
| Je les enterre    | 3 | Autre _____ /__/       |   |

**ATPC255. Quelles sont les occasions où vous et les membres de votre ménage vous lavez les mains? [Ne pas suggérer/citer]**

|   |     |   |     |   |
|---|-----|---|-----|---|
| Avant de manger                           | Oui | 1 | Non | 2 |
| Après avoir mangé                         | Oui | 1 | Non | 2 |
| Avant l'allaitement ou de nourrir un bébé | Oui | 1 | Non | 2 |
| Avant/après la préparation                | Oui | 1 | Non | 2 |
| Après le caca (selles)                    | Oui | 1 | Non | 2 |
| Après avoir essuyé le caca d'un enfant    | Oui | 1 | Non | 2 |
| De retour du travail/école                | Oui | 1 | Non | 2 |
| Autre _____                               |     |   |     |   |

[Passez au module 3 s'il s'agit de ménage d'un village FDAL]

**Si « Ne dispose pas d'une latrine dans le ménage » :**

**ATPC256. Où allez-vous faire vos cacas (excréments)?**

|                           |   |
|---------------------------|---|
| Dans la latrine du voisin | 1 |
| Dans les broussailles     | 2 |
| Autre _____ /__/          |   |

**ATPC257. Pourquoi ne construisez-vous pas une latrine dans votre ménage?**

|  |   |
|--|---|
| Manque de moyens                         | 1 |
| Incapacité (Personne à mobilité réduite) | 2 |
| Autre _____ /__/                         |   |

**ATPC258. À quelle fréquence arrive-t-il que l'un des membres de votre ménage souffre de la diarrhée?**

a. Enfants de moins de 5 ans

|          |   |          |   |
|----------|---|----------|---|
| Toujours | 1 | Rarement | 3 |
| Souvent  | 2 | Jamais   | 4 |

b. Personnes de 5 ans et plus

|          |   |          |   |
|----------|---|----------|---|
| Toujours | 1 | Rarement | 3 |
| Souvent  | 2 | Jamais   | 4 |

**ATPC259. En moyenne, combien de cas de diarrhée enregistrez-vous par an dans votre ménage?**

|                               |        |
|-------------------------------|--------|
| a. Enfants de moins de 5 ans  | /__/_/ |
| b. Personnes de 5 ans et plus | /__/_/ |

**ATPC260. Où jetez-vous les selles des enfants?**

|                   |   |                        |   |
|-------------------|---|------------------------|---|
| Aux champs/nature | 1 | Dans la rivière/source | 4 |
| Au tas d'ordures  | 2 | Dans la latrine/VC     | 5 |
| Je les enterre    | 3 | Autre _____ /__/       |   |

**ATPC261. Quelles sont les occasions où vous et les membres de votre ménage vous lavez les mains? [Ne pas suggérer/citer]**

|   |     |   |     |   |
|---|-----|---|-----|---|
| Avant de manger                           | Oui | 1 | Non | 2 |
| Après avoir mangé                         | Oui | 1 | Non | 2 |
| Avant l'allaitement ou de nourrir un bébé | Oui | 1 | Non | 2 |
| Avant/après la préparation                | Oui | 1 | Non | 2 |
| Après le caca (selles)                    | Oui | 1 | Non | 2 |
| Après avoir essuyé le caca d'un enfant    | Oui | 1 | Non | 2 |
| De retour du travail/école                | Oui | 1 | Non | 2 |
| Autre _____                               |     |   |     |   |

[Terminer le questionnaire]



**Module 3 : CHECKLIST DE VÉRIFICATION DES ÉTAPES DE MISE EN ŒUVRE DE L'A.T.P.C.  
(ménages bénéficiaires uniquement)**

| N°       | Questions  | Réponses<br>(1. Oui / 2. Non / 3. Ne sait pas) |  | Commentaires |
|----------|--|--|--|--------------|
|          |  | Ensemble de la communauté                      | Genre<br>(inclusion des femmes / filles) |              |
| <b>A</b> | <b>Pré-déclenchement</b>   |  |  |              |
| 1        | Entre 2013 et 2017, avez-vous participé à une rencontre avec les agents des ONGs (facilitateurs-trices) pour parler de l'assainissement dans le village ? Précisez la date, le lieu et expliquez le déroulement.<br><b>Si Oui, répondre aux questions suivantes.<br/>Si Non, terminez le questionnaire</b> |  |  |              |
| 2        | Combien d'agents facilitateurs-trices ATPC étaient présents pendant ces activités ? Était-ce la première fois que des personnes viennent dans le village pour parler de l'hygiène et de l'assainissement et de la façon dont vous faites vos cacas ?   |  |  |              |
|          | Comment vous êtes-vous senti pendant ces premières activités dans votre village ?  |  |  |              |
| <b>B</b> | <b>Déclenchement</b>   |  |  |              |
| 1        | Après les premières discussions avec les agents des ONGs, est-ce qu'au moins un Leader Naturel a émergé dans le village ? (point d'attention : encouragement des femmes et des filles à être Leader Naturel)   |  |  |              |
| 2        | Avez-vous participé à l'atelier pratique de présentation de l'ATPC (journée de déclenchement) ? Expliquez.<br><b>Si Oui, répondre aux questions suivantes.<br/>Si Non, passez au Post-déclenchement</b>  |  |  |              |
| 3        | Est-ce que l'atelier a eu lieu à un moment propice pour vous (période où vous êtes disponibles) ?  |  |  |              |
| 4        | Combien d'agents facilitateurs-trices ATPC (ONG) ont facilité cet atelier ?  |  |  |              |
| 5        | Est-ce qu'une cartographie des installations d'approvisionnement d'eau et d'assainissement dans la communauté a été réalisée pendant l'atelier (déclenchement) ?   |  |  |              |
| 6        | Est-ce que la « marche de la honte » (traversée des excréments) a été réalisée dans la communauté ?  |  |  |              |
| 7        | Est-ce que la discussion sur les voies de contaminations des cacas a été réalisée dans la communauté ?   |  |  |              |
| 8        | Est-ce la séance d'évaluation de la capacité de stockage des selles (« calcul des cacas ») a été réalisée dans la communauté ?   |  |  |              |



Évaluation sommative de l'approche de l'Assainissement Total Piloté par la Communauté (ATPC) en Centrafrique

| N°       | Questions   | Réponses<br>(1. Oui / 2. Non / 3. Ne sait pas) |  | Commentaires |
|----------|---|--|--|--------------|
|          |   | Ensemble de la communauté                      | Genre<br>(inclusion des femmes / filles) |              |
| 9        | Est-ce que l'examen des coûts médicaux liés aux DAL a été réalisé dans la communauté ?  |  |  |              |
| 10       | Est-ce que le « test du verre/bouteille » d'eau a été réalisé dans la communauté ?  |  |  |              |
| 11       | Est-ce qu'un plan d'action a été élaboré par la communauté après le déclenchement ?   |  |  |              |
| 12       | Comment vous êtes-vous senti pendant toutes ces activités ?   |  |  |              |
|          | Avez-vous décidé d'améliorer/construire votre latrine juste après ces activités (après le déclenchement) ? Expliquez pourquoi ?   |  |  |              |
| <b>C</b> | <b>Post-déclenchement</b>   |  |  |              |
| 1        | Est-ce que votre communauté a été accompagnée par les agents facilitateurs-trices (ONGs) dans l'utilisation d'outils de négociation pour l'élimination des cacas ? (outils pour convaincre les plus sceptiques, etc.)   |  |  |              |
| 2        | Est-ce que votre communauté a été accompagnée pour l'identification d'indicateurs de suivi de l'avancement du plan d'action (nombre de latrines dans le village, carte d'assainissement, visites ou photos et vidéos des zones de défécation, etc.) ?   |  |  |              |
| 3        | Est-ce que le Leader Naturel identifié a joué convenablement son rôle de mobilisation et de suivi (compte-rendu, plan d'actions, mise en œuvre des décisions, etc.)   |  |  |              |
| 4        | Est-ce que les Chefs religieux et/ou chefs de villages ont été activement impliqués dans le suivi de la construction/réhabilitation de votre latrine (activités vers l'état FDAL) ?   |  |  |              |
| 5        | Est-ce que les enfants de votre ménage (dans la communauté) ont été encouragés ou impliqués dans la construction/réhabilitation de votre latrine (activités vers l'état FDAL) ?   |  |  |              |
| 6        | Est-ce que les membres les plus vulnérables (ex. personnes à mobilité réduite : vieillards, handicapés, etc.), discriminés (ex. pygmées, peulhs, etc.) et démunis (ex. les chefs de ménage les plus pauvres) de la communauté ont été encouragés ou impliqués dans les activités vers l'état FDAL ? |  |  |              |
| 7        | Est-ce que les agents facilitateurs-trices ATPC (ONG) vous ont fourni des informations sur l'accès au matériel d'assainissement si vous en aviez besoin (uniquement mise en relation avec les marchés locaux de matériel)   |  |  |              |



Évaluation sommative de l'approche de l'Assainissement Total Piloté par la Communauté (ATPC) en Centrafrique

| N°       | Questions   | Réponses<br>(1. Oui / 2. Non / 3. Ne sait pas) |  | Commentaires |
|----------|---|--|--|--------------|
|          |   | Ensemble de la communauté                      | Genre<br>(inclusion des femmes / filles) |              |
| 8        | Est-ce que l'état FDAL de votre ménage (latrine construite/réhabilité) a été atteint entre 3 semaines et 3 mois après le déclenchement dans le village ?  |  |  |              |
| 9        | Est-ce qu'une vérification de l'état FDAL dans votre ménage été réalisée ? Si oui, par qui ? (agents facilitateurs-trices des ONGs, DGRH, etc.)   |  |  |              |
| 10       | Est-ce qu'une certification de l'état FDAL a été réalisée dans votre ménage ? Si oui, par qui ? (agents facilitateurs-trices des ONGs, DGRH, etc.)  |  |  |              |
| <b>D</b> | <b>Durabilité et passage à échelle</b>  |  |  |              |
| 1        | Est-ce qu'une célébration de l'état FDAL a été réalisée dans le village (cérémonie pour fêter la FDAL) ?  |  |  |              |
| 2        | Est-ce que des mécanismes de suivi de la pérennité de l'état FDAL dans le village ont été mis en place par votre communauté (ex. sanctions contre les contrevenants, plan d'entretien et de maintien de l'utilisabilité des latrines, etc.) ? |  |  |              |
| 3        | Est-ce que les agents facilitateurs-trices ATPC (ONGs) ont bien conduit les activités dans votre village ? Les recommanderiez-vous pour continuer les mêmes activités dans d'autres villages ?  |  |  |              |

MERCI DE VOTRE DISPONIBILITÉ ET DE VOTRE PARTICIPATION!!!



Annexe 6-2.2

**QUESTIONNAIRE**  
*Élèves et enfants autour des écoles*

Bonjour,

Nous réalisons une étude sur les pratiques sanitaires et d'hygiène, y compris les mécanismes d'accès à l'eau potable. Cette étude vise à apprécier les résultats de l'approche de l'Assainissement Total Piloté par la Communauté (ATPC) mise en œuvre par l'UNICEF de 2013 à 2017 dans votre commune. À travers cet entretien, nous souhaitons savoir la situation en matière d'hygiène et d'assainissement dans ton école et ta famille, y compris tes connaissances sur les bonnes pratiques d'hygiène et d'assainissement, ainsi que les difficultés et les défis que tu rencontres au quotidien pour l'accès à l'eau potable et la défécation.

Tes réponses à ce questionnaire seront tenues confidentielles et ton nom ne sera pas mentionné. Acceptes-tu de participer à cette étude? Si l'enquêté/e répond « **Oui** », faire signer la fiche de consentement au parent.

| N°     | Informations préliminaires   | Codes                     |
|--------|--|---------------------------|
| ELEN01 | Date de l'enquête :<br>Heure de début : ____ : ____ Heure de fin : ____ : ____ | ___ / ___ / 2 0 1 9       |
| ELEN02 | Nom de l'enquêteur/trice _____   | / _ /                     |
| ELEN03 | Numéro du questionnaire  | / _ _ /                   |
| ELEN04 | Nom de la Préfecture _____   | / _ /                     |
| ELEN05 | Nom de la Commune _____  | / _ _ /                   |
| ELEN06 | Nom de la Site/Village/Quartier _____  | / _ _ /                   |
| ELEN07 | Identifiant [ 02 + 03 + 04 + 05 + 06] <i>Ne pas remplir</i>                    | / _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / |

**Module 1 : DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DU MÉNAGE**

ELEN101. Age de l'enfant/jeune / \_ / \_ ans

ELEN102. À quelle tranche d'âge appartiens-tu ? [Posez cette question si l'enquêté/e a refusé de donner son âge. Sinon, entourez directement le code correspondant à l'âge donné]  
Moins de 12 ans 1 15 – 18 ans 3  
12 – 15 ans 2 Plus de 18 ans 4

ELEN103. Inscire le sexe de l'enquêté ? [Ne pas poser la question] Masculin 1 Féminin 2

ELEN104. Quelle(s) langue(s) parles-tu couramment ?  
Sango Oui 1 Non 2  
Français Oui 1 Non 2  
Autre \_\_\_\_\_ Oui 1 Non 2

ELEN105. Quel est votre niveau d'études ?

[Si « 1 », passez à ELEN109; Si « 2 », passez à ELEN108]  
Non-scolarisé(e) 1 Secondaire 4  
Alphabétisation 2 Supérieur 5  
Primaire 3

ELEN106. [Si l'enquêté a au moins le niveau primaire] Quelle est la classe que vous fréquentez? / \_ / \_ année

ELEN107. Quel est le nom de l'établissement scolaire / universitaire que vous fréquentez?

ELEN108. Si l'enquêté(e) a été à l'école (alpha., primaire, etc.): Quelle(s) langue(s) pouvez-vous lire et écrire couramment ?

|             | Lecture |       | Écriture |       |
|-------------|---------|-------|----------|-------|
| Sango       | Oui 1   | Non 2 | Oui 1    | Non 2 |
| Français    | Oui 1   | Non 2 | Oui 1    | Non 2 |
| Autre _____ | Oui 1   | Non 2 | Oui 1    | Non 2 |



Évaluation sommative de l'approche de l'Assainissement Total Piloté par la Communauté (ATPC) en Centrafrique

**ELEN109. Quelle est ta nationalité ?**

Centrafricaine 1 Étrangère 2  
[Si 'Étrangère', précisez \_\_\_\_\_]

**ELEN110. Quelle est ton groupe ethnique ?**

Arabe-peulhs 1 Pygmées 2  
Autre (précisez) \_\_\_\_\_

**ELEN111. Y-at-il l'électricité dans l'école / à la maison?**

[Si Oui, passez à ELEN113] Oui 1 Non 2

**ELEN112. Si « Non », quel moyen utilisez-vous pour l'éclairage?**

Lampe électrique (avec piles) 1 Plaque solaire 4  
Lampe tempête (avec pétrole) 2 Bougie 5  
Aucun éclairage disponible 3 Éclairage au feu 6  
Autre \_\_\_\_\_ / /

**ELEN113. Quelle est la source principale d'approvisionnement en eau à l'école / à la maison?**

|  |   |                   |   |
|--|---|-------------------|---|
| Eau du Robinet                                   | 1 | Puits protégé     | 5 |
| Pompe/forage/fontaine publique payante           | 2 | Puits non protégé | 6 |
| Pompe/forage/fontaine publique non-payante       | 3 | Eau de pluie      | 7 |
| Eau de surface (rivière, ruisseau, source, etc.) | 4 | Eau en bouteille  | 8 |
| Autre _____ / /                                  |   |                   |   |

**ELEN122. Où est-ce que la réserve d'eau à boire est gardée dans l'école/à la maison?**

Bidon protégé 1 Bidon non-protégé 2  
Il n'y a pas d'eau de réserve dans l'école / maison 3

**Module 2 : ANALYSE DE L'ÉVOLUTION DE L'ASSAINISSEMENT ET DE L'HYGIÈNE DANS L'ÉCOLE**

**ELEN201. Avez-vous une (ou des) latrines/installations sanitaires dans l'école** [utilisée par la majorité des élèves et des enfants du voisinage]? [Si « Non », passez à la question ELEN232]  
Oui 1 Non 2

**ELEN202. Si oui, où se trouve(ent)-elle(s)?** [Aller vérifier et prendre une photo après avoir eu le consentement d'un enseignant/directeur]  
Dans la cour de l'école/maison 1  
En dehors de la cour de l'école/maison 2

**ELEN203. La(les) latrine(s) est(sont)-elle(s) :**  
[Si « Nouv. construite », passez à la question ELEN216]  
Nouvellement construite(s) 1 Réhabilitée(s)/améliorée(s) 2

**Si la(les) latrine(s) est(sont) réhabilité(e)s/amélioré(e)s**

**ELEN204. Quand cette(ces) latrine(s) a(ont) été construite(s)/installée(s) pour la première fois?**  
Date :            / /    / /    / / / /  
                          jour    mois    année  
Ne sait pas 9

**ELEN204a. Quand cette(ces) latrine(s) a(ont) été améliorée(s)/réhabilitée(s)?**  
Date :            / /    / /    / / / /  
                          jour    mois    année  
Ne sait pas 9

**ELEN204c. Pourquoi fallait-il améliorer/réhabiliter votre latrine?**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**ELEN205. Cette(ces) latrine(s) sont-elles séparée(s) ou utilisée(s) à la fois par les filles et les garçons?**  
Latrine(s) non-séparée(s) 1 Latrines séparée(s) 2

**ELEN206. Qui a construit la(les) latrine(s) pour la 1<sup>ère</sup> fois?**  
Les membres de la communauté    Oui 1 Non 2  
Le ministère de l'éducation            Oui 1 Non 2  
Les membres de l'Église                Oui 1 Non 2  
Une organisation (ONG, État, Entrep.) Oui 1 Non 2  
(Précisez le nom) \_\_\_\_\_  
Autre \_\_\_\_\_ Oui 1 Non 2  
Ne sait pas                                Oui 1 Non 2

**ELEN207. Qui a réhabilité le(s) latrine(s)?**  
Les membres de la communauté    Oui 1 Non 2  
Le ministère de l'éducation            Oui 1 Non 2  
Les membres de l'Église                Oui 1 Non 2  
Une organisation (ONG, État, Entrep.) Oui 1 Non 2  
(Précisez le nom) \_\_\_\_\_  
Autre \_\_\_\_\_ Oui 1 Non 2  
Ne sait pas                                Oui 1 Non 2

**ELEN215. À quel degré utilisais/utilises-tu la latrine?**  
Avant la réhabilitation :  
Toujours 1                                Presque jamais 3  
Presque toujours 2                        Jamais 4  
Après la réhabilitation :  
Toujours 1                                Presque jamais 3  
Presque toujours 2                        Jamais 4



Évaluation sommative de l'approche de l'Assainissement Total Piloté par la Communauté (ATPC) en Centrafrique

**ELEN208.** [Si « Presque jamais » ou « Jamais »]

**Où allais-tu faire tes besoins?**

|   | 1 <sup>ère</sup> fois | Réhabilitation |
|---|-----------------------|----------------|
| Dans la latrine de la maison            | / /                   | / /            |
| Dans les broussailles autour de l'école | / /                   | / /            |
| Autre 1 _____                           | / /                   |                |
| Autre 2 _____                           |                       | / /            |

**ELEN209.** [Si « broussailles »] **Pourquoi allais-tu là-bas?**

|                             | 1 <sup>ère</sup> fois | Réhabilitation |
|-----------------------------|-----------------------|----------------|
| Plus pratique/facile/rapide | / /                   | / /            |
| Autre 1 _____               | / /                   |                |
| Autre 2 _____               |                       | / /            |

**ELEN210.** **Après avoir fait tes « cacas », te lavais-tu les mains le plus souvent?** [Si Non à « a et b », passez à la question ELEN212]

|                            |     |   |     |   |
|----------------------------|-----|---|-----|---|
| a. Avant la réhabilitation | Oui | 1 | Non | 2 |
| b. Après la réhabilitation | Oui | 1 | Non | 2 |

**ELEN211.** Si Oui (avant ou après), peux-tu m'expliquer les étapes que tu suivais pour te laver les mains? [Ne pas suggérer/citer]

|                                  |   |   |   |   |   |
|----------------------------------|---|---|---|---|---|
| Rince avec de l'eau              | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Utilise du savon                 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Utilise les deux mains           | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Frotte les mains au moins 3 fois | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Sèche les mains hygiéniquement   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**ELEN212.** Si Non (avant ou après), pourquoi?

Avant : \_\_\_\_\_

Après : \_\_\_\_\_

**ELEN213.** Y avait-il un dispositif amélioré pour le lavage des mains (DLM) dans votre école / à la maison?

|                         |     |   |     |   |
|-------------------------|-----|---|-----|---|
| Avant la réhabilitation | Oui | 1 | Non | 2 |
| Après la réhabilitation | Oui | 1 | Non | 2 |

**ELEN214.** Connaissais-tu les avantages et les risques liés au lavage des mains avec du savon aux moments critiques? [Si Non (avant et après), passez à ELEN227]

|                         |     |   |     |   |
|-------------------------|-----|---|-----|---|
| Avant la réhabilitation | Oui | 1 | Non | 2 |
| Après la réhabilitation | Oui | 1 | Non | 2 |

**ELEN215.** Si Oui (avant ou après), quels sont ces avantages selon toi? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

[Passez à ELEN227]

**Si la(les) latrine(s) est(sont) nouvellement construite(s)**

[École où il y a une(des) nouvelle(s) latrine(s)]

**ELEN216.** Quand la latrine a-t-elle été construite/installée?

Date : / / / / / /  
jour mois année

Ne sait pas 9

**ELEN217.** Qui a construit la(les) nouvelles latrine(s)?

|                                       |     |   |     |   |
|---------------------------------------|-----|---|-----|---|
| Les membres de la communauté          | Oui | 1 | Non | 2 |
| Le ministère de l'éducation           | Oui | 1 | Non | 2 |
| Les membres de l'Église               | Oui | 1 | Non | 2 |
| Une organisation (ONG, État, Entrep.) | Oui | 1 | Non | 2 |

(Précisez le nom) \_\_\_\_\_

Autre \_\_\_\_\_ Oui 1 Non 2

Ne sait pas Oui 1 Non 2

**ELEN218.** À quel degré utilises-tu la(les) nouvelle(s) latrine(s)?

|                  |   |                |   |
|------------------|---|----------------|---|
| Toujours         | 1 | Presque jamais | 3 |
| Presque toujours | 2 | Jamais         | 4 |

**ELEN219.** [Si « Presque jamais » ou « Jamais »] Où vas-tu faire tes « cacas » (excréments) actuellement?

|   |     |
|---|-----|
| Dans la latrine de la maison            | 1   |
| Dans les broussailles autour de l'école | 2   |
| Autre _____                             | / / |

**ELEN220.** [Si « broussailles »] Pourquoi vas-tu là-bas?

|                             |     |
|-----------------------------|-----|
| Plus pratique/facile/rapide | 1   |
| Autre _____                 | / / |

**ELEN221.** Actuellement, après avoir fait tes « cacas », te laves-tu les mains le plus souvent? [Si Non, passez à ELEN223]

|     |   |     |   |
|-----|---|-----|---|
| Oui | 1 | Non | 2 |
|-----|---|-----|---|

**ELEN222.** Si Oui, peux-tu m'expliquer les étapes que tu suis pour te laver les mains? [Ne pas suggérer/citer]

|                                  |   |   |   |   |   |
|----------------------------------|---|---|---|---|---|
| Rince avec de l'eau              | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Utilise du savon                 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Utilise les deux mains           | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Frotte les mains au moins 3 fois | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Sèche les mains hygiéniquement   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**ELEN223.** Si Non, pourquoi?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**ELEN224.** Possédez-vous un dispositif amélioré pour le lavage des mains (DLM) dans l'école?

|     |   |     |   |
|-----|---|-----|---|
| Oui | 1 | Non | 2 |
|-----|---|-----|---|

**ELEN225.** Connais-tu les avantages et les risques liés au lavage des mains avec du savon aux moments critiques?

[Si Non, passez à ELEN227]

|     |   |     |   |
|-----|---|-----|---|
| Oui | 1 | Non | 2 |
|-----|---|-----|---|

**ELEN226.** Si Oui, quels sont ces avantages selon toi?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

[Passez à ELEN229]





Évaluation sommative de l'approche de l'Assainissement Total Piloté par la Communauté (ATPC) en Centrafrique

**Uniquement les écoles ayant une(des) latrine(s) réhabilitée(s)**

**ELEN227. Avant que les latrines ne soient réhabilitées, à quelle fréquence arrivait-il que tu souffres de la diarrhée?**

|          |   |          |   |
|----------|---|----------|---|
| Toujours | 1 | Rarement | 3 |
| Souvent  | 2 | Jamais   | 4 |

**ELEN228. En moyenne, combien de fois avais-tu la diarrhée dans le mois?** Nombre de fois /\_/\_/

**Toutes les écoles ayant une(des) latrine(s) réhabilitée(s), nouvelle(s) ou non**

**ELEN229. Depuis que la(les) latrine(s) ont été réhabilitées/construites, à quelle fréquence arrive-t-il que tu souffres de la diarrhée?**

|          |   |          |   |
|----------|---|----------|---|
| Toujours | 1 | Rarement | 3 |
| Souvent  | 2 | Jamais   | 4 |

**ELEN230. Depuis que la(les) latrine(s) ont été réhabilitées/construites, en moyenne combien de fois as-tu eu la diarrhée (combien de cas de diarrhée)?**

- a. Le mois dernier /\_/\_/  
b. Dans les 3 derniers mois /\_/\_/

**ELEN231. Quelles sont les occasions où tu te lave les mains?**

|   |     |   |     |   |
|---|-----|---|-----|---|
| Avant de manger                           | Oui | 1 | Non | 2 |
| Après avoir mangé                         | Oui | 1 | Non | 2 |
| Avant l'allaitement ou de nourrir un bébé | Oui | 1 | Non | 2 |
| Avant/après la préparation                | Oui | 1 | Non | 2 |
| Après le caca (selles)                    | Oui | 1 | Non | 2 |
| Après avoir essuyé le caca d'un enfant    | Oui | 1 | Non | 2 |
| De retour du travail/école                | Oui | 1 | Non | 2 |
| Autre _____                               |     |   |     |   |

**[Terminez le questionnaire]**

**S'il n'y a pas de latrine dans l'école**

**ELEN232. Où vas-tu faire tes cacas (excréments) quand tu es à l'école?**

|   |   |
|---|---|
| Dans la latrine de la maison            | 1 |
| Dans les broussailles autour de l'école | 2 |
| Autre _____                             | 3 |

**ELEN233. Après avoir fait tes cacas, te laves-tu les mains le plus souvent?** [Si Non à « a et b », passez à la question ELEN235]

|     |   |     |   |
|-----|---|-----|---|
| Oui | 1 | Non | 2 |
|-----|---|-----|---|

**ELEN234. Si Oui, peux-tu m'expliquer les étapes que tu suis pour te laver les mains?** [Ne pas suggérer/citer]

|                                  |   |   |   |   |   |
|----------------------------------|---|---|---|---|---|
| Rince avec de l'eau              | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Utilise du savon                 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Utilise les deux mains           | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Frotte les mains au moins 3 fois | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Sèche les mains hygiéniquement   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**ELEN235. Si Non, pourquoi?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ELEN236. Arrive-t-il que tu souffres de la diarrhée?**

|          |   |          |   |
|----------|---|----------|---|
| Toujours | 1 | Rarement | 3 |
| Souvent  | 2 | Jamais   | 4 |

**ELEN237. En moyenne combien de fois as-tu eu la diarrhée (combien de cas de diarrhée)?**

- a. Le mois dernier /\_/\_/  
b. Dans les 3 derniers mois /\_/\_/

**ELEN238. Quelles sont les occasions où tu te lave les mains?**

|   |     |   |     |   |
|---|-----|---|-----|---|
| Avant de manger                           | Oui | 1 | Non | 2 |
| Après avoir mangé                         | Oui | 1 | Non | 2 |
| Avant l'allaitement ou de nourrir un bébé | Oui | 1 | Non | 2 |
| Avant/après la préparation                | Oui | 1 | Non | 2 |
| Après le caca (selles)                    | Oui | 1 | Non | 2 |
| Après avoir essuyé le caca d'un enfant    | Oui | 1 | Non | 2 |
| De retour du travail/école                | Oui | 1 | Non | 2 |
| Autre _____                               |     |   |     |   |

**ELEN239. Y a-t-il un dispositif amélioré pour le lavage des mains (DLM) dans votre école?**

|     |   |     |   |
|-----|---|-----|---|
| Oui | 1 | Non | 2 |
|-----|---|-----|---|

**ELEN240. Connais-tu les avantages et les risques liés au lavage des mains avec du savon aux moments critiques?** [Si Non, mettez fin au questionnaire]

|     |   |     |   |
|-----|---|-----|---|
| Oui | 1 | Non | 2 |
|-----|---|-----|---|

**ELEN241. Si Oui, quels sont ces avantages selon toi?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**MERCI POUR TA DISPONIBILITÉ ET TA PARTICIPATION!!!**



Annexe 6-2.3

**GUIDE D'ENTRETIEN**

*Chefs de village (CV) – Leaders naturels (LN) – Agents des ONGs (ONG)  
Directeurs d'École (DE) – Directeurs de Centres de Santé (DCS)*

Bonjour,

Nous réalisons une étude sur les pratiques sanitaires et d'hygiène de votre ménage, y compris les mécanismes d'accès à l'eau potable. Cette étude vise à apprécier les résultats de l'approche de l'Assainissement Total Piloté par la Communauté (ATPC) mise en œuvre par l'UNICEF de 2013 à 2017 dans votre commune. À travers cet entretien, nous souhaitons savoir à quel niveau votre ménage s'est impliqué, quelles ont été les difficultés, les réussites et les échecs quels sont selon vous les apports du projet pour votre ménage et la communauté, et enfin quels sont les défis que vous relevez si l'on devait continuer l'approche dans d'autres villages.

Vos réponses à ce questionnaire seront tenues confidentielles et votre nom ne sera pas mentionné. Acceptez-vous de participer à cette étude? Si l'enquêté/e répond « **Oui** », faire signer la fiche de consentement.

| N°     | Informations préliminaires pour les CV et LN                               | Codes            |
|--------|--|------------------|
| GUI101 | Date de l'enquête :<br>Heure de début : ___ : ___ Heure de fin : ___ : ___ | ___ / ___ / 2019 |
| GUI102 | Nom de l'enquêteur/trice _____   | /_/_             |
| GUI103 | Numéro du questionnaire  | /_/_/_           |
| GUI104 | Nom de la Préfecture _____   | /_/_             |
| GUI105 | Nom de la Commune _____  | /_/_/_           |
| GUI106 | Nom de la Site/Village/Quartier _____                                      | /_/_/_           |

| N°     | Informations préliminaires pour les ONG, DE et DCS                         | Codes  |
|--------|--|--|
| GUI111 | Date de l'enquête :<br>Heure de début : ___ : ___ Heure de fin : ___ : ___ | ___ / ___ / 2019                                   |
| GUI112 | Nom de l'enquêteur/trice _____   | /_/_   |
| GUI113 | Numéro du questionnaire  | /_/_/_   |
| GUI114 | Nom de la Préfecture _____   | /_/_   |
| GUI115 | Nom de la Commune _____  | /_/_/_   |
| GUI116 | Nom de la Site/Village/Quartier _____                                      | /_/_/_   |
| GUI117 | Nom de l'organisation/école/CS : _____                                     |  |
| GUI118 | Nom du répondant : _____   |  |
| GUI119 | Nom de la personne de contact : _____                                      |  |
| GUI119 | Période de participation à l'ATPC :  | Du<br>___ / ___ / 201__<br>Au<br>___ / ___ / 201__ |



**Module 2 : DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES**

**GUI201. Age de l'enquêté/e** /\_/\_/ ans

**GUI202. À quelle tranche d'âge appartenez-vous ?** [Posez cette question si l'enquêté/e a refusé de donner son âge. Sinon, entourez directement le code correspondant à l'âge donné]

|                 |   |             |   |
|-----------------|---|-------------|---|
| Moins de 18 ans | 1 | 46 – 58 ans | 4 |
| 18 – 30 ans     | 2 | 59 ans +    | 5 |
| 31 – 45 ans     | 3 |             |   |

**GUI203. Inscrivez le sexe de l'enquêté/e ?** [Ne pas poser la question]

|          |   |         |   |
|----------|---|---------|---|
| Masculin | 1 | Féminin | 2 |
|----------|---|---------|---|

**GUI204. Quelle(s) langue(s) parlez-vous couramment ?**

|             |     |   |     |   |
|-------------|-----|---|-----|---|
| Sango       | Oui | 1 | Non | 2 |
| Français    | Oui | 1 | Non | 2 |
| Autre _____ | Oui | 1 | Non | 2 |

**GUI205. Quel est votre niveau d'études ?**

[Si « 1 », passez à la question GUI207]

|                       |   |                      |   |
|-----------------------|---|----------------------|---|
| N'a pas été à l'école | 1 | Secondaire           | 4 |
| Alphabétisation       | 2 | Supérieur            | 5 |
| Primaire              | 3 | Coranique (Musulman) | 6 |

**GUI206. Si l'enquêté(e) a été à l'école (alpha., primaire, etc.) : Quelle(s) langue(s) pouvez-vous lire et écrire couramment ?**

|             |     |                |     |                 |     |   |     |   |
|-------------|-----|----------------|-----|-----------------|-----|---|-----|---|
|             |     | <u>Lecture</u> |     | <u>Écriture</u> |     |   |     |   |
| Sango       | Oui | 1              | Non | 2               | Oui | 1 | Non | 2 |
| Français    | Oui | 1              | Non | 2               | Oui | 1 | Non | 2 |
| Autre _____ | Oui | 1              | Non | 2               | Oui | 1 | Non | 2 |

**GUI207. Quelle est votre nationalité ?**

|                |   |           |   |
|----------------|---|-----------|---|
| Centrafricaine | 1 | Étrangère | 2 |
|----------------|---|-----------|---|

(Si 'Étrangère', précisez \_\_\_\_\_)

**GUI208. Quelle est votre groupe ethnique ?**

|              |   |         |   |
|--------------|---|---------|---|
| Arabe-peulhs | 1 | Pygmées | 2 |
|--------------|---|---------|---|

Autre (précisez) \_\_\_\_\_

**GUI209. Quelle est votre situation matrimoniale ?**

[Si « 1. Célibataire », passez à la question GUI210] [Si « 3. Veuf/ve ou 4. Divorcé(e) », passez à la question GUI209b]

|             |   |             |   |
|-------------|---|-------------|---|
| Célibataire | 1 | Veuf/veuve  | 3 |
| Marié/e     | 2 | Divorcé/e   | 4 |
|             |   | Union libre | 5 |

**GUI209a.** [Si l'enquêté est «2. Marié » ou « Union libre », Quel est le nombre de co-épouses? /\_/\_/ co-épouses

**GUI209b.** [Si « Divorcé(e) ou Veuf/ve », depuis combien de temps ?

|                       |   |                 |   |
|-----------------------|---|-----------------|---|
| Depuis 1 ans ou moins | 1 | de ]5 à 10 ans] | 3 |
| de ]1 à 5 ans]        | 2 | plus de 10 ans  | 4 |

**UNIQUEMENT pour les Chefs de village et Leaders Naturels**

**GUI210. Êtes-vous le chef de ménage?** [Poser la question seulement au Leader Naturel s'il n'est pas Chef de village]

|     |   |     |   |
|-----|---|-----|---|
| Oui | 1 | Non | 2 |
|-----|---|-----|---|

**GUI211. Combien de personnes vivent dans le ménage?**

|                                      |    |       |     |       |  |
|--------------------------------------|----|-------|-----|-------|--|
|                                      |    | M     |     | F     |  |
| GUI211a. Enfants de moins de 5 ans   | a1 | /_/_/ | a2. | /_/_/ |  |
| GUI211b. Enfants de 6 à 15 ans       | b1 | /_/_/ | b2. | /_/_/ |  |
| GUI211c. Personnes de 15 – 65 ans    | c1 | /_/_/ | c2. | /_/_/ |  |
| GUI211d. Personnes de plus de 65 ans | d1 | /_/_/ | d2. | /_/_/ |  |

**GUI212. Combien parmi ces personnes sont les enfants du chef de ménage?**

|           |     |       |     |       |  |
|-----------|-----|-------|-----|-------|--|
|           |     | M     |     | F     |  |
| Enfant(s) | a1. | /_/_/ | a2. | /_/_/ |  |

**GUI213. Parmi ces enfants, combien vont à l'école?**

|                    |     |       |     |       |  |
|--------------------|-----|-------|-----|-------|--|
|                    |     | M     |     | F     |  |
| Enfants scolarisés | a1. | /_/_/ | a2. | /_/_/ |  |

**GUI214a. Quelle est votre activité principale actuelle ?**

|                    |       |                           |    |
|--------------------|-------|---------------------------|----|
| Fonctionnaire *    | 1     | Patron à son compte *     | 8  |
| Salarié du privé * | 2     | Agriculteur               | 9  |
| Élève/Étudiant(e)  | 3     | Éleveur                   | 10 |
| Commerçant(e) *    | 4     | Chômeur/Sans emploi       | 11 |
| Artisan/Apprenti * | 5     | Retraité/Invalide         | 12 |
| Aide familiale     | 6     | Femme/Homme au foyer      | 13 |
| Ouvrier agric.     | 7     | Transporteur (moto, vélo) | 14 |
| Autre _____        | /_/_/ |                           |    |

**GUI214b. Combien de personnes dans votre ménage ont une activité qui rapporte des revenus ou ressources en nature, y compris vous-même?** Nombre de personnes actives /\_/\_/

**GUI215. Les dépenses du ménage sont effectuées par qui ?**

|  |       |
|--|-------|
| Le chef de ménage seul                   | 1     |
| Le chef de ménage et son conjoint        | 2     |
| Toutes les personnes actives             | 3     |
| Membres de la famille et parents proches | 4     |
| Un ou des enfants du CM                  | 5     |
| Autre _____                              | /_/_/ |

**GUI216. Avez-vous l'électricité à la maison/dans le village?**

|                           |     |   |     |   |
|---------------------------|-----|---|-----|---|
| [Si Non, passez à GUI218] | Oui | 1 | Non | 2 |
|---------------------------|-----|---|-----|---|

**GUI217. Si « Non », quel moyen utilisez pour l'éclairage à la maison?**

|                               |       |                  |   |
|-------------------------------|-------|------------------|---|
| Lampe électrique (avec piles) | 1     | Plaque solaire   | 4 |
| Lampe tempête (avec pétrole)  | 2     | Bougie           | 5 |
| Aucun éclairage disponible    | 3     | Éclairage au feu | 6 |
| Autre _____                   | /_/_/ |                  |   |



Évaluation sommative de l'approche de l'Assainissement Total Piloté par la Communauté (ATPC) en Centrafrique

**GUI218. Quel est le statut d'occupation de votre maison ?**

[Si « 1. Propriétaire, 3. Maison familiale, 4. Vit chez un ami ou 5. Camp de déplacé », passez à la question GUI220]

- |                  |            |                       |   |
|------------------|------------|-----------------------|---|
| Propriétaire     | 1          | Vit chez un ami       | 4 |
| Locataire        | 2          | Camp de déplacé/e     | 5 |
| Maison familiale | 3          | Maison administrative | 6 |
| Autre            | _____ /_/_ |                       |   |

**GUI219.** [Si « 2. Locataire »], à combien s'élève le loyer mensuel ? Montant du loyer /\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_ Fcfa

**GUI219a. Depuis combien de temps vivez-vous dans cette résidence?**

- |                       |   |                 |   |
|-----------------------|---|-----------------|---|
| Depuis 1 ans ou moins | 1 | de ]5 à 10 ans] | 3 |
| de ]1 à 5 ans]        | 2 | plus de 10 ans  | 4 |

**GUI220. Quelle est votre source principale d'approvisionnement en eau?** [Si la réponse est différente de « 1 et 2 » Passez à la question ATPC]

- |  |   |                   |   |
|--|---|-------------------|---|
| Eau du Robinet                                   | 1 | Puits protégé     | 5 |
| Pompe/forage/fontaine publique payante           | 2 | Puits non protégé | 6 |
| Pompe/forage/fontaine publique non-payante       | 3 | Eau de pluie      | 7 |
| Eau de surface (rivière, ruisseau, source, etc.) | 4 | Eau en bouteille  | 8 |

Autre \_\_\_\_\_ /\_/\_

**GUI221.** [Si « 1. Eau du robinet ou 2. Pompe payante »] En moyenne, à combien s'élève le coût mensuel pour l'eau potable ? /\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_ Fcfa

**GUI221. Où est-ce que vous gardez en réserve l'eau à boire dans la maison?**

- |               |   |                   |   |
|---------------|---|-------------------|---|
| Bidon protégé | 1 | Bidon non-protégé | 2 |
|---------------|---|-------------------|---|

**GUI223. Comment traiter-vous cette eau de réserve avant de la boire?**

- |                       |            |                  |   |
|-----------------------|------------|------------------|---|
| Aucun traitement      | 1          | Le fait bouillir | 3 |
| Filtrer avec un tissu | 2          |                  |   |
| Autre                 | _____ /_/_ |                  |   |

**GUI224. Combien dépensez-vous par mois pour l'ensemble de votre ménage ?**

- |                          |                  |      |
|--------------------------|------------------|------|
| GUI224a. SANTE           | /_/_/_/_/_/_/_/_ | Fcfa |
| GUI224b. NOURRITURE      | /_/_/_/_/_/_/_/_ | Fcfa |
| GUI224c. HABILLEMENT     | /_/_/_/_/_/_/_/_ | Fcfa |
| GUI224d. EDUCATION       | /_/_/_/_/_/_/_/_ | Fcfa |
| GUI224e. TRANSPORT       | /_/_/_/_/_/_/_/_ | Fcfa |
| GUI224f. REINVEST./PROD. | /_/_/_/_/_/_/_/_ | Fcfa |
| GUI224g. AUTRES Dép.     | /_/_/_/_/_/_/_/_ | Fcfa |

**Module 3 : QUESTIONS DE MISE EN ROUTE (pour les CV et LN)**

**GUI301. Savez-vous si tous les ménages de votre village ont des latrines dans leur logement/parcelle** [si Non, passez à GUI303]?

- |     |   |     |   |
|-----|---|-----|---|
| Oui | 1 | Non | 2 |
|-----|---|-----|---|

**GUI302. Si oui, comment le savez-vous?**

- |   |            |
|---|------------|
| Vérification effectuée dans chaque ménage                       | 1          |
| Les chefs de ménage me l'ont dit                                | 2          |
| Les gens qui sont venus ici (facilitateurs-trices) me l'ont dit | 3          |
| Autre   | _____ /_/_ |

**GUI303. Si non, pensez-vous que c'est important de le savoir? Pourquoi?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**GUI304. Comment a été choisi le Leader Naturel dans le village/zone de mise en œuvre?**

- |                                   |            |
|-----------------------------------|------------|
| Il s'est proposé lui-même         | 1          |
| Par le chef de village            | 2          |
| Par la communauté                 | 3          |
| Par les gens de l'ONG / ministère | 4          |
| Autre                             | _____ /_/_ |

**GUI305. Combien de visites ont été réalisées dans le village chaque semaine dans les 3 premiers mois suivant le déclenchement?**

/\_/\_/\_

**GUI306. Combien de visites ont été réalisées dans le village chaque mois après les 3 premiers mois suivant le déclenchement?**

/\_/\_/\_



**Module 4 : CHECKLIST DE VÉRIFICATION DES ÉTAPES DE MISE EN ŒUVRE DE L'A.T.P.C. (pour tous)**

| N°       | Questions  | Réponses (1. Oui / 2. Non) |                                     | Commentaires |
|----------|--|----------------------------|-------------------------------------|--------------|
|          |  | Ensemble de la communauté  | Genre (inclusion des femmes/filles) |              |
| <b>A</b> | <b>Pré-déclenchement</b>   |                            |                                     |              |
| 1        | Est-ce que l'enquête sur leur situation sanitaire a été réalisée dans les communautés ? (auto-évaluation et analyse de la situation sanitaire, d'hygiène et assainissement : « histoire des mères avec leurs bébés », informations disponibles dans les centres de santé, communes, écoles, etc.) <b>[Pour les ONG]</b>  |                            |                                     |              |
| 2        | Est-ce que les conditions favorables ont été prises en compte pour le choix des communautés participant au déclenchement ? (ex. Petit village ou hameau, villages reculés ou isolés, Couverture faible ou nulle de l'assainissement dans la zone, environnement sale et nauséabond, sources d'alimentation en eau polluées, non protégées et ou vulnérables, absence de programmes d'assainissement ou subvention de latrines dans la zone, taux élevés de maladies diarrhéiques et de mortalité infantile, leadership local jeune et progressiste – femmes, etc.) <b>[Pour les ONG]</b> |                            |                                     |              |
| 3        | Est-ce que les agents facilitateurs-trices de terrain ATPC (ONGs) ont suivi une formation d'une durée raisonnable (3 à 5 jours minimum) sur l'approche ATPC avant d'être envoyé sur le terrain ? <b>[Pour les ONG]</b>   |                            |                                     |              |
| 4        | Est-ce qu'un guide de mise en œuvre ATPC a été remis à tous les agents facilitateurs-trices ATPC (ONGs) déployés dans les zones de mise en œuvre ? <b>[Pour les ONG]</b>   |                            |                                     |              |
| 5        | Est-ce des communautés pour l'ATPC ont été identifiés au préalable avant le déclenchement ? <b>[Pour les ONG]</b>  |                            |                                     |              |
| 6        | Les rencontres de pré-déclenchement dans le village ont-elles eu lieu à des moments propices pour les communautés ?  |                            |                                     |              |
| 7        | Est-ce qu'au plus 2 agents facilitateurs-trices ATPC ont facilité les activités de pré-déclenchement ?   |                            |                                     |              |
| <b>B</b> | <b>Déclenchement</b>   |                            |                                     |              |
| 1        | Est-ce qu'au moins un Leader Naturel a émergé à la suite des activités de déclenchement ? (point d'attention : encouragement des femmes et des filles à être Leader Naturel)   |                            |                                     |              |
| 2        | Est-ce que l'atelier pratique de présentation de l'ATPC s'est tenue sur une seule journée et à un moment propice pour les communautés ?  |                            |                                     |              |
| 3        | Est-ce que de 3 à 5 agents facilitateurs-trices ATPC ont facilité les activités de déclenchement ?   |                            |                                     |              |
| 4        | Est-ce qu'une cartographie des installations d'approvisionnement d'eau et d'assainissement dans la communauté a été réalisée pendant le déclenchement ?  |                            |                                     |              |
| 5        | Est-ce que la « marche de la honte » (traversée des excréments) a été réalisée dans la communauté ?  |                            |                                     |              |



Évaluation sommative de l'approche de l'Assainissement Total Piloté par la Communauté (ATPC) en Centrafrique

| N°       | Questions   | Réponses (1. Oui / 2. Non) |                                     | Commentaires |
|----------|---|----------------------------|-------------------------------------|--------------|
|          |   | Ensemble de la communauté  | Genre (inclusion des femmes/filles) |              |
| 6        | Est-ce que la discussion sur les voies de contaminations des cacas a été réalisée dans la communauté ?  |                            |                                     |              |
| 7        | Est-ce la séance d'évaluation de la capacité de stockage des selles (« calcul des cacas ») a été réalisée dans la communauté ?  |                            |                                     |              |
| 8        | Est-ce que l'examen des coûts médicaux liés aux DAL a été réalisé dans la communauté ?  |                            |                                     |              |
| 9        | Est-ce que le « test du verre/bouteille » d'eau a été réalisé dans la communauté ?  |                            |                                     |              |
| 10       | Est-ce qu'un plan d'action a été élaboré par la communauté après le déclenchement ?   |                            |                                     |              |
| <b>C</b> | <b>Post-déclenchement</b>   |                            |                                     |              |
| 1        | Est-ce que les communautés ont été accompagnées pour l'utilisation d'outils de négociation pour l'élimination des cacas ?   |                            |                                     |              |
| 2        | Est-ce que les communautés ont été accompagnées pour l'identification d'indicateurs pour suivre l'avancement du projet (nombre de latrines dans le village, carte d'assainissement, photos et vidéos des zones de défécation, etc.) ?   |                            |                                     |              |
| 3        | Est-ce que le Leader Naturel identifié a joué convenablement son rôle de mobilisation et de suivi (compte-rendu, plan d'actions, mise en œuvre des décisions, etc.)   |                            |                                     |              |
| 4        | Est-ce que les Chefs religieux et/ou chefs de villages ont été activement impliqués dans le suivi des activités vers l'état FDAL ?  |                            |                                     |              |
| 5        | Est-ce que les enfants dans la communauté ont été encouragés ou impliqués dans les activités vers l'état FDAL ?   |                            |                                     |              |
| 6        | Est-ce que les membres les plus vulnérables (ex. personnes à mobilité réduite : vieillards, handicapés, etc.), discriminés (ex. pygmées, peulhs, etc.) et démunis (ex. les chefs de ménage les plus pauvres) de la communauté ont été encouragés ou impliqués dans les activités vers l'état FDAL ? |                            |                                     |              |
| 7        | Est-ce que les agents facilitateurs-trices ATPC ont facilité l'accès des communautés au matériel d'assainissement (uniquement mise en relations avec les marchés locaux de matériel)  |                            |                                     |              |
| 8        | Est-ce que l'état FDAL a été atteint entre 3 semaines et 3 mois après le déclenchement dans le village ?  |                            |                                     |              |



Évaluation sommative de l'approche de l'Assainissement Total Piloté par la Communauté (ATPC) en Centrafrique

| N°       | Questions  | Réponses (1. Oui / 2. Non) |                                     | Commentaires |
|----------|--|----------------------------|-------------------------------------|--------------|
|          |  | Ensemble de la communauté  | Genre (inclusion des femmes/filles) |              |
| 9        | Est-ce qu'une vérification de l'état FDAL dans le village a été réalisée en utilisant les critères et les outils appropriés ?<br>7. Visites des anciens sites DAL<br>8. Vérifications avant l'aube ou après le crépuscule ;<br>9. Inspections des latrines ;<br>10. Vérification si les chemins menant aux latrines ont été empruntés ;<br>11. Conversations avec les personnes âgées et les enfants ;<br>12. Questionnements sur le contrôle par la population du changement de comportement en matière d'hygiène ;<br>13. Signes distinctifs visibles indiquant un changement de comportement : lavage des mains au savon, récipients d'eau près des latrines, etc.<br>14. Enquêtes sur les infractions et les mesures prises. |                            |                                     |              |
| 10       | Est-ce qu'une certification de l'état FDAL a été réalisée dans le village sur la base des 3 critères clés :<br>1. Tous les ménages du village ont une latrine<br>2. Tous les ménages du village utilisent la latrine avec un couvercle<br>3. Toutes les latrines disposent de Dispositifs de Lavage des Mains (DLM)  |                            |                                     |              |
| 11       | Est-ce que la Direction Générale des Ressources Hydrauliques (DGRH) a conduit ou participé activement aux processus de vérification et certification des villages FDAL ?   |                            |                                     |              |
| <b>D</b> | <b>Durabilité et passage à échelle</b>   |                            |                                     |              |
| 1        | Est-ce qu'une célébration de l'état FDAL a été réalisée dans le village en vue d'inciter au passage à échelle ?  |                            |                                     |              |
| 2        | Est-ce que des mécanismes de suivi de la pérennité de l'état FDAL dans le village ont été mis en place par les communautés (ex. sanctions contre les contrevenants, plan d'entretien et de maintien de l'utilisabilité des latrines, etc.) ?   |                            |                                     |              |
| 3        | Est-ce que les Leaders Naturels les plus influents et déterminés (capables de déclencher et d'encadrer l'approche ATPC) dans d'autres localités ont été identifiés après le programme ?  |                            |                                     |              |
| 4        | Est-ce que les agents facilitateurs-trices ATPC disposent des compétences et de l'expérience pertinente pour accompagner la mise à échelle ailleurs en RCA ?   |                            |                                     |              |
| 5        | À votre connaissance, est-ce que des mécanismes de plaidoyer et de sensibilisation au niveau institutionnel ont été mis en place au niveau local/régional/national pour encourager le passage à échelle ?  |                            |                                     |              |

MERCI DE VOTRE DISPONIBILITÉ ET DE VOTRE PARTICIPATION!!!



## Annexe 7 : Statistiques du programme sur la mise en œuvre de l'approche ATPC en RCA

| Année                | ONG de mise en œuvre | Préfectures             | Nombre villages prévus dans le PCA | Population prévue PCA (habitants) | Ménages prévus PCA | Nombre de villages effectivement déclenchés en ATPC | Population des villages déclenchés en ATPC | Nombre de ménages des villages déclenchés | Nombre de villages certifiés/célébrés FDAL | Population des villages certifiés/célébrés FDAL | Nombre de ménages des villages certifiés/célébrés FDAL | Nombre de villages déclarés FDAL non certifiés/célébrés |
|----------------------|----------------------|-------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|--------------------|---|--|---|--|---|--|---|
| 2016                 | REMOD                | Lobaye et Ombella Mpoko | 65                                 | 58477                             | n.a.               | 80  | 70593                                      | 11552                                     | 62   | 47466   | 7861   |   |
|                      | EAA                  | Lobaye                  | 57                                 | 52541                             | n.a.               | 57  | 41161                                      | 5931                                      | 47   | 32556   | 4747   |   |
|                      | IDC                  | Ombella Mpoko           | 71                                 | 28757                             | n.a.               | 74  | 45690                                      | 5556                                      | 70   | 42129   | 5106   |   |
| <b>Total 2016</b>    |                      |                         | <b>193</b>                         | <b>139775</b>                     |                    | <b>211</b>  | <b>157444</b>                              | <b>23039</b>                              | <b>179</b>                                 | <b>122151</b>                                   | <b>17714</b>   |   |
| 2017                 | EAA                  | Lobaye                  | 100                                | 65000                             | 9800               | 100   | 45370                                      | 9882                                      | 80   | 35431   | 5898   | 20  |
|                      | IDEAL                | Lobaye                  | 74                                 | 34129                             | n.a.               | 74  | 69422                                      | n.a.                                      | 69   | 18318   | 3438   |   |
|                      | IDC                  | Ombella Mpoko           | 79                                 | 55213                             | 9738               | 73  | 28711                                      | 5443                                      | 67   | 23557   | 4553   |   |
| <b>Total 2017</b>    |                      |                         | <b>253</b>                         | <b>154342</b>                     | <b>19538</b>       | <b>247</b>  | <b>143503</b>                              | <b>15325</b>                              | <b>216</b>                                 | <b>77306</b>                                    | <b>13889</b>   | <b>20</b>   |
| 2017-2018            | Levier Plus          | Sangha-Mbaéré           | 53                                 | 12230                             | 2648               | 53  | 12250                                      | 2648                                      | 28   | 12447   | 1290   | 27  |
|                      | I3D                  | Sangha-Mbaéré           | 29                                 | 23362                             | 4045               | 29  | 13229                                      | 3055                                      | 26   | 12770   | 2587   |   |
|                      | ASF                  | Mambéré-Kadeï           | 98                                 | 39724                             | 7945               | 97  | 30394                                      | 4854                                      | 36   | 11104   | 2052   | 10  |
|                      | AIDE                 | Mambéré-Kadeï           | 96                                 | 75517                             | 11976              | 96  | 24997                                      | 4432                                      | 25   | 5042  | 1122   | 34  |
| <b>Total 2017</b>    |                      |                         | <b>276</b>                         | <b>150833</b>                     | <b>26614</b>       | <b>275</b>  | <b>80870</b>                               | <b>14989</b>                              | <b>115</b>                                 | <b>41363</b>                                    | <b>7051</b>  | <b>71</b>   |
| <b>Total général</b> |                      |                         | <b>722</b>                         | <b>444950</b>                     | <b>46152</b>       | <b>733</b>  | <b>381817</b>                              | <b>53353</b>                              | <b>510</b>                                 | <b>240820</b>                                   | <b>38654</b>   | <b>91</b>   |

| Année                | ONG de mise en oeuvre | Préfectures             | Nombre de villages déclarés FDAL non certifiés/célébrés | Population des villages FDAL non certifiés/célébrés mais déclarés FDAL | Nombre de ménages des villages FDAL non certifiés/célébrés mais déclarés FDAL | Population totale des villages avec statut FDAL | Nombre de ménages des villages avec statut FDAL | Nombre total de villages avec statut FDAL | Nombre d'anciennes latrines existantes | Nombre de nouvelles latrines construites dans les villages certifiés FDAL | Nombre d'anciennes latrines réhabilitées dans les villages certifiés FDAL | Nombre total de latrines dans les villages certifiés FDAL |
|----------------------|-----------------------|-------------------------|---|--|---|---|---|---|--|---|---|---|
| 2016                 | REMOD                 | Lobaye et Ombella Mpoko |   |  |   | 47466   | 7861  | 62  | 3384                                   | 764   | 6228  | 10376   |
|                      | EAA                   | Lobaye                  |   |  |   | 32556   | 4747  | 47  | 2519                                   | 0   | 2225  | 4744  |
|                      | IDC                   | Ombella Mpoko           |   |  |   | 42129   | 5106  | 70  | 2173                                   | 901   | 2928  | 6002  |
| <b>Total 2016</b>    |                       |                         |   |  |   | <b>122151</b>                                   | <b>17714</b>                                    | <b>179</b>                                | <b>8076</b>                            | <b>1665</b>   | <b>11381</b>  | <b>21122</b>  |
| 2017                 | EAA                   | Lobaye                  | 20  | 8858   | 1475  | 44289   | 7373  | 100                                       | 2579                                   | 0   | 3337  | 5916  |
|                      | IDEAL                 | Lobaye                  |   |  |   | 18318   | 3438  | 69  | 532                                    | 515   | 2563  | 3610  |
|                      | IDC                   | Ombella Mpoko           |   |  |   | 23557   | 4553  | 67  | 1699                                   | 1012  | 3542  | 6253  |
| <b>Total 2017</b>    |                       |                         | <b>20</b>   | <b>8858</b>  | <b>1475</b>   | <b>86164</b>                                    | <b>15364</b>                                    | <b>236</b>                                | <b>4810</b>                            | <b>1527</b>   | <b>9442</b>   | <b>15779</b>  |
| 2017-2018            | Levier Plus           | Sangha-Mbaéré           | 27  | 12002  | 1244  | 24449   | 2534  | 55  | 208                                    | 1079  | 208   | 1495  |
|                      | I3D                   | Sangha-Mbaéré           |   |  |   | 12770   | 2587  | 26  | 1535                                   | 1415  | 578   | 3528  |
|                      | ASF                   | Mambéré-Kadeï           | 10  | 3084   | 570   | 14188   | 2622  | 46  | 1151                                   | 2421  |   | 3572  |
|                      | AIDE                  | Mambéré-Kadeï           | 34  | 6857   | 1526  | 11899   | 2648  | 59  | 304                                    | 1175  | 304   | 1783  |
| <b>Total 2017</b>    |                       |                         | <b>71</b>   | <b>21944</b>   | <b>3340</b>   | <b>63307</b>                                    | <b>10391</b>                                    | <b>186</b>                                | <b>3198</b>                            | <b>6090</b>   | <b>1090</b>   | <b>10378</b>  |
| <b>Total général</b> |                       |                         | <b>91</b>   | <b>30802</b>   | <b>4814</b>   | <b>271622</b>                                   | <b>43468</b>                                    | <b>601</b>                                | <b>16084</b>                           | <b>9282</b>   | <b>21913</b>  | <b>47279</b>  |
|                      |                       |                         |   |  |   |   |   |   | <b>0.3</b>                             |   |   | <b>1.1</b>  |
|                      |                       |                         |   |  |   |   |   |   |  |   |   | <b>5.7</b>  |

### Annexe 8 : Devis estimatif de construction d'une latrine villageoise en RCA avec et sans ATPC

| Désignation  | Prix Unitaire | Coût de la latrine sans ATPC |               | Coût de la latrine avec ATPC |              |                         |               |
|--|---------------|------------------------------|---------------|------------------------------|--------------|-------------------------|---------------|
|  |               | Entrepreneur local           |               | Apport du programme          |              | Contribution Population |               |
|  |               | Quantité                     | Prix total    | Quantité                     | Prix total   | Quantité                | Prix total    |
| Outils de construction (pelle, pioche, barre à mines, seau, corde, brouette) | 4,000         |                              | -             | 1                            | 4,000        |                         | -             |
| <i>Matériaux</i>   |               |                              |               |                              |              |                         |               |
| Fosse (sable, ciment, eau, gravier, brique, argile)                          | 3,500         | 4                            | 14,000        | -                            | -            | -                       | -             |
| Coffrage / Dalle (relèvement en carreau, brique, planche, jeu de coffrage)   | 4,000         | 2                            | 8,000         | -                            | -            | -                       | -             |
| Clôture (brique, tôle, planche, bambou / paille)                             | 3,500         | 3                            | 10,500        | -                            | -            | -                       | -             |
| Porte (structure en métal / bois, serrure)                                   | 5,000         | 1                            | 5,000         | -                            | -            | -                       | -             |
| Toiture (planche, tôle)  | 3,200         | 3                            | 9,600         | -                            | -            | -                       | -             |
| Main d'oeuvre locale   | 3,500         | 2                            | 7,000         | -                            | -            | 2                       | 7,000         |
| TOTAL PARTIEL (XAF)  |               |                              | 54,100        |                              | 4,000        |                         | 7,000         |
| <b>COÛT TOTAL (XAF)</b>  |               |                              | <b>54,100</b> |                              |              |                         | <b>11,000</b> |
| <b>COÛT TOTAL (USD)</b>  |               |                              | <b>98</b>     |                              |              |                         | <b>20</b>     |
| % du coût supporté   |               |                              | <b>100.0%</b> |                              | <b>36.4%</b> |                         | <b>63.6%</b>  |

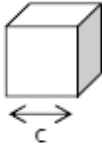
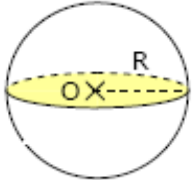
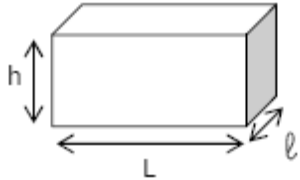
## Annexe 9 : Calcul de la durée de vie d'une latrine

La durée de vie d'une latrine dépend du nombre d'utilisateurs et du volume de la fosse. La formule de calcul est la suivante :

$$D = \frac{V}{(U \times A)}$$

- où
- D = durée de vie de la latrine en années
  - V = volume en mètres cubes (m<sup>3</sup>)
  - U = Nombre d'utilisateurs
  - A est une constante pour le volume de matière fécale produite par chaque personne, chaque année, en mètres cubes
    - Si les membres de votre communauté se nettoient avec de l'eau, A = 0,04.
    - Si les membres de votre communauté utilisent du papier hygiénique régulièrement, A = 0,06.
    - Si les utilisateurs utilisent du matériel de nettoyage anal qui ne se décompose pas rapidement (par exemple, des feuilles, de l'herbe), A = 0,09

Dans le cadre de cette étude, la valeur de la constante considérée est de 0,09 car les ménages des zones d'intervention utilisent du matériel de nettoyage qui ne se décompose pas rapidement. Le volume des fosses des latrines a été calculé approximativement en fonction de la forme :

| (1) Fosse de forme cubique (surface carrée) :                                       | (2) Fosse de forme mi-sphérique (surface circulaire) :   | (3) Fosse de forme parallélépipédique (surface rectangulaire) :   |
|---|--|---|
| $V_c = c^3$   | $V_{ds} = \frac{4}{3} \times \pi \times r^3$   | $V_p = L \times l \times h$   |
|  |                   |   |
| où $V_c$ = volume du cube en m <sup>3</sup><br>$c$ = côté de la fosse               | où $V_{ds}$ = volume de la moitié de la sphère m <sup>3</sup><br>$r$ = rayon de la surface de la fosse | où $V_p$ = volume du pavé droit m <sup>3</sup><br>$L$ = longueur de la fosse<br>$l$ = largeur de la fosse<br>$h$ = profondeur de la fosse |

Annexe 10 : Modèle de certificat de confirmation du statut FDAL d'un village

MINISTÈRE DU DÉVELOPPEMENT DE L'ÉNERGIE  
ET DES RESSOURCES HYDRAULIQUES  
=====

DIRECTION GÉNÉRALE DE L'HYDRAULIQUE  
=====

DIRECTION RÉGIONALE N°2 DE L'ÉNERGIE  
ET DE L'HYDRAULIQUE

REPUBLICQUE CENTRAFRICAINE  
Unité – Dignité – Travail  
=====



**CERTIFICAT DE STATUT DE FIN DE DEFECATION A L'AIR LIBRE (FDAL)**

**Nous :**

- Directeur Régional de l'Energie et de l'Hydraulique ;
- Représentant de la commune de NOLA;
- L'Agent d'Hygiène et d'Assainissement.

**Après avoir constaté qu'au village SAKELA**

- Chaque famille est dotée d'une latrine équipée d'un dispositif qui limite la prolifération des mouches à partir des fosses ;
- Tous les membres de la famille n'utilisent que leur latrine pour déféquer.

**Déclarons avoir certifié officiellement SAKELA Village FDAL.**

Fait à Nola, le 03 AVR 2018

Le Directeur Régional de l'Energie  
Et de l'Hydraulique

Le Représentant de la Commune

L'Agent d'Hygiène et d'Assainissement



*Tobie Théophile KOYAKA*

## Annexe 11 : Matrice d'évaluation du programme ATPC

| Méthodes de collecte de données | Sources de données  |
|---------------------------------|---|
| (a) Revue documentaire          | (1) Rapports et données externes  |
| (b) Enquête par questionnaire   | (2) Revue des documents du programme                                      |
| (c) Entretiens individuels      | (3) Enquête, entretiens et discussions de groupe, observations de terrain |
| (d) Discussions de groupe       | (4) Système de suivi-évaluation du programme                              |
| (e) Observations directes       |   |

| Critères et questions d'évaluation  | Indicateurs (quantitatifs et qualitatifs)  | Méthodes de collecte de données | Source de données                |
|---|--|---------------------------------|----------------------------------|
| <b>1. Pertinence</b>  |  |                                 |                                  |
| <b>A- Bien-fondé</b>  |  |                                 |                                  |
| <b>1.1.</b> Dans quelle mesure les interventions du programme ATPC répondaient-elles aux besoins des populations des zones d'intervention ? | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Classement de la RCA selon l'IDH : <b>187<sup>e</sup> sur 188 pays classés en 2012</b> (0,365); 188<sup>e</sup> sur 189 pays classés en 2018 (0,367).</li> <li>- Nombre de décès d'enfants de moins de 5 ans pour 1000 naissances : <b>RCA (141,3 en 2012; 128,8 en 2015)</b>; Afrique subsaharienne (86 en 2015); Au niveau mondial (43 en 2015).</li> <li>- Couverture en eau potable : <b>RCA (30,5% en 2015)</b>; Afrique subsaharienne (68% en 2015); Au niveau mondial (91% en 2015).</li> <li>- Proportion des communautés continuant de pratiquer la DAL : <b>Zones d'intervention en RCA (95% en 2012)</b>; Au niveau mondial (13% en 2015)</li> <li>- Pourcentage de la population utilisant des services d'assainissement améliorés avant le programme : <b>RCA (25,1% en 2015; en 2012 : Mambéré-Kadéï : 31,1%, Sangha-Mbaéré : 29%, Lobaye : 28,2%)</b>; Afrique subsaharienne (30% en 2015); Au niveau mondial (68% en 2015). Objectif de 60% fixé pour les OMD (cible 2015) et de 100% pour les ODD (cible 2030).</li> <li>- <b>63%</b> des ménages du groupe témoin ne disposent pas d'une latrine</li> </ul> | a<br>a<br>a<br>a<br>b           | 1<br>1<br>1<br>1, 2<br>1, 2<br>3 |
| <b>1.2.</b> Dans quelle mesure de tels besoins avaient été identifiés avant le démarrage du programme ?                                     | <p>Données de référence du programme :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 19% de la population de la RCA vivaient dans les 3 préfectures de la zone du programme en 2012</li> <li>- Absence d'intervention majeure en EHA dans la zone avant 2012</li> <li>- Population bénéficiaire incluant des groupes minoritaires marginalisés (pygmées, peulhs) car ayant un accès limité aux services sociaux de base</li> <li>- Couverture en matière d'eau potable très faible, estimée en 2012 (MICS) : Mambéré-Kadéï (14%); Sangha-Mbaéré (16%) et Lobaye (33%).</li> <li>- Existence d'une crise nutritionnelle importante causée par la crise économique qui a frappé la zone ouest du pays en 2010, avec les pires indicateurs nutritionnels, allant de 1,9 à 4,0 pour la MAS et de 7,0 à 11,0 pour la MAG.</li> </ul>   | a<br>a<br>a<br>a<br>a           | 2<br>2<br>2<br>2<br>2            |

| Critères et questions d'évaluation  | Indicateurs (quantitatifs et qualitatifs)  | Méthodes de collecte de données             | Source de données                        |
|---|--|---|--|
| <b>B- Cohérence</b>   |  |   |  |
| <b>1.3.</b> Comment les critères d'identification des communautés bénéficiaires de l'ATPC étaient cohérents avec les objectifs envisagés du Programme ?                         | <p>Critères d'identification des populations bénéficiaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Zones de forte densité de population : 19% de la population de la RCA</li> <li>- Population moyenne des villages des zones d'intervention : <b>476,3 habitants</b></li> <li>- <b>67,1%</b> des ménages du groupe exposé sont issus des groupes minoritaires marginalisés (pygmées, peulhs)</li> <li>- Zones faisant face à une crise nutritionnelle et une crise humanitaire avec un important flot de déplacés internes dû à la crise militaro-politique en RCA</li> <li>- <b>78,3%</b> des ménages du groupe témoin pratiquent la DAL</li> <li>- <b>37%</b> des ménages du groupe témoin utilisent une source d'eau potable ou améliorée</li> <li>- <b>92,1%</b> des ménages des zones d'intervention vivent dans l'extrême pauvreté</li> <li>- <b>57,9%</b> des ménages du groupe exposé enregistraient des enfants de moins de 5 ans souffrant fréquemment de la diarrhée avant que la latrine ne soit construite ou réhabilitée contre <b>78,1%</b> dans le groupe témoin.</li> </ul>   | a<br>a<br>b<br>a<br><br>b<br>b<br>b<br>b    | 2<br>4<br>3<br>3<br><br>3<br>3<br>3<br>3 |
| <b>1.4.</b> Dans quelle mesure la démarche de l'ATPC est-elle cohérente avec l'impact et les effets escomptés ?   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Approche multisectorielle et multi-acteurs, avec une délégation de responsabilités aux partenaires locaux et aux populations bénéficiaires</li> <li>- Changement des comportements et des pratiques des populations recherchés dans la démarche de l'ATPC pour une durabilité des acquis</li> <li>- La proportion de la population possédant une latrine réhabilitée et qui connaît les avantages et risques liés au lavage des mains avec du savon au moment de la défécation est passé de <b>61,7%</b> avant la réhabilitation à <b>91,7%</b> après la réhabilitation.</li> <li>- La proportion de la population possédant une latrine réhabilitée et qui se lave les mains après la défécation est passé de <b>55,3%</b> avant la réhabilitation à <b>87,5%</b> après la réhabilitation.</li> <li>- Le nombre moyen de cas de diarrhée des enfants de moins de 5 ans par mois et par ménage pratiquant la DAL est de <b>3,3</b> contre <b>2,0</b> par ménage ayant construit / réhabilité sa latrine.</li> </ul>   | c, d<br><br>c, d<br><br>b<br><br>b<br><br>b | 2<br><br>2<br><br>3<br><br>3<br><br>3    |
| <b>1.5.</b> Existe-t-il des complémentarités/synergies entre l'approche ATPC et d'autres projets ou programmes de l'UNICEF, des projets d'autres partenaires au développement ? | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Autre résultats du projet AERCA, visant à améliorer l'accès à l'eau, l'assainissement et l'hygiène dans les écoles et les centres de santé : <ul style="list-style-type: none"> <li>o <b>91% des établissements visités</b> (17 sur 19 écoles primaires et 4 lycées) dans les zones d'intervention possèdent des latrines, dont 81,3% ont des latrines séparées pour les filles et les garçons</li> <li>o <b>81,8% des élèves</b> dans les villages bénéficiaires de l'ATPC utilisent des latrines séparées (77,1% des élèves dans les villages non-bénéficiaires de l'ATPC)</li> <li>o <b>75,6% des élèves</b> dans les villages bénéficiaires de l'ATPC se lavent les mains avec du savon aux moments critiques (49,1% des élèves dans les villages non-bénéficiaires de l'ATPC; 18% dans les zones d'intervention avant le projet)</li> <li>o <b>63 écoles primaires</b> ont un accès durable à des latrines améliorées et séparées pour les sexes (pour 19 096 élèves), et ont installé des clubs d'hygiène et assainissement (aucune école avant le projet; 60 ciblées)</li> </ul> </li> </ul> | b, e<br><br>b, e<br><br>b, e<br><br>a, e    | 3<br><br>3<br><br>3<br><br>2, 4          |



| Critères et questions d'évaluation   | Indicateurs (quantitatifs et qualitatifs)  | Méthodes de collecte de données   | Source de données   |
|--|--|---|---|
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>32 centres de santé</b> (y compris les unités de réhabilitation nutritionnelle) ont un accès durable à des latrines améliorées et séparées pour les sexes (pour 17 058 patients), et ont installé des comités de gestion de l'eau, de l'hygiène et de l'assainissement (aucun CS avant le projet; 30 ciblés)</li> <li>- Quelques interventions d'EHA dans la zone d'intervention : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Projet d'« Assistance multisectorielle pour les communautés, les réfugiés internes et les retournés affectés par le conflit dans les préfectures de Mambéré Kadei et Sangha Mbaéré » mis en œuvre de Juillet 2016 à Août 2018 par la Fédération Luthérienne Mondiale (FLM), sous financement du Ministère allemand des affaires étrangères et Diakonie Katastrophenhilfe (DKH)<sup>35</sup>.</li> <li>○ Projet de renforcement des systèmes de santé dans la Lobaye et dans la Mambéré-Kadéï dans la période 2009 à 2012 de l'organisation Cordaid, qui a permis de construire des douches et latrines pour certains centres de santé.<sup>36</sup></li> <li>○ Programme d'assistance EHA aux personnes vulnérables déplacées, retournées ou rapatriées des sous-préfectures de Carnot et Gadzi, Préfecture de la Mambéré Kadeï, RCA. Norwegian Refugee Council (NRC). Mai 2016 – Avril 2017<sup>37</sup> :</li> </ul> </li> </ul> | <p>a, e</p> <p>a</p> <p>a</p> <p>a</p>  | <p>2, 4</p> <p>1, 3</p> <p>1</p> <p>1</p>   |
| <b>2. Efficacité</b>   |  |   |   |
| 2.1. Quel est le niveau d'atteinte des résultats de l'approche ATPC relativement à ceux prévus (valeurs des indicateurs, changement qualitatifs) ? | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pourcentage de ménages qui dispose d'une latrine : <b>91,8%</b> (groupe exposé); <b>37%</b> (groupe témoin)</li> <li>- <b>85,3%</b> des ménages dans le groupe exposé ont construit ou réhabilité une latrine grâce à l'ATPC (<i>période du programme</i>)</li> <li>- <b>86,8%</b> des ménages dans le groupe exposé ont mis fin à la DAL grâce à l'ATPC (<i>période du programme</i>)</li> <li>- Pourcentage de ménages du groupe exposé ayant eu une latrine réhabilitée / améliorée: <b>24,4%</b>; une latrine construite : <b>75,6%</b></li> <li>- Nombre d'anciennes latrines existantes et fonctionnelles dans les villages sélectionnés : <b>16 084</b></li> <li>- Nombre de latrines construites dans les villages certifiés FDAL : <b>9 282</b></li> <li>- Nombre de latrines réhabilitées dans les villages certifiés FDAL : <b>21 913</b></li> <li>- Nombre total de latrines dans les villages certifiés FDAL : <b>47 279</b></li> <li>- Le ratio latrine par ménage est passé de <b>0,3</b> à <b>1,1</b> après le programme</li> <li>- Réseau solide de promoteurs ATPC formés, y compris les OSC au niveau local et les structures gouvernementales <b>non-existent</b>.</li> <li>- Stratégie de marketing sanitaire et plan de mise en œuvre : <b>non-existants</b></li> </ul>   | <p>b</p> <p>b</p> <p>b</p> <p>b</p> <p>a</p> <p>a</p> <p>a</p> <p>a</p> <p>a, b</p> <p>a, c, d</p> <p>a, c, d</p> | <p>3</p> <p>3</p> <p>3</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>4</p> <p>4</p> <p>4</p> <p>2, 3</p> <p>2, 3</p> <p>2, 3</p> |

<sup>35</sup> Informations sur le projet: <https://www.lutheranworld.org/content/emergency-central-african-republic-crisis>

<sup>36</sup> Informations sur les initiatives de Cordaid : <https://www.cordaid.org/en/wp-content/uploads/sites/11/2018/06/Cordaid-CAR-2018-FR-LR.pdf>

<sup>37</sup> Toutes les références : [https://fts.unocha.org/appeals/517/projects?order=project\\_property\\_7&sort=asc](https://fts.unocha.org/appeals/517/projects?order=project_property_7&sort=asc)

| Critères et questions d'évaluation   | Indicateurs (quantitatifs et qualitatifs)  | Méthodes de collecte de données  | Source de données   |
|--|--|--|---|
| 2.2. Dans quelle mesure l'approche conceptuelle ATPC a contribué aux changements des pratiques de défécation à l'air libre dans les communautés d'intervention ? | <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>75,6%</b> des ménages du groupe exposé ont eu une latrine nouvellement construite</li> <li>- <b>98,1%</b> des ménages du groupe exposé ont librement décidé de réhabiliter ou de construire leur latrine après le déclenchement</li> <li>- Prise de conscience des ménages du groupe exposé de l'importance de garder la famille en bonne santé en construisant ou en réhabilitant la latrine (raison de la construction ou de la réhabilitation de la latrine)</li> <li>- <b>77%</b> des ménages du groupe exposé ont affirmé être capable de réhabiliter ou de construire leur latrine sans une aide extérieure</li> <li>- Plusieurs femmes – chefs de ménage ou non –ont affirmé avoir construit / amélioré leur latrine parce qu'elles sont des femmes : « La latrine permet de protéger l'intimité de la famille, en particulier celle des femmes et des filles ».</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>b</li> <li>b</li> <li>b, c</li> <li>b</li> <li>b, d</li> </ul>                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>3</li> <li>3</li> <li>3</li> <li>3</li> <li>3</li> </ul>               |
| 2.3. Quel est le pourcentage des populations / ménages / villages qui ont atteint le statut FDAL après la mise en œuvre du programme ?                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>100,2%</b> des villages prévus avec le statut FDAL à la fin du programme (<b>601</b> villages FDAL sur 600 prévus par le PCA révisé)</li> <li>- Ratio de villages avec le statut FDAL à la fin du programme par rapport aux villages déclenchés ATPC : <b>82%</b> (601/733)</li> <li>- <b>167,6%</b> des ménages ciblés avec le statut FDAL à la fin du programme ( <b>43 468</b> ménages FDAL pour une valeur prévue dans le PCA révisé de 25 931; nombre de ménages des villages déclenchés ATPC : 53 353)</li> <li>- <b>108,6%</b> des populations dénombrés dans les villages avec le statut FDAL à la fin du programme (<b>271 622</b> pour une valeur prévue dans le PCA révisé de 250 000; population des villages déclenchés ATPC : 381 817)</li> <li>- Pourcentage de villages avec le statut FDAL (certifiés et non-certifiés) / villages déclenchés par préfecture : Lobaye : <b>91,7%</b>; Mambéré-Kadéï : <b>54,4%</b>; Ombella Mpoko : <b>89,1%</b>; Sangha-Mbaéré : <b>98,8%</b></li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>a</li> <li>a</li> <li>a</li> <li>a</li> <li>a</li> </ul>                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>4</li> <li>3, 4</li> <li>3, 4</li> <li>3, 4</li> <li>3, 4</li> </ul>   |
| 2.4. Les activités de l'approche ATPC ont-elles été exécutées comme prévues dans la planification du programme et selon la méthode conceptuelle recommandée ?    | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Atelier de formation des ONG de mise en œuvre sur la facilitation de l'ATPC organisé par l'UNICEF : <b>30 participants</b></li> <li>- Réalisation des trois étapes de l'ATPC dans tous les villages ciblés : Taux de participation des populations (pré-déclenchement : <b>62,2%</b>; déclenchement : <b>61,1%</b>, post-déclenchement : <b>71,7%</b>)</li> <li>- Retard dans le démarrage et la mise en œuvre des activités de l'ATPC à cause de la crise politico-militaire exacerbée à partir de 2012</li> <li>- Certification et célébration de l'état FDAL non réalisés dans certains villages de la Mambéré-Kadéï</li> <li>- <b>74,7%</b> des ménages du groupe exposé ont indiqué que l'état FDAL de leur ménage a été atteint entre 3 semaines et 3 mois après le déclenchement dans le village</li> <li>- 9 CLAH sur 11 dans les villages ATPC visités comprenaient des femmes parmi leurs membres.</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>c, d</li> <li>b</li> <li>a, c, d</li> <li>c, d, e</li> <li>b</li> <li>c, d</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>2</li> <li>3</li> <li>2, 3</li> <li>3</li> <li>3</li> <li>3</li> </ul> |
| 2.5. Quels ont été les principaux facteurs qui ont influé (positivement ou négativement) sur la  | <p><i>Facteurs facilitateurs :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Réalisation de <b>missions conjointes</b> de suivi avec les parties prenantes et diffusion d'information sur les progrès réalisés</li> <li>- <b>Délégation de la responsabilité</b> de mise œuvre de l'ATPC aux ONGs et OSCs locales</li> <li>- <b>Implication des communautés</b> (chefs de village, leaders religieux et Leaders Naturels), ainsi que <b>structures décentralisées de l'État</b>(agents de l'ANEA et de la DGRH) sur le terrain pour le post-déclenchement et la collecte des données</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>c, d</li> <li>c, d</li> <li>b, c, d</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>2, 3</li> <li>2, 3</li> <li>2, 3</li> </ul>                            |

| Critères et questions d'évaluation   | Indicateurs (quantitatifs et qualitatifs)  | Méthodes de collecte de données  | Source de données   |
|--|--|--|---|
| réalisation ou la non-réalisation des objectifs ?  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mise en œuvre d'un <b>projet additionnel à partir de 2017</b> pour tenir compte des retards dans la mise en œuvre et de l'augmentation des besoins suite à la crise humanitaire</li> <li><i>Facteurs négatifs :</i></li> <li>- <b>Crise politico-militaire</b> à partir de 2012 ayant retardée et ralentie la mise en œuvre des activités et déclenchée une crise humanitaire dans le pays</li> <li>- Nombre moyen de facilitateurs-trices dans les villages cibles : <b>4</b> (requis pour l'approche : environ 6 facilitateurs-trices)</li> <li>- <b>Absence d'un guide national officiel de l'approche ATPC</b> à utiliser par les facilitateurs-trices</li> <li>- <b>Faible implication des collectivités locales</b> (mairies, préfectures, etc.) dans les processus ATPC</li> </ul>   | <p>c, d</p> <p>a, d</p> <p>b, d</p> <p>c, d</p> <p>c, d, e</p>                         | <p>2, 3</p> <p>2, 3<br/>2</p> <p>3</p> <p>2, 3</p> <p>3</p>                         |
| <b>3. Efficience</b>   |  |  |   |
| <b>3.1.</b> Dans quelle mesure les ressources financières, humaines et les biens ont été :<br>- suffisants (en termes de quantité) pour la mise en œuvre de l'ATPC ?<br>- adéquats (en termes de qualité)?<br>- performants (en termes de résultats obtenus) ? | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre moyen de facilitateurs-trices dans les villages ATPC : <b>4</b> (requis pour l'approche : environ 6 facilitateurs-trices)</li> <li>- Atelier de formation des ONG de mise en œuvre sur la facilitation de l'ATPC organisé par l'UNICEF : <b>30 participants</b></li> <li>- <b>50%</b> des ménages ont affirmé que les facilitateurs-trices des ONG ont conduit efficacement les activités de l'ATPC dans leur village et devraient être maintenus pour poursuivre les mêmes activités dans d'autres villages</li> <li>- Missions de vérification, de certification et de célébration des villages FDAL réalisées conjointement par les ONG, les DREH, les antennes de l'ANEA et les communes</li> <li>- Nombre de villages avec le statut FDAL à la fin du programme : <b>601</b> (sur 600 villages FDAL prévus par le PCA révisé)</li> <li>- Ratio de villages avec le statut FDAL à la fin du programme par rapport aux villages déclenchés ATPC : <b>82%</b> (601/733)</li> <li>- Nombre de ménages des villages certifiés/célébrés FDAL : <b>43 468</b> (valeur prévue dans le PCA révisé : 25 931; ménages dans les villages déclenchés ATPC : 53 353)</li> <li>- Les matériaux remis aux comités locaux d'assainissement dans les villages lors des célébrations pour le maintien des ouvrages (latrines) sont constitués de <b>2 pelles et 2 pioches pour 50 ménages</b></li> </ul> | <p>b, d</p> <p>c, d</p> <p>b</p> <p>a, c, d</p> <p>a</p> <p>a</p> <p>a</p> <p>c, d</p> | <p>3</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>2, 3, 4</p> <p>4</p> <p>3, 4</p> <p>3, 4</p> <p>3</p> |
| <b>3.2.</b> Quel est le coût de revient par ménage du statut FDAL et le comparer si possible à d'autres pays de la sous-région ? Y a-t-il d'autres options qui minimiseraient ce coût et à quelles conditions ?  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Coût de revient du programme ATPC par ménage au Ghana : <b>30,3 – 81,6 USD</b></li> <li>- Coût de revient du programme ATPC par ménage en Éthiopie : <b>14,6 – 19,2 USD</b></li> <li>- Coût de revient d'une latrine ATPC pour le ménage en RCA : <b>20 USD</b></li> <li>- Coût de revient d'une latrine ATPC pour le ménage au Ghana : <b>7,9 – 22,4 USD</b></li> <li>- Coût de revient d'une latrine ATPC pour le ménage en Éthiopie : <b>2,4 – 3,4 USD</b></li> <li>- Coût de revient d'une latrine sans ATPC pour le ménage en RCA : <b>98,0 USD</b></li> <li>- Pourcentage du coût de revient d'une latrine ATPC pour le ménage par rapport au coût d'une latrine sans ATPC en RCA : <b>20,3%</b></li> </ul>   | <p>a</p> <p>a</p> <p>a, b</p> <p>a</p> <p>a</p> <p>a, b</p> <p>a, b</p>                | <p>1</p> <p>1</p> <p>2, 3</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>2, 3</p> <p>2, 3</p>             |

| Critères et questions d'évaluation  | Indicateurs (quantitatifs et qualitatifs)   | Méthodes de collecte de données                               | Source de données                                 |
|---|---|---|---|
| 3.3. Les fonds investis dans l'ATPC sont-ils à la hauteur des résultats atteints en tenant compte du contexte ?   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre de villages avec le statut FDAL à la fin du programme : <b>601</b> (sur 600 villages prévus par le PCA révisé)</li> <li>- Ratio de villages avec le statut FDAL à la fin du programme par rapport aux villages déclenchés ATPC : <b>82%</b> (601/733)</li> <li>- Nombre de ménages des villages certifiés/célébrés FDAL : <b>43 468</b> (valeur prévue dans le PCA révisé : 25 931; ménages dans les villages déclenchés ATPC : 53 353)</li> <li>- Crise politico-militaire à partir de 2012 ayant retardée et ralentie la mise en œuvre des activités et déclenchée une crise humanitaire dans le pays</li> </ul>  | a<br>a<br>a<br>a  | 4<br>3, 4<br>3, 4<br>2                            |
| 3.4. L'approche ATPC est-elle coût-efficace comparée à d'autres alternatives visant à améliorer l'assainissement et à mettre fin à la DAL en RCA ?                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Outils utilisés le plus souvent pour la réhabilitation / construction des latrines : <b>pelles, pioches, barres à mines, seaux, cordes</b></li> <li>- <b>77%</b> des ménages du groupe exposé ont affirmé être capable de réhabiliter ou de construire leur latrine sans une aide extérieure</li> <li>- <b>84,4%</b> des ménages possèdent une latrine se présentant comme une fosse simple recouverte de planche de bois</li> <li>- <b>76,7%</b> des ménages ont une latrine dont la clôture de protection est confectionné avec de la paille, des feuilles de palmier ou du bambou, etc.</li> <li>- <b>43,4%</b> des ménages ont une latrine dont la clôture de protection ne dispose pas d'une porte fermée</li> <li>- <b>Aucun financement ou appui limité accordé</b> par le programme aux ménages pour la construction / réhabilitation des latrines</li> <li>- Latrines publiques (communautaires) construites par un projet de l'ONG FLM mis en œuvre de 2016 à 2018 dans la Mambéré-Kadéï et la Sangha-Mbaéré : <b>constructions financées entièrement par le projet</b></li> </ul> | b, c, d<br>b<br><br>b<br>b<br><br>b<br>a, c, d<br><br>a, c, e | 3<br>3<br><br>3<br>3<br><br>3<br>2, 3<br><br>1, 3 |
| 3.5. Les objectifs visés ont-ils été atteints dans le temps prévu et par rapport à la couverture géographique identifiée ?  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Démarrage effectif des activités du programme ATPC <b>à la fin 2014</b> à cause de la violence et de l'insécurité généralisée</li> <li>- Majorité des vérifications et certifications FDAL des villages réalisée au <b>premier trimestre 2018</b> (Fin prévue du projet : Décembre 2017)</li> <li>- Nombre de villages effectivement certifiés et déclarés FDAL à la fin du programme : <b>510</b> (sur 600 villages FDAL prévus par le PCA révisé), soit une proportion de <b>85%</b></li> <li>- Nombre de villages déclarés FDAL non certifiés et célébrés à la fin du programme: <b>91 villages</b>, soit une proportion de <b>15%</b></li> <li>- Pourcentage de villages avec le statut FDAL (certifiés et non-certifiés) / villages déclenchés par préfecture : Lobaye : <b>91.7%</b>; Mambéré-Kadéï : <b>54.4%</b>; Ombella Mpoko : <b>89.1%</b>; Sangha-Mbaéré : <b>98.8%</b></li> </ul>  | c, d<br>a, c, d<br><br>a<br><br>a<br>a                        | 2<br>2, 3<br><br>4<br><br>4<br>3, 4               |
| <b>4. Impact</b>  |   |   |   |
| 4.1. Quelles sont les perceptions des ménages et des autres membres des communautés (ciblées par le programme) par rapport aux bénéfices apportés par l'approche ATPC ? | <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>80,6%</b> des répondants du groupe exposé ont indiqué avoir eu une sensation de bien-être et avoir été éclairé sur l'importance de l'assainissement et de l'hygiène grâce aux conseils des facilitateurs-trices pendant le pré-déclenchement</li> <li>- <b>98,1%</b> des ménages du groupe exposé ont librement décidé de réhabiliter ou de construire leur latrine après le déclenchement</li> <li>- Prise de conscience des ménages du groupe exposé de l'importance de garder la famille en bonne santé en construisant ou en réhabilitant la latrine (raison de la construction ou de la réhabilitation de la latrine)</li> </ul>   | b<br><br>b<br><br>b, c, d                                     | 3<br><br>3<br><br>3                               |

| Critères et questions d'évaluation   | Indicateurs (quantitatifs et qualitatifs)  | Méthodes de collecte de données | Source de données |
|--|--|---------------------------------|-------------------|
| 4.2. En quoi peut-on dire que cette approche a contribué au renforcement des capacités individuelles et institutionnelles des entités impliquées (Ministères techniques, ONGs, communautés, sections WASH, CSD et C4D de l'UNICEF) ? | - Atelier de formation des parties prenantes, y compris les ONG de mise en œuvre, sur la facilitation de l'ATPC organisé par l'UNICEF : <b>30 participants</b>   | c, d                            | 2                 |
|  | - Missions de suivi conjointes impliquant toutes les parties prenantes (ONG, gouvernement, UNICEF, communautés), y compris pour la vérification et la célébration  | a                               | 2                 |
|  | - Partenaires des ONG et du gouvernement formés à la collecte de données dans les villages bénéficiaires du programme  | a, c, d                         | 2, 3              |
|  | - <b>63</b> écoles des zones d'intervention disposent de latrines améliorées et séparées pour les sexes  | a                               | 4                 |
|  | - <b>32</b> centres de santé des zones d'intervention disposent de latrines améliorées et séparées pour les sexes  | a                               | 4                 |
|  | - <b>19 096</b> élèves utilisent les latrines améliorées dans 63 écoles des zones d'intervention   | a                               | 4                 |
|  | - <b>17 058</b> patients utilisent les latrines améliorées dans 32 centres de santé des zones d'intervention   | a                               | 4                 |
| - Capitalisation d'acquis et obtention de données sectorielles par l'UNICEF pour la planification stratégique et le suivi-évaluation des programmes (EHA, santé et nutrition, éducation, etc.)                                       | a, d   | 3, 4                            |                   |
| 4.3. Existent-ils des preuves / signes qui indiquent que l'approche ATPC a contribué à la réduction des risques sanitaires pour les ménages, en particulier les petits enfants ?   | - <b>86,8%</b> des ménages dans le groupe exposé ont mis fin à la DAL grâce à l'ATPC ( <i>période du programme</i> )   | b                               | 3                 |
|  | - Le nombre mensuel moyen de cas de diarrhée est passé de <b>2,9</b> cas avant la construction / réhabilitation de la latrine à <b>1,7</b> cas après la construction / réhabilitation de la latrine pour les enfants de moins de 5 ans dans le groupe exposé.  | b                               | 3                 |
|  | - Le nombre mensuel moyen de cas de diarrhée est passé de <b>2,3</b> cas avant la construction / réhabilitation de la latrine à <b>1,3</b> cas après la construction / réhabilitation de la latrine pour les personnes de 5 ans et plus dans le groupe exposé. | b                               | 3                 |
|  | - <b>85,6%</b> des ménages du groupe exposé ont amélioré leurs pratiques de débarras des selles des enfants en les jetant désormais dans leur latrine ou dans celle du voisin.   | b                               | 3                 |
|  | - Pourcentage de ménages du groupe exposé ayant réhabilité leur latrine dont les membres se lavent les mains après avoir fait leurs selles : <b>55,3%</b> (avant la réhabilitation de la latrine); <b>87,5%</b> (après la réhabilitation de la latrine)        | b                               | 3                 |
|  | - Pourcentage de ménages du groupe exposé ayant réhabilité leur latrine qui possède un DLM : <b>59,6%</b> (avant la réhabilitation de la latrine); <b>91,7%</b> (après la réhabilitation de la latrine)  | b                               | 3                 |
| 4.4. Que peut-on dire de ce programme en matière d'amélioration de l'environnement social des communautés ?  | - Pourcentage de ménages du groupe exposé ayant reçu un appui pour la construction ou la réhabilitation de leur latrine : <b>41,1%</b> (de la part des membres du ménage); <b>2,1%</b> (de la part de la communauté)   | b                               | 3                 |
|  | - <b>20,3%</b> des ménages du groupe exposé ont eu leur latrine construite par la communauté sans leur participation à l'effort  | b                               | 3                 |
|  | - <b>85,4%</b> des répondants du groupe exposé ont affirmé que les Chefs religieux et/ou chefs de villages ont été activement impliqués dans le suivi de la construction de leur latrine   | b                               | 3                 |

| Critères et questions d'évaluation  | Indicateurs (quantitatifs et qualitatifs)  | Méthodes de collecte de données | Source de données |
|---|--|---------------------------------|-------------------|
| <b>5. Viabilité</b>   |  |                                 |                   |
| <b>5.1.</b> Dans quelle mesure les changements des pratiques de défécation à l'air libre dans les communautés d'intervention sont durables?   | - Prise de conscience des ménages du groupe exposé de l'importance de garder la famille en bonne santé en construisant ou en réhabilitant la latrine (raison de la construction ou de la réhabilitation de la latrine)                         | b, c                            | 3                 |
|   | - <b>98,1%</b> des ménages du groupe exposé qui ont pris la décision de réhabiliter ou de construire leur latrine après le déclenchement   | b                               | 3                 |
|   | - Faible qualité et résistance des ouvrages d'assainissement (latrines) construits par les ménages (voir <i>Illustration a12.2</i> en <i>Annexe 12</i> )   | a, b, e                         | 2, 3              |
|   | - Inadaptation des types d'ouvrages d'assainissement construits par rapport au milieu naturel dans certaines zones (ex. Plusieurs zones sableuses dans la préfecture de la Sangha-Mbaéré)  | a, b, e                         | 2, 3              |
|   | - Durée de vie moyenne d'une latrine (DVML) par ménage dans les zones d'intervention : <b>6 ans et 4 mois</b> (6 ans et 10 mois dans le groupe exposé et 5 ans et 4 mois dans le groupe témoin; minimum durable : 10 ans)                      | b                               | 3                 |
| <b>5.2.</b> Dans quelle mesure les ménages/ villages préservent leur statut FDAL après la mise en œuvre du programme ? Y a-t-il des mécanismes endogènes pour préserver ce statut ?   | - <b>72,4%</b> des ménages du groupe exposé utilisent leur latrine de façon continue depuis la construction / réhabilitation et <b>26,6%</b> l'utilisent les ¾ du temps  | b                               | 3                 |
|   | - Des latrines sont <b>systématiquement</b> construites par les nouveaux ménages s'établissant dans les villages bénéficiaires de l'ATPC   | c, d                            | 3                 |
|   | - Mécanismes endogènes incitant le maintien de l'état FDAL :<br>o Peur d'être jugé par la communauté (ex. chef de village, voisins)<br>o Préservation de la dignité de la famille, en particulier des femmes                                   | b, c, d                         | 3                 |
|   | - <b>Absence de suivi post-FDAL</b> : Comités Locaux d'Assainissement et d'hygiène (CLAH) abandonnés après la fin du programme ATPC; aucune mission de suivi réalisée par les structures gouvernementales dans les villages après le programme | b, c, d                         | 2, 3              |
| <b>5.3.</b> Jusqu'à quel point les communautés sont-elles engagées à procéder elles-mêmes à la construction de latrines (ex. pour les nouveaux ménages) ? En cas d'engagement, dans quelle mesure les communautés utilisent des matériaux locaux et/ou matériaux durables ? | - Mécanismes endogènes incitant le maintien de l'état FDAL :<br>o Peur d'être jugé par la communauté (ex. chef de village, voisins)<br>o Préservation de la dignité de la famille, en particulier des femmes                                   | b, c, d                         | 3                 |
|   | - La majorité des nouveaux ménages a construit sa latrine sur conseil de la communauté dans les villages bénéficiaires de l'ATPC   | b, c, d                         | 3                 |
|   | - Types de matériaux et outils courants utilisés par les ménages pour la construction des latrines : <b>pioches, pelles, barres à mines, seaux, cordes</b>   | b, c, d                         | 3                 |
|   | - <b>84,4%</b> des ménages des zones d'intervention disposent d'une latrine du type fosse simple recouverte de planche de bois   | b                               | 3                 |
|   | - <b>76,7%</b> des ménages des zones d'intervention ont une latrine avec une superstructure (clôture de protection) faite de paille, de feuilles de palmier ou de bambou   | b                               | 3                 |
|   | - <b>43,4%</b> des ménages des zones d'intervention ne disposent pas de « porte » pour la superstructure de leur latrine; <b>28,9%</b> (une porte sous-forme de rideau/tissu); <b>13,6%</b> (une porte en paille / bambou).                    | b                               | 3                 |

| Critères et questions d'évaluation  | Indicateurs (quantitatifs et qualitatifs)  | Méthodes de collecte de données | Source de données |
|---|--|---------------------------------|-------------------|
| 5.4. Quels mécanismes endogènes et autonomes sont en place pour la maintenance des ouvrages ?   | - <b>Disponibilité à moindre coût</b> d'une proportion élevée des matériaux de construction des latrines (planches de bois, bambou, argile, feuilles de palmiers, etc.) dans les zones de mise en œuvre  | c, d, e                         | 3                 |
|   | - Les outils remis aux comités locaux d'assainissement dans les villages lors des célébrations pour le maintien des ouvrages (latrines) sont constitués de <b>2 pelles et 2 pioches pour 50 ménages</b>  | c, d                            | 2, 3              |
|   | - <b>60,1%</b> des ménages du groupe exposé ont affirmé n'avoir pas eu d'informations sur l'accès aux outils et matériaux d'assainissement (mise en relation avec les marchés locaux)  | b                               | 3                 |
|   | - Mécanismes endogènes existants pour le maintien de l'état FDAL uniquement liés aux perceptions sociales de la vie communautaire : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Peur d'être jugé par la communauté (ex. chef de village, voisins)</li> <li>o Préservation de la dignité de la famille, en particulier des femmes</li> </ul> | b, c, d                         | 3                 |
| 5.5. Dans quelle mesure les mécanismes institutionnels et locaux existants permettent le suivi des statuts FDAL des ménages/villages des zones d'intervention ? | - Absence de suivi post-FDAL : Comités locaux d'assainissement <b>peu formés</b> et <b>non-fonctionnels</b> (ayant abandonné les activités après la fin du programme ATPC en 2018)   | a, c, d                         | 2, 3              |
|   | - Comités communaux de l'ATPC <b>non installés</b> dans les zones d'intervention   | c, d                            | 2, 3              |
|   | - Plans de Développement Locaux (PDL) des communes produits en parallèle ( <b>sans connexion</b> ) avec les initiatives et les acquis de l'ATPC (ex. Plan de Développement de la Région du Sud-Ouest – PDRSO, financé par l'AFD et le FFEM)  | a                               | 1, 3              |
|   | - Comité National de Coordination l'ATPC en RCA installé par l'arrêté N° 018/16.MMEH.DIRCAB.DGH du 28 juin 2016 mais non-fonctionnelle : environ <b>seulement 2 à 3 réunions tenues</b> dans l'année suivant sa mise en place; financement du comité à la charge du MDERH dont le budget reste limité.                                   | a, c, d                         | 2, 3              |
| - Système intégré de suivi des initiatives en EHA en RCA <b>non existant</b>  | a, c, d  | 2, 3, 4                         |                   |
| - Base de données des villages certifiés et célébrés FDAL après le programme <b>disponible</b> mais <b>non-cohérente</b>  |  |                                 |                   |
| 5.6. Dans quelle mesure les interventions prennent-elles en compte la durabilité environnementale ?   | - Suppression des zones de défécation autour des villages avec la FDAL   | e                               | 3                 |
|   | - La majorité de matériaux de construction est disponible dans l'environnement immédiat des populations et est renouvelable (bois, feuilles de palmiers, pailles, etc.)  | c, d, e                         | 2, 3              |
|   | - Accompagnement des communautés réalisé par les structures gouvernementales (DGRH, ANEA) et les ONG qui prodiguent les conseils appropriés pour l'usage des bonnes pratiques d'EHA dans les ménages   | a, c, d                         | 2, 3              |
| 5.7. Les bénéficiaires, en particulier les leaders identifiés et formés, ont-ils les capacités pour poursuivre de manière autonome les actions dans             | - <b>Élaboration de plans d'actions</b> pour la FDAL par les comités locaux d'assainissement sous l'impulsion des LN et des chefs de village   | c, d                            | 3                 |
|   | - <b>77%</b> des répondants du groupe exposé ont affirmé que le LN identifié dans le village a joué convenablement son rôle de mobilisation et de suivi lors du post-déclenchement   | b                               | 3                 |
|   | - <b>85,4%</b> des répondant du groupe exposé ont affirmé que les chefs religieux et les chefs de villages ont été activement impliqués dans la mobilisation communautaire et le suivi des constructions / réhabilitations de latrines   | b                               | 3                 |



| Critères et questions d'évaluation  | Indicateurs (quantitatifs et qualitatifs)  | Méthodes de collecte de données   | Source de données  |
|---|--|---|--|
| d'autres villages sans appui extérieur ?  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les CLAH ont abandonné les activités de suivi après la fin du programme ATPC en mars 2018</li> <li>- <b>92,1%</b> des ménages des zones d'intervention vivent dans l'extrême pauvreté</li> <li>- Accès limité des ménages aux <b>outils et matériaux adaptés</b> pour la construction de <b>latrines améliorés et durables</b> (ex. barre à mines, briques, ciment, chaînage, etc.)</li> </ul>  | <p>a, c, d<br/>b<br/>a, c, d</p>  | <p>2, 3<br/>3<br/>2, 3</p>   |
| <p><b>5.8.</b> Dans quelle mesure l'approche ATPC peut être reproduite dans d'autres préfectures / communes / villages de la RCA (mise à échelle) ? Sur quels types d'évidence/ preuves peut-on se fonder objectivement pour justifier ce constat ?</p> | <p><u>Indicateurs sur l'engagement communautaire en faveur de l'ATPC:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>98,1%</b> des ménages du groupe exposé ont librement décidé de réhabiliter ou de construire leur latrine après le déclenchement</li> <li>- <b>62,8%</b> des ménages ont affirmé qu'un Leader Naturel a émergé après la sensibilisation sur les pratiques en EHA réalisée par les facilitateurs-trices des ONG lors de la phase du déclenchement de l'ATPC</li> <li>- <b>77%</b> des ménages du groupe exposé ont affirmé être capable de réhabiliter ou de construire leur latrine sans une aide extérieure</li> <li>- <b>31%</b> des ménages dont le chef est une femme ont eu leur latrine réhabilitée / construite par la communauté sans participer à l'effort</li> <li>- <b>85,4%</b> des répondant du groupe exposé ont affirmé que les chefs religieux et les chefs de villages ont été activement impliqués dans la mobilisation communautaire et le suivi des constructions / réhabilitations de latrines</li> <li>- <b>80,6%</b> des répondants du groupe exposé ont indiqué avoir eu une sensation de bien-être et avoir été éclairé sur l'importance de l'assainissement et de l'hygiène grâce aux conseils des facilitateurs-trices de l'ATPC lors de la phase de pré-déclenchement</li> <li>- Des latrines sont systématiquement construites par les nouveaux ménages s'établissant dans les villages ATPC</li> </ul> <p><u>Indicateurs sur le changement de comportement et la réduction des risques sanitaires grâce à l'ATPC:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>85,6%</b> des ménages du groupe exposé ont amélioré leurs pratiques de débarras des selles des enfants en les jetant désormais dans leur latrine ou dans celle du voisin.</li> <li>- Pourcentage de ménages du groupe exposé ayant réhabilité leur latrine dont les membres se lavent les mains après avoir fait leurs selles : <b>55,3%</b> (avant la réhabilitation); <b>87,5%</b> (après la réhabilitation)</li> <li>- Pourcentage de ménages du groupe exposé ayant réhabilité leur latrine qui possède un DLM : <b>59,6%</b> (avant la réhabilitation); <b>91,7%</b> (après la réhabilitation)</li> <li>- Pourcentage de ménages du groupe exposé qui affirment connaître les avantages et les risques liés au lavage des mains avec du savon aux moments critiques : <b>61,7%</b> (avant la réhabilitation); <b>91,7%</b> (après la réhabilitation)</li> <li>- Le nombre mensuel moyen de cas de diarrhée est passé de <b>2,9</b> cas avant la construction / réhabilitation de la latrine à <b>1,7</b> cas après la construction / réhabilitation de la latrine pour les enfants de moins de 5 ans dans le groupe exposé.</li> <li>- Le nombre mensuel moyen de cas de diarrhée est passé de <b>2,3</b> cas avant la construction / réhabilitation de la latrine à <b>1,3</b> cas après la construction / réhabilitation de la latrine pour les personnes de 5 ans et plus dans le groupe exposé.</li> </ul> | <p>b<br/>b<br/>b<br/>b<br/>b<br/>b<br/>c, d<br/>b<br/>b<br/>b<br/>b<br/>b</p> | <p>3<br/>3<br/>3<br/>3<br/>3<br/>3<br/>3<br/>3<br/>3<br/>3<br/>3<br/>3</p> |

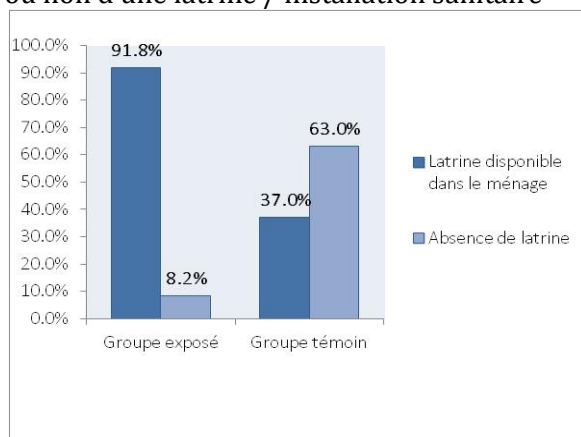
| Critères et questions d'évaluation  | Indicateurs (quantitatifs et qualitatifs)  | Méthodes de collecte de données   | Source de données  |
|---|--|---|--|
|   | <p><u>Indicateurs sur la capacité d'acquisition d'une latrine pour mettre fin à la DAL:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Disponibilité à moindre coût</b> d'une proportion élevée des matériaux de construction des latrines (planches de bois, bambou, argile, feuilles de palmiers, etc.) dans les zones de mise en œuvre</li> <li>- <b>84,4%</b> des ménages des zones d'intervention ont une la latrine du type fosse simple recouverte de planche de bois</li> <li>- <b>76,7%</b> des ménages des zones d'intervention ont une latrine avec une superstructure (clôture de protection) faite de paille, de feuilles de palmier ou de bambou, etc.</li> <li>- Coût de revient d'une latrine ATPC pour le ménage en RCA : <b>20 USD</b></li> <li>- <b>Aucun financement ou appui limité accordé</b> par le programme aux ménages pour la construction ou la réhabilitation des latrines</li> </ul> <p><u>Indicateurs sur l'existence de mécanismes institutionnels favorisant la mise à échelle de l'ATPC:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Comité National de Coordination l'ATPC en RCA installé par l'arrêté N° 018/16.MMEH.DIRCAB.DGH du 28 juin 2016</li> <li>- Capitalisation d'acquis et obtention de données sectorielles par l'UNICEF (EHA, santé et nutrition, éducation, etc.) pour la planification stratégique et le suivi-évaluation des programmes</li> <li>- Expériences de l'ATPC capitalisées par les ONG de mise en œuvre et les structures gouvernementales (DGRH, ANEA) : Missions de suivi conjointes pour la vérification, la certification et la certification; formation sur la collecte de données dans les villages cibles</li> </ul> | <p>b, e</p> <p>b</p> <p>b, e</p> <p>b</p> <p>a, c, d</p> <p>a</p> <p>a, c, d</p> <p>a, c, d</p> | <p>3</p> <p>3</p> <p>3</p> <p>3</p> <p>2, 3</p> <p>2</p> <p>2, 3</p> <p>2, 3</p> |
| <b>6. Genre, Équité et Droits Humains</b>   |  |   |  |
| <p><b>6.1.</b> Dans quelle mesure les ménages les plus vulnérables, en particulier ceux dirigés par les femmes et les personnes à mobilité réduite, ont été impliqués dans la mise en œuvre de l'ATPC ?</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Population bénéficiaire du programme incluant des groupes minoritaires marginalisés (pygmées, peulhs) <b>lors de la planification</b></li> <li>- <b>67,1%</b> des ménages du groupe exposé sont issus des groupes minoritaires marginalisés après l'enquête (pygmées, peulhs)</li> <li>- <b>31%</b> des ménages dont le chef est une femme ont eu leur latrine réhabilitée / construite par la communauté sans participer à l'effort</li> <li>- Implication des jeunes dans les constructions / réhabilitation de latrines (ex. aller chercher du bois, des bambous, des feuilles de palmier ou d'autre matériel disponible dans la nature pour les superstructures)</li> <li>- <b>82%</b> des répondants du groupe exposé ont indiqué que les membres les plus vulnérables, discriminés et démunis de la communauté ont été encouragés ou impliqués dans les activités vers l'état FDAL</li> <li>- Les femmes <b>ont eu les mêmes chances d'être LN</b> que les hommes et plusieurs d'entre elles ont intégré les comités locaux d'assainissement</li> <li>- 9 CLAH sur 11 dans les villages ATPC visités comprenaient des femmes parmi leurs membres.</li> </ul>  | <p>a, d</p> <p>b</p> <p>b, c</p> <p>b, c, d</p> <p>b, c, d</p> <p>c, d</p> <p>c, d</p>          | <p>2, 3</p> <p>3</p> <p>3</p> <p>3</p> <p>3</p> <p>3</p> <p>3</p>                |

| Critères et questions d'évaluation   | Indicateurs (quantitatifs et qualitatifs)  | Méthodes de collecte de données | Source de données |
|--|--|---------------------------------|-------------------|
| 6.2. Dans quelle mesure les besoins sexo-spécifiques des garçons et des filles, la distribution des rôles entre hommes et femmes au sein du ménage, des groupes vulnérables et les barrières auxquelles les femmes sont confrontées par rapport leur participation aux activités de l'ATPC ont-ils été pris en compte dans la conception, la mise en œuvre et le suivi des interventions du programme? | - Présence de femmes de façon paritaire dans les groupes de facilitateurs-trices déployés par les ONG pour la mise en œuvre de l'ATPC dans les villages  | c, d                            | 3                 |
|  | - <b>28,8%</b> des ménages du groupe exposé ont réhabilité / construit leur latrine sur la décision d'une femme (chef de ménage ou conjointe du chef de ménage)  | b                               | 3                 |
|  | - <b>73,9%</b> des ménages du groupe exposé dont la latrine a été réhabilitée / construite avec un appui extérieur (membres du ménage ou de la communauté) sont dirigés par des femmes (60,7% pour les hommes)                                   | b                               | 3                 |
|  | - <b>72,5%</b> des ménages du groupe exposé ont affirmé que les enfants du ménage ou de la communauté ont été encouragés et/ou impliqués dans la construction/réhabilitation de la latrine (ex. aller chercher du bois pour les superstructures) | b                               | 3                 |
|  | - Prise de conscience de l'intérêt de réhabiliter ou de construire une latrine pour préserver l'intimité de la famille, en particulier celle des femmes et des filles  | b, c, d                         | 3                 |
| 6.3. Dans quelle mesure les hommes et les femmes en situation de vulnérabilité participent-ils aux mécanismes de coordination, de suivi et d'évaluation de la mise en œuvre du Programme?  | - <b>82%</b> des ménages du groupe exposé ont affirmé que les membres les plus vulnérables, discriminés et démunis de la communauté ont été encouragés et/ou impliqués dans les activités menées vers l'état FDAL                                | b                               | 3                 |
|  | - <b>Sur 16 ménages d'autorités locales</b> , incluant 9 chefs de village, 3 leaders naturels et 4 membres de CLAH, <b>15 vivent en dessous du seuil de pauvreté de 1,90 dollars USD</b>   | b, c                            | 3                 |
|  | - <b>92,1%</b> des ménages des zones d'intervention vivent dans l'extrême pauvreté   | b                               | 2, 3              |
|  | - Présence de femmes dans les comités de suivi de l'ATPC mis en place dans les villages  | a, c, d                         | 2, 3              |
|  | - Présence de femmes de façon paritaire dans les groupes de facilitateurs-trices déployés par les ONG pour la mise en œuvre de l'ATPC dans les villages  | a, c, d                         | 2, 3              |

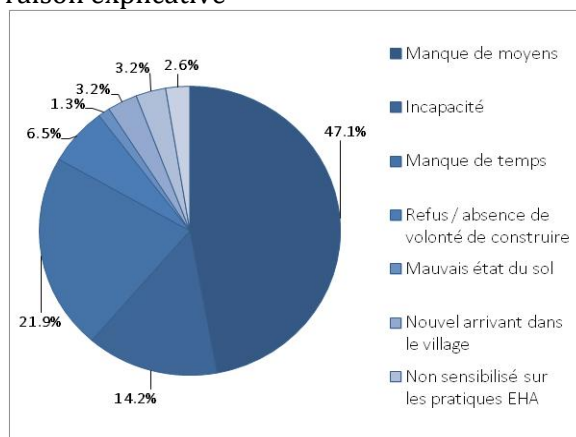
## Annexe 12 : Statistiques sur les données de l'enquête et des visites de terrain

### Données sur les ménages en matière d'assainissement et d'hygiène

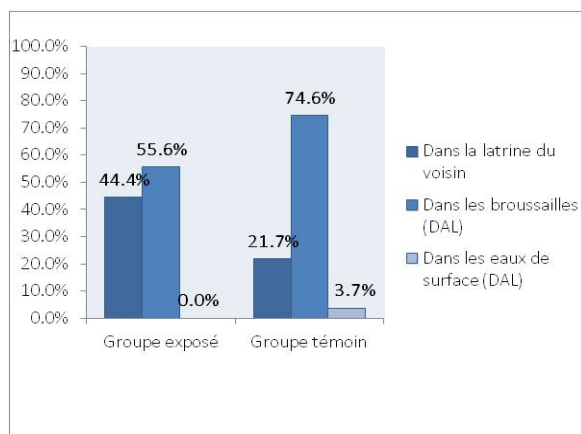
**Graphique a12.1 :** Répartition des ménages par groupe de comparaison selon la disponibilité ou non d'une latrine / installation sanitaire



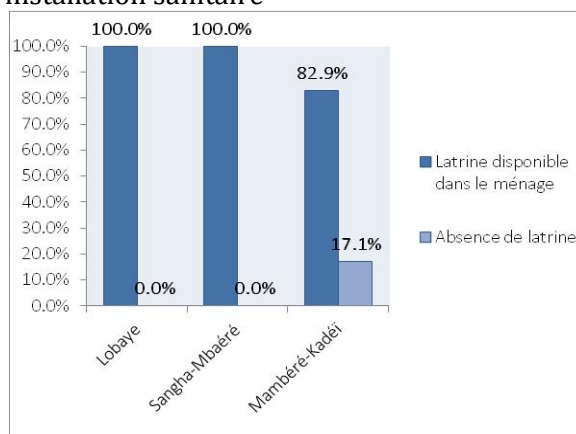
**Graphique a12.2 :** Répartition des ménages ne disposant pas d'une latrine selon la principale raison explicative



**Graphique a12.3 :** Répartition des ménages ne disposant pas d'une latrine par groupe de comparaison selon le lieu de défécation

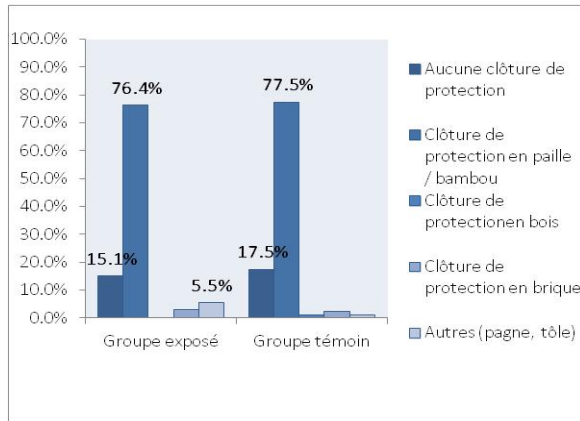


**Graphique a12.4 :** Répartition des ménages du groupe exposé par préfecture selon la disponibilité ou non d'une latrine / installation sanitaire

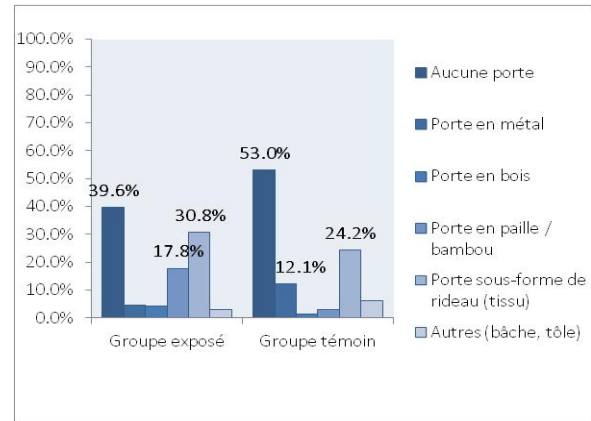


**Graphique a12.5 :** Répartition des ménages disposant d'une latrine par groupe de comparaison selon le type de clôture de protection

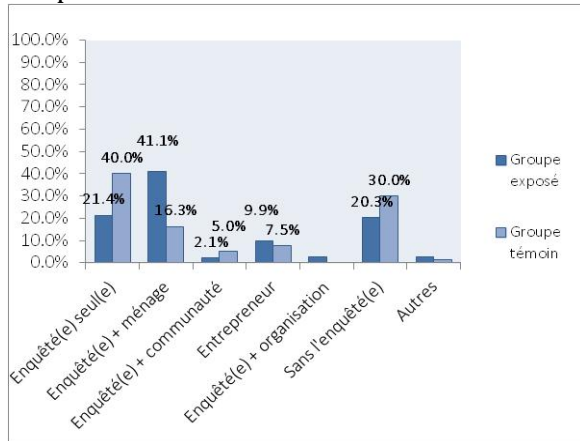
**Graphique a12.6 :** Répartition des ménages dont la latrine possède une clôture de protection par groupe de comparaison selon le type de porte



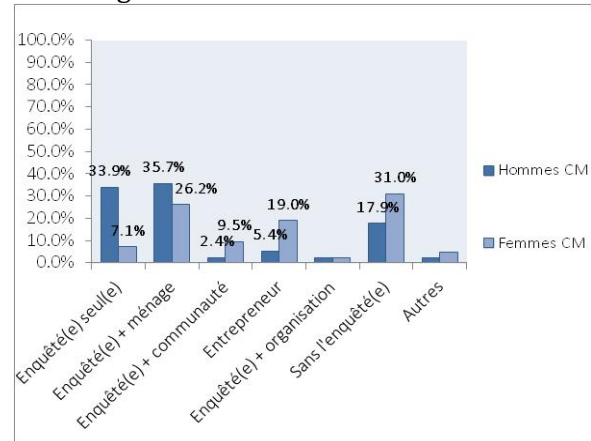
**Graphique a12.7 :** Répartition des ménages en fonction des participants à la réhabilitation / construction de la latrine selon le groupe de comparaison



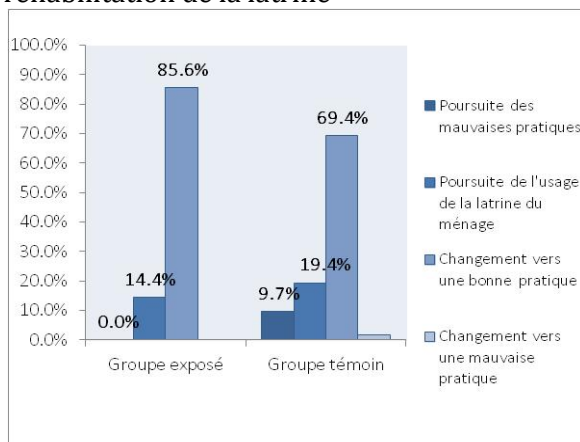
**Graphique a12.8 :** Répartition des ménages en fonction des participants à la réhabilitation / construction de la latrine selon le sexe du chef de ménage



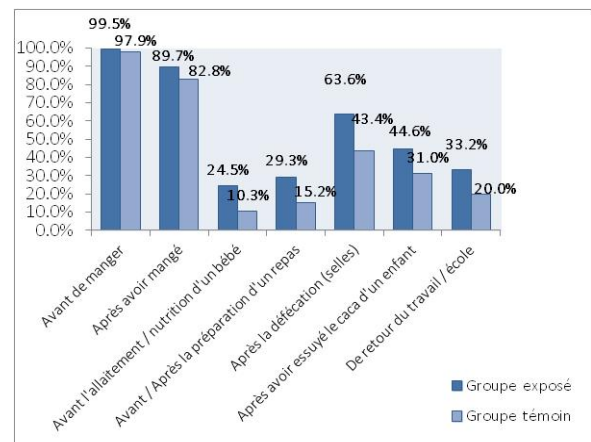
**Graphique a12.9 :** Répartition des ménages par groupe de comparaison selon les types de changements intervenus dans la gestion des selles des enfants après la construction / réhabilitation de la latrine



**Graphique a12.10 :** Répartition des ménages par groupe de comparaison selon le degré de connaissance des moments critiques pour le lavage des mains

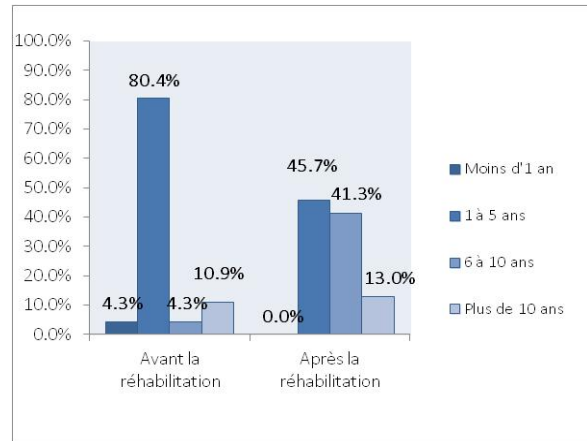
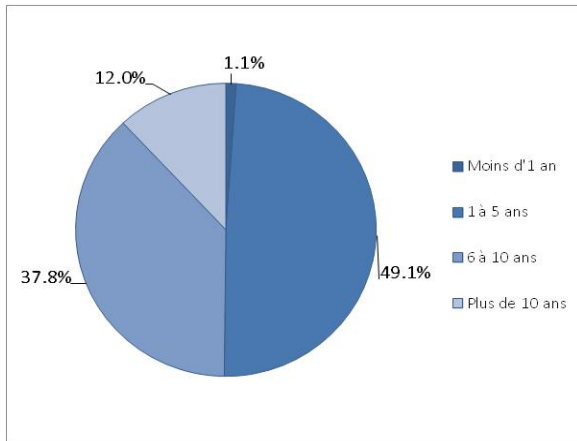


**Graphique a12.11 :** Répartition des ménages selon la durée de vie de la latrine (réhabilitée ou construite)



**Graphique a12.12 :** Répartition des ménages du groupe exposé ayant réhabilité leur latrine selon la DVL





**Illustration a12.1 :** Tronçon de route endommagé vers la commune de Mongoumba dans la Lobaye



**Illustration a12.2 :** Latrine abandonnée dans un ménage de la Préfecture de la Sangha-Mbaéré



**Illustration a12.3 :** Parties prenantes lors d'une cérémonie de célébration de la FDAL à Babaza, commune de Ouankaga dans la Mambéré-Kadéï



**Illustration a12.4 :** Plaque de certification FDAL du village de Kpengue, commune de Nola dans la Sangha-Mbaéré



## Analyse des caractéristiques sociodémographiques des ménages enquêtés

- **Echantillons et localités visitées**

L'enquête auprès des ménages dans les zones d'intervention a permis d'interroger 438 personnes (*Tableau a12.1* ci-après), dont 219 personnes dans les ménages du *groupe exposé* au programme et 219 personnes des ménages du *groupe témoin*. Pour cette enquête, 36,1% des ménages ont été interrogés dans la préfecture de la Lobaye, 27,4% dans la Sangha-Mbaéré, 24% dans la Mambéré-Kadéï et 12,6% dans l'Ombella Mpoko.

**Tableau a12.1** : Répartition des ménages visités par préfecture selon le sexe du répondant

| Préfectures          | Ménages bénéficiaires de l'ATPC<br>(Groupe exposé à l'intervention) |           |              | Ménages non-bénéficiaires de l'ATPC<br>(Groupe témoin pour la comparaison) |           |              | Total<br>général | % ménages<br>par<br>préfecture |
|----------------------|---|-----------|--------------|--|-----------|--------------|------------------|--------------------------------|
|                      | Hommes  | Femmes    | Sous-total 1 | Hommes   | Femmes    | Sous-total 2 |                  |                                |
| Lobaye               | 40  | 35        | 75           | 53   | 30        | 83           | 158              | 36.1%                          |
| Sangha-Mbaéré        | 22  | 17        | 39           | 49   | 32        | 81           | 120              | 27.4%                          |
| Mambéré-Kadéï        | 75  | 30        | 105          | 0  | 0         | 0            | 105              | 24.0%                          |
| Ombella Mpoko        | 0   | 0         | 0            | 37   | 18        | 55           | 55               | 12.6%                          |
| <b>Total général</b> | <b>137</b>  | <b>82</b> | <b>219</b>   | <b>139</b>   | <b>80</b> | <b>219</b>   | <b>438</b>       | 100.0%                         |

Il est à noter qu'au total, 20 villages localisés dans 6 communes ont été visités (*Tableau a12.2*). Ce sont les villages de Gbaté et Yérima (commune de Mbaïki), Longuélé et Yanganguela (commune de Mongoumba), Gbabili et Ndama (commune de Lessé) dans la Lobaye ; les villages de Ndong, Loppo centre, Masseké 1, Masseké 2, Masseké 3, Mboussa et Gbango 1 (commune de Nola) dans la Sangha-Mbaéré ; les villages de Wapo 3, Wando, Doroko, Barka-Pandi et Tapourou (commune de Basse-batouri) dans la Mambéré-Kadéï; les villages de Mandjo 1 et Gbabou (commune de Boali) dans l'Ombella Mpoko.

**Tableau a12.2** : Répartition des ménages visités par préfecture, commune et village selon le groupe de comparaison

| Préfectures             | Communes      | Villages     | Effectif   |
|-------------------------|---------------|--------------|------------|
| <b>1. Groupe exposé</b> |               |              | <b>219</b> |
| Lobaye                  | Mbaïki        | Gbaté        | 35         |
|                         |               | Yérima       | 28         |
|                         | Mongoumba     | Longuélé     | 10         |
|                         |               | Yanganguela  | 7          |
| Sangha-Mbaéré           | Nola          | Ndong        | 24         |
|                         |               | Loppo centre | 15         |
| Mambéré-Kadéï           | Basse-batouri | Wapo 3       | 25         |
|                         |               | Wando        | 15         |
|                         |               | Doroko       | 23         |
|                         |               | Barka-Pandi  | 26         |
|                         |               | Tapourou     | 11         |



| 2. Groupe témoin     |       |           | 219        |
|----------------------|-------|-----------|------------|
| Lobaye               | Lessé | Gbabili   | 62         |
|                      |       | Ndama     | 21         |
| Sangha-Mbaéré        | Nola  | Masseké 1 | 11         |
|                      |       | Masseké 2 | 10         |
|                      |       | Masseké 3 | 8          |
|                      |       | Mboussa   | 29         |
|                      |       | Gbango 1  | 23         |
| Ombella Mpoko        | Boali | Mandjo 1  | 27         |
|                      |       | Gbabou    | 28         |
| <b>Total général</b> |       |           | <b>438</b> |

- **Age, genre et statut matrimonial**

Parmi les personnes interrogées, les hommes étaient les plus nombreux (63%), avec une répartition de 62,5% dans le groupe exposé et 63,5% dans le groupe témoin. La raison explicative de cette forte proportion d'hommes dans l'échantillon est que les personnes visées par l'enquête étaient principalement les chefs de ménage, dont la majorité est constituée le plus souvent d'hommes selon les normes sociales locales. On dénombre ainsi que 78,3% des enquêtés sont des chefs de ménage (*Tableau a12.3*) dont 77,3% sont des hommes et 22,7% sont des femmes.

**Tableau a12.3 : Répartition des ménages visités par statut du répondant selon le genre**

| Statut du répondant    | Hommes | Femmes | Total général | % ménages par statut |
|------------------------|--------|--------|---------------|----------------------|
| Chef de ménage         | 265    | 78     | 343           | 78.3%                |
| Autre membre du ménage | 11     | 84     | 95            | 21.7%                |
| Total général          | 276    | 162    | 438           | 100.0%               |

La plupart des femmes cheffes de ménage sont des chefs de ménages monoparentaux (célibataires, veuves ou divorcées) représentant une proportion de 76,9% (*Tableaux a12.4*), avec une répartition de 84,6% dans le groupe exposé et de 69,2% dans le groupe témoin ; alors que la majorité des hommes chefs de ménage (86,5%) ont une conjointe, c'est-à-dire qu'ils sont mariés ou en union libre (*Tableaux a12.5*).

**Tableau a12.4 : Répartition des femmes chefs de ménage selon la situation matrimoniale**

| Situation matrimoniale | Ménages bénéficiaires de l'ATPC |        | Ménages non-bénéficiaires de l'ATPC |        | Ensemble |        |
|------------------------|---------------------------------|--------|-------------------------------------|--------|----------|--------|
|                        | Effectif                        | %      | Effectif                            | %      | Effectif | %      |
| Célibataire            | 7                               | 17.9%  | 9                                   | 23.1%  | 16       | 20.5%  |
| Marié(e)               | 6                               | 15.4%  | 6                                   | 15.4%  | 12       | 15.4%  |
| Veuf/veuve             | 20                              | 51.3%  | 14                                  | 35.9%  | 34       | 43.6%  |
| Divorcé(e)             | 6                               | 15.4%  | 4                                   | 10.3%  | 10       | 12.8%  |
| Union Libre            | 0                               | 0.0%   | 6                                   | 15.4%  | 6        | 7.7%   |
| Total général          | 39                              | 100.0% | 39                                  | 100.0% | 78       | 100.0% |

**Tableau a12.5 : Répartition des hommes chefs de ménage selon la situation matrimoniale**

| Situation matrimoniale | Ménages bénéficiaires de l'ATPC |        | Ménages non-bénéficiaires de l'ATPC |        | Ensemble des ménages |        |
|------------------------|---------------------------------|--------|-------------------------------------|--------|----------------------|--------|
|                        | Effectif                        | %      | Effectif                            | %      | Effectif             | %      |
| Célibataire            | 3                               | 2.3%   | 17                                  | 12.8%  | 20                   | 7.5%   |
| Marié(e)               | 89                              | 67.4%  | 81                                  | 60.9%  | 170                  | 64.2%  |
| Veuf/veuve             | 6                               | 4.5%   | 2                                   | 1.5%   | 8                    | 3.0%   |
| Divorcé(e)             | 5                               | 3.8%   | 3                                   | 2.3%   | 8                    | 3.0%   |
| Union Libre            | 29                              | 22.0%  | 30                                  | 22.6%  | 59                   | 22.3%  |
| Total général          | 132                             | 100.0% | 133                                 | 100.0% | 265                  | 100.0% |

L'âge moyen des personnes interrogées est de 36,6 ans (37,3 ans dans le groupe exposé et 31,6 ans dans le groupe témoin) et 70,8% d'entre eux ont un âge compris entre 18 et 45 ans, contre 10% qui sont âgés de 59 ans et plus. L'âge moyen du groupe des femmes est de 34,8 ans et celui des hommes 37,6 ans.

- **Niveau de scolarisation**

Dans l'ensemble, 97,9% des enquêté-e-es (96,8% dans le groupe exposé et 99,1% dans le groupe témoin) parlent couramment le Sango, la principale langue locale parlée en RCA, la répartition selon le genre ne présentant pas de différence significative. Pour le Français, langue officielle, seulement 21,5% d'entre eux (24,7% dans le groupe exposé et 18,3% dans le groupe témoin) le parlent couramment. De plus, parmi les hommes interrogés, 21,3% parlent couramment le Français contre seulement 9,3% parmi les femmes. On dénombre, en effet, que 30,6% des enquêté-e-s n'ont pas été scolarisés (32% dans le groupe exposé et 29,2% dans le groupe témoin), avec une proportion élevée chez les femmes (49,4%) par rapport aux hommes (19,6%) et 50,9% ont atteint le niveau primaire, contre 16,2% ayant eu le niveau secondaire. Parmi les personnes ayant le niveau primaire, seulement 11% ont affirmé pouvoir lire couramment le Français et 7,6% pouvoir l'écrire.

- **Taille et composition des ménages**

La taille moyenne des ménages des zones d'intervention est de 6,7 personnes, soit environ 7 membres par ménage (6,9 dans le groupe exposé et 6,5 dans le groupe témoin), avec comme maximum 26 personnes. Il est à noter que le nombre moyen de personnes par ménage varie également selon la préfecture et le sexe du chef de ménage. Il est de 7,0 dans la Lobaye, 6,4 dans la Sangha-Mbaéré, 6,8 dans la Mambéré-Kadéï et 6,2 dans l'Ombella Mpoko. Dans les ménages dirigés par des femmes, il est plus faible (6,2) que dans ceux dirigés par des hommes (6,7). Dans l'échantillon, 52,3% des enquêté-e-s (67,1% dans le groupe exposé et 37,4% dans le groupe témoin) appartiennent aux groupes minoritaires des Ba'aka (pygmées) et des arabes-peulhs. Ce qui indique que ces groupes ont été effectivement pris en compte dans la planification initiale du programme.

Le nombre moyen d'enfants par chef de ménage est de 3,7 (3,9 dans le groupe exposé et 3,5 dans le groupe témoin) et parmi eux, 1,6 sont scolarisés, soit en moyenne 2 enfants sur 5 sont scolarisés. C'est seulement dans 13,5% des ménages (11,8% pour les ménages dirigés par des

hommes et 17,5% pour ceux dirigés par des femmes) que tous les enfants du chef de ménage sont scolarisés. Dans 33,6% des ménages, aucun enfant du chef de ménage n'est scolarisé (34,6% chez les hommes et 42,6% chez les femmes). Le nombre moyen d'enfants de moins de 5 ans par ménage est de 1,9 et celui des enfants de 6 à 15 ans est de 2,1. Les personnes de 16 à 65 ans représentent en moyenne 2,7 par ménage et celles de 65 ans et plus 0,1 par ménage.

- **Commodités domestiques des ménages**

En ce qui concerne les commodités domestiques, 99,3% des enquêté-e-s n'ont pas accès à l'électricité et le principal moyen d'éclairage est la lampe électrique (92,4%), fonctionnant avec des piles ou une batterie externe.

La majorité des ménages (94,7%) détient la propriété de leur résidence et 79,2% d'entre eux y vivent depuis au moins 5 ans. 4,8% sont des locataires et 0,5% vivent dans une maison administrative (habitation fournie par le gouvernement aux fonctionnaires). Le coût moyen de la location d'une maison est 2 783 XAF<sup>38</sup>, avec un minimum enregistré de 1 000 XAF et un maximum de 5 000 XAF.

- **Profil socioéconomique des ménages**

Au niveau des caractéristiques économiques, il est à noter que 81,1% des enquêté-e-s (80,9% pour les femmes et 81,2% pour les hommes) tirent leurs revenus principaux de l'agriculture et 7,1% exercent dans le commerce comme activité principale. La proportion de femmes commerçantes (14,2%) reste plus élevée que celles des hommes (2,9%). En moyenne, on dénombre 2 personnes actives par ménage, avec un maximum de 9 personnes actives.

Le niveau de richesse / pauvreté des ménages a été approximé dans cette évaluation à travers les dépenses des ménages. Ainsi, pour 86,8% des ménages, les dépenses – incluant celles consacrées à la santé, à la nourriture, à l'habillement, à l'éducation, au transport, aux paiements des factures du loyer, de l'électricité et de l'eau courante le cas échéant, ainsi qu'aux autres charges (obligations sociales, etc.) – sont effectuées par le chef de ménage tout seul (39,3%) ou par le chef de ménage et son conjoint (47,5%). Les dépenses mensuelles moyennes par ménage s'élèvent à 82 591 XAF (environ 150,2 USD<sup>39</sup>), avec des dépenses mensuelles moyennes par tête de 12 363 XAF (22,5 USD). Au sein des ménages dirigés par les femmes, les dépenses mensuelles moyennes restent plus faibles (61 232 XAF, soit environ 111,3 USD) que celles des ménages dirigés par les hommes (92 944 XAF, soit environ 169 USD).

Dans la mesure où le Salaire Minimum Interprofessionnel Garanti (SMIG) en RCA s'établit à environ 35 000 XAF (environ 64,6 USD) par mois, il apparaît que les conditions de vie des ménages dans les zones d'intervention se présentent comme très précaires. Cette vulnérabilité semble attester le niveau de pauvreté monétaire des ménages. On observe, en effet, que 92,1% des ménages interrogés vivent dans l'extrême pauvreté selon le seuil de pauvreté de moins de 1,90 dollar par jour (Banque Mondiale)<sup>40</sup>, tandis que seulement 6,5% des ménages ont plus de 2 USD par jour. Les membres des ménages dirigés par les femmes (90,8%) semblent aussi extrêmement pauvres que ceux des ménages dirigés par les hommes (90,6%).

---

<sup>38</sup> XAF est le symbole du Franc de la Communauté Économique et Monétaire de l'Afrique Centrale (CEMAC).

<sup>39</sup> Le taux de change appliqué est le taux officiel du marché qui était d'environ 550 XAF pour 1 USD.

<sup>40</sup> Banque Mondiale. Pauvreté – vue d'ensemble. <http://www.banquemondiale.org/fr/topic/poverty/overview>

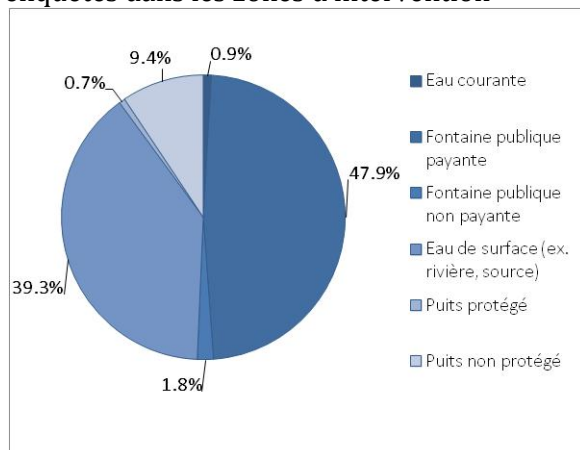
Par ailleurs, dans 39,3% des ménages, les frais de vie des membres sont pris en charge uniquement par le-la chef-fe de ménage, et par le-la chef-fe de ménage et sa-son conjoint-e dans 47,5% des ménages. C'est seulement dans 9,1% des ménages que les dépenses sont effectuées par toutes les personnes actives. En outre, les frais de vie des membres du ménage sont pris en charge par le-la chef-fe de ménage seul ou par le-la chef-fe de ménage et sa-son conjoint-e dans 48,6% des ménages ayant au moins 3 personnes actives.

## Profil des ménages en matière d'accès et d'utilisation des sources d'eau

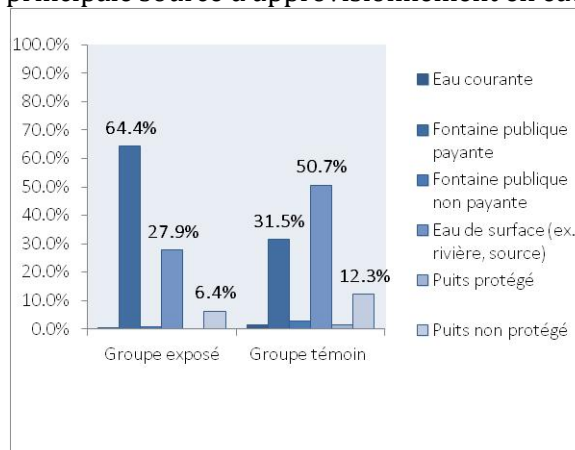
- **Principales sources d'approvisionnement en eau**

Les deux principales sources d'approvisionnement en eau des ménages enquêtés dans les zones d'intervention sont la pompe / fontaine publique payante (47,9%) qui est aménagée pour les populations et l'eau de surface (39,3%), c'est-à-dire l'eau des rivières, ruisseaux, etc. (Graphique a12.13). Cette dernière source d'accès reste en générale non-aménagée. On remarque que dans le groupe exposé (Graphique a12.14), la majorité des ménages (64,4%) s'approvisionnent en eau à travers les fontaines payantes tandis que dans les villages non-bénéficiaires du programme, la source principale en eau est l'eau de surface (50,7%).

**Graphique a12.13 : Principale source d'approvisionnement en eau des ménages enquêtés dans les zones d'intervention**



**Graphique a12.14 : Répartition des ménages enquêtés par groupe de comparaison selon la principale source d'approvisionnement en eau**



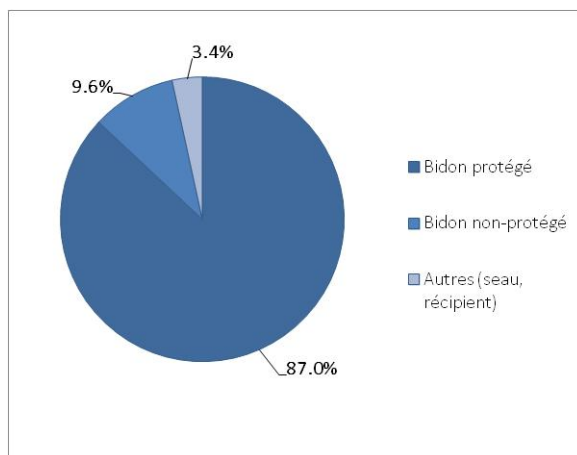
- **Coût d'acquisition de l'eau potable**

Le coût mensuel moyen d'acquisition de l'eau potable pour les ménages qui possède l'eau courante ou s'approvisionnent à la fontaine publique payante s'élevait à 1 315 XAF, avec un minimum de 300 XAF et un maximum de 10 000 XAF dépendant de la taille du ménage. La majorité d'entre eux (80,3%) payent au plus 1 500 XAF par mois pour obtenir de l'eau saine pour la consommation, soit une dépense de 50 XAF ou moins par jour.

- **Stockage et traitement de l'eau de réserve**

Pour la majorité des ménages (87%), l'eau mise en réserve pour une consommation future est conservée dans un bidon protégé (*Graphique a12.15*), en généralement des bidons de 20 litres avec couvercle (*Illustration a12.5*). Aucun traitement de cette eau de réserve n'est réalisé avant la consommation pour la quasi-totalité des ménages visités (99,8%), qu'ils utilisent de l'eau potable, de l'eau de source ou de puits (protégé ou non).

**Graphique a12.15** : Répartition des ménages enquêtés selon le moyen utilisé pour constituer une eau de réserve pour la consommation future



**Illustration a12.5** : Exemples de bidons de 3 litres utilisés comme contenants pour l'eau de réserve par les ménages des zones d'intervention

