

**Évaluation formative multi-pays du
Résultat Clé pour les Enfants (RCE#8) :
Mettre fin à la défécation à l'air libre (y
compris pendant la pandémie de la COVID-
19) au Tchad, en Guinée-Bissau, en
Guinée, au Burkina Faso et au Togo
Période : 2013 - 2020**

Rapport Régional Final

Janvier 2023

Commanditée par :

**Bureau Régional de l'UNICEF pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre
(WCARO)**

Réalisée par :

Patrick RAYMOND
Maxime SOMDA
Sepideh Labani MOTLAGH
Guy COMLAN
Joseph WETHE
Djibrine NGARMIG-NIG
Mamadou BARRY
Tetouehaki TCHONDA

Expert international WASH, Chef de mission
Expert international WASH
Experte internationale Genre
Expert en Santé Communautaire
Expert national WASH Burkina Faso
Expert national WASH Tchad
Expert national WASH Guinée
Expert national WASH Togo

Sous la coordination du

Bureau d'études AMD International



1. TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES	i
LISTE DES TABLEAUX	ii
LISTE DES FIGURES ET GRAPHIQUES	ii
LISTE DES ILLUSTRATIONS	ii
LISTE DES SIGLES ET ABBREVIATIONS	iii
RÉSUMÉ EXÉCUTIF	v
1. CONTEXTE DE L’ÉVALUATION	1
2. OBJET DE L’ÉVALUATION	2
3. BUT DE L’ÉVALUATION	7
4. OBJECTIFS DE L’ÉVALUATION	8
5. PORTEE DE L’ÉVALUATION	9
6. CRITERES ET QUESTIONS DE L’ÉVALUATION	9
7. METHODOLOGIE	11
7.1.1. Approche d’évaluation	11
7.1.2. Méthodes et outils de collecte des données	11
7.2.1. <i>Revue documentaire</i>	11
7.2.2. <i>Méthodes et outils de collecte des données qualitatives</i>	12
7.2.3. <i>Méthodes et outils de collecte des données quantitatives</i>	13
7.1.3. Stratégie d’échantillonnage.....	13
7.3.1. <i>Stratégie d’échantillonnage pour la collecte des données qualitatives</i>	13
7.3.2. <i>Stratégie d’échantillonnage pour l’enquête quantitative</i>	14
7.1.4. Collecte, analyse des données et assurance qualité	15
7.4.1. <i>Dispositif et organisation de la collecte des données</i>	15
7.4.2. <i>Traitement et analyse des données collectées</i>	16
7.4.3. <i>Stratégie d’assurance qualité</i>	16
7.1.5. Considérations éthiques.....	17
7.1.6. Limites et contraintes de l’évaluation	18
8. CONSTATS ET CONCLUSIONS PRÉLIMINAIRES	20
8.1.1. Pertinence.....	20
8.1.2. Efficacité.....	25
8.1.3. Efficience	42
8.1.4. Impact	46
8.1.5. Durabilité	52
8.1.6. Genre, Droits humains, Equité	60
9. LEÇONS APPRISSES	66
10. CONCLUSIONS FINALES	68
11. RECOMMANDATIONS	73

2. LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Aperçu sur l'objet de l'évaluation.....	3
Tableau 2 : Principaux utilisateurs et utilisations des résultats d'évaluation.....	7
Tableau 3 : Liste des questions évaluatives retenues par critère d'évaluation	10
Tableau 4 : Récapitulatif de la stratégie d'échantillonnage	14
Tableau 5 : Contraintes et actions palliatives décidées.....	18
Tableau 6 : Niveau d'atteinte des indicateurs de résultats des interventions RCE#8.....	26
Tableau 7 : Nombre de villages déclenchés et certifiés FDAL dans les 5 pays couverts	27
Tableau 8 : Estimation de l'effort requis pour éradiquer la DAL en 2030	29
Tableau 9 : Approches mises en œuvre et zone d'implémentation.....	29
Tableau 10 : Pratiques prometteuses identifiées dans les différents pays en présence.....	32
Tableau 11 : Principales combinaisons d'approches efficaces la plus apte à l'échelle	34
Tableau 12 : Facteurs favorables et défavorables à l'atteinte des résultats.....	36
Tableau 13 : Modalités de collaboration multisectorielle dans chaque pays	40
Tableau 14 : Niveau de la mobilisation des ressources financières prévues par l'UNICEF.....	43
Tableau 15 : estimation des coûts unitaires de certification FDAL par village et par personne dans les 5 pays.....	44
Tableau 16 : Indicateurs liés à l'adoption des bonnes pratiques H&A par les ménages.....	47

3. LISTE DES FIGURES ET GRAPHIQUES

Liste des figures

Figure 1 : Zones d'intervention de l'UNICEF pour la mise en œuvre de l'ATPC	4
Figure 2 : Lien de cause à effet entre l'approche holistique du WASH et l'arrêt des maladies diarrhéiques dans une communauté donnée.....	35
Figure 3 : Schématisation de la contribution et du rôle joué par chaque partie aux résultats visant la FDAL.....	39

Liste des graphiques

Graphique 1 : Evolution des taux de DAL dans les 5 pays évalués	28
---	----

4. LISTE DES ILLUSTRATIONS

Illustration 1 : Des élèves se lavant les mains dans une école (© AMD International, A) et un jeune homme étanchant sa soif (© ONG SNV, B) au Burkina Faso.....	20
Illustration 2 : Entrée d'une latrine dans la Kara (B) et Dalle avec couvercle à manche d'une latrine dans les Plateaux (C) au Togo (© AMD International).....	25
Illustration 3 : Des latrines familiales avec superstructures construites avec des matériaux locaux (E) et définitifs (F) en Guinée Bissau.....	42
Illustration 4 : Des hommes construisant une clôture à base de branches de palmier (G) et une femme lavant le pot de défécation de son enfant (H) en Guinée.....	46
Illustration 5 : Des latrines familiales sommairement construites endommagées par les intempéries au Burkina Faso (I) et au Togo (J).....	52
Illustration 6 : Une latrine séparée Filles/ Garçons au Tchad (K) et un homme âgé accédant à sa latrine familiale (L) au Togo	60

5. LISTE DES SIGLES ET ABBREVIATIONS

AAAQ	: Availability, Accessibility, Acceptability and Quality framework
ACED	: Action pour l'Environnement et le Développement
ACF	: Action Contre la Faim
AFD	: Agence Française de Développement
AFDH	: Approche Fondée sur les Droits Humains
AGED	: Association pour la Gestion de l'Environnement et le Développement
AGR	: Activités Génératrices de Revenus
ANJE	Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant
AMCOW	: Conseil des Ministres Africains de l'Eau
AMD	: Associés en Management Public et Développement International
AME	: Association des Mères Educatives
AOC	: Afrique de l'Ouest et du Centre
APE	: Association des Parents d'Elèves
APIIL	: Action pour la Promotion des Initiatives Locales
APS	: Association pour la Paix et la Solidarité
ATPC	: Assainissement Total Piloté par la Communauté
ASBC	: Agent de Santé à Base Communautaire
AVEC	: Association Villageoise d'Epargne et de Crédit
CAD	: Comité d'Aide au Développement
C4D	: Communication pour le Développement
CATS	: Approches Communautaires de l'Assainissement Total
CAVQ	: Comités d'Assainissement Villageois et de Quartier
COGES	: Comité de Gestion
COVID-19	: Maladie à Coronavirus 19
CPE	: Comité Provincial d'Evaluation
CSPS	: Centre de Santé et de Promotion Sociale
DAL	: Défécation à l'Air Libre
DGA	: Direction Générale de l'Assainissement
DHAB	: Direction de l'Hygiène et de l'Assainissement de Base
DGEP	: Direction Générale de l'Economie et de la Planification
DLM	: Dispositif de Lavage des Mains
DPEA	: Direction Provinciale de l'Eau et de l'Assainissement
PDI	: Personnes Déplacées Internes
DREA	: Direction Régionale de l'Eau et d'Assainissement
DRC	: Danish Refugee Council
EA	: Effet Attendu
EHCVM	: Enquête Harmonisée sur les Conditions de Vie des Ménages
EMC	: Enquête Multisectorielle Continue
ENA	: Enquête Nationale sur l'Assainissement
EQAmE	: Ecole de Qualité Amie des Elèves
FCFA	: Franc de la Communauté Financière Africaine
FDAL	: Fin de la Défécation à l'Air Libre
FGD	: Focus-Group Discussions
GASPA	Groupes d'Apprentissage et de Suivi des Pratiques d'Alimentation du nourrisson et du jeune enfant
GEROS	: Système global d'examen et d'analyse des rapports d'évaluation
GHM	: Gestion Hygiénique des Menstrues
GNUE	: Groupe des Nations Unies pour l'Evaluation

GSF	: Fonds Mondial pour l'Assainissement
HC	Haut-Commissaire
2IE	Institut International d'Ingénierie de l'Eau et de l'Environnement
INSD	: Institut National de la Statistique et de la Démographie
JMP	: Programme de suivi conjoint
RCE	: Résultats clés pour les enfants
MEA	: Ministère de l'Eau et de l'Assainissement
MICS	: Enquête en Grappes à Indicateurs Multiples
MINEFID	: Ministère de l'Economie, des Finances et du Développement
NU	: Nations Unies
OCDE	: Organisation de Coopération et de Développement Economique
OD	: Open Defecation
ODD	: Objectifs du Développement Durable
OMD	: Objectifs du Millénaire pour le Développement
ONEA	: Office National de l'Eau et de l'Assainissement
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
OS	: Objectif Spécifique
PAG	: Plan d'Action Genre
PN-AEUE	: Programme National d'Assainissement des Eaux Usées et Excréta
PNDD	: Politique Nationale de Développement Durable
PNHP	: Politique Nationale en matière d'Hygiène Publique
PS-EEA	: Politique Sectorielle « Environnement, Eau et Assainissement »
PSNA	: Politique et Stratégie Nationales d'Assainissement
PTA	: Plan de Travail Annuel
RCE	: Résultat Clé pour les Enfants
RCI	: Rapport de Conception Initial
S&E	: Suivi et Evaluation
SNE	: Stratégie Nationale de l'Eau
SNV	: Organisation Néerlandaise de Développement
UA	: Union Africaine
UNICEF	: Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
WASH	: Eau, Assainissement et Hygiène
WCARO	: Bureau Régional de l'UNICEF pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre

6. RÉSUMÉ EXÉCUTIF

1. INTRODUCTION : La pratique de la Défécation à l'Air Libre (DAL) est une préoccupation sanitaire majeure en Afrique de l'Ouest et du Centre (AOC). Elle concernait plus de 122 millions de personnes, représentant d'une part 56% des personnes en Afrique en 2020 et d'autre part 33% de la population pratiquant la DAL dans le monde en 2015 (JMP, 2017 ; 2020). Cette pratique favorise les maladies diarrhéiques, l'une des causes majeures de mortalité infantile, et ne contribue pas un environnement physique et social propice au changement et au développement. Conscient de cette menace et de cette contrainte, le bureau régional du Fonds des Nations Unies pour l'Enfance pour l'AOC (UNICEF WCARO) a identifié huit Résultats Clés pour les Enfants (RCE) dans la région dont particulièrement le RCE#8 qui vise à « *Mettre fin à la défécation à l'air libre (RCE#8)* ». Le RCE#8 contribue au résultat 4.2 du Plan Stratégique 2018-2021 de l'UNICEF et à l'ODD 6.2 « *D'ici 2030, obtenir l'accès à un assainissement adéquat et équitable pour tous et mettre fin à la défécation à l'air libre, en accordant une attention particulière aux besoins des femmes et des filles et des personnes vulnérables* ». La présente évaluation porte sur les interventions et approches mises en œuvre par les bureaux pays de l'UNICEF dans le cadre du RCE#8 au Burkina Faso, en Guinée, en Guinée Bissau, au Tchad et au Togo. Ces interventions dont l'objectif général est de contribuer à mettre Fin à la Défécation à l'Air Libre (FDAL) dans les cinq pays ont pour but de permettre à chaque enfant de vivre dans un environnement sûr et propre. Les principaux résultats attendus sont : (i) les populations vivent dans des communautés certifiées exemptes de la Défécation à l'Aire Libre (DAL) ; (ii) les institutions disposent d'installations d'assainissement et d'hygiène séparées filles-garçons. Les interventions ont bénéficié aux ménages (hommes, femmes et enfants) et aux écoles (élèves). Les autres parties prenantes sont constituées des partenaires institutionnels (ministère en charge de l'assainissement, ses services centraux et ses structures déconcentrées), des partenaires de mise en œuvre (ONG internationales et nationales) et du partenaire financier (UNICEF). La présente évaluation a été commanditée et financée par le Bureau Régional de l'UNICEF pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre (UNICEF WCARO) de concert avec les Bureaux pays au Burkina Faso, en Guinée, en Guinée Bissau, au Tchad et au Togo. L'évaluation s'est déroulée sur la période allant de septembre 2021 à septembre 2022. Elle est conduite par une équipe indépendante de cinq (5) experts sous la coordination du bureau d'études AMD International.

2. BUT DE L'ÉVALUATION : L'évaluation a un double but à savoir : (i) renforcer la redevabilité vis-à-vis du donateur et des filles, des garçons et des parents (ou gardiens d'enfants) qui sont censés être servis par les stratégies mises en place par l'UNICEF et ses partenaires dans le domaine du RCE#8 ; (ii) stimuler l'apprentissage autour des stratégies de mise en œuvre des interventions et approches RCE#8.

3. OBJECTIFS DE L'ÉVALUATION : L'objectif global de la présente évaluation est (i) d'apprécier les résultats de la mise en œuvre de l'ATPC en faisant ressortir les goulots d'étranglement et autres facteurs clés de succès et, (ii) de proposer des actions pour renforcer les actions menées et accélérer l'évolution vers le statut FDAL au niveau local et national.

4. PORTEE DE L'ÉVALUATION : La portée thématique couvre l'ensemble des approches programmatiques visant l'atteinte et le maintien du statut FDAL. L'évaluation couvre comme champ géographique, cinq pays de la région AOC à savoir le Burkina Faso, la Guinée, la Guinée Bissau, le Tchad et le Togo. Pour la collecte des données au niveau terrain, un échantillon de régions et de provinces bénéficiaires des interventions RCE#8 a été couvert au sein de chaque pays. La portée chronologique couvre toutes les activités mises en œuvre de janvier 2017 à septembre 2021 et soutenues par l'UNICEF dans le cadre du RCE#8.

5. CRITERES ET QUESTION D'ÉVALUATION : L'évaluation est guidée par 6 critères dont 5 critères d'évaluation standards (pertinence, efficacité, efficience, impact et durabilité) et 1 critère supplémentaire et transversal lié au genre, aux droits humains et à l'équité. Au total, 30

questions d'évaluation ont été administrées dans le cadre de cette évaluation.

6. METHODOLOGIE DE L'ÉVALUATION

Approche : Cette évaluation s'inspire de l'approche axée sur la théorie de Howard (2009) et Chen (2012) pour comprendre les réussites et les échecs des interventions et des approches implémentées en examinant les hypothèses initiales, les facteurs contextuels et les mécanismes essentiels ayant contribué à l'atteinte ou non des résultats escomptés.

Méthodes et outils de collecte des données : Les méthodes de collecte des données incluent à la fois les méthodes qualitatives (revue documentaire, entretiens individuels, discussions de groupe et observation directe) et les méthodes quantitatives (questionnaire). La combinaison de ces méthodes a permis de recueillir des données (quantitatives et qualitatives, secondaires et primaires) issues de différentes sources et de faciliter la triangulation. Les outils de collecte de données utilisés incluent : (i) le questionnaire, (ii) les guides d'entretiens individuels, (iii) les guides de focus group et (iv) le guide d'observation.

Stratégie d'échantillonnage : La collecte des données quantitatives auprès des ménages s'est fondée sur une méthode d'enquête par sondage probabiliste avec un échantillonnage à plusieurs degrés (sélection aléatoire des villages puis sélection aléatoire des ménages). Une taille totale de 2000 ménages a été retenue comme échantillon dans les 5 pays soit 400 ménages en moyenne par pays. Au terme de l'enquête, 2017 ménages ont été visités, dans lesquels le chef de ménage (ou son représentant) et la femme du chef de ménage (ou sa fille majeure) ont été simultanément interrogés. Au total, 1397 chefs de ménage hommes et 2017 femmes ont été enquêtés. Pour ce qui concerne la collecte des données qualitatives, la sélection des personnes interviewées (staff Bureau régional et Bureaux pays de l'UNICEF et des ONG partenaires, acteurs institutionnels et communautaires, hommes, femmes et enfants) s'est faite par choix raisonné suivant leurs rôles et responsabilités ainsi que leur implication dans les interventions visant la FDAL. Au total, 435 personnes ont été rencontrées pour les entretiens, dont 90 femmes (21%) et 345 hommes (79%). Les focus group ont concerné 1149 personnes dont 609 femmes/filles (53%) et 540 hommes/garçons (47% de l'effectif). Les participants aux focus group ont été sélectionnés dans les communautés (hommes et femmes) et dans les écoles (élèves filles et garçons) suivant un choix raisonné sur la base de leur disponibilité et de leur connaissance des interventions RCE#8.

Méthodes d'analyse des données : L'analyse des données a combiné les méthodes quantitatives et qualitatives. L'analyse quantitative s'est essentiellement basée sur les statistiques descriptives et les représentations graphiques. L'analyse qualitative a utilisé l'approche d'analyse thématique du contenu des entretiens qualitatifs suivant une approche inductive qui a permis de repérer les idées et opinions significatives, de les catégoriser, de les décrire et de les interpréter. L'analyse qualitative des données s'est faite au moyen du logiciel Nvivo.

Triangulation des données : Les données quantitatives et qualitatives obtenues des différentes sources secondaires et primaires ont été recoupées afin d'assurer plus d'objectivité, de cohérence et de fiabilité dans les analyses. Chaque constat d'analyse est soutenu par au moins trois méthodes et trois sources de données.

Limites de l'évaluation : La faible disponibilité de certains acteurs institutionnels locaux et de quelques acteurs communautaires aux rencontres de collecte des données qualitatives (au Burkina Faso par exemple, les taux de présence effective de ces acteurs étaient de 5% à 70% par rapport aux prévisions initiales) et des difficultés liées à l'insécurité dans certaines zones enquêtées (au Burkina Faso) représentent les deux principales difficultés rencontrées. Malgré cela, le bilan de la phase terrain reste globalement positif, car la quasi-totalité des personnes à rencontrer (enquête quantitative et qualitative) ont été effectivement rencontrées avec un taux d'atteinte de la cible de 96,2%. L'évaluation a fait face à deux principales limites : i) la mesure de l'attribution des effets observés sur le terrain et ii) l'absence de données financières désagrégées.

7. PRINCIPAUX CONSTATS ET CONCLUSIONS (par critère)

Pertinence : Les interventions et approches RCE#8 de l'UNICEF visant la FDAL dans les 5 pays couverts sont pertinentes. Certains besoins insuffisamment traités selon les titulaires de droits (notamment des latrines adaptées aux usages des personnes vivant avec un handicap et des personnes âgées) n'ont pas été clairement considérés par l'ATPC. De plus, l'insuffisance, voire le manque d'eau potable dans certaines localités risque d'entraver la capacité des interventions à promouvoir les bonnes pratiques d'hygiène aux moments clés indiqués et de rompre la chaîne de contamination fécale au sein des populations et principalement les nourrissons, les enfants et les adolescents filles ou garçons. Dans l'ensemble des 5 pays couverts, l'évaluation a révélé que l'identification et la réponse aux besoins des titulaires de droits se sont appuyées sur plusieurs mécanismes jugés pertinents dont : (i) le ciblage des régions les plus défavorisées en matière d'H&A, (ii) l'adoption de l'ATPC classique et l'application de ses principes de base, (iii) la promotion de la solidarité et de l'entraide communautaire en faveur des personnes vulnérables, (iv) la promotion du genre et de la GHM pour la réponse aux besoins spécifiques des femmes ainsi que des pots de défécation pour les enfants en bas âge, (v) l'intégration des priorités du moment comme la COVID-19 et les situations d'urgence (ATPC en situation d'urgence au Burkina Faso et dotation de latrines d'urgence au Tchad pour les PDI et les réfugiés).

Cependant, quelques besoins exprimés par les titulaires de droits n'ont pas été entièrement satisfaits par les interventions visant la FDAL. Ce sont notamment les besoins en eau potable et la non-adaptation des latrines aux besoins des personnes vivant avec un handicap ainsi qu'aux personnes âgées. Certes, il est clair et reconnu que l'ATPC est fondamentalement et exclusivement orientée sur l'assainissement en général en tant que parent pauvre du sous-secteur du WASH et sur l'arrêt de la défécation à l'air libre en particulier. Cependant, les titulaires de droits évoquent la non-disponibilité de l'eau potable comme étant une contrainte à l'hygiène (surtout dans les localités où l'eau constitue une priorité). En ce qui concerne le manque d'appui financier et matériel, ces titulaires de droits (notamment les personnes vivant avec un handicap et les personnes âgées) sont certes conscients du principe de non-subsidation des latrines familiales dans le cadre de l'ATPC dans les 5 pays ciblés par l'évaluation. Il convient de relever que ces pays ne sont toutefois pas représentatifs de l'ensemble des pays de la région où différentes approches sont utilisées et essayées. Ces personnes souhaitent que leurs vulnérabilités soient mieux prises en compte, même si, au regard du principe de non-prescription technologique prôné par l'ATPC, les ONG de mise en œuvre ont sensibilisé les populations sur les types de latrines adaptées aux différents types de besoins au sein des communautés. Globalement, la plupart des latrines réalisées ne sont pas adaptées à l'usage des personnes âgées ou en situation de handicap. Cela constitue une limite de l'ATPC qui suppose comme acquis la capacité des communautés à construire des latrines adaptées. De façon générale les 10 pays engagés de la sous-région ouest africaine et centrale dans le programme de KRC8 utilisent des stratégies assez pertinentes ; au vu des constats faits sur le terrain dans les 5 pays de l'évaluation.

Efficacité : L'efficacité des interventions FDAL en termes d'atteinte des résultats escomptés est globalement appréciable à l'échelle des 5 pays évalués. Les résultats atteints ont été cependant affectés par le manque d'une prise en compte adéquate de la croissance démographique dans la planification et la mise en œuvre du programme, ainsi que des faiblesses relevées sur la théorie de changement (ToC) pour mieux expliciter les liens aux dimensions WASH et à "l'approche services public de l'assainissement", la programmation des interventions qui ont révélé des cibles peu ambitieuses et la collaboration/coordination au niveau local. Les principaux extrants réalisés à travers les interventions RCE#8 de l'UNICEF ont contribué à réduire la proportion des personnes pratiquant la DAL dans l'ensemble des cinq pays considérés dans cette évaluation, voire sur l'ensemble des 24 pays de la région couverte par l'UNICEF en

Afrique de l'Ouest et du Centre (taux de réduction régionale de plus de 35%). Les produits directement liés aux interventions RCE#8 sont complètement réalisés dans la plupart des pays de la région. Les objectifs globaux ont été atteints pour toute la région (soit 179%). Au cours de la période de référence, 2018-2021 les 10 pays engagés dont le Burkina Faso, la Guinée, la Guinée Bissau, le Tchad et le Togo ; concernés par l'évaluation, le nombre de personnes supplémentaires vivant dans les communautés nouvellement certifiées sans défécation à l'air libre grâce à la l'ATPC sur le programme KRC8 sont estimés à 103%. En revanche, Cependant, cette réduction reste absorbée par le taux relativement élevé de la croissance démographique dans les localités concernées par ces interventions. Cependant si on les compare aux résultats antérieurs à l'utilisation de cette approche de développement de la chaîne de services publics de l'assainissement, on peut constater une accélération des changements au cours des dernières années (cf. JMP 2000 - 2015 par rapport aux données JMP 2015 – 2020), la ligne de base pour le KRC 8 dans les résultats étant les données de 2015. L'accélération attendue des résultats à partir de 2018 suite à l'adoption de l'initiative RCE#8 ne s'est pas réalisée parce que le rythme des progrès des résultats avant 2018 (taux de réduction annuel moyen de la DAL de 2,2% entre 2016 et 2018) est égal au rythme observé après 2018 (taux de réduction annuel moyen de la DAL de 2,2% entre 2018 et 2020).

Les cibles, notamment de réduction de la DAL, ont été peu ambitieuses lors de la programmation et ont limité la recherche d'approches pour démultiplier les résultats. L'évaluation relève également que la théorie de changement (ToC) du RCE#8 dont se sont inspirés les bureaux pays, souffre de deux faiblesses majeures : (i) l'absence d'une vision holistique du WASH permettant de prendre en compte les besoins d'accès à l'eau potable pour accroître l'appropriation et l'application des bonnes pratiques d'hygiène aux moments critiques et (ii) l'absence d'une « approche chaîne de services de l'assainissement » qui permettrait non seulement de considérer les ouvrages et systèmes d'assainissement (demande fondamentale de base pour des toilettes insufflée grâce à l'ATPC), mais aussi de développer une demande progressive pour des services d'assainissement productifs le long de cette chaîne. L'évaluation note que ces différentes absences sont volontairement voulues par l'UNICEF et ses partenaires de mise en œuvre sur le terrain qui sont dans une « approche progressive » de la délivrance des services dans le cadre de l'ATPC. Ce choix opérationnel permettrait d'éviter répéter les mêmes erreurs du passé, en cherchant à gravir très rapidement les échelles du service public d'assainissement dans des communautés où les ménages viennent à peine d'adopter des latrines et ne sont même pas imprégnées des services liés à l'entretiens des latrines, la gestion des boues de vidanges, etc. Par ailleurs, l'évaluation estime que la multisectorialité et le partenariat peuvent être renforcés à travers la promotion de la collaboration entre les collectivités et entre les communautés bénéficiaires, ce qui améliorerait le partage d'expériences et de bonnes pratiques en capitalisant sur l'intelligence communautaire. La combinaison de l'ATPC originelle avec les approches du Marketing de l'assainissement, WASH in School et Genre & Gestion Hygiène des Menstrues (GHM) a été utilisée dans tous les 5 pays pour la mise en œuvre des interventions RCE#8. Cette combinaison s'est révélée efficace du point de vue de l'atteinte des résultats escomptés. Elle est indiquée pour le passage à l'échelle, car elle favorisé l'intégration des dimensions de Genre et de la GHM, le financement endogène des ouvrages d'assainissement, la durabilité des ouvrages réalisés et la participation des enfants à l'atteinte et au maintien de l'état FDAL. Dans le cadre du passage à l'échelle, l'unité géographique d'intervention qui reste à ce stade limité au niveau village (approche village FDAL) pour la plupart des pays (Burkina, Guinée Bissau et Togo) mériterait d'être rehaussée avec l'adoption de l'approche commune/canton/province/préfecture FDAL.

Efficienc : Les ressources financières et humaines mobilisées en vue des interventions RCE#8 ont été effectivement utilisées pour réaliser les résultats escomptés dans les délais impartis sans être déviées de leur but. Toutefois, les fonds mobilisés se révèlent insuffisants et leur gestion se heurte à des difficultés qui sont de nature à limiter l'efficienc des interventions RCE#8. D'une façon

générale, les bureaux pays démontrent une bonne capacité de mobilisation des ressources financières mais celles-ci ne suffisent pas à couvrir l'ensemble des besoins des titulaires de droits et à étendre l'échelle d'intervention. Par ailleurs, le niveau d'efficacité des interventions est affecté par quelques difficultés rencontrées dans la mobilisation et l'utilisation des fonds, en particulier (i) la non-flexibilité de certains bailleurs par rapport aux zones d'intervention et aux orientations initiales de ces fonds, (ii) les retards de décaissement des ressources financières demandées, (iii) des délais de consommation budgétaire relativement courts. L'évaluation chiffrée de l'efficacité (analyse coût-bénéfice) de chaque pays et la comparaison de l'efficacité entre les pays ont été rendues difficiles par l'absence de données financières désagrégées permettant de distinguer les ressources spécifiquement dédiées à l'ATPC. L'évaluation estime que des marges d'amélioration de l'efficacité existent pour peu que les défis ci-après soient levés : (i) la maîtrise de la part des ONG partenaires de mise en œuvre, des procédures financières et administratives de l'UNICEF, couplée à la réduction significative des délais de contractualisation (au Togo notamment), (ii) l'harmonisation de l'approche ATPC en Guinée, en Guinée Bissau et au Togo (le Burkina Faso et le Tchad ayant procédé à ces harmonisations entre 2018 et 2020), (iii) la coordination et la supervision effective des actions sur le terrain par les structures déconcentrées, (iv) l'adoption généralisée et l'implémentation conjointe du paquet intégré d'approches constitué de l'ATPC originel, le Wash in School/ATPE, l'approche Genre & GHM et le Marketing d'assainissement, (v) l'adoption généralisée des stratégies FDAL à l'échelle (passage à une échelle supérieure pour les déclenchements).

Impact : Les interventions visant la FDAL ont produit les changements positifs en matière d'appropriation et d'application des bonnes pratiques d'H&A aux niveaux familial et communautaire. Les autres effets positifs ressentis et rapportés par les acteurs au plan sanitaire sont liés à la réduction des cas de diarrhée, de malnutrition et de violences sexuelles, et sur le plan éducatif concernant l'amélioration de la fréquentation scolaire des jeunes filles. Les principaux défis demeurent l'analyse des causes et la mesure de ces impacts sanitaires, éducatifs et sociaux (y compris la contribution de l'UNICEF) d'une part, et d'autre part, le suivi des risques des effets pervers en matière de sécurité, de santé publique et de protection de l'environnement. D'une manière générale, l'adoption des bonnes pratiques d'hygiène (abandon de la DAL, usage et entretien des latrines familiales auto-construites, lavage des mains) observés à l'échelle des 5 pays dans les communautés d'intervention sont attribuables aux interventions RCE#8 de l'UNICEF. Il est noté qu'au regard de la prépondérance des latrines sommairement aménagées (dans les 5 pays) et de la coupe du bois pour la construction des dalles, un des défis majeurs concerne le suivi des risques d'éventuels effets pervers en matière de sécurité des usagers (éboulement de la latrine), de santé publique (propagation des maladies en cas de répandage des matières suites aux inondations) et de protection de l'environnement (coupe abusive du bois, pollution des nappes).

Par ailleurs, les interventions de l'UNICEF ont également contribué, selon les informations rapportées, aux changements en matière d'amélioration de l'état sanitaire et nutritionnel, de hausse de la fréquentation scolaire des filles, d'amélioration de l'égalité des sexes et de renforcement de la cohésion sociale. Le nombre d'écoles soutenues par l'UNICEF pendant l'année de référence 2018-2021 disposant d'installations sanitaires séparées pour les garçons et les filles sont estimées selon les données fournies par l'UNICEF à 78% pour la région autrement dit les objectifs n'ont pas été atteints pour la région tandis qu'ils ont été atteints pour les pays engagés (104 %) dont les 5 pays concernés par l'étude.

La mesure de la contribution des interventions RCE#8 aux améliorations sur le plan sanitaire et la quantification des impacts éducatifs et sociaux ont été compromises par l'absence de données au niveau communautaire. Cela est notamment dû à l'absence de mécanisme de suivi et de collecte des données et le manque d'études d'impact, même à échelle limitée.

L'évaluation relève que bien que les mesures gouvernementales de riposte à la COVID-19 aient perturbé la mise en œuvre opérationnelle des interventions RCE#8 et limité l'accès financier aux produits d'hygiène du fait de la hausse des prix, elles n'ont fondamentalement pas entravé la réalisation des résultats attendus. Au contraire, les mesures prises par l'UNICEF et ses partenaires de mise en œuvre pour tenir compte de la COVID-19 ont renforcé, selon les témoignages des parties prenantes, le volet hygiène à travers l'amélioration des connaissances des populations sur les enjeux du lavage des mains, l'adoption des bonnes pratiques d'hygiène et des gestes basiques de prévention.

Durabilité : Les acquis engrangés à travers les interventions visant la FDAL sont susceptibles de perdurer au regard des mécanismes mis en place tant au niveau institutionnel qu'au niveau opérationnel (excepté le cadre institutionnel de la Guinée Bissau marqué par l'absence de stratégie nationale sectorielle, de budget et de services publics déconcentrés en charge de l'assainissement). L'équipe d'évaluation a cependant identifié dans tous les 5 pays des risques réels qui menacent la durabilité du statut FDAL, en l'occurrence le faible niveau de confort, de sécurité et de résistance aux intempéries des latrines familiales. Ces risques peuvent être extrapolés au niveau régional. La durabilité est renforcée au premier niveau par les mesures institutionnelles prises à savoir le déclenchement institutionnel, le renforcement du cadre institutionnel ainsi que la responsabilisation des autorités locales et nationales (dans le suivi, la coordination et la supervision des interventions à travers les instances mises en place au niveau provincial et local), des services techniques déconcentrés et des acteurs communautaires. Au second niveau, la prise de conscience des populations sur les enjeux liés à l'abandon de la DAL et à l'adoption des bonnes pratiques d'hygiène sont des conditions favorables à la durabilité. Cependant, il est à craindre le retour aux anciennes pratiques de DAL du fait de la faible capacité financière des ménages à acheter et à soutenir les dépenses dans le temps, ce qui a pour conséquence la propension à réaliser des latrines sommairement aménagées (offrant moins de résistance aux intempéries, moins de sécurité et d'intimité aux utilisateurs). Plusieurs cas de latrines endommagées (éboulement des fosses, effondrement de superstructures et de dalles) ont été mis en évidence. Les latrines en ruine et non utilisables représentent 8,5% des latrines observées au Burkina Faso, 4,5% en Guinée ; 10,6% en Guinée Bissau, 12,4% au Tchad et 13,2% au Togo. Enfin, (i) l'absence de financement d'une phase Post-FDAL en vue de consolider les acquis en matière de changements des comportements individuels et collectifs demeure une contrainte à la durabilité, ainsi que (ii) l'insuffisance d'une part, des capacités des institutions locales à bien mettre en œuvre à l'échelle, le processus de l'ATPC et d'autre part, du marché de l'assainissement dans l'ensemble des communautés et régions concernées par ces interventions.

Genre, droits humains et équité : L'approche institutionnelle du genre, telle que prescrite par le Plan d'Action Genre (PAG) de l'UNICEF a été prise en compte dans les interventions visant la FDAL à travers l'intégration du genre en amont et en aval. Cependant, l'approche transformatrice du genre et les priorités transversales ont été moins abordées. Par ailleurs, l'équité en faveur des personnes à capacités limitées (notamment les personnes âgées et/ou en situation de handicap) reste un maillon faible des interventions FDAL dans la plupart des pays hormis le Togo. Dans l'ensemble, l'UNICEF planifie les interventions FDAL en tenant compte du mandat de son PAG. L'approche institutionnelle du genre est également bien présente dans le dispositif de mise en œuvre des interventions (points focaux genre dans les sections WASH/UNICEF). Des résultats en matière d'égalité de genre sont aussi mesurables, notamment en matière d'accès des filles à l'éducation grâce à l'appui aux écoles pour construire des installations sanitaires séparées pour les filles et les garçons. Cependant, les faiblesses notées concernent : (i) la non-prise en compte des questions de Violences Basées sur le Genre (VBG) ou des masculinités néfastes ; (ii) la faible adoption d'une approche genre plus transformatrice ayant une incidence sur la division sexuelle du travail et (iii) les effets genre non désirés comme l'installation de latrines sans accès à l'eau

augmentant la charge de travail des femmes et des filles. Il est clair que les installations sanitaires, que ce soit au niveau domestique ou au niveau scolaire a un impact sur l'égalité de genre et l'accès des filles et des femmes à leurs droits. Cependant, il n'y a pas d'indicateurs mesurant des résultats (quantitatifs et qualitatifs) sur des résultats tels que la diminution des femmes victimes d'agression suite à la construction des latrines, ou la diminution de leur charge de travail domestique lié aux soins aux personnes malades à cause de la qualité de l'eau. Les résultats transformateurs à plus long terme ne sont pas mesurés non plus, comme par exemple dans quelle mesure le temps libéré grâce à la construction de latrine a pu contribuer à une autonomisation plus grande des femmes (autonomisation économique, participation au niveau de prise de décision communautaire, etc.). À cela, il convient aussi d'ajouter l'absence d'indicateurs désagrégés par sexe dans le cadre de résultat (même lorsqu'il est fait mention de « filles et de garçons », l'indicateur ne présente pas les données de manière désagrégée). Il est aussi mis en évidence le fait que (hormis le cas du Togo) peu d'actions sont mises en place pour répondre aux besoins des personnes en situation de handicap, les personnes âgées et les femmes cheffes de ménages.

8. LEÇONS APPRISES

A l'issue de l'évaluation, les principaux enseignements qui émergent sont :

LA1 : La flexibilité stratégique et opérationnelle de l'UNICEF et de ses partenaires de mise en œuvre permet de faciliter une bonne intégration des actions humanitaires en réponse aux crises (telles que la lutte contre la COVID-19) aux interventions FDAL en cours dans les communautés rurales.

LA2 : Couplé avec le renforcement de la sensibilisation par les médias locaux, le déclenchement porte-à-porte ou par morcellement des villages est une modalité alternative à la sensibilisation dans les grands espaces publics permettant d'assurer la continuité de la mise en œuvre des interventions en contexte de crise.

LA3 : Le changement de comportement en faveur de l'adoption des bonnes pratiques d'hygiène en particulier le lavage des mains à l'eau et au savon peut être accéléré pour peu que l'autorité gouvernementale s'engage et s'implique aux côtés des acteurs opérationnels par l'intensification de sa communication.

LA4 : La bonne application de l'ATPC originelle renforcée par les approches complémentaires (Assainissement piloté par les écoles, marketing d'assainissement, gestion hygiénique des menstrues) garantit trois valeurs ajoutées significatives : (i) l'atteinte accélérée de l'état FDAL avec un taux de certification important (moins d'abandons de villages déclenchés) ; (ii) une forte étendue de l'empreinte géographique et humaine (un nombre important de personnes touchées au bout du processus dans plusieurs villages à la fois) ; et (iii) l'utilisation et l'entretien effectifs des latrines auto-réalisées.

LA5 : Lorsque les autorités locales (coutumières, religieuses et administratives) sont informées, adhèrent au processus et s'engagent à l'accompagner (déclenchement institutionnel) alors, la quête de la FDAL cesse d'être une préoccupation individuelle pour devenir une préoccupation communautaire.

LA6 : L'absence de mécanismes de financement endogènes qui cadrent avec les capacités financières locales ainsi qu'avec les modalités de remboursement en lien avec les activités des ménages ruraux représente un frein à la réalisation de latrines durables et adaptées.

LA7 : La présence (disponibilité, accessibilité) d'eau à proximité des installations sanitaires (latrines/toilettes) est un facteur clé du succès en ce qui concerne leur utilisation, leur entretien, le lavage des mains, la diminution de la charge des corvées d'eau et des facteurs de risques pour les femmes. Cela fait partie d'une approche transformatrice holistique qui renforce dans l'ensemble les résultats en matière d'égalité (notamment la diminution des risques de violence envers les femmes et la diminution de la charge de travail liée aux soins aux personnes malades

à cause des maladies hydriques).

9. RECOMMANDATIONS

A l'issue des constats et conclusions formulées ci-dessus, les recommandations suivantes ont été discutées, finalisées et validées de manière participative lors de la Présentation Finale réunissant les utilisateurs principaux de cette évaluation (Bureau Pays, Bureau Régional UNICEF) ainsi que les parties prenantes des pays participants.

R1 : Réviser la Note d'orientation régionale du RCE#8 pour prendre en compte l'approche holistique du WASH et l'«approche services » de l'assainissement. **Destinataire :** UNICEF WCARO (Section WASH)

R2 : Continuer l'accompagnement des bureaux pays dans l'adoption de la combinaison des approches [ATPC origine] * [Wash in School/ATPE] * [Genre et GHM] * [Marketing de l'assainissement] en vue du passage à l'échelle des interventions RCE#8, **Destinataire :** UNICEF WCARO / UNICEF BP

R3 : Poursuivre l'accompagnement des bureaux pays dans le développement d'une « approche services » de l'assainissement à travers (i) le renforcement des capacités des acteurs de mise en œuvre au niveau local sur la transition vers l'offre des services d'assainissement gérés en toute sécurité ainsi que (ii) la promotion des services d'assainissement productifs pour contribuer à la construction des capacités de résilience des communautés, **Destinataire :** UNICEF WCARO / UNICEF BP

R4 : Renforcer le plaidoyer en faveur du financement des interventions d'H&A en générant des évidences sur les gains sanitaires, éducatifs et socio-économique des interventions RCE#8 de l'UNICEF, **Destinataire :** UNICEF WCARO / UNICEF BP

R5 : Développer des mécanismes et des outils opérationnels annexes au PAG pour renforcer la prise en compte du genre, des droits humains et de l'inclusion dans les interventions RCE#8, **Destinataire :** UNICEF WCARO

R5 : Mettre en place un système de suivi et d'évaluation des indicateurs désagrégés par sexe et indicateurs de résultat en matière d'égalité de genre au niveau régional, **Destinataire :** UNICEF WCARO

7. CONTEXTE DE L'ÉVALUATION

Conformément à la Déclaration de Rio sur le développement durable¹, les Nations Unies ont adopté en 2015 les Objectifs de Développement Durable (ODD) qui visent à mobiliser et à guider les Etats dans la réalisation d'une plateforme minimale relative à des domaines clés assurant le développement durable. L'objectif 6 relatif à l'eau et à l'assainissement est de «garantir l'accès de tous à des services d'approvisionnement en eau et d'assainissement et assurer une gestion durable des ressources en eau ». **A l'échelle de l'Afrique, le contexte régional est marqué par l'Agenda 2063 de l'Union Africaine (UA) et les activités du Conseil des Ministres Africains de l'Eau (AMCOW) qui a pris à bras le corps la nécessité de parvenir à la couverture totale en assainissement.** A travers la Déclaration de position commune africaine sur le développement, les Chefs d'Etat et de Gouvernement se sont engagés à garantir un accès à l'eau potable pour tous et toutes (Union Africaine, 2015). Par ailleurs, la conférence AfricaSan des ministres africains en charge de l'hygiène et de l'assainissement, engage les gouvernements, à travers la Déclaration de N'Gor (Sénégal), à consacrer 0,5% de leur budget national à l'assainissement (AMCOW, 2015). Les pays africains se sont aussi engagés en faveur de l'égalité des sexes à travers le Protocole de la Charte Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples relatif aux Droits de la Femme en Afrique et la ratification des principaux instruments internationaux relatifs aux droits des femmes. **Atteindre les objectifs liés à la réalisation des droits humains et des droits de l'enfant (filles et garçons de toutes catégories) en matière d'hygiène et d'assainissement reste un défi en Afrique, en particulier pour la région Afrique de l'Ouest et du Centre (AOC).**

Ainsi, le Bureau régional Afrique de l'Ouest et du Centre de l'UNICEF (WCARO) a développé l'agenda sur les « Résultats clés pour les enfants (RCE) » en vue d'accélérer l'atteinte de huit (8) résultats pour les enfants. Ces huit (8) résultats clés, définis à partir des priorités exprimées par les Bureaux pays sur la base des goulots d'étranglement et des défis du développement au niveau national, sont fondés sur le Plan stratégique de l'UNICEF 2018-2021 et contribuent à la réalisation des ODD mais aussi et surtout à la réalisation des objectifs nationaux repris dans les plans et politiques nationaux de développement. Ce plan stratégique a fait du genre et de l'égalité des sexes un objectif à la fois spécifique, prioritaire et transversal car « *il ne peut y avoir de développement durable et de sociétés fortes en l'absence de filles et de femmes en bonne santé, instruites et autonomes* » (extrait du plan stratégique de l'UNICEF 2018-2021). Parmi ces résultats clés, le RCE#8 vise à mettre fin à la défécation à l'air libre (DAL). Il contribue au résultat 4.2 du Plan Stratégique 2018-2021 de l'UNICEF et à l'ODD 6.2 « d'ici 2030, obtenir l'accès à un assainissement adéquat et équitable pour tous et mettre fin à la DAL, en accordant une attention particulière aux besoins des femmes et des filles et des personnes vulnérables ». Cette initiative est partie du constat que le rythme actuel de progrès ne permet pas d'atteindre la cible en 2030 (ODD 6.2). Il s'agit d'aider 34 millions de personnes à abandonner la défécation à l'air libre (UNICEF, 2019).

Dans la région Afrique de l'Ouest et du Centre, les populations sont confrontées à de nombreuses difficultés en matière d'accès à des services d'eau, d'hygiène et d'assainissement (WASH) adéquats. **Le taux de couverture en services d'hygiène de base² qui était seulement de 26,2% en 2011 n'a connu qu'une légère hausse de 0,7 point de pourcentage en 2020, soit 26,9% (JMP, 2021). Quant à l'accès au service d'assainissement de base³, tels que des toilettes privées ou des latrines, il est également faible et se situait à 8,9% en 2011 et 11,4% en 2020, contre une cible de**

¹ Nations Unies, 2012

² Disponibilité d'une installation de lavage des mains avec de l'eau et du savon à la maison

³ Utilisation d'installations améliorées qui ne sont pas partagées avec d'autres ménages

100% en 2030 (JMP, 2021). De même, les écoles et les établissements de santé ont des services d'hygiène et d'assainissement limités. En effet, seulement 31,6% des écoles disposent de services d'hygiène de base et 39,6% ont accès aux services d'assainissement de base (JMP, 2021). Le faible niveau d'accès aux services d'assainissement pousse de nombreux enfants (principalement les filles) à s'absenter de l'école, ce qui affecte négativement les performances scolaires. En effet, selon Hutton et Laurence (2004)⁴, le nombre de jours d'école qui pourraient être gagnés avec un accès aux installations/services d'assainissement de base est estimé à 1,9 milliard, si les objectifs poursuivis en matière d'eau et d'assainissement dans le cadre des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) étaient atteints à l'échelle mondiale. L'une des conséquences majeures de l'insuffisance d'accès aux services d'assainissement et d'hygiène adéquats est la pratique la DAL. En 2015, 113 186 963 (23,7%) de personnes pratiquaient la DAL dans la région AOC dont 36,4% en milieu rural et 7,8% en milieu urbain (JMP, 2021). Ce nombre représente 14% des personnes déféquant à l'air libre au niveau mondial (UNICEF, 2019). Les actions entreprises par l'ensemble des acteurs ont permis de faire baisser la pratique de la DAL, en faisant passer le pourcentage à 21,8% en 2020 (119 574 448 personnes) (JMP, 2021). Le pourcentage de personnes pratiquant la DAL a certes baissé, mais le nombre a augmenté en raison notamment de la croissance démographique. La pratique de la DAL constitue une préoccupation dans la région AOC du fait de ses sérieuses conséquences entre autres sur la santé maternelle et néonatale, le développement de l'enfant et des adolescents ainsi que sur l'éducation et la protection (Ogden, et al., 2013). Les enjeux liés au genre face à l'assainissement sont particulièrement sensibles notamment en ce qui concerne la question de l'hygiène menstruelle. Des études ont montré que l'éducation des filles souffrait du manque d'infrastructures adaptées et de systèmes appropriés pour la prise en charge de la question de l'hygiène menstruelle des filles (AFD, 2015). **La DAL en particulier est une menace pour la sécurité des femmes et des filles et les expose aux violences sexuelles.** En effet, ne pas avoir de latrines ou toilettes sûres près de la maison les rend vulnérables aux agressions et aux viols (House et al., 2014). En même temps, les toilettes communes peuvent également être des lieux fréquents d'agression de nuit car le lieu est ciblé et connu.

8. OBJET DE L'ÉVALUATION

La présente évaluation porte sur le RCE#8 : « **Mettre fin à la défécation à l'air libre** » dans la région Afrique de l'Ouest et du Centre. Les initiatives et approches développées et mises en œuvre dans les cinq pays (Burkina Faso, Togo, Guinée, Guinée Bissau, Tchad) avec l'appui des Bureaux pays de l'UNICEF, font l'objet de la présente évaluation. Le tableau 1 ci-après résume les points essentiels de l'objet d'évaluation.

⁴ Hutton and Laurence (2004), Evaluation of the Costs and Benefits of Water and Sanitation Improvements at the Global Level. Cité par UNICEF (2012) Eau, Assainissement et Hygiène (WASH) dans les écoles

Tableau 1 : Aperçu sur l'objet de l'évaluation

Titre du programme	Interventions et approches visant le Résultat Clé pour les Enfants : Mettre fin à la défécation à l'air libre (RCE#8)
Pays	Burkina Faso, Guinée, Guinée Bissau, Tchad, Togo)
Sources de financement / bailleurs	UNICEF, GSF
Budget total	42 870 042 USD
Durée	Janvier 2013 - Décembre 2020
Objectif général	Contribuer à mettre fin à la défécation à l'air libre (DAL)
Composants (axes, effets, résultats, etc.)	<p>Résultats attendus</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Effet 1 : « les populations vivent dans des communautés certifiées exemptes de la Défécation A l'Aire Libre (DAL) » <ul style="list-style-type: none"> ○ Produit 1.1 : Les communautés rurales sont outillées pour adopter les pratiques recommandées en matière d'hygiène et d'assainissement ▪ Effet 2 : « les institutions disposent d'installations d'assainissement et d'hygiène séparées filles-garçons » <ul style="list-style-type: none"> ○ Produit 2.1 : Les capacités des écoles sont renforcées pour offrir de meilleurs services en matière d'hygiène et d'assainissement <p>Nature des interventions et approches implémentées</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Renforcement des capacités des communautés sur l'H&A (ATPC sans subvention, ATPC en situation d'urgence -ATPC-U) ; ▪ Construction des marchés durables (marketing de l'assainissement y compris les initiatives AVEC) ; ▪ Collaboration intersectorielle (approches Genre & GHM ; WASH in nutrition et WASH in school); ▪ Renforcement de l'environnement favorable de l'assainissement : (Renforcement du cadre politique et institutionnel, coordination, faire-faire) ; ▪ Utilisation des preuves pour promouvoir les droits des enfants à l'assainissement (études, évaluations et recherches) ; ▪ Mobilisation de ressources financières durables (plaidoyer).
Titulaires de droits	<ul style="list-style-type: none"> • Les ménages, • Les écoles, • Les centres de santé.
Partenaires (institutionnels, de mise en œuvre)	<p>Partenaires institutionnels :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Départements ministériels en charge de l'assainissement & structures déconcentrées ; • Autres départements ministériels en charge de la santé, de l'éducation, de l'environnement, des politiques sociales <p>Collectivités territoriales :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Communes urbaines et communes rurales <p>ONG internationales et nationales, partenaires de mise en œuvre :</p> <ul style="list-style-type: none"> •

Source : Auteur à partir des informations fournies par l'UNICEF

La figure 1 ci-après représente les 5 pays ayant mis en œuvre les interventions visant la FDAL dans le cadre du RCE#8

Figure 1 : Zones d'intervention de l'UNICEF pour la mise en œuvre de l'ATPC



Source : Auteur, à partir des informations fournies par l'UNICEF

Théorie du changement : Sur la base des entretiens préliminaires avec les Bureaux Pays de l'UNICEF et de la revue documentaire, l'équipe d'évaluation note qu'une théorie de changement pour le RCE#8 n'est pas clairement définie. Il est ressorti des échanges que la théorie régionale du RCE#8, tire ses fondements de la Note d'orientation du RCE#8 qui a servi de base de programmation pour les Bureaux Pays. L'annexe 1.6 est une ébauche de la théorie de changement proposée par l'équipe d'évaluation. Cette théorie de changement s'énonce comme suit :

SI :

- Les environnements favorables à l'assainissement sont renforcés (Approche 1) : Les systèmes sectoriels au niveau national et infranational sont renforcés sur toutes les composantes (politique et stratégie sectorielles, dispositifs institutionnels, financement sectoriel, planification, suivi et examen et développement des capacités) avec une attention particulière aux plus vulnérables ;
- Des moyens sont donnés aux communautés pour obtenir et maintenir l'accès à l'assainissement (Approche 2) : Les communautés ont l'assurance qu'elles recevront un soutien : i) pour participer aux processus liés à l'EAH, ii) pour plaider en faveur de leur droit à l'assainissement et tenir les prestataires de services et les autorités locales redevables en tant que détenteurs d'obligations, iii) pour avoir accès à des services fiables et durables et à une résilience accrue et iv) pour établir des pratiques saines en créant, modifiant et renforçant les comportements et les normes sociales à travers l'Adaptation des approches ACAT / ATPC, l'institutionnalisation des activités post-FDAL, l'engagement et le suivi de la communauté et le renforcement des capacités par l'échange de connaissances et l'apprentissage ;

- Les preuves sont utilisées pour promouvoir les droits de l'enfant en matière d'assainissement (Approche 3) : Les dernières preuves disponibles et les principes de l'approche fondée sur les droits de l'homme servent à promouvoir les droits des enfants à l'assainissement à travers (i) la production de preuves et de données désagrégées ; (ii) le plaidoyer politique ; (iii) le plaidoyer public (iv) et les partenariats ;
- Les marchés durables des produits et services d'assainissement sont construits (Approche 4) : Les marchés sains et durables des produits et services d'H&A appropriés sont créés. Ces marchés garantissent que les produits et services d'H&A : i) sont disponibles auprès de fournisseurs compétitifs, réputés et fiables, ii) sont adaptés aux besoins des communautés (de haute qualité, adapté à la culture, acceptable et pratique), iii) sont abordables pour les clients et fournis de manière durable (y compris la production locale) ;
- Des ressources financières durables pour l'assainissement sont mobilisées (Approche 5) : De nouveaux mécanismes et sources de financement (accroître l'allocation des ressources publiques, accroître l'efficacité des dépenses publiques, mettre au point des mécanismes de financement novateur) sont mobilisés pour générer des ressources nécessaires pour mettre fin à la défécation à l'air libre ;
- La collaboration intersectorielle pour éliminer la défécation à l'air libre est effective (Approche 6) : des opportunités intersectorielles de collaboration existent dans les autres domaines de résultats clés, notamment le RCE#1 : Immunisation Plus, le RCE#2 : Malnutrition chronique, le RCE#3 : Accès à l'éducation, le RCE # 4 : Qualité de l'éducation et le RCE#5 : Mettre fin à la violence, sont exploitées ;
- Les stratégies d'accélération sont adoptées dans la mise en œuvre des interventions ;

ET SOUS L'HYPOTHESE :

- De l'appropriation de la théorie de changement régionale par les bureaux pays et les acteurs ;
- Des capacités des bureaux pays et des acteurs à contextualiser les approches programmatiques du RCE#8 ;

ALORS :

- Le nombre de personnes vivant dans les communautés certifiées exemptes de la DAL passera de 122 millions en 2016 à 88 millions en 2021 ;
- La proportion des populations vivant dans les communautés certifiées exemptes de la DAL passera de 25,4% en 2016 à 15,5% en 2021 ;
- Le nombre additionnel de personnes vivant dans les communautés certifiées atteindra plus de 15 millions en 2021 ;
- Le nombre des institutions (établissements scolaires et centres de santé) disposant d'installations d'assainissement et d'hygiène séparées (sexe) soutenues par l'UNICEF passera de 3 033 en 2016 à 7 696 en 2021.

L'atteinte de ces résultats contribuera à l'impact suivant : « *chaque enfant vit dans un environnement sûr et propre* ».

La réalisation des résultats susmentionnés commande un suivi et une gestion efficace des menaces d'ordre politique (instabilité politique nationale, régionale), économique (crise économique et financière mondiale), environnemental (sécheresse, inondations, etc.) et sanitaire (crise sanitaire).

Stratégie de mise en œuvre : plusieurs stratégies inspirées des approches programmatiques proposées par le Bureau régional pour le RCE#8 ont été utilisées par les Bureaux pays pour la mise en œuvre des interventions visant la FDAL. Ce sont notamment :

- La stratégie du renforcement des capacités qui consiste à renforcer les compétences des institutions gouvernementales et de leurs services techniques, de leurs partenaires, des autres partenaires, du secteur privé pour les amener à niveau de la stratégie de mise en

œuvre ;

- *La stratégie du faire-faire* qui se réfère à l'approche programmatique 1 relative au renforcement des environnements favorables pour l'assainissement. En effet, l'UNICEF a contractualisé avec des ONG internationales et nationales qui ont assuré la mise en œuvre des activités sur le terrain. L'objectif étant de renforcer et de transférer les compétences à ces ONG, y compris en particulier, les structures étatiques au niveau central et déconcentré et les opérateurs du secteur privé comme le recommande l'un des cinq éléments constitutifs de l'approche du « développement des capacités » ;
- *La stratégie par le changement social de comportement* dans le cadre de l'approche programmatique 2 qui appelle à « donner aux communautés les moyens d'obtenir et de maintenir l'accès à l'assainissement ». Au niveau communautaire, il s'est agi de dérouler l'approche ATPC (voir définition en encadré 2) par les ONG partenaires de mise en œuvre à travers ses différentes étapes et les activités de sensibilisation des communautés pour la FDAL ;
- *La stratégie d'appui système pour renforcer l'environnement favorable de l'assainissement conformément à l'approche programmatique 1* : pour influencer l'environnement, l'UNICEF apporte un appui technique aux départements ministériels en charge de l'H&A pour asseoir un cadre institutionnel fédérateur des interventions afin d'accélérer les résultats en matière d'H&A. Cet appui technique vise également à renforcer le leadership institutionnel, la coordination et le pilotage des interventions à l'échelle de la région par les acteurs étatiques ;
- *La technique du marketing de l'assainissement (formation des maçons locaux, installation des boutiques d'assainissement, renforcement du secteur privé national, stimulation de la demande des ménages-clients) en lien avec l'approche programmatique visant la création de marchés durables pour l'assainissement. Le développement par le secteur privé du marché de l'assainissement des biens et services pour l'achat, la construction, la mise à niveau et/ou l'entretien des installations sanitaires (latrines, toilettes, DLM, ...) et le renforcement de l'offre du secteur privé national, la stimulation et l'activation de la demande des clients (bénéficiaires des interventions de l'assainissement) en biens et services d'assainissement. Une approche qui vise la professionnalisation et la mise à l'échelle du marché de l'assainissement et du marketing de l'assainissement par la promotion-vente des produits et services de l'assainissement.*

Encadré 2 – Définition de l'ATPC

L'Assainissement Total Piloté par la Communauté (ATPC) est une des Approches Communautaires de l'Assainissement Total (ACAT) qui « se basent sur la volonté des communautés et des ménages à s'investir pour assainir leur cadre de vie, et aussi sur leur capacité en matière de savoir-faire en termes de construction et sur les moyens propres de chaque ménage et de chaque communauté ». Il s'agit d'une approche participative qui vise à amener une communauté à analyser ses conditions de vie et à prendre collectivement conscience des effets néfastes de la DAL sur la santé à décider de sa gestion à travers l'instauration de normes sociales, la construction et l'utilisation de latrines hygiéniques. En faisant prendre conscience du fait que toute la population reste menacée tant qu'une minorité continue de déféquer à l'air libre, l'ATPC stimule à travers le déclenchement un désir et des actions de changement collectif basées sur des solutions endogènes à faible coût.

Source : Auteur, à partir de MEA, 2014 : « Stratégie de mise en œuvre de l'ATPC au Burkina Faso », Septembre 2014

Analyse des parties prenantes : l'analyse documentaire et les entretiens préliminaires ont permis de comprendre qu'une diversité d'acteurs est intervenue dans la mise en œuvre des actions. Les principales parties prenantes peuvent être regroupées comme suit :

- **UNICEF :** l'UNICEF finance, à travers les ONG partenaires, les interventions visant la FDAL et appuie le gouvernement à travers le renforcement des capacités et le plaidoyer pour la mise en place d'un environnement favorable à l'assainissement ;
- **Ministères en charge de l'H&A :** les départements ministériels définissent l'orientation stratégique et les stratégies nationales d'assainissement, en concertation avec l'ensemble

des acteurs concernés. Ils font le suivi du respect de la mise en œuvre des orientations gouvernementales sur le terrain et apportent des appuis conseils aux acteurs de mise en œuvre. Par ailleurs, ils font le plaidoyer pour mobiliser les PTF autour de la feuille de route ;

- Partenaires techniques et financiers : Ils appuient et accompagnent l'Etat dans sa politique (engagement) en faveur de l'amélioration de l'accès à l'hygiène et à l'assainissement ;
- ONG internationales, nationales et locales de mise en œuvre : avec un fort ancrage au niveau national, régional et local, ces organisations partenaires de mise en œuvre déroulent les activités de l'ATPC sur le terrain ;
- Opérateurs privés : Ce sont dans l'ensemble les maçons, les fabricants de matériels de construction, les boutiquiers qui leur fournissent les biens et services nécessaires à l'amélioration de l'accès aux infrastructures d'assainissement ;
- Titulaires de droits (populations/ménages, hommes, femmes/filles ; leaders religieux, chefs de village) : ce sont les cibles des villages bénéficiaires des interventions. Les titulaires participent à l'identification des priorités et aux activités mises en œuvre. Après la prise de conscience à travers le déclenchement, les communautés s'engagent au financement de la construction des latrines et des dispositifs de lavage des mains.

9. BUT DE L'ÉVALUATION

Le but de cette évaluation est double et porte à la fois sur la redevabilité et l'apprentissage :

- *Sur le plan de la redevabilité*, cette évaluation fournit à la fois au donateur (responsabilité verticale) et aux titulaires de droits - tels que les communautés, les ménages, les enfants, les agents et auxiliaires de santé au sein des communautés que l'UNICEF est censé servir - (responsabilité horizontale), des preuves solides sur la mesure dans laquelle les programmes/interventions ont atteint les objectifs prévus au niveau régional ;
- *Au niveau de l'apprentissage*, cette évaluation informe les stratégies de mise en œuvre du programme dans les années à venir, mais aussi met en lumière certaines actions correctives potentielles qui pourraient être davantage explorées à l'avenir et contribuer à améliorer la théorie du changement du programme au niveau régional.

Le tableau 2 ci-après résume les utilisateurs et les principales utilisations de l'évaluation.

Tableau 2 : Principaux utilisateurs et utilisations des résultats d'évaluation

Principaux utilisateurs	Utilisations à faire des conclusions et recommandations
Ministères en charge de l'eau, l'hygiène et l'assainissement (Détenteurs d'obligations)	<ul style="list-style-type: none"> • Réviser la politique sectorielle WASH, surtout en matière d'abandon de la DAL ; • Renforcer la redevabilité des politiques publiques visant à l'abandon de la DAL par rapport à l'intégration de l'approche genre et droits humains dans la politique sectorielle ; • Susciter une réflexion profonde avec les parties prenantes nationales et internationales autour des stratégies utilisées pour mettre fin à la DAL ; • Renforcer le plaidoyer et la mobilisation des ressources auprès des donateurs/PTF dans le domaine de l'eau, l'hygiène et de l'assainissement, surtout pour les activités concernant l'abandon de la DAL.
Bureaux Pays de l'UNICEF (Organisme international)	<ul style="list-style-type: none"> • Réviser la théorie du changement au niveau national et affiner les stratégies d'intervention sur la base des orientations fournies par l'équipe de l'évaluation notamment par le biais d'une théorie de changement reconstruite ex-post ; • Renforcer l'intégration de l'approche genre et droits humains dans la conception et la mise en œuvre des interventions faisant partie de la Stratégie régionale sur le RCE #8 ; • Développer une nouvelle stratégie de plaidoyer pour un plus grand engagement des acteurs nationaux et des bailleurs de fonds en faveur du secteur de l'hygiène et de l'assainissement.
Bureau	<ul style="list-style-type: none"> • Réviser la théorie du changement au niveau régional et affiner les stratégies

Régional de l'UNICEF-WCARO (Organisme international)	d'intervention sur la base des orientations fournies par l'équipe de l'évaluation notamment par le biais d'une théorie de changement reconstruite ex-post ; <ul style="list-style-type: none"> • Identifier les bonnes pratiques en matière d'interventions liées au RCE#8 pour les répliquer dans le reste de la région de l'Afrique de l'Ouest et du Centre.
Organisations de la Société civile (OSC) / ONG partenaires de mise en œuvre (Titulaires de responsabilités)	<ul style="list-style-type: none"> • Développer de nouvelles stratégies d'intervention ; • Se familiariser avec les approches identifiées comme réussies par l'évaluation et les introduire plus systématiquement dans les interventions futures ; • S'appuyer sur les enseignements tirés de l'évaluation pour renforcer leur stratégie de plaidoyer auprès des partenaires techniques et financiers, des administrations territoriales et déconcentrées.
Bailleurs de fonds / PTF	<ul style="list-style-type: none"> • Utiliser les conclusions et recommandations pour mieux définir et orienter leurs appuis financiers en faveur de l'hygiène et de l'assainissement
Groupes bénéficiaires (Titulaires de droits : leaders communautaires, ménages, femmes et enfants, élèves)	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcer les conditions de durabilité de la Fin de la Défecation à l'air libre (FDAL) dans leurs communautés ; • Avoir les preuves solides sur la mesure dans laquelle les programmes/interventions dans chacun des pays concernés ont atteint les objectifs prévus.

Source : Auteur

10. OBJECTIFS DE L'ÉVALUATION

La présente évaluation a pour objectif global (i) d'apprécier les résultats de la mise en œuvre de l'ATPC en faisant ressortir les goulots d'étranglement et autres facteurs clés de succès et (ii) de proposer des actions pour renforcer les actions menées et accélérer l'évolution des communautés, des zones administratives et du territoire national vers le statut FDAL.

De façon spécifique, il s'agira de :

- Déterminer la pertinence, l'efficacité, l'impact et la durabilité des interventions et approches d'assainissement visant la FDAL et des adaptations du programme à la COVID-19 ;
- Identifier les leçons apprises sur ce qui a fonctionné et ce qui n'a pas fonctionné, concernant la composante assainissement du programme WASH et la réponse à la COVID-19 ;
- Formuler des recommandations clés sur la manière d'améliorer les processus de mise en œuvre et les performances des différents projets et stratégies d'accélération mis en œuvre ;
- Contribuer à l'amélioration des stratégies et de la théorie du changement pour le RCE#8 pendant la COVID-19 ;
- Évaluer dans quelle mesure la composante assainissement du programme WASH et de la réponse COVID-19 a intégré l'équité et le genre dans sa conception, sa mise en œuvre et son suivi ;
- Faire des recommandations afin d'adapter la mise en œuvre des interventions et approches RCE#8 aux besoins émergents (changement climatique par exemple) et spécifiques des pays dans ce domaine.

Ces recommandations devront permettre :

- D'améliorer l'accès équitable aux services de base pour les enfants les plus défavorisés ;
- D'accélérer les résultats pour atteindre les résultats du RCE#8 dans la région et dans chaque pays ;
- D'améliorer la durabilité des résultats des interventions et approches visant la FDAL ;
- De contribuer à l'établissement de la théorie du changement du RCE#8 au niveau régional

(à contextualiser par chaque bureau pays) et à un cadre de responsabilité mutuelle pour atteindre les enfants les plus défavorisés ;

- De renforcer les approches de programmation pour étendre les interventions par l'intermédiaire de l'UNICEF et d'autres acteurs.

11. PORTEE DE L'EVALUATION

Portée thématique : L'évaluation porte sur l'ensemble des interventions et approches visant l'atteinte et le maintien de la situation FDAL en AOC. Ainsi, elle mesure l'application des bonnes pratiques d'hygiène par tous et en particulier les femmes, les enfants et les personnes vulnérables. Cette évaluation mesure également l'accès et l'utilisation des services d'assainissement en lien avec la FDAL par les femmes et les enfants, plus particulièrement ceux et celles en situation de vulnérabilité. Elle porte également sur les questions de genre et sur la composante " assainissement et hygiène " de la réponse à la COVID-19.

En ce qui concerne spécifiquement le RCE #8, cette évaluation met l'accent sur la mise en œuvre de l'ATPC et la composante assainissement global des programmes WASH avec une attention particulière aux étapes clés de l'ATPC (pré-déclenchement, déclenchement, suivi post-déclenchement, suivi post-FDAL et activités de certification post-FDAL).

Portée géographique : L'évaluation couvre toute la région AOC en se focalisant sur un échantillon de cinq pays de la région AOC à savoir le Burkina Faso, la Guinée, la Guinée Bissau, le Tchad et le Togo. Pour la collecte des données au niveau terrain, un échantillon de régions et de provinces a été couvert au sein de chaque pays :

- Pour le Burkina Faso : 4 régions à savoir le Sahel, l'Est, le Centre-Ouest et le Centre-Nord ;
- Pour la Guinée : 4 régions à savoir Kindia, Boké, Faranah et N'Zérékoré ;
- Pour la Guinée Bissau : 5 régions à savoir Bafata, Gabu, Quinara, Biombo et Tombali ;
- Pour le Tchad : 5 régions à savoir le Moyen-Chari, Hadjer-Lamis, N'Djamena, Kanem et Barh-El-Gaza ;
- Pour le Togo : 3 régions à savoir les Savanes, la Kara, les Plateaux.

Portée chronologique : L'évaluation porte sur des périodes différentes suivant les pays considérés :

- Pour le Burkina Faso et le Tchad : janvier 2017 à septembre 2021 ;
- Pour la Guinée : janvier 2016 et décembre 2020 ;
- Pour la Guinée Bissau : 2012 à 2020 ;
- Pour le Togo : septembre 2013 à septembre 2021.

12. CRITERES ET QUESTIONS DE L'EVALUATION

La présente évaluation a été conduite suivant les cinq (5) critères d'évaluation standards préconisés par le Comité d'aide au développement de l'Organisation de coopération et de développement économique (CAD/OCDE) et le Groupe des Nations unies pour l'évaluation (GNUE). Il s'agit de la pertinence, l'efficacité, l'efficience, l'impact et la durabilité. Outre ces critères classiques, l'évaluation a pris aussi en compte un critère additionnel relatif au genre, aux droits humains et à l'équité.

L'appréciation de chacun de ces critères s'est faite à travers 31 questions évaluatives retenues à l'issue des échanges avec les 5 Bureaux pays et le Bureau régional de l'UNICEF ainsi que le groupe de référence de l'évaluation (Voir Tableau 3 ci-après). La matrice d'évaluation détaille pour chacune des questions évaluatives, les sous-questions, les indicateurs de mesure, les données requises, les sources des données et les méthodes de collecte de données (voir annexe 1.2).

Tableau 3 : Liste des questions évaluatives retenues par critère d'évaluation

<i>Questions d'évaluations</i>
PERTINENCE
QE1. Dans quelle mesure le programme WASH répond-il aux besoins des titulaires de droits selon le sexe, l'âge et autres catégories pertinentes pour la Fin de la Défection à l'Air Libre ?
QE2. Comment la réponse WASH à la COVID-19 a-t-elle été adaptée aux interventions et approches visant la FDAL ?
QE3. Quels sont les enseignements tirés de la réponse de la COVID-19 d'un point de vue opérationnel et stratégique ?
EFFICACITE
QE4. Dans quelle mesure les interventions et approches visant la FDAL ont-elles atteint les objectifs prévus ? (S'il y en a qui sont plus pertinents que d'autres, veuillez les préciser) ?
QE5. Quelles sont les approches en matière de FDAL qui ont démontré le plus de résultats (extrants et effets) ?
QE6. Quelles sont les bonnes pratiques et leçons apprises en matière de programmation et mise en œuvre des interventions et approches visant la FDAL ?
QE7. Quelles sont les approches efficaces les plus aptes à l'échelle ?
QE8. Que faut-il modifier dans la TOC du RCE#8 pour augmenter son efficacité, son efficience, son échelle, sa durabilité et son équité ?
QE9. Quels sont les facteurs (internes et externes) qui ont le plus contribué à la réalisation des objectifs envisagés en matière de FDAL ?
QE10. Quels sont les résultats inattendus produits par le programme WASH ?
QE11. Dans quelle mesure les partenaires stratégiques et les partenariats ont-ils contribué à l'atteinte des résultats en matière de FDAL ?
QE12. Dans quelle mesure les complémentarités multisectorielles et intra -organisationnelles ont-elles soutenu la mise en œuvre et la réalisation des résultats du RCE#8 aux niveaux national et régional ?
EFFICIENCE
QE13. Dans quelle mesure les ressources financières, humaines et les biens ont été : -Suffisantes (en termes de quantité) par rapport aux besoins identifiés et aux résultats escomptés ? -Adéquates (en termes de qualité) par rapport aux résultats escomptés ? -Déployées à temps ?
QE14. Quelles stratégies alternatives auraient pu être mises en place pour atteindre le même niveau de résultat au meilleur coût ?
IMPACT
QE15. Dans quelle mesure les interventions et approches RCE#8 de l'UNICEF ont-elles contribué à améliorer la santé, la nutrition, l'éducation, l'autonomisation des sexes, la protection et d'autres résultats connexes par rapport aux conditions de vie/ comportements d'autres groupes qui n'étaient pas ciblés par ces interventions/approches ou qui étaient impliqués dans un type d'intervention différent ?
QE16. Dans quelle mesure les interventions et approches RCE#8 de l'UNICEF ont-elles induit des changements des pratiques de DAL, parmi les groupes de population ciblés par rapport aux conditions de vie/comportements parmi d'autres groupes qui n'étaient pas ciblés par ces interventions/approches ou qui étaient impliqués dans un type d'intervention différent ?
QE17. Dans quelle mesure la pandémie COVID-19 a-t-elle affecté les interventions et approches en cours visant la FDAL ?
QE18. Quels effets les mesures de prévention COVID-19 ont-elles eu sur les services réguliers d'assainissement et d'hygiène auprès des populations ciblées ?
DURABILITE
QE19. Comment l'UNICEF a-t-il pris des mesures pour que les activités financées dans le cadre des interventions FDAL se poursuivent sans le soutien de l'UNICEF à l'avenir ?
QE20. Dans quelle mesure les activités ou approches FDAL ont-elles été reproduites par les gouvernements et d'autres partenaires ?
QE21. Dans quelle mesure les autorités au niveau national et local ont-elles pris les devants et investi pour mettre fin à la DAL ? Dans quelle mesure ont-elles mobilisé ou exploité d'autres partenariats et ressources pour mettre fin à la DAL dans le pays ?
QE22. Dans quelle mesure les mécanismes institutionnels et de prestation de services mis en place (ex. coordination aux niveaux régional, préfectoral et communautaire, partenariat avec les ONG pour la mise en œuvre) permettent d'atteindre et de maintenir les résultats ?

Questions d'évaluations

QE23. Quel est le niveau d'appropriation et d'engagement des bénéficiaires pour assurer la durabilité des interventions et approches FDAL ?

QE24. Comment les interventions et approches FDAL ont-elles amélioré les conditions d'hygiène et d'assainissement de la population en se concentrant sur la durabilité des acquis au niveau communautaire ?

QE25. Quels sont les déterminants du maintien du respect des pratiques FDAL après la certification ? Quelles sont les principales raisons pour lesquelles les populations reviennent aux pratiques de DAL ?

GENRE ET DROITS HUMAINS, EQUITE

QE26. Dans quelle mesure les principes du genre, des droits de l'homme et de l'équité ont-ils été dûment intégrés dans la conception et la mise en œuvre des interventions ou approches FDAL ?

QE27. Dans quelle mesure les interventions ou approches FDAL ont-elles éliminé les obstacles qui empêchent les filles et les femmes d'accéder aux services d'assainissement qu'ils ont mis à disposition dans les communautés ciblées ?

QE28. Dans quelle mesure des résultats équitables ont-ils été obtenus par les interventions ou approches communautaires (par sexe, accès aux personnes aux capacités limitées, les plus vulnérables, etc.) ?

QE29. Dans quelle mesure la mise en œuvre des interventions ou approches du RCE#8 a-t-elle contribué au développement d'un environnement favorable aux changements en matière d'égalité de genre et de respect des droits humains ?

Source : Auteur à partir des TDR

13. METHODOLOGIE

13.1.1. Approche d'évaluation

Cette évaluation s'inspire de l'approche axée sur la théorie (*Theory-driven evaluation*) de Howard (2009) et Chen (2012) pour comprendre les réussites et échecs de la stratégie de l'ATPC en examinant les hypothèses initiales, les facteurs contextuels et les mécanismes essentiels ayant contribué à l'atteinte ou non des résultats escomptés. Pour ce faire, l'équipe d'évaluation a procédé à i) la revue de la logique d'intervention ; ii) l'analyse du contexte et iii) l'évaluation des évidences. Le déploiement d'une telle approche impose l'adoption non seulement d'une démarche pleinement participative mais aussi d'une méthodologie mixte qui met en synergie les aspects quantitatifs et qualitatifs de l'évaluation.

La démarche participative a consisté à associer les différentes parties prenantes dans les différentes phases du processus évaluatif en fonction de leur rôle dans l'orientation, la facilitation du processus et la validation des résultats de l'évaluation, ou comme sources d'informations primaires pour l'analyse des questions évaluatives. L'évaluation s'est alignée sur les approches conceptuelles, méthodologiques et opérationnelles des Nations Unies en matière d'égalité de genre et d'autonomisation des femmes et des filles dans leur diversité.

13.1.2. Méthodes et outils de collecte des données

Les méthodes de collecte des données utilisées comprennent la revue documentaire, les méthodes qualitatives (entretiens individuels, discussions de groupe et observation directe) ainsi que les méthodes quantitatives (enquête quantitative par questionnaire). Les outils de collecte de données utilisés sont : (i) le questionnaire (pour l'enquête quantitative), (ii) les guides d'entretiens individuels, (iii) les guides de focus group, (iv) le guide d'observation structurée.

7.2.1. Revue documentaire

La revue documentaire s'est faite tout au long du processus évaluatif. Elle a consisté en l'exploitation de la documentation sur les interventions visant la FDAL, la stratégie régionale

de l'UNICEF du RCE#8 et les politiques nationales d'assainissement des 5 pays couverts par cette évaluation. Elle a porté aussi sur la consultation des bases de données quantitatives (et désagrégées par sexe lorsqu'il y a lieu). L'intérêt de la revue documentaire est de recueillir des données secondaires permettant d'éclairer le contexte général, les conditions de mise en œuvre des interventions, d'alimenter la matrice d'évaluation et les outils de collecte de données. La revue documentaire et l'observation directe ont permis également de faire la triangulation des méthodes employées pour recueillir les données primaires auprès des acteurs sur le terrain (les entretiens individuels, les focus group et l'enquête ménage).

7.2.2. Méthodes et outils de collecte des données qualitatives

L'utilisation des méthodes qualitatives de collecte des données s'est faite dans l'objectif de mieux comprendre les perceptions, les valeurs et priorités des acteurs sur la mise en œuvre des interventions en faveur de la FDAL et mieux contextualiser les constats dérivés de la collecte des données quantitatives. Les méthodes qualitatives reposent sur trois types de collecte de données présentés ci-après.

Entretiens individuels semi-structurés

La collecte des données par entretien individuel semi-structuré s'est faite au moyen de guides d'entretiens semi-directifs en fonction des acteurs sur le terrain, selon le rôle, les responsabilités et le niveau d'implication de chaque partie prenante. Elle a consisté à échanger au niveau central et régional avec le staff de l'UNICEF (la section WASH et les autres sections), les ONG partenaires de mise en œuvre, les acteurs étatiques aux niveaux central et déconcentré. Au niveau communautaire, la méthode de collecte des données par entretiens individuels semi-structurés a aussi permis d'échanger avec les leaders communautaires et les opérateurs privés (maçons, fabricants de matériaux de construction, boutiquiers). Ces entretiens ont été menés dans le respect de l'approche genre en organisant séparément des rencontres avec les femmes, avec les filles, avec les hommes et avec les garçons pour tenir compte de la différence des âges et du sexe. Ces guides d'entretien qui sont constitués de questions ouvertes selon les différents critères d'évaluation, ont permis de recueillir les perceptions et les points de vue des répondants. Les guides d'entretien sont présentés en annexe 1.4.

Focus groups

Les focus groups⁵ ont été organisés au niveau communautaire avec les titulaires de droits (216 personnes, soit 119% du nombre initial, dont 79 hommes et 79 femmes dans les ménages ainsi que 35 élèves filles et 23 garçons dans les écoles que les interventions du KRC 8 sont censées servir). Par le biais de cette méthode, il était question d'apprécier entre autres : (i) les besoins pratiques et les intérêts stratégiques en matière d'assainissement, différenciés selon le sexe ; (ii) le niveau d'appropriation de l'intervention par les groupes cibles et les conditions de durabilité des acquis au niveau communautaire ; (iii) les enjeux de genre et les relations de pouvoirs (hommes-femmes) dans les communautés autour de l'hygiène et de l'assainissement. Les agents de collecte ont été suffisamment formés et conscientisés sur la nécessité d'assurer le strict respect des mesures barrières. Les focus groups ont été animés à l'aide des guides de focus groups présentés en annexes 1.4.9 et 1.4.10.

Observation directe

Des observations directes ont été faites sur les ouvrages d'assainissement et l'environnement de vie des ménages lors des visites de terrain. Ces observations ont permis d'apprécier la

⁵ Pour tenir compte de la COVID-19, les focus group seront limités à 8 personnes maximums avec un minimum de 6 participants

qualité des réalisations physiques mais aussi de fournir les preuves des changements induits en termes de pratiques de DAL. Les observations ont été réalisées sur la base de deux guides d'observation structurés dont un a porté sur les ménages et leur environnement et l'autre sur la situation de l'hygiène et de l'assainissement dans les écoles et les centres de santé (voir annexes 1.4.13 et 1.4.14).

7.2.3. Méthodes et outils de collecte des données quantitatives

L'équipe d'évaluation a aussi fait recours à une enquête ménage pour apprécier l'atteinte des indicateurs d'effets. Un questionnaire a été développé et digitalisé à travers la plateforme Kobo Collect et administré aux ménages dans les zones d'intervention. L'administration du questionnaire s'est faite en présentiel dans le strict respect du consentement volontaire⁶ des participants. Le questionnaire est présenté en Annexe 1.4.12.

13.1.3. Stratégie d'échantillonnage

7.3.1. Stratégie d'échantillonnage pour la collecte des données qualitatives

D'une manière générale, la population cible de l'enquête qualitative (par entretiens individuels et par focus group) est constituée des acteurs institutionnels/étatiques (au niveau central, déconcentré et décentralisé), du staff des bureaux pays de l'UNICEF, du staff des ONG partenaires de mise en œuvre, des acteurs communautaires, des opérateurs privés (maçons, fabricants de matériaux de construction, boutiquiers) intervenant dans le domaine de l'assainissement, ainsi que des hommes, femmes, garçons et filles vivant dans les localités d'intervention dans les 5 pays faisant l'objet de cette évaluation. Cette collecte des données primaires qualitatives s'est déroulée dans les mêmes villages échantillonnés pour l'enquête quantitative par questionnaire. Le nombre d'entretiens individuels au niveau de chaque pays a été déterminé suivant le principe de saturation de l'information qualitative qui dispose qu'à partir d'un certain nombre (en général un seuil de 30 est considéré), les entretiens additionnels ne fournissent plus d'éléments nouveaux dans l'étude (Marshall et al., 2013)⁷.

De façon spécifique :

Pour les entretiens individuels : La sélection des personnes à interviewer s'est faite par choix raisonné de concert avec les acteurs de mise en œuvre et ce, suivant leurs rôles, responsabilités et implication. Au total, 435 personnes ont été rencontrées pour les entretiens, dont 90 femmes (21%) et 345 hommes (79%). La faible proportion des femmes touchées à travers les entretiens individuels traduit leur faible représentativité dans les différentes structures rencontrées.

Pour les focus group : Les personnes invitées et ayant participé aux focus groupes (y compris les personnes vulnérables) ont été sélectionnées (sur la base de leur disponibilité, et de leur connaissance des interventions RCE#8, de concert avec les autorités locales notamment le chef de village ou le responsable de l'école. Les focus group ont permis d'échanger avec 1149 personnes au total dont 609 femmes/filles (53%) et 540 hommes/garçons (47%).

Le tableau 4 ci-après récapitule la stratégie d'échantillonnage pour la collecte de données quantitatives et qualitatives ainsi que l'effectif des personnes rencontrées.

⁶ L'équipe d'évaluation a veillé au respect des principes d'éthique et de confidentialité conformément aux normes et procédures du Groupe des Nations Unies pour l'Évaluation (voir annexe 10).

⁷ : Does Sample Size Matter in Qualitative Research? A Review of Qualitative Interviews in is Research? DOI: <https://doi.org/10.1080/08874417.2013.11645667>

Tableau 4 : Récapitulatif de la stratégie d'échantillonnage

Parties prenantes	Acteurs rencontrés	Outils de collecte des données	Echantillon-nage	Réalizations		
				Homme	Femme	Total
UNICEF WCARO	Section suivi-évaluation & WASH	<i>Guide d'entretien individuel</i>	<i>Choix raisonné</i>	3	2	5
UNICEF, Bureaux pays	Staff des sections WASH, Education, Santé-Nutrition, Protection, C4D & Spécialistes S&E et Genre	<i>Guide d'entretien individuel</i>	<i>Choix raisonné</i>	22	11	33
ONG partenaires de mise en œuvre	Staff des ONG nationales & Internationales	<i>Guide d'entretien individuel</i>	<i>Choix raisonné</i>	27	6	33
Acteurs institutionnels / étatiques	Au niveau central (Staff structures centrales)	<i>Guide d'entretien individuel</i>	<i>Choix raisonné</i>	13	10	23
	Au niveau déconcentré (Staff structures déconcentrées)	<i>Guide d'entretien individuel</i>	<i>Choix raisonné</i>	45	9	54
	Au niveau local (Staff Collectivités territoriales)	<i>Guide d'entretien individuel</i>	<i>Choix raisonné</i>	13	1	14
Structures publiques	Etablissements scolaires	<i>Guide d'entretien individuel</i>	<i>Choix raisonné</i>	87	22	109
	Formations sanitaires	<i>Guide d'entretien individuel</i>	<i>Choix raisonné</i>	10	10	20
	Services sociaux communaux	<i>Guide d'entretien individuel</i>	<i>Choix raisonné</i>	0	1	1
Acteurs communautaires	Leaders coutumiers et religieux	<i>Guide d'entretien individuel</i>	<i>Choix raisonné</i>	83	0	83
	Leaders naturels & responsables comités d'assainissement, groupements féminins	<i>Guide d'entretien individuel</i>	<i>Choix raisonné</i>	13	8	21
	Opérateurs privés (Maçons, fabricants, boutiquiers)	<i>Guide d'entretien individuel</i>	<i>Choix raisonné</i>	32	12	44
Enfants élèves /	Enfants en situation de rue	<i>Guide de FG</i>	<i>Choix raisonné</i>	5	0	5
	Elèves (Filles et Garçons)	<i>Guide de FG</i>	<i>Choix raisonné</i>	139	160	299
Ménages	Hommes et femmes	<i>Questionnaire ménage</i>	<i>Choix aléatoire</i>	1397	2017	3414
	Hommes et Femmes	<i>Guide de FG</i>	<i>Choix raisonné</i>	396	449	845

Source : Auteur à partir de l'enquête quantitative et qualitative

7.3.2. Stratégie d'échantillonnage pour l'enquête quantitative

Les répondant(e)s de l'enquête ont été les membres de ménages résidant dans les

communautés bénéficiaires des interventions RCE#8 de l'UNICEF. Les ménages de la zone d'intervention RCE#8 de chaque pays constituent donc la base de sondage de l'enquête ménage. Le critère d'inclusion est l'appartenance du ménage aux communautés qui sont censées bénéficier des interventions RCE#8 de l'UNICEF. La collecte des données auprès des ménages s'est fondée sur une méthode d'enquête par sondage probabiliste. Une taille totale de 2000 ménages a été retenue comme échantillon dans les 5 pays soit 400 ménages par pays. L'échantillonnage au Burkina Faso, au Togo et au Tchad s'est fait à deux degrés (sélection des villages puis sélection des ménages). En Guinée Bissau un échantillonnage à trois degrés a été observé (sélection des régions, sélection des villages et sélection des ménages) et pour la Guinée un échantillonnage à 4 degrés (sélection des préfectures, sélection des communes, sélection des villages et enfin sélection des ménages). Cette différence du nombre de degrés d'échantillonnage s'explique par le souci de la prise en compte des spécificités de chaque pays en matière de mise en œuvre des interventions RCE#8. Dans tous les cinq pays, la sélection des ménages (dernier degré) a été faite de façon aléatoire en suivant la méthode de "pas de sondage". Au sein de chaque village, le pas de sondage à observer correspond au quotient du nombre total de ménages par 20⁸. Au sein du ménage, l'enquêteur s'est entretenu avec le chef du ménage (ou son représentant) et la femme du chef de ménage. En effet, le questionnaire comportait deux volets, dont un (volet genre) était spécifiquement adressé à la femme du chef de ménage ou son représentant (fille majeure).

L'enquête quantitative par questionnaire a permis de toucher 2017 ménages choisis au hasard, dans lesquels 1397 hommes et 2017 femmes ont été interrogés, soit 3414 personnes au total. Les détails sur les caractéristiques socio-démographiques des personnes enquêtées sont présentés en Annexe 1.5.

Prise en compte des groupes vulnérables : Les groupes vulnérables sont des titulaires de droits qui méritent une attention particulière en raison des multiples facteurs intersectoriels de vulnérabilité les empêchant de jouir, de revendiquer et de connaître leurs droits (Ezbakhe & Gine, 2019). Dans le cadre de cette évaluation, l'identification des groupes vulnérables s'est faite sur la base des trois critères suivants : (i) les femmes cheffes de ménage (veuves, divorcées et séparées) ayant des personnes à charge (enfants, personnes âgées et personnes dépendantes), (ii) les personnes vivant avec un handicap et (iii) les enfants (filles et garçons) en situation de rue. L'identification de ces groupes vulnérables s'est faite en étroite collaboration, selon les cas, avec leurs organisations faitières, les leaders communautaires, les animateurs des ONG, les élus locaux ou les services techniques déconcentrés. Sur une prévision de 10% de la taille de l'échantillon (veuves, vivant avec un handicap, déplacées internes), l'enquête a effectivement touché 371 ménages de personnes vulnérables soit 18,3% des ménages enquêtés.

13.1.4. Collecte, analyse des données et assurance qualité

7.4.1. Dispositif et organisation de la collecte des données

L'évaluation a fait recours à un dispositif mobile de collecte des données qui combine l'utilisation d'une tablette (smartphone) et d'une plateforme numérique (KoboCollect). Ce dispositif a permis d'opérer un suivi en temps réel du processus de collecte des données sur le terrain. La collecte des données sur le terrain a été réalisée par des enquêteurs recrutés localement dans les sites de collecte couverts par l'enquête. L'accent a été mis sur le recrutement d'enquêtrices ; ce qui a permis de composer des équipes mixtes avec 69% de femmes. Les enquêteurs ont été formés par les experts internationaux et nationaux, sous la

⁸ Par exemple, pour un village de 200 ménages, le pas de sondage correspond à 10 (soit 200/20). De façon pratique, l'enquêteur compte 10 ménages après le premier ménage enquêté pour toucher le deuxième, et ainsi de suite jusqu'au 20ème ménage

coordination du personnel de AMD International dédié, sur l'objet de l'évaluation, l'administration des outils de collecte et l'utilisation de la plateforme KoboCollect. Afin de s'assurer de l'applicabilité des différents outils de collecte dans le contexte spécifique de chaque pays et de leur maîtrise par les agents de collecte, un test du questionnaire a été conduit avant la phase de terrain dans chaque pays, dans les villages bénéficiaires non échantillonnés. Les observations issues de ce prétest ont servi à la finalisation des outils de collecte.

7.4.2. Traitement et analyse des données collectées

Traitement des données : L'apurement des bases de données quantitatives pour chaque pays a consisté à la détection et la correction des éventuels doublons, des valeurs manquantes ou aberrantes par les experts nationaux, les informaticiens et les superviseurs au niveau de AMD International. Une base de données régionale de l'enquête quantitative a été constituée en consolidant les bases de données pays⁹. Par rapport aux données qualitatives primaires, les notes d'entretiens individuels et de discussions de groupe sont retranscrites en verbatim sous le format MS Word, en s'assurant de la prise en compte des réponses de chaque participant. Ces réponses ont ensuite été compilées par question en vue de l'analyse. L'ensemble des données ainsi collectées et traitées ont été analysées suivant une méthodologie mixte (quantitative et qualitative).

Analyse : L'analyse quantitative, à travers le logiciel SPSS 24, s'est essentiellement basée sur les statistiques descriptives et les représentations graphiques. Il s'est agi de décrire le niveau, la dispersion et l'évolution des indicateurs de résultats. En association avec l'analyse quantitative, l'évaluation a conduit une analyse thématique du contenu des entretiens qualitatifs suivant une approche inductive. Il s'est agi concrètement de partir du discours verbatim des répondants pour repérer d'abord les idées significatives, puis de procéder ensuite au codage et à la catégorisation de ces idées et mots clés (en lien avec les Questions Evaluatives : QE, les Sous-Questions Evaluatives : SQE et les indicateurs). Les évaluateurs ont enfin procédé à la description et l'interprétation des opinions exprimées en faisant ressortir leur diversité (analyse horizontale) et leur spécificité (variation) suivant le genre et l'âge des répondants (analyse verticale). Elle a permis aussi d'illustrer les changements obtenus par des témoignages sous forme de citations anonymes ou de courts récits de vie. L'analyse qualitative des données s'est faite au moyen du logiciel Nvivo.

Triangulation des données : Les données quantitatives et qualitatives collectées ont été mises en synergie dans une logique de complémentarité et suivant le principe de la triangulation. Ces données obtenues des différentes sources secondaires et primaires ont été recoupées afin d'assurer plus de cohérence et de fiabilité dans les analyses. Chaque constat est soutenu par au moins trois méthodes et trois sources de données. De plus, lorsque les sources fournissent des évidences contradictoires, l'équipe d'évaluation a tiré les conclusions en privilégiant la source fournissant les données les plus fiables (qui respectent au mieux les critères de pertinence, d'actualité et d'intelligibilité¹⁰), et en basant aussi sur les expériences pratiques des experts. Les divergences de point de vue entre les membres de l'équipe d'évaluation ont été arbitrées en fonction également de la qualité de la source.

7.4.3. Stratégie d'assurance qualité

Les experts (évaluateurs) sont attachés à la réalisation d'une évaluation de qualité, qui réponde aux standards de qualité de l'UNICEF (GEROS) et des Normes et Standards d'évaluation (2016) du GNUE, ainsi qu'aux normes établies par le CAD de l'OCDE. Pour ce faire, les

⁹ Cela a été possible grâce au fait que l'outil de collecte utilisé a été le même

¹⁰ Voir critères de fiabilité des données de G. Brackstone

évaluateurs se sont conformés à la politique interne d'assurance qualité du Bureau d'études et aux mécanismes de contrôle qualité mis en place par l'UNICEF. Les mesures qui sous-tendent le système d'assurance-qualité de l'évaluation sont entre autres :

- ❖ La coordination de la mission d'évaluation et l'élaboration des livrables ont bénéficié du soutien technique de l'équipe d'appui siège (Backstopping) du bureau d'études. Chaque livrable a été préalablement soumis au contrôle du responsable d'assurance qualité du Bureau d'études avant sa transmission au Bureau régional de l'UNICEF et au groupe de référence de l'évaluation ;
- ❖ L'assurance qualité des données s'est opérée à deux niveaux. Lors de la digitalisation des outils de collecte notamment les questionnaires, les espaces de réponses ont été calibrés en fonction de chaque question : nombre entier, décimal, choix multiples ou unique. Des obligations de sauts ont été insérées dans les questionnaires. Dans un second niveau, la supervision de la collecte de données a été faite en temps réel par les chargés d'études du Bureau d'études. Cela a consisté à s'assurer que chaque enregistrement a été renseigné entièrement. En cas de données ou d'informations anormales ou de réponses incompréhensibles, l'enquêteur ou l'enquêtrice a été invitée à confirmer ou à fournir plus d'explications ;
- ❖ Pour ce qui concerne les données qualitatives, les experts nationaux ont effectué le contrôle par une lecture intégrale afin de s'assurer de la qualité des réponses par rapport aux questions évaluatives ;
- ❖ La collecte et l'analyse des données combinent plusieurs méthodes y compris la revue de la littérature, les entretiens avec les informateurs clés, les discussions de groupe, l'observation et l'enquête par questionnaire afin de garantir la triangulation des données et la robustesse des constats et des conclusions tirées ;
- ❖ Les livrables de cette évaluation (Rapport de démarrage, Rapport d'évaluation, Policy brief) ont fait l'objet d'un processus itératif d'amendement et de validation entre l'équipe d'évaluation, le Bureau régional et les Bureau pays de l'UNICEF, ainsi que le groupe de référence de l'évaluation.

13.1.5. Considérations éthiques

Dans la mise en œuvre de cette évaluation, l'équipe d'évaluation a veillé au respect des principes d'éthique et de confidentialité conformément aux normes et procédures du GNUE. Ces principes sont notamment :

- **L'indépendance** : l'équipe d'évaluation a mené cette évaluation en toute indépendance et n'a participé à aucune des activités, de conception et de mise en œuvre des interventions ;
- **L'impartialité** : l'équipe d'évaluation a fait preuve d'impartialité à toutes les étapes du processus d'évaluation, en prenant en compte tous les points de vue et en présentant de manière équilibrée les forces et les faiblesses des interventions RCE #8 ;
- **La transparence** : l'équipe d'évaluation a communiqué clairement et ouvertement aux intervenants l'objet de l'évaluation, les critères appliqués et l'utilisation prévue des résultats. Elle s'est assurée de prendre en compte le point de vue de toutes les parties prenantes ;
- **La divulgation** : L'équipe d'évaluation n'a manifesté aucune objection à rendre accessible au public les produits de l'évaluation ;
- **La crédibilité** : cette évaluation a été basée sur des données et des observations qui ont été considérées comme fiables et dignes de confiance ;
- **L'éthique** : l'équipe a réalisé l'évaluation selon les exigences les plus strictes en matière d'intégrité et dans le respect des croyances, et des us et coutumes locaux, le respect des droits humains et de l'égalité des sexes. Elle s'est conformée de ce fait au strict respect du principe « Ne pas nuire » en évitant à tout prix, même non intentionnellement, de porter un

quelconque préjudice aux participants de l'enquête. Pour la participation à la collecte des données, le consentement éclairé des répondants a été systématiquement requis. Spécifiquement, pour la collecte des données auprès des enfants dans les écoles, le consentement éclairé des parents a été requis ;

- **Les conflits d'intérêt** : AMD International rassure que les évaluateurs mobilisés n'ont pas de conflits d'intérêt avec les parties prenantes de cette évaluation.

L'équipe d'évaluation y compris les agents de collecte des données **se sont aussi conformés aux directives de l'UNICEF et aux principes de la Recherche Ethique Impliquant les Enfants (ERIC¹¹)**. Il s'agit essentiellement des principes fondamentaux relatifs au respect, au bénéfice et à la justice et des principes spécifiques portant sur les avantages et inconvénients, le consentement éclairé, la vie privée et la confidentialité, ainsi que le paiement et indemnisation en lien avec la participation des enfants à l'évaluation. Il s'est concrètement agi pour l'équipe d'évaluation, : (i) d'obtenir préalablement le consentement éclairé des parents (pour les élèves) avant les échanges avec les enfants ; (ii) de valoriser les avis de tous les enfants participant à l'évaluation, (iii) de traiter tous les enfants sur une base égalitaire sans discrimination et de veiller à ce que leur participation ne leur porte aucun préjudice moral ou physique. Par ailleurs, l'utilisation des résultats de cette évaluation par les différentes parties prenantes contribuera à la réalisation des droits des enfants en matière d'accès à l'hygiène et l'assainissement.

13.1.6. Limites et contraintes de l'évaluation

Les principales contraintes rencontrées lors de la phase terrain ainsi que les actions palliatives décidées sont résumées dans le tableau 5 ci-après.

Tableau 5 : Contraintes et actions palliatives décidées

Contraintes rencontrées	Les actions suivantes ont été réalisées
<p>Faible / non-disponibilité des participants envisagés de la collecte des données sur la période indiquée</p> <p>La période de collecte a été relativement courte et a coïncidé avec la fin d'année qui est généralement intense en activités tant pour les acteurs institutionnels que ceux des ONG.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La planification des rencontres avec les acteurs concernés selon leur disponibilité ; ▪ Un travail de suivi et de relance (follow up) qui a permis d'obtenir les informations nécessaires pour les analyses
<p>Faible disponibilité et/ou l'incomplétude des données financières</p> <p>Le caractère confidentiel des bases de données financières dont disposent les entités étatiques et les ONG partenaires de mise en œuvre des interventions du RCE#8 entraînent des réticences dans le partage de l'information. Les bases de données qui ont pu être partagées se sont révélées incomplètes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'accompagnement du Bureau pays de l'UNICEF a permis la mise à disposition des données disponibles notamment les données financières afin de mener à bien le travail dans les délais du calendrier
<p>Dégradation de la situation sanitaire</p> <p>La pandémie de la COVID-19 a limité les déplacements de quelques experts et agents de collecte ou les regroupements dans le cadre des focus group</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La réalisation de certains entretiens notamment avec le staff de l'UNICEF à distance ▪ La mobilisation de ressources locales (enquêteurs ou point focal) pour conduire la collecte de données. ▪ La dotation des enquêteurs en gel hydro alcoolisé et cache-nez
<p>La dégradation de la situation sécuritaire dans les régions d'intervention (Région du Sahel et de l'Est au Burkina Faso) : La</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le remplacement des 5 villages inaccessibles initialement échantillonnés avec l'accord préalable de l'UNICEF et des ministères en

¹¹ https://childethics.com/wp-content/uploads/2015/04/ERIC-compendium-FR_LR.pdf

Contraintes rencontrées	Les actions suivantes ont été réalisées
<p>situation d'insécurité dans les régions de l'Est et du Sahel a rendu inaccessibles 5 villages initialement échantillonnés. Cette difficulté est spécifique au Burkina Faso.</p>	<p>charge de l'assainissement</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ La mise à la disposition des enquêteurs des contacts (numéros d'urgence) des Forces de défense et de sécurité (FDS) et du personnel des ONG partenaires de mise en œuvre
<p>Faible représentativité des femmes dans les structures administratives (centrales, déconcentrées et décentralisées) rencontrées : la faible représentativité des femmes dans les structures rencontrées dans le cadre des entretiens individuels a entraîné une proportion de femmes (par rapport aux hommes) parmi les répondants pour certaines catégories d'acteurs (Collectivités territoriales, leaders communautaires, ONG partenaires de mise en œuvre).</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Exhortation des responsables des structures rencontrées à faire participer les femmes lors des entretiens

Source : Auteur

Les limites de la présente évaluation sont principalement de deux ordres. La première porte sur la mesure de l'attribution des effets observés sur le terrain, notamment en matière d'amélioration de la santé et de l'état nutritionnel d'une part et de la hausse de la fréquentation scolaire des filles d'autre part. En raison de l'absence de données au niveau local (à l'échelle des formations sanitaires et des établissements scolaires, services sociaux communaux), l'évaluation a employé des données régionales qui prennent éventuellement la contribution d'autres interventions. Cette limite est commune à tous les 5 pays évalués. La seconde limite qui touche tous les pays à l'exception du Togo est liée à l'absence de données financières désagrégées permettant d'approfondir l'analyse de l'efficacité.

14. CONSTATS ET CONCLUSIONS PRÉLIMINAIRES

1. Cette section présente par critère les résultats et les conclusions préliminaires de l'évaluation. Pour chaque critère d'évaluation analysé, les constats sont d'abord exposés par question évaluative et les conclusions préliminaires sont ensuite formulées et présentées dans un encadré.

14.1.1. Pertinence

2. La pertinence apprécie dans quelle mesure les interventions RCE#8 répondent aux besoins des titulaires de droits en matière d'hygiène et d'assainissement. Il s'agit également, dans le cadre de la pertinence, d'analyser comment la réponse WASH à la COVID-19 a-t-elle été adaptée aux interventions et approches visant la FDAL. L'analyse est structurée autour de trois questions évaluatives rappelées comme suit :

Rappel des questions évaluatives / Pertinence

- **QE1.** Dans quelle mesure le programme WASH répond-il aux besoins des titulaires de droits selon le sexe, l'âge et autres catégories pertinentes pour la Fin de la Défection à l'Air Libre ?
- **QE2.** Comment la réponse WASH à la COVID-19 a-t-elle été adaptée aux interventions et approches visant la FDAL ?
- **QE3.** Quels sont les enseignements tirés de la réponse de la COVID-19 d'un point de vue opérationnel et stratégique ?



A



B

Illustration 1 : Des élèves se lavant les mains dans une école (© AMD International, A) et un jeune homme étanchant sa soif (© ONG SNV, B) au Burkina Faso

QE1. Dans quelle mesure le programme WASH répond-il aux besoins des titulaires de droits selon le sexe, l'âge et autres catégories pertinentes pour la Fin de la Défécation à l'Air Libre ?

3. **La prise en compte des besoins spécifiques des titulaires de droits dans les interventions FDAL de l'UNICEF est globalement appréciable sur l'ensemble des cinq pays couverts par l'évaluation.** Les besoins exprimés par les titulaires de droits (y compris les femmes, les enfants et les personnes vulnérables) en matière d'H&A sont de plusieurs ordres. Ce sont principalement : (i) le besoin de disposer de latrines familiales, (ii) le besoin d'accès à l'eau potable, (iii) le besoin d'appui matériel et financier pour la construction des latrines, (iv) le besoin de renforcement des compétences techniques pour la conception de latrines hygiéniques et adaptées, (v) le besoin d'accroissement de la disponibilité de matériels et matériaux de construction, (vi) le besoin de conseils et de renforcement des connaissances sur les bonnes pratiques d'H&A, sur les conséquences de la DAL et sur la préservation des maladies, (vii) le besoin de connaissances et de kits pour la GHM des femmes.
4. *La revue documentaire et les entretiens avec le staff des ONG de mise en œuvre indiquent que l'identification et la réponse à ces différents besoins des titulaires de droits ont été possibles grâce à l'application de plusieurs mécanismes, stratégies et approches aux différents niveaux du cycle de gestion des interventions visant la FDAL.* Ce sont entre autres :
- (i) le ciblage géographique des régions défavorisées en matière d'H&A grâce à la revue des données d'enquêtes nationales et de la consultation des acteurs institutionnels ;
 - (ii) la réalisation d'enquêtes CAP initiales auprès des titulaires de droits au Burkina Faso, au Tchad et au Togo. Par contre, en Guinée ces études ont été réalisées uniquement pour les derniers PCA avec les ONG. Rien n'a été signalé dans ce sens en Guinée Bissau ;
 - (iii) l'adoption de l'ATPC classique (sans subvention) et l'application de ses principes de base dans tous les 5 pays ;
 - (iv) la promotion de la solidarité et de l'entraide communautaire en faveur des personnes vulnérables dans tous les 5 pays couverts par l'évaluation ;
 - (iv) la promotion du genre et de la GHM pour la réponse aux besoins spécifiques des femmes. Au Burkina Faso ; par exemple, l'UNICEF a instauré à partir de 2019, l'utilisation d'une liste de contrôle (check list) genre par les ONG pour la conception des interventions.
5. *L'évaluation note que l'application de ces différents mécanismes a permis de répondre aux besoins prioritaires des titulaires de droits notamment en matière d'accès aux informations et aux ouvrages d'assainissement.* Globalement, la proportion des titulaires de droits s'estimant satisfaits de la prise en compte de leurs besoins par les interventions RCE#8 est de 35,2% à l'échelle des 5 pays. Les proportions nationales sont de 41,8% au Burkina Faso, 5,7% en Guinée, 53,8% en Guinée Bissau, 29,8% au Tchad et 44,4% au Togo. Bien que l'enquête quantitative indique une appréciation de la prise en compte des besoins singulièrement faible en Guinée, les données qualitatives et la revue documentaire ne révèlent pas d'éléments spécifiques qui expliquent cette situation. Tout comme dans les 4 autres pays, les entretiens individuels et focus group fournissent une appréciation mitigée de la prise en compte des besoins des titulaires de droit, les besoins faiblement pris en compte étant les mêmes, à savoir : (i) le besoin de renforcement des compétences techniques pour la construction de latrines familiales, (iii) le besoin de sensibilisations sur les bonnes pratiques d'hygiène et d'assainissement et (iv) le besoin d'amélioration de l'accès à l'eau potable.
6. Ces proportions de satisfaction sont relativement moyennes et s'expliquent par la faible prise en compte de certains besoins portant sur l'accès à l'eau potable et l'appui matériel et financier pour la réalisation des latrines familiales exprimés par les titulaires de droits. En effet, **bien que l'offre des services d'eau potable ne soit pas intégrée dans le processus de l'ATPC, les titulaires de droits évoquent l'indisponibilité de l'eau potable comme une contrainte à l'hygiène (surtout dans les localités où l'eau constitue une priorité). En ce qui concerne le manque d'appui financier et**

matériel, les titulaires de droits sont certes conscients du principe de non-subvention des latrines familiales dans l'ATPC, mais ils ont souhaité que la vulnérabilité de certains membres de la communauté soit prise en compte dans les interventions. Enfin, au regard du principe de non-prescription technologique prôné par l'ATPC (chaque ménage déclenché construit la latrine de son choix à partir des ressources disponibles au niveau local), les ONG de mise en œuvre ont sensibilisé les populations sur les types de latrines adaptées aux différents types de besoins lors du déclenchement. Cependant, sur le terrain, la plupart des latrines réalisées ne sont pas adaptées à l'usage des personnes âgées ou en situation de handicap. Cela constitue une limite de l'ATPC qui suppose la capacité des communautés à construire des latrines adaptées.

QE2. Comment la réponse WASH à la COVID-19 a-t-elle été adaptée aux interventions et approches visant la FDAL ?

7. En guise de riposte à la pandémie de la COVID-19 et en appui aux efforts déployés par les Gouvernements des 5 pays, l'UNICEF a engagé des actions portant entre autres sur le renforcement des capacités des différentes parties prenantes ainsi que sur l'Information, l'Education et la Communication (IEC) sur les risques, la prévention contre les infections et l'engagement communautaire. En outre, l'UNICEF a renforcé les capacités techniques et opérationnelles des ministères en charge de la santé, des écoles et des centres de santé à travers la fourniture du matériel sanitaire et des kits d'hygiène aux écoles et aux centres de santé (DLM, gels hydro alcooliques, savons, etc.) ainsi que la formation des acteurs de la santé en prévention et contrôles des infections au Togo et au Tchad notamment.
8. *L'évaluation note également que les interventions RCE#8 en cours au moment de la COVID-19 ont intégré la réponse à la pandémie à travers plusieurs (ré)ajustements aux plans technique et financier.* En effet, la revue documentaire et les entretiens révèlent entre autres mécanismes :
 - (i) La révision des projets (PCA) signés avec les ONG de mise en œuvre à travers la reformulation de certaines activités et/ou l'insertion d'activités nouvelles comme la formation des relais communautaires sur les signes de la maladie et la promotion des gestes barrières, le renforcement des capacités techniques de groupements féminins pour la production de savons et l'organisation de séances publiques de démonstration du lavage des mains ;
 - (ii) L'introduction de nouvelles modalités de mise en œuvre comme le morcellement des communautés en plusieurs assemblées pour les déclenchements, ainsi que la sensibilisation porte-à-porte (visites à domicile) couplée avec le recours aux radios locales pour la sensibilisation de masses ;
 - (iii) L'autorisation par l'UNICEF d'avenants financiers pour tenir compte des modifications d'activités ou de stratégies induites par la COVID-19. Les données sur les montants de ces avenants n'ont pu être obtenues mais pour le cas du Togo spécifiquement, 10% du Budget annuel 2020 du programme Fonds Mondial pour l'Assainissement (GSF) a été réorienté à la réponse à la COVID-19.
9. *De l'avis des acteurs de mise en œuvre et des titulaires de droits rencontrés, l'intégration de la réponse COVID-19 dans les interventions RCE#8 a eu pour effet de renforcer le volet hygiène notamment l'adoption du lavage des mains mais l'évaluation n'a pas obtenu suffisamment d'évidences pour quantifier cet effet.* L'évaluation note enfin que la crise de la COVID-19 n'a pas induit des besoins spécifiques nouveaux pour les femmes et les enfants en matière FDAL. Elle a plutôt accentué les besoins existants en matière de connaissance des enjeux et des bonnes pratiques d'hygiène notamment le lavage des mains, la disponibilité d'eau, de lave-mains et de produits d'hygiène comme le savon et les gels hydroalcooliques.

QE3. Quels sont les enseignements tirés de la réponse de la COVID-19 d'un point de vue opérationnel et stratégique ?

10. Dans les 5 pays évalués, l'évaluation a mis en évidence trois principaux enseignements tirés de la réponse de la COVID-19, d'un point de vue stratégique et opérationnel. Ce sont :

- *La flexibilité stratégique et opérationnelle de l'UNICEF et de ses partenaires de mise en œuvre a facilité l'intégration de la réponse à la COVID-19 dans le cadre de interventions RCE#8. Cette flexibilité s'est traduite entre autres par l'intensification des activités d'Information -Education – Communication (IEC) sur les bonnes pratiques d'hygiène et les mesures barrières contre la COVID-19, ainsi que la formation des agents de santé/relais communautaires et l'acquisition de matériels de protection contre l'infection (masques, gels hydroalcooliques et lave-mains) pour le personnel terrain des ONG de mise en œuvre. Cette intégration de la réponse à la COVID-19 a renforcé l'appropriation par les populations du lavage des mains à l'eau, au savon et à la cendre aux moments critiques, boostant ainsi l'atteinte de la FDAL. En effet, au-delà de la prévention contre la COVID-19, l'appropriation des mesures barrières et le lavage des mains par les communautés sont efficaces pour arrêter la chaîne de contamination oro-fécale. La crise sanitaire a joué un rôle d'accélérateur /levier sur la croissance de la demande et la promotion de l'offre d'équipements et de produits d'hygiène (DLM, savons) au niveau communautaire ;*
- *Le déclenchement porte-porte ou par morcellement des villages couplé avec le renforcement de la sensibilisation par les médias locaux, a constitué une modalité alternative développée et implémentée pour assurer la continuité de la mise en œuvre des interventions RCE#8 dans le contexte de la COVID-19. Cela a permis d'éviter de longues ruptures ou l'arrêt de la mise des activités visant la FDAL ;*
- *Le changement de comportement en faveur de l'adoption des bonnes pratiques d'hygiène en particulier le lavage des mains à l'eau et au savon peut être accéléré pour peu que l'autorité gouvernementale s'engage et s'implique aux côtés des acteurs opérationnels par l'intensification de sa communication. L'expérience de la COVID-19 dans les 5 pays a révélé que l'intensification de la communication gouvernementale a contribué fortement à accélérer la prise de conscience par les populations des enjeux de l'adoption des bonnes pratiques hygiènes.*

Conclusions préliminaires sur la pertinence

PERT 1 – L'identification et la réponse aux besoins des titulaires de droits dans le cadre des interventions visant la FDAL dans les 5 pays se sont appuyées sur des mécanismes globalement pertinents. Ce sont par exemple, le ciblage des régions les plus défavorisées en matière d'H&A, l'adoption de l'ATPC classique et l'application de ses principes de base, la promotion de la solidarité et de l'entraide communautaire en faveur des personnes vulnérables dans tous les pays couverts par l'évaluation et la promotion du genre et de la GHM pour la réponse aux besoins spécifiques des femmes. (§ 3 -5)

PERT 2 – Malgré les différents mécanismes mis en place pour garantir la prise en compte des besoins des titulaires des droits, les avis de certains restent mitigés quant à la prise en compte effective de leurs besoins en lien avec l'assainissement notamment l'accès à l'eau potable, la non-adaptation des latrines à l'usage des personnes âgées/handicapées et l'appui matériel et financier. Les titulaires de droits évoquent la disponibilité de l'eau potable comme une contrainte à l'hygiène (surtout dans les localités où l'eau constitue une priorité) et l'appui financier et matériel, une nécessité pour les groupes vulnérables et pauvres pour contribuer à l'hygiène et l'assainissement durable au niveau communautaire. (§ 6 -6)

PERT 3 - L'UNICEF et ses partenaires de mise en œuvre se sont adaptés à la crise sanitaire de la COVID-19 et y ont apporté une riposte dans le cadre des interventions FDAL en les révisant aux plans technique et financier pour intégrer de nouvelles activités et de nouvelles modalités de mise en œuvre : formulation de nouvelles activités et introduction de nouveaux mécanismes de mise en œuvre des activités (fractionnement des communautés en petit groupes pour les déclenchements, intensification des visites à domicile). (§ 7 -8)

PERT 4 - La crise de la COVID-19 n'a pas induit des besoins spécifiques nouveaux pour les femmes et les enfants en matière FDAL parce que la communication sur le virus n'établit pas de liens entre la pandémie et l'utilisation des latrines, les deux principales voies de contamination étant celles des gouttelettes respiratoires et du contact physique. (§ 9 -9)

14.1.2. Efficacité

Rappel des questions évaluatives / Efficacité

- **QE4.** Dans quelle mesure les interventions et approches visant la FDAL ont-t-elles atteint les objectifs prévus ? (S'il y en a qui sont plus pertinents que d'autres, veuillez les préciser) ?
- **QE5.** Quelles sont les approches en matière de FDAL qui ont démontré le plus de résultats (extrants et effets) ?
- **QE6.** Quelles sont les bonnes pratiques et leçons apprises en matière de programmation et mise en œuvre des interventions et approches visant la DAL ?
- **QE7.** Quelles sont les approches efficaces les plus aptes à l'échelle ?
- **QE8.** Que faut-il modifier dans la TOC du RCE#8 pour augmenter son efficacité, son efficience, son échelle, sa durabilité et son équité ?
- **QE9.** Quels sont les facteurs (internes et externes) qui ont le plus contribué à la réalisation des objectifs envisagés en matière de FDAL ?
- **QE10.** Quels sont les résultats inattendus produits par le programme WASH ?
- **QE11.** Dans quelle mesure les partenaires stratégiques et les partenariats ont-ils contribué à l'atteinte des résultats en matière de FDAL ?
- **QE12.** Dans quelle mesure les complémentarités multisectorielles et intra -organisationnelles ont-elles soutenu la mise en œuvre et la réalisation des résultats du RCE#8 aux niveaux national et régional ?



B



C

Illustration 2 : Entrée d'une latrine dans la Kara (B) et Dalle avec couvercle à manche d'une latrine dans les Plateaux (C) au Togo (© AMD International)

QE4. Dans quelle mesure les interventions et approches visant la FDAL ont-t-elles atteint les objectifs prévus ? (S'il y en a qui sont plus pertinents que d'autres, veuillez les préciser) ?

11. **A l'échelle des 5 pays, l'évaluation note que le niveau de réalisation des résultats escomptés est globalement appréciable.** Le niveau de réalisation est jugé « Bon¹² » dans tous les pays. L'évaluation relève que les extrants des interventions FDAL de l'UNICEF représentent une contribution importante à l'atteinte des résultats en matière d'H&A dans chacun des 5 pays visités et dans l'ensemble des pays de la Région, qu'ils soient engagés dans

¹² Le système de notation de l'atteinte des cibles est bâti sur 3 niveaux d'égale ampleur en considérant une échelle de 0 à 100%. Niveau « Faible » = taux de réalisation de la cible compris entre 0 et 33%, Niveau « Moyen » = taux de réalisation de la cible compris entre 33% et 66%, et Niveau « Bon » = taux de réalisation de la cible supérieur à 66%.

le RCE8 (9 pays) ou contributifs (15 pays). Le tableau 6 ci-après présente le niveau d'atteinte des 4 indicateurs de résultats suivis au niveau régional dans le cadre du RCE#8 pour les 05 pays évalués, les 09 pays engagés dans le RCE#8, les 15 pays contribuant au RCE#8 et pour tous les 24 pays de la région AOC.

Tableau 6 : Niveau d'atteinte des indicateurs de résultats des interventions RCE#8

Résultats attendus	Pays	Situation de Référence (2017)	Cibles cumulées en 2021	Réalisations cumulées en 2021	Niveau d'atteinte
Ind_E1.1 : Nombre de personnes pratiquant la DAL (Données 2020)	05 Pays évalués	23 935 867	19 597 910	24 363 746	4 765 836 (gap) [Faible]
	09 pays engagés	33 124 927	22 960 546	33 683 278	10 722 732 (gap) [Faible]
	15 pays contributifs	82 600 344	64 906 421	85 850 063	20 943 642 (gap) [Faible]
	Région AOC (WCAR)	115 725 271	87 866 967	119 533 341	31 666 374 (gap) [Faible]
Ind_E1.2 : Proportion de la population pratiquant la DAL (Données 2020)	05 Pays évalués	42,9%	32,30%	40,1%	26,4% [Faible]
	09 pays engagés	30,2%	19,2%	28,4%	16,4% [Faible]
	15 pays contributifs	20,9%	15,1%	20,0%	15,8% [Faible]
	Région AOC (WCAR)	22,9%	15,6%	21,8%	15,2% [Faible]
Ind_P.1.2 : Nombre de nouvelles personnes vivant dans les communautés déclarées/certifiées FDAL	05 Pays évalués	nd	4 646 209	4 544 430	97,8% [Bon]
	09 pays engagés	nd	6 327 985	6 540 908	103,4% [Bon]
	15 pays contributifs	nd	9 473 532	21 783 775	229,9% [Bon]
	Région AOC (WCAR)	nd	15 801 517	28 324 683	179,3% [Bon]
Ind_P.1.2 : Nombre d'écoles nouvellement équipées en latrines séparées pour les filles et les garçons	05 Pays évalués	nd	940	661	70,3% [Bon]
	09 pays engagés	nd	1 232	1 280	103,9% [Bon]
	15 pays contributifs	nd	6 464	4 698	72,7% [Bon]
	Région AOC (WCAR)	nd	7 696	5 978	77,7% [Bon]

Source : A partir des résultats de JMP-2021 et des données de S&E de UNICEF WCARO Source : Auteur

12. **Les cibles des indicateurs de produits des interventions RCE#8 ont été réalisées à des taux élevés.** Sur une cible cumulée de 4 646 209 personnes¹³ à l'échelle des 5 pays en 2021, (respectivement 87 866 967 dans la région AOC), 5 235 979 personnes supplémentaires (respectivement 28 324 683 en AOC) ont été effectivement tirées de la situation de DAL soit un taux de réalisation de 97,8% (respectivement 179% à l'échelle régionale). La réalisation de ce produit a été possible grâce au déclenchement et à la certification d'un nombre important de villages. Au total, 16 583 villages ont été déclenchés et 11 964 d'entre eux ont été certifiés FDAL soit un taux de certification de 72,1% à l'échelle des 5 pays évalués (Voir Tableau 7 ci-après). Les interventions RCE#8 ont aussi permis à plusieurs écoles de se doter de latrines séparées filles-garçons soit 661 écoles au total en 2021 contre une cible initiale de 940 écoles (70,3%). A l'échelle de toute la région, 5 978 écoles ont été dotées de latrines séparées filles-garçons contre une cible de 7 696 soit un taux de réalisation de 77,7%.

Tableau 7 : Nombre de villages déclenchés et certifiés FDAL dans les 5 pays couverts

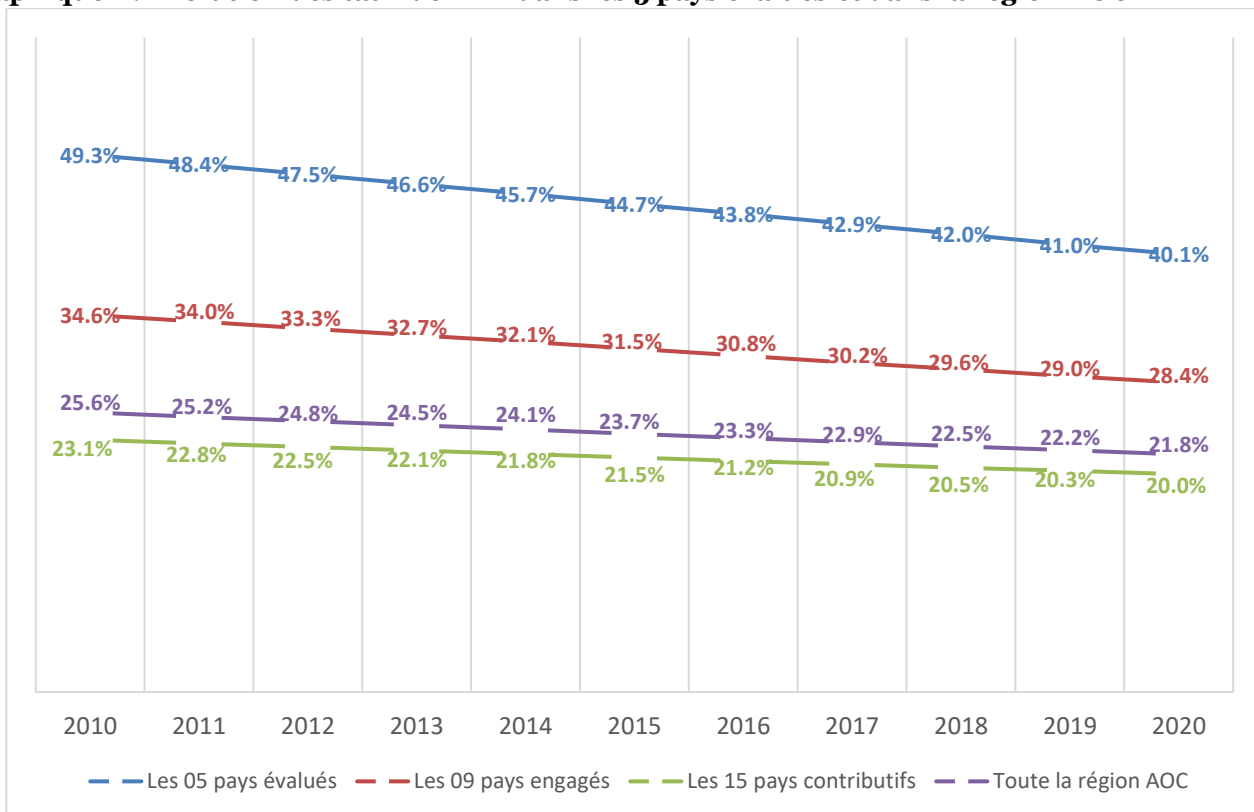
Indicateurs	Burkina Faso	Togo	Guinée	Guinée Bissau	Tchad	Ensemble
Nbre de village déclenchés	581	2 400	9 621	1 194	2 787	16 583
Nbre de village certifiés FDAL	276	1 978	6 612	1 150	1 948	11 964
Taux de certification	47,5%	82,4%	68,7%	96,3%	69,9%	72,1%

Source : Auteur à partir des données de S&E des bureaux pays de UNICEF

13. **Les produits réalisés par les interventions RCE#8 ont contribué à la réalisation des effets attendus en termes de réduction du nombre et de la proportion des personnes pratiquant la DAL.** L'exploitation des données du JMP-2021 révèle qu'à l'échelle des 5 pays, la proportion des personnes pratiquant toujours la DAL a été réduite de 42,9% en 2017 à 40,1% soit une baisse absolue de 2.8 points de pourcentage et une baisse relative de 6,5%. La baisse absolue a été de 1,8 points de pourcentage dans les 9 pays engagés dans le RCE#8 (30,2% en 2017 à 28,4% en 2020), 0.9 point de pourcentage dans les 15 pays contribuant au RCE#8 (20,9 à 20,0% sur la même période) et de 1,1% de point de pourcentage dans toute la région AOC (22,9% à 21,8% sur la même période). L'évaluation note néanmoins que le rythme de réduction de la DAL est relativement faible et constant sur la période. En effet, le taux de réduction annuel moyen sur la période 2017-2020 est estimé à 2,2% dans les 5 pays de l'évaluation (respectivement 2% par an dans les 09 pays engagés, 1,5% par an dans les 15 pays contributifs et 1,6% par an dans toute la région AOC. Ces taux restent les mêmes en considérant la dernière décennie soit de 2010 à 2020. L'évolution des taux de DAL représentée dans le graphique 1 ci-après n'indique pas de point d'inflexion, ni avant ou après 2018 qui correspond à l'année d'engagement des 5 pays dans l'initiative RCE#8. **L'accélération attendue des résultats à partir de 2018 suite à l'adoption de l'initiative RCE#8 n'a pas été réalisée en raison du fait que les accélérateurs n'ont pas été intégrés dans la fixation des cibles de résultats à l'horizon 2021.** En effet, le taux de réduction annuel moyen projeté à partir de 2018 (2,2%) est similaire au taux de réduction annuel moyen effectivement réalisé sur la période 2010-2017 (2.0%). La prise en compte des accélérateurs devrait normalement conduire à la fixation de cibles plus ambitieuses (au moins supérieur à 3%).
14. Les trois pays qui ont enregistré les plus fortes réductions de leurs taux de DAL sont la Guinée Bissau avec une baisse relative de 54,6% et un taux de réduction annuel moyen de 6,9%), la Guinée (avec respectivement une baisse relative et un taux de réduction annuel moyen de 39,5% et 4,5%) et le Burkina Faso (avec respectivement une baisse relative et un taux de réduction annuel moyen de 28,4% et 3,0%).

¹³ La cible à l'échelle des 5 pays, a été obtenu par une opération d'addition des cibles pays

Graphique 1 : Evolution des taux de DAL dans les 5 pays évalués et dans la région AOC



Source : Auteur à partir des données du JMP, 2021

15. La réduction du taux de DAL sur la période ne s’est pas traduite par une baisse du nombre de personnes pratiquant la DAL qui a plutôt augmenté, passant de 22,50 millions de personnes en 2010 à 24,36 millions de personnes en 2020. En effet, la baisse des taux de DAL a été contrastée par le niveau relativement élevé des taux de la croissance démographique dans les pays couverts par l’évaluation (environ 2,6% en moyenne). **L’évaluation estime que le facteur démographique n’a pas été suffisamment anticipé dans le cadre de la programmation du cadre de résultats des 05 pays de l’évaluation mais aussi des autres pays de la région AOC.**
16. Les simulations montrent que si les résultats en termes de réduction du nombre de personnes pratiquant la DAL se maintient, l’objectif d’éradication de la DAL en 2030 ne sera pas atteint au Burkina Faso, au Togo et au Tchad. Seuls la Guinée et la Guinée Bissau sont susceptibles de réaliser cet objectif à l’horizon 2030. **Pour éradiquer la DAL à l’échelle des 5 pays, l’effort de réduction du nombre de personnes pratiquant la DAL doit être d’environ 3,6 millions par an à partir de 2023.** Le tableau 8 ci-après présente par pays l’effort requis pour éradiquer la DAL en 2030

Tableau 8 : Estimation de l'effort requis pour éradiquer la DAL en 2030

Pays	Population totale en 2020 (en milliers)	# Population DAL en 2020 (en milliers)	% Population DAL en 2020	Taux de réduction annuel moyen entre 2010-2020	Taux de croissance démographique	# personnes requis pour éradiquer la DAL en 2030 (en milliers)
Burkina Faso	20 903,3	8 340,4	39,9%	-3,3%	2,4%	1 157,5
Guinée	13 132,8	1 549,7	11,8%	-4,9%	2,4%	200,5
Guinée Bissau	1 968,0	202,7	10,3%	-7,6%	2,4%	23,4
Tchad	16 425,9	10 529,0	64,1%	-0,6%	3,6%	1 638,0
Togo	8 278,7	3 742,0	45,2%	-1,4%	2,4%	550,0
Les 5 pays évalués	60 708,7	24 363,7	40,1%	-2,0%	2,6%	3 569,4
<i>Les 09 pays engagés</i>	118 693,3	33 683,3	28,4%	-2,0%		
<i>Les 15 pays contributifs</i>	429 890,8	85 850,1	20,0%	-1,5%		
<i>Toute la région AOC</i>	548 584,1	119 533,3	21,8%	-1,6%		

Source : Auteur

QE5. Quelles sont les approches en matière de FDAL qui ont démontré le plus de résultats (extrants et effets)

17. Les approches implémentées au niveau communautaire et au niveau central pour mettre fin à la DAL sont inspirées des approches programmatiques de la théorie de changement régionale du RCE #8. Ces approches sont présentées dans le tableau 9 ci-après en fonction de l'intensité de mise en œuvre dans chacun des 5 pays d'évaluation.

Tableau 9 : Approches mises en œuvre et zone d'implémentation

	Burkina Faso	Togo	Guinée	Guinée Bissau	Tchad
Approches programmatiques / Niveau communautaire					
Approche ATPC classique	Oui, étendue ¹⁴	Oui, étendue	Oui, étendue	Oui, étendue	Oui, étendue
Approche Genre & GHM	Oui, étendue	Oui, étendue	Oui, limitée	Oui, limitée	Oui, étendue
Marketing de l'assainissement	Oui, moyen	Oui, étendue	Oui, limitée	Oui, étendue	Oui, limitée
Approche Wash in School	Oui, étendue	Oui, étendue	Oui, limitée	Oui, limitée	Oui, étendue
Approche Wash in HCF	Oui, limitée	Oui, limitée	Oui, limitée	Oui, limitée	Oui, limitée
Approche Wash in Nutrition	Oui, limitée	Non	Oui, limitée	Non	Non
Equité et Non-discrimination (END)	Non	Oui, étendue	Non	Non	Non
Sécurité Sanitaire de l'Eau Pilotée par la Communauté (SSEPC)	Non	Oui, étendue	Non	Non	Non
Approche FDAL à l'échelle	Village FDAL	Village FDAL	Commune FDAL (Préfecture FDAL) ¹⁵	Village FDAL	Canton FDAL
Approches programmatiques / Niveau central¹⁶					
Renforcement de l'environnement favorable	Oui ++++	Oui ++++	Oui ++++	Oui ++	Oui ++++

¹⁴ L'échelle d'appréciation de la couverture des approches programmatiques comprend 4 niveaux : **1. Oui, étendue** (indique que l'approche a été implémentée dans toute la zone d'intervention), **2. Oui, moyen** (indique que l'approche est dans la moitié des localités d'intervention) ; **3. Oui limitée** (indique que l'approche est implémentée en phase pilote dans quelques localités). **et 4. Non** (indique que l'approche n'a pas été implémentée).

¹⁵ Approche Préfecture FDAL en phase pilote

¹⁶ Le nombre de + traduit l'intensité d'adoption de l'approche

	Burkina Faso	Togo	Guinée	Guinée Bissau	Tchad
Utilisation des preuves pour promouvoir les droits des enfants à l'assainissement	Oui ++++	Oui +++	Oui +++	Oui +++	Oui ++++
Mobilisation des ressources durables	Oui ++++	Oui ++++	Oui ++++	Oui +++	Oui +++

18. Au niveau communautaire, les principales approches qui ont été les plus utilisées sont l'ATPC originelle qui constitue l'approche centrale, suivie des approches Genre & GHM, Wash in School et le Marketing de l'assainissement.

- *L'approche ATPC originelle c'est-à-dire « sans subvention »* a été l'approche centrale dans les cinq pays. Cette approche a eu le plus d'effet dans l'ensemble des cinq pays en termes de taux de réalisation et d'utilisation de latrines d'une part et de certification des villages d'autre part.
- *L'approche Genre & GHM* a consisté en des animations sur le leadership des femmes sur l'hygiène et l'assainissement ainsi que la promotion de la GHM par des associations locales renforcées à cet effet. L'approche a été utilisée de façon étendue dans tous les pays sauf en Guinée et en Guinée Bissau. Au Togo, une approche similaire a été couplée à l'approche Genre & GHM. Il s'agit de *l'approche Equité et Non-discrimination (END)* qui, au-delà des aspects de genre et de GHM, s'est particulièrement intéressée à la prise en compte des besoins des personnes vulnérables appelés Personnes Potentiellement Défavorisées – (PPD)¹⁷. L'approche a consisté à identifier à travers les leaders naturels, les PPD¹⁸ de la communauté et à les appuyer en dalles pour la couverture des fosses de leurs latrines en collaboration.

L'approche marketing de l'assainissement a été bien implémentée pour répondre à la demande des communautés en produits et services durables d'hygiène et d'assainissement par la création de marchés locaux dans l'ensemble des pays de la Région UNICEF et en particulier dans les 05 pays de la présente évaluation. Ces différents pays avaient bénéficié en 2019 des sessions de formation organisées par le Bureau Régional de l'UNICEF sur les approches plus holistiques du développement du marché de l'assainissement. De façon spécifique, la mise en œuvre de l'approche marketing de l'assainissement dans les cinq (05) pays de l'évaluation, a consisté essentiellement en i) la formation de maçons locaux (au Burkina Faso, Togo, Tchad, Guinée, Guinée Bissau), ii) la mise en place de boutiques d'assainissement (au Burkina Faso, Togo, Guinée Bissau) et iii) la mise en place des initiatives d'Associations Villageoises d'Épargne et de Crédit -Initiatives AVEC- (au Burkina Faso, Togo). Les initiatives AVEC sont des groupements féminins (d'une vingtaine de personnes) mis en place dans les villages et les communautés dans le but d'améliorer l'autonomie financière des femmes et favoriser le financement de l'assainissement familial. En Guinée, l'adoption de l'approche est récente (seulement en 2021) et est en phase pilote. Depuis 2019, le Bureau Régional a modifié ces approches en fonction des leçons apprises sur ce qui a et n'a pas fonctionné dans le passé et a formé les Bureaux Pays sur des approches plus holistiques pour développer des systèmes de marché de l'assainissement - ce virage est en cours de concrétisation.

- *L'approche WASH in school* : plusieurs variantes de cette approche ont été utilisées dans les 5 pays couverts par l'évaluation. Il s'agit des approches « EQAmE » et « Nudging ou Coup de pouce » expérimentées au Burkina Faso et de l'approche ATPE utilisée au Togo,

¹⁷ La terminologie utilisée dans l'approche END est Personnes Potentiellement Défavorisées (en abrégé PPD).

¹⁸ Personnes qui ne peuvent pas construire une latrine elles-mêmes et n'ont pas les ressources financières nécessaires ou de membres de la famille pouvant les aider. Dans la zone d'intervention, les PPD de catégorie C comprennent les handicapés moteurs, visuels ou mentaux, les personnes âgées, les orphelins, femmes enceinte ou veuves, les malades chroniques et les migrants.

au Tchad, et en Guinée Bissau. L'approche « EQAmE » vise originellement à accroître la qualité de l'éducation à travers l'amélioration des conditions d'apprentissage et la gouvernance scolaire avec la participation démocratique des élèves à travers les clubs scolaires. L'*approche Nudging ou Coup de pouce* est une approche de changement de comportements des élèves en faveur du lavage systémique des mains en milieu scolaire. Il s'agit d'une méthode ludique consistant à inspirer le changement de comportements chez les élèves à travers la mise à disposition de DLM beaucoup plus attrayants par la représentation de dessins animés. Quant à l'approche ATPE, qui est une adaptation de l'approche ATPC en milieu scolaire, elle vise à changer les comportements des élèves et des autres acteurs de la vie scolaire (responsables, enseignants, parents d'élèves) en faveur de l'H&A.

- L'approche Sécurité Sanitaire de l'Eau Pilotée par la Communauté (SSEPC) : Elle a été uniquement mise en œuvre au Togo (à partir de 2019) avec pour but d'améliorer l'accès des populations à une eau de boisson saine traitée par les ménages eux-mêmes. Tout comme avec l'ATPC, les populations sont préalablement déclenchées puis suivies afin qu'elles adoptent les meilleures pratiques de transport, de traitement (par ébullition et/ou et par chloration par exemple) et conservation de leur eau de boisson. Les principaux outils de déclenchement comprennent : le prélèvement, le testing et lecture publique des résultats du test de l'eau, le calcul du nombre de cellules microbiennes, la sensibilisation sur les voies de contamination de l'eau depuis la source jusqu'à la consommation, la visite environnementale avec les populations pour constater les pratiques d'hygiène en cours dans la communauté, l'élaboration du Plan de Gestion de la Sécurité Sanitaire de l'Eau (PGSSE).

19. En somme, les approches Genre & GHM, Marketing de l'assainissement, Wash in School ont été complémentaires à l'ATPC en traitant de certains volets ou défis faiblement pris en compte par l'approche ATPC. Ces volets ou défis portent notamment sur la question de l'inclusion (femmes et enfants notamment), le financement endogène des ouvrages d'assainissement, la durabilité des ouvrages réalisés. La combinaison de ces approches avec l'ATPC forme un paquet intégré permettant d'avoir des résultats conséquents et durables en matière de DAL tout en favorisant le maintien du statut FDAL. Les autres approches utilisées en combinaison avec ces approches (Wash in Health Care Facilities -HCF- et Wash in Nutrition) sont essentiellement en phase pilote et restent de ce fait, limitées du point de vue de la couverture spatiale (seulement dans quelques villages) et/ou temporelle (seulement à partir de 2021). **Par ailleurs, l'évaluation note que l'unité géographique d'intervention reste encore limitée à l'échelle village pour au moins 3 des 5 pays étudiés (Burkina Faso, Togo, Guinée Bissau).** La Guinée et le Tchad sont les pays qui appliquent une approche FDAL à une échelle plus large (Approche Commune FDAL et Préfecture FDAL en Guinée et approche Canton FDAL au Tchad). L'expérience du Tchad et de la Guinée montre que l'adoption d'une échelle d'intervention plus grande s'accompagne de résultats plus conséquents en termes d'effectifs de villages et de personnes retirées de la DAL.
20. A l'échelle nationale/centrale, les approches programmatiques RCE#8 relatives au (i) renforcement de l'environnement favorable, (ii) à l'utilisation des preuves pour promouvoir les droits des enfants à l'assainissement et (iii) à la mobilisation des ressources durables, ont été utilisées dans l'ensemble des cinq pays. A travers l'approche de *renforcement de l'environnement favorable de l'assainissement*, il s'est essentiellement agi pour les bureaux pays de l'UNICEF d'apporter un appui système aux partenaires gouvernementaux pour renforcer le cadre politique et institutionnel de l'assainissement ainsi que la coordination du sous-secteur. L'adoption de la stratégie du faire-faire répond aussi à cette logique à travers le développement des capacités de toutes les parties prenantes (institutions étatiques, centrales et déconcentrées, opérateurs privées, collectivité locales, ONG et des associations locales, autorités et leaders traditionnels) sur les approches communautaires d'assainissement. Au

niveau central, l'approche de renforcement de l'environnement favorable a été la plus active. *L'utilisation des preuves pour promouvoir les droits des enfants à l'assainissement* a essentiellement consisté en la conduite de plusieurs études portant notamment sur les goulots d'étranglement et le bilan de la mise en œuvre de l'ATPC. La *mobilisation des ressources financières durables* s'est faite à travers des plaidoyers conduits par l'UNICEF auprès des autorités nationales et d'autres partenaires au développement pour l'augmentation des ressources financières en faveur du secteur.

QE6. Quelles sont les bonnes pratiques et leçons apprises en matière de programmation et de mise en œuvre des interventions et approches visant la DAL ?

21. Les entretiens de groupe (focus group) couplés aux entretiens individuels avec les acteurs de mise en œuvre et la revue documentaire ont permis de mettre en évidence des leçons apprises et des bonnes pratiques qui mériteraient d'être promues à l'échelle régionale. Les leçons apprises sont les suivantes :
- Les ménages financent la construction de leurs latrines pour peu qu'ils soient bien informés et sensibilisés sur les enjeux de la DAL ;
 - Le déclenchement institutionnel préalable est un moyen efficace pour faciliter l'implication et la prise en main de la question d'assainissement par les autorités locales et des leaders communautaires dans le processus ATPC ;
 - La responsabilisation des structures étatiques déconcentrées et des communes est un facteur essentiel de durabilité des acquis des interventions en matière d'H&A ;
 - La cohésion sociale constitue à la fois une condition nécessaire à la réussite de l'ATPC et un résultat de l'ATPC ;
 - Le renforcement de l'approche ATPC par des approches complémentaires (ATPE, Genre & GHM, Marketing de l'assainissement) est essentiel pour générer des résultats conséquents et durables en matière de FDAL ;
 - L'implication effective des femmes et des filles dans le processus ATPC est un facteur d'accélération des changements en faveur de l'abandon de la DAL dans les communautés ;
 - L'implémentation du marketing social de l'assainissement après le déclenchement et la déclaration FDAL donne la possibilité aux ménages d'arbitrer en fonction des ressources entre l'utilisation de matériaux locaux et de matériaux définitifs.
22. Les pratiques prometteuses identifiées dans chacun des 5 pays couverts par l'évaluation sont résumées dans le tableau 10 ci-après.

Tableau 10 : Pratiques prometteuses identifiées dans les différents pays en présence

Bonnes pratiques identifiées	Burkina Faso	Togo	Guinée	Guinée Bissau	Tchad
Le déclenchement institutionnel préalable comme moyen de faciliter l'implication et la prise en main de la question d'assainissement de la part des autorités locales et des leaders communautaires dans le processus ATPC	☒	☒	☒	☒	☒
La responsabilisation des structures étatiques déconcentrées et des collectivités territoriales est gage de durabilité des acquis des interventions.	☒	☒	☒	☒	☒
L'implication effective des femmes et des filles dans la mise en œuvre du projet est un facteur de succès dans les villages réticents aux changements	☒	☒	☒	☒	☒
La formation sur site s'avère être un bon moyen pour toucher le maximum des membres Comités d'Assainissement Villageois et de Quartiers (CAVQ) mais aussi pour rendre plus pratiques les démonstrations sur le terrain	☒				
L'intégration des activités de renforcement de capacités et d'équipement des CAVQ pour la production de savon liquide	☒				

Bonnes pratiques identifiées	Burkina Faso	Togo	Guinée	Guinée Bissau	Tchad
Le partenariat avec les associations locales pour la conduite de l'ATPC	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>
Le coaching régulier sur les méthodes de travail en multisectoriel et en tandem entre les équipes de mise en œuvre des projets et le Staff des différentes des sections de l'UNICEF	<input checked="" type="checkbox"/>				
L'autonomie laissée aux partenaires de mise en œuvre à contextualiser les approches programmatiques FDAL proposées par l'UNICEF	<input checked="" type="checkbox"/>				
Le suivi percutant après le déclenchement qui met l'accent sur l'accompagnement/coaching de la communauté plutôt que sur la collecte des données		<input checked="" type="checkbox"/>			
Le déclenchement des nomades par les villages déclenchés et la réalisation de latrines publiques pour les voyageurs					<input checked="" type="checkbox"/>
La production de dalles en série pour répondre à la faible capacité financière des ménages par l'optimisation des coûts unitaires				<input checked="" type="checkbox"/>	
La vente de dalles à crédit avec des modalités de remboursements liées à la fluctuation des activités au niveau local				<input checked="" type="checkbox"/>	

Source : Auteur

QE7. Quelles sont les approches efficaces les plus aptes à l'échelle ?

23. Les interventions RCE#8 ont fait recours à une diversité d'approches avec l'ATPC originelle comme approche maîtresse. Sur le terrain, ces approches ont été combinées et séquencées différemment selon les acteurs de mise en œuvre. De l'avis des parties prenantes aux intervention FDAL de l'UNICEF, pour assurer le passage à l'échelle des interventions et approches FDAL, **il ne s'agit pas tant de faire un choix entre les approches mais de définir un « paquet minimal » d'approches et de décliner le séquençage dans la mise en œuvre de ces approches sur le terrain.** Pour une question d'efficacité, les approches consignées dans le tableau 11 ci-dessous peuvent s'intégrer à différents stades du processus de déroulement de l'ATPC. A la combinaison base **[ATPC] * [Genre & GHM] * [Marketing d'assainissement]** s'ajoute l'approche **ATPE** qui est éprouvée au Togo et au Tchad. En rappel, ces deux pays disposent chacun d'une stratégie ATPE qui institue l'adoption systématique de l'approche dans le cadre des interventions visant la FDAL.
24. Se fondant sur les résultats du terrain, de la revue documentaire et des entretiens avec les acteurs de mise en œuvre, l'évaluation identifie les deux combinaisons d'approches spécifiées dans le tableau 11 ci-après comme le paquet minimal et intégré d'approches à adopter pour le passage à l'échelle. **Le couplage des approches ATPE, Genre & GHM et le Marketing d'assainissement (y compris les initiatives AVEC) avec l'ATPC originelle** offre comme atouts : (i) le renforcement de l'offre de produits et services d'assainissement au niveau local, (ii) l'autonomisation économique des ménages (femmes notamment), (iii) le renforcement des mécanismes endogènes de financement des ouvrages d'assainissement, (iv) la facilitation de l'équité, de l'inclusion et l'implication effective des enfants ainsi que des femmes et filles des communautés cibles dans le processus de changement de comportements et l'adoption généralisée des bonnes pratiques d'hygiène et d'assainissement au sein de ces communautés.

Tableau 11 : Principales combinaisons d'approches efficaces la plus apte à l'échelle

Combinaison d'approches	Burkina Faso	Togo	Guinée	Guinée Bissau	Tchad
[ATPC] * [ATPE] *[Genre & GHM] * [Marketing d'assainissement]	☒	☒	☒	☒	☒

Source : Auteur

QE8. Que faut-il modifier dans la TOC du RCE#8 pour augmenter son efficacité, son efficacité, son échelle, sa durabilité et son équité ?

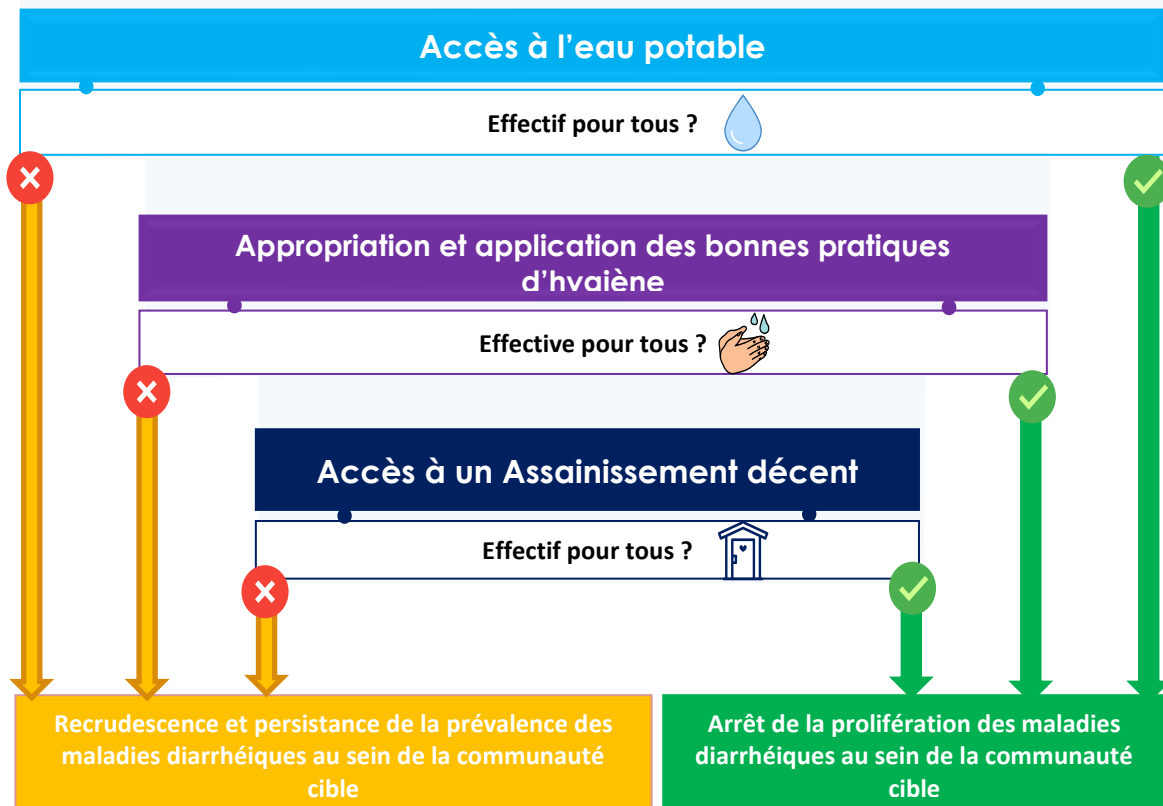
25. Que ce soit au Burkina Faso, en Guinée, en Guinée Bissau, au Tchad ou au Togo, les interventions FDAL de l'UNICEF ont été mises en œuvre en l'absence d'une théorie de changement spécifique formellement décrite ou schématisée. L'annexe 1.9 est une ébauche de la théorie de changement régionale du RCE#8 reconstituée par l'évaluateur. Dans leur ensemble, les Bureaux pays de l'UNICEF se sont appuyés sur les approches programmatiques en matière FDAL proposées par le Bureau régional dans la Note d'orientation du RCE#8. **Ces approches proposées ont été adoptées et mises en application à des degrés divers sans donner lieu à la formulation d'une théorie de changement spécifique et contextualisée du RCE#8 dans ces différents pays. Seule existe la théorie de changement global des Programmes WASH.**

De l'analyse de la théorie de changement régionale du RCE#8 reconstituée par l'évaluateur ainsi que des interventions mises en œuvre sur le terrain, il ressort deux insuffisances fondamentales à combler dans la conception des interventions visant la FDAL : (i) le lien de cause à effet entre l'eau potable et l'arrêt effectif des maladies diarrhéiques n'est pas suffisamment pris en compte ; (ii) la théorie de changement est fondée sur une « approche ouvrages » au détriment de « l'approche services » de l'assainissement public.

A ce regard, il est à préciser le Bureau Régional UNICEF estime que cette Théorie du Changement est une combinaison entre le changement de comportement (pour influencer sur les aspects liés à la demande), l'offre et les interventions d'amélioration de l'environnement facilitateur, et ne se focalise pas nécessairement que sur l'approche ouvrage (l'ATPC utilisant une combinaison d'approches variées), comme mentionné par les évaluateurs.

26. *De la non-prise en compte suffisante du lien de cause à effet entre l'eau potable et l'arrêt effectif des maladies diarrhéiques :* la théorie de changement se fonde essentiellement sur la composante Assainissement et la composante Hygiène du WASH. Une telle approche qui tend à négliger certaines composantes du WASH (en l'occurrence l'eau) laisse craindre que l'un des objectifs initiaux, qui était de lutter contre la prolifération ou la persistance des maladies diarrhéiques au sein des communautés cibles, ne soit pas atteint à moyen terme dans ces communautés. En effet, **la disponibilité et le fonctionnement adéquat des services d'eau potable restent une condition nécessaire à l'application des bonnes pratiques d'hygiène et d'assainissement.** La figure 2 ci-dessus fonde cette analyse. De ce schéma, l'évaluation relève que l'approche holistique du WASH devrait prévaloir dans toutes initiations visant à mettre fin à la défécation à l'air libre.

Figure 2 : Lien de cause à effet entre l'approche holistique du WASH et l'arrêt des maladies diarrhéiques dans une communauté donnée.



Source : Auteur

27. *De la priorisation de l'« approche ouvrages » au détriment de « l'approche services » de l'assainissement public* : les différentes interventions des partenaires de terrain de l'UNICEF ont visé le changement de comportements des populations en faveur de l'utilisation des latrines familiales auto-construites. Cela est louable face au défi qui était d'éradiquer définitivement la DAL dans les villages ciblés. **Cependant, toute la chaîne de valeurs de l'assainissement prenant en considération le volet relatif à l'assainissement productif (traitement et valorisation des boues de vidange) n'a pas été bouclée.** Toute absence de système de vidange (manuel ou mécanique) et de traitement hygiénique des boues de vidange confortera des pratiques de « dépotages sauvages » dans la nature (à proximité des habitations, dans les cours d'eau et les bas-fonds) ce qui serait préjudiciable pour la santé humaine primordiale à la ToC du RCE#8. De plus, l'absence de ces deux maillons de la chaîne de l'assainissement peut être un facteur de démotivation à utiliser des latrines et par conséquent le retour aux pratiques de DAL. Sur le plan opérationnel et connaissant les faibles capacités financières des municipalités dans ces 5 pays, l'évaluateur pense qu'il ne s'agit pas de doter chaque commune rurale d'un système de vidange hygiénique associé à une station de traitement de boue de vidange. Il s'agira plutôt de mutualiser les ressources et de promouvoir la stratégie de l'intercommunalité à partir d'un zonage homogène du point de vue rentabilité socioéconomique de ce service lié aux derniers maillons du service public d'assainissement. L'intégration de « l'approche services » dans la ToC devra se faire au démarrage de l'intervention principalement pendant le déclenchement institutionnel (à l'échelle provinciale ou préfectorale) seront discutées les questions (i) d'intercommunalité et de mutualisation des ressources, (ii) de rentabilité des services de vidange et de station de traitement des boues de vidange (iii) ainsi que d'incitation du secteur privé à prendre en charge l'offre et la gestion de ces services.

QE9. Quels sont les facteurs (internes et externes) qui ont le plus contribué à la réalisation des objectifs envisagés en matière de FDAL ?

28. Plusieurs facteurs de l'environnement institutionnel, politique, social et économique ont affecté positivement ou négativement les niveaux de réalisation des résultats escomptés des interventions FDAL de l'UNICEF, tant sur le plan stratégique qu'opérationnel. Le tableau 12 ci-après résume les facteurs favorables et défavorables suivant les pays.

Tableau 12 : Facteurs favorables et défavorables à l'atteinte des résultats

	Burkina Faso	Togo	Guinée	Guinée Bissau	Tchad
Facteurs favorables					
L'existence de cadre institutionnel propre	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
L'existence d'un cadre politique, législatif et réglementaire	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
L'adhésion et l'implication des leaders communautaires et des populations (hommes, femmes et enfants) aux interventions FDAL	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Le partenariat avec des ONG locales à fort ancrage communautaire	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>
Facteurs défavorables/Contraintes					
La crise sanitaire liée à la COVID-19	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
La crise sécuritaire liée au terrorisme	<input checked="" type="checkbox"/>				<input checked="" type="checkbox"/>
Le faible pouvoir d'achat des ménages ruraux impliquant une faible possibilité de réalisation des latrines durables et d'acquisition de produits d'hygiène de base	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Le manque d'harmonisation de l'approche ATPC entre les acteurs sur le terrain qui entraîne la coexistence entre ATPC classique (sans subvention) et ATPC avec subvention	<input checked="" type="checkbox"/>				<input checked="" type="checkbox"/>
La réticence de certains leaders communautaires vis-à-vis du principe de non-subvention dans les zones ayant déjà eu l'expérience des subventions	<input checked="" type="checkbox"/>				<input checked="" type="checkbox"/>
La non-conformité de la mise en œuvre de l'approche ATPC aux prescriptions des stratégies et guides ATPC chez certaines ONG partenaires	<input checked="" type="checkbox"/>				<input checked="" type="checkbox"/>
Le sous-financement public du secteur de l'assainissement	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Source : Auteur

29. Les facteurs favorables ci-dessus listés ont positivement affecté l'efficacité des interventions et la durabilité des acquis en rendant l'environnement favorable aux interventions RCE#8 et en facilitant la mobilisation sociale et le changement de comportements en faveur de l'H&A. Par exemple, l'existence de cadre institutionnel propre et d'un cadre politique, législatif et réglementaire traduisent l'existence d'une certaine volonté politique des 4 pays concernés (Burkina, Guinée, Togo, Tchad) dans la lutte contre la DAL. Cela a favorisé l'exercice du leadership de l'Etat en matière d'H&A, avec une définition claire de la vision et des orientations stratégiques et opérationnelles du sous-secteur ainsi que du rôle des acteurs. Cela a aussi facilité le plaidoyer pour un meilleur financement public de l'assainissement et une mobilisation accrue des PTF et donateurs. De même, le partenariat avec des ONG locales ainsi que l'adhésion et l'implication des autorités locales, des leaders communautaires et des populations (hommes, femmes et enfants) aux interventions FDAL ont accéléré la prise de conscience des enjeux de la DAL et le changement de comportement en faveur de l'adoption des bonnes pratiques d'H&A. Pour la Guinée Biseau, l'absence de référentiel national propre en matière d'H&A et de partenariat avec des ONG locales a limité l'appropriation nationale et l'engagement des autorités en faveur du financement et de la coordination des interventions d'H&A.

30. En ce qui concernent les contraintes identifiées, elles ont limité l'atteinte des résultats escomptés. Cela s'est manifesté à travers par exemple : (i) la non-réalisation ou la réalisation tardive des activités de déclenchements, sensibilisations, évaluation et certification FDAL (Insécurité et COVID-19), (ii) la limitation de la capacité des ménages à s'auto-construire des latrines familiales et à s'acquérir des produits d'hygiène de base (faible pouvoir d'achat des ménages), (iii) la réalisation tardive de latrines familiales dans certaines communautés (coexistence entre ATPC classique (sans subvention) et ATPC avec subvention et réticence de certains leaders communautaires vis-à-vis du principe de non-subvention dans les zones ayant déjà eu l'expérience des subventions). Face à ces contraintes, les stratégies adoptées ont consisté entre autres à : (i) l'adaptation et la riposte à la COVID-19 par la révision des PCA pour l'introduction de nouvelles modalités de mise en œuvre des activités et l'intensification des sensibilisations et du suivi rapproché des communautés ; (ii) l'implication et la responsabilisation effective des femmes et filles pour accélérer le changement dans les villages réticents.

QE10. Quels sont les résultats inattendus produits par le programme WASH ?

31. **En plus des changements attendus, des effets positifs inattendus ont résulté de la mise en œuvre des interventions visant la FDAL.** Ce sont notamment :
- i. *Le renforcement de la solidarité, de l'entraide communautaire et partant, de la cohésion sociale ;*
 - ii. *Une meilleure affirmation des femmes dans la prise des décisions, la prise de parole en public et la réduction du complexe autour de l'hygiène menstruelle dans les écoles et les communautés ;*
 - iii. *La réduction des actes de violences physiques et sexuelles sur les femmes et les filles : les interventions FDAL, en promouvant la construction des latrines dans les familles (à proximité des domiciles), protègent les filles et les femmes contre les agressions sexuelles et physiques ;*
 - iv. *L'implication effective des enfants dans le suivi post-FDAL dans certaines localités.*
32. **L'évaluation n'a pas mis en évidence des effets négatifs directement induits par les interventions de l'UNICEF visant la FDAL, mais elle a relevé quelques risques qui méritent d'être suivis.** Il s'agit principalement :
- i. *Du risque de sécurité (éboulement des cabines) pour les usagers notamment en saison pluvieuse. Ce risque est aggravé par les effets du changement climatique qui se manifeste dans la plupart des 5 pays par des inondations récurrentes en saisons pluvieuses ;*
 - ii. *Du risque pour la santé publique à cause des éventuelles inondations par remontée de la nappe phréatique qui pourraient répandre les matières fécales dans la communauté ;*
 - iii. *Du risque de stagnation des eaux usées et le développement de maladies parasitaires comme le paludisme à cause du manque de douche-puisard ;*
 - iv. *Du risque de dérives autoritaires liées aux normes sociales ou mesures prises par les acteurs communautaires pour garantir l'atteinte et le maintien du statut FDAL. Ce risque est spécifique au Burkina Faso ;*
 - v. *Du risque de déforestation à cause de la coupe du bois pour la construction des dalles des latrines familiales traditionnelles. Dans la majorité des cas, les latrines sont construites avec des matériaux locaux notamment le bois. Le fait que les latrines sommairement construites doivent être reconstruites périodiquement sur une période relativement courte (une ou deux années) augmente le risque sur la déforestation. L'analyse des données des entretiens et de groupes de discussions a néanmoins établi un lien positif entre les effets du changement climatique et l'assainissement en ce sens que la disparition des buissons due aux sécheresses contraint les populations à se construire des latrines au sein ou à proximité des cours familiales.*

QE11. Dans quelle mesure les partenaires stratégiques et les partenariats ont-ils contribué à l'atteinte des résultats en matière de FDAL ?

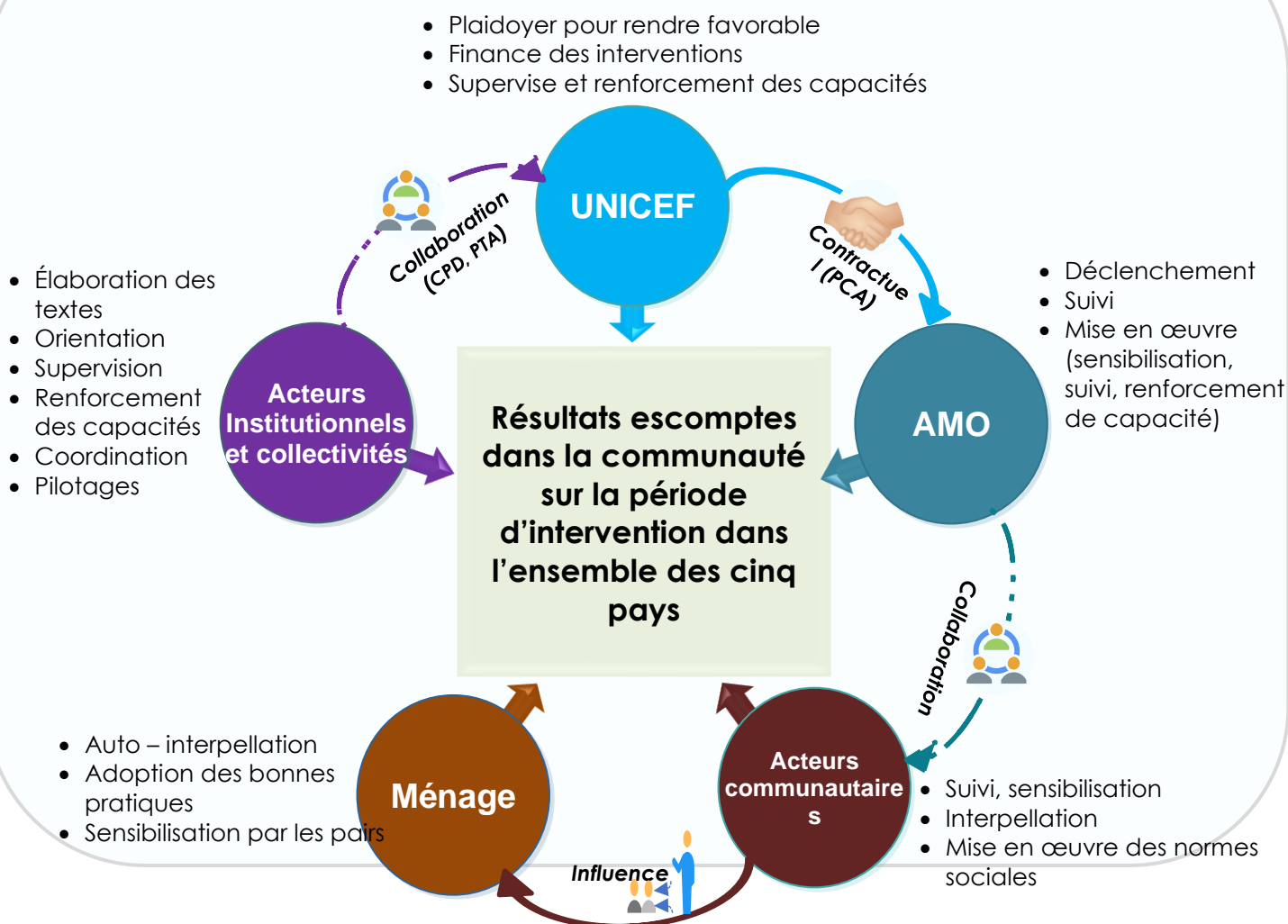
33. Les interventions visant la FDAL dans les localités d'intervention au Burkina Faso, en Guinée, en Guinée Bissau, au Tchad et au Togo, ont permis d'atteindre des résultats importants en termes de changement de comportements en matière d'H&A, notamment l'auto-construction, l'utilisation et l'entretien de latrines familiales, le recours au pot de défécation pour les enfants, et l'installation de DLM pour le lavage des mains à l'eau et au savon. Dans l'ensemble de ces localités au Burkina Faso, en Guinée, en Guinée Bissau, au Tchad et au Togo, les acteurs rapportent des effets en termes d'amélioration de la santé des populations et de la situation nutritionnelle des enfants, de l'environnement favorable à plus de protection des populations vulnérables et notamment les femmes, les enfants et les personnes vieillards, de la fréquentation scolaire des jeunes filles, d'égalité des sexes et de l'équité afin de ne laisser personne de côté, de la cohésion sociale au niveau communautaire. L'atteinte de ces résultats a été possible grâce aux partenariats stratégiques et opérationnels mis en place ainsi qu'aux diverses contributions des principales parties prenantes regroupées en 5 catégories.
34. Les types de partenariats qui ont été noués dans l'ensemble des cinq (05) pays concernés, entre les différentes catégories d'acteurs sont les suivantes :
- Les relations contractuelles entre l'UNICEF et les ONG partenaires (dans tous les 5 pays) d'une part et d'autre part, entre les collectivités territoriales et les ONG partenaires de mise en œuvre (en Guinée spécifiquement);
 - Les relations de coopération entre l'UNICEF et les acteurs gouvernementaux ;
 - Les relations d'influence des acteurs communautaires sur les ménages ;
 - Les relations de collaboration et de services entre les ménages et les opérateurs privés impliqués (maçons, boutiquiers, fabricants de matériaux) ;
35. Dans ces différents partenariats, les rôles et responsabilités jouées par chacune des différentes parties prenantes ont contribué au niveau stratégique et opérationnel à l'atteinte des résultats du RCE#8 en matière d'amélioration de l'environnement de l'H&A (financement et coordination de interventions) et de changement de comportements d'H&A dans les communautés et. De manière spécifique :
- Les PTF dont l'UNICEF en premier ont plaidé pour rendre favorable l'environnement de l'H&A. Ils ont aussi assuré le financement des interventions, la supervision de la mise en œuvre ainsi que le renforcement des capacités des acteurs clés ;
 - Les acteurs institutionnels de premier ordre (ministères techniques) et de second ordre (municipalités, collectivités territoriales), ont aussi contribué à la mise en œuvre des interventions FDAL et l'atteinte des résultats escomptés à travers l'élaboration des textes et des orientations devant rendre l'environnement habilitant, la supervision des interventions sur leurs territoires de commandement respectifs (communal, départemental/préfectoral, régional, national), le renforcement des capacités des acteurs du secteur et enfin la coordination & le pilotage ;
 - Les ONG (nationales et internationales) et autres acteurs de mise en œuvre, ont assuré la mise en œuvre opérationnelle des interventions. Ces acteurs de première ligne ont conduit les activités de sensibilisation, de suivi, de pré-déclenchement, de déclenchement, de renforcement de capacités des acteurs communautaires, et du coaching des communautés ;
 - Les leaders communautaires ont contribué activement à provoquer les changements de comportement individuels et collectifs à travers leur aide dans le suivi et la sensibilisation, la mobilisation sociale. Leur contribution réside aussi dans, l'instauration de normes sociales en matière d'H&A et le suivi du respect de sanctions (pour les contrevenants), et le suivi du respect de ces normes à travers l'interpellation des communautés et des

sanctions pour les contrevenants éventuels ;

- Les ménages, titulaires de droits ont contribué à l'atteinte des objectifs du RCE#8 en assurant l'auto-construction des latrines familiales, l'adoption et l'application des bonnes pratiques d'hygiène et d'assainissement. Par ailleurs au-delà de leur ménage, certaines populations ont contribué au changement de comportements des autres en aidant les plus vulnérables à se construire des latrines et en acceptant de participer aux campagnes de sensibilisation, d'information et d'éducation sur les bonnes pratiques d'H&A (animées par les pairs). Cet élan de solidarité a été constaté dans tous les 5 pays visités.

36. La figure 3 ci-après schématise la contribution (traduite sous forme d'actions réalisées par chaque partie) et les relations partenariales qui ont pu être développées entre les parties prenantes. L'évaluation note cependant que d'autres formes de synergies (collectivités entre elles et communautés bénéficiaires entre elles) sont restées globalement faibles. Ces synergies auraient permis de développer le partage d'expériences et de bonnes pratiques entre les différentes parties et partant, d'améliorer la mise en œuvre et l'efficacité des interventions sur le terrain.

Figure 3 : Schématisation de la contribution et du rôle joué par chaque partie aux résultats



Source : Auteur

QE12. Dans quelle mesure les complémentarités multisectorielles et intra-organisationnelles ont-elles soutenu la mise en œuvre et la réalisation des résultats du RCE#8 aux niveaux national et régional ?

37. **L'évaluation note qu'à l'échelle des 5 pays, des initiatives pertinentes ont été développées afin d'assurer une complémentarité multisectorielle et intra-organisationnelle dans le cadre de la mise en œuvre des interventions FDAL.** Les initiatives développées se situent principalement à trois niveaux de collaboration et de complémentarité à savoir :

- (i) **Complémentarité intra-organisationnelle (section WASH & autres sections de UNICEF)** : les entretiens avec le staff des bureaux pays de l'UNICEF montrent que la tenue de réunions et le partage d'informations entre la section WASH et les autres sections ont été effectifs et ont favorisé la compréhension de liens intersectoriels entre l'H&A avec les autres secteurs d'une part et d'autre part, la recherche de solutions plus adaptées. L'évaluation note néanmoins que les aspects liés à la réalisation d'études conjointes (Baseline/CAP initiales), de missions/sorties conjointes (visites programmatiques) et la planification conjointe (adaptée pour les zones dites de convergence) entre les différentes sections de l'UNICEF n'ont pas été effectifs ;
- (ii) **Collaboration interministérielle (EHA, Education, Santé-Nutrition, Protection)** : à ce niveau, les instruments mis en place dans l'ensemble des 5 pays portent sur les documents de coopération/Plan Travail entre la Section Wash et les Ministères en charge de l'H&A, les réunions entre l'UNICEF/Section Wash et le Ministère en charge de l'H&A ainsi que les cadres de concertation élargis aux autres départements ministériels et les partenaires de mise en œuvre. Cette collaboration a particulièrement permis une harmonisation de la mise en œuvre des interventions FDAL et le partage d'expériences et de bonnes pratiques ;
- (iii) **Intégration des approches multisectorielles** : en réponse aux liens intersectoriels entre les volets éducation, santé-nutrition, protection et genre avec l'H&A, des combinaisons d'approches multisectorielles (Wash in School, Wash in Nutrition, Wash in HCF, Wash en situation d'urgence, Genre & GHM) ont été implémentées dans le cadre des interventions RCE#8, dans l'ensemble des 5 pays. L'intégration de ces approches multisectorielles a permis de répondre à certains défis faiblement pris en compte par la seule approche ATPC (Voir Tableau 13 ci-après).

Tableau 13 : Modalités de collaboration multisectorielle dans chaque pays

	Burkin a Faso	Togo	Guinée	Guinée Bissau	Tchad
Complémentarité intra-organisationnelle (entre les sections de UNICEF)					
Réunions	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Partage d'informations	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Etudes conjointes (Baseline/CAP initiales)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Missions conjointes (visites programmatiques)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Planification conjointe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Collaboration interministérielle (EHA, Education, Santé-Nutrition, Protection)					
Document de coopération/Plan Travail entre la Section Wash & Ministère en charge de l'H&A	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Réunions entre UNICEF/Section Wash avec Ministère en charge de l'H&A	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Cadre de concertation entre les parties prenantes (UNICEF, ministères sectoriels, ONG)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Intégration des approches multisectorielles					
Wash in School (EQAmE, ATPE, Nudging)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Wash in Nutrition	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wash in HCF (Wash dans les centres de santé)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Genre & GHM	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Wash en situation d'urgence	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Source : Auteur

Conclusions préliminaires sur l'efficacité

EFFE 1 – Les interventions FDAL démontrent une bonne performance en matière d'atteinte des résultats escomptés. Les principaux extrants réalisés à travers les interventions RCE#8 de l'UNICEF (nombre de personnes tirés de la situation de DAL, nombre de latrines institutionnelles séparées hommes-femmes) représentent une contribution importante à l'atteinte des résultats en matière d'H&A dans chacun des 5 pays couverts (éradication de la DAL, amélioration de l'accès à l'assainissement et adoption de bonnes pratiques d'hygiène). (§ 11 -12)

EFFE 2 – Le rythme de réduction de la DAL à l'échelle des 5 pays s'est révélé faible et constant sur la période 2010-2020. En particulier, pour le Burkina Faso, le Tchad, et le Togo, l'accélération attendue des résultats à partir de 2018 suite à l'adoption de l'initiative RCE#8 ne s'est pas réalisée. L'évaluation note, pour ces trois pays, que le rythme élevé de la croissance démographique qui a annihilé les progrès en matière de réduction de la DAL, n'a pas été suffisamment pris en compte dans la planification du cadre de résultats des interventions RCE#8. (§ 14 -15)

EFFE 3 : Au rythme actuel des progrès, l'objectif d'éradication de la DAL en 2030 ne sera pas atteint pour le Burkina Faso, le Tchad et le Togo. Seuls la Guinée et la Guinée Bissau sont en bonne voie de réalisation de l'objectif d'éradication de la DAL en 2030. Pour éradiquer la DAL l'effort global de réduction du nombre de personnes pratiquant la DAL à l'échelle des 5 pays doit être d'au moins 3.6 millions par an à partir de 2023. (§ 16)

EFFE 4 – Les bureaux pays de l'UNICEF se sont appuyés sur les approches programmatiques en matière FDAL proposées par le Bureau régional dans sa note d'orientation du RCE#8. Toutefois, l'évaluation relève que ces approches ont été adoptées à des degrés divers (suivant les pays), sans donner lieu à la formulation d'une théorie de changement spécifique et contextualisée du RCE#8. (§ 17 -18)

EFFE 5 - L'ATPC originelle couplée aux approches complémentaires (Marketing de l'assainissement, WASH in school, Genre & GHM) a démontré plus d'effet en termes de taux de réalisation et d'utilisation de latrines d'une part et de certification des villages d'autre part. Cette combinaison d'approche a permis de traiter certains défis faiblement pris en compte par la seule approche ATPC (question du Genre et de la GHM, financement endogène des ouvrages d'assainissement, durabilité des ouvrages réalisés, participation des enfants à l'atteinte au maintien de l'état FDAL). Elle forme un paquet optimal intégré pour aller à l'échelle et renforcer les résultats obtenus en matière de FDAL. (§ 23 -24)

EFFE 6 – La théorie de changement régionale du RCE#8 dont se sont inspirés les bureaux pays, souffre de deux faiblesses majeures : (i) l'absence d'une vision globale (holistique) du WASH (une intervention très focalisée sur l'assainissement avec une faible considération des questions d'eau potable) et (ii) l'absence d'une « approche services » qui permettrait non seulement de boucler la chaîne de valeurs de l'eau potable et de l'assainissement mais aussi de développer des services d'assainissement productifs (co-compostage, production de biogaz, d'énergie et de purins), en fonction des atouts et contraintes du milieu récepteur. (§ 26 -28)

EFFE 7 – A l'échelle des 5 pays, des initiatives pertinentes ont été développées à plusieurs niveaux (complémentarité intra-organisationnelle entre les sections de l'UNICEF, collaboration interministérielle, intégration des approches multisectorielles dans les interventions) afin de répondre aux enjeux multisectoriels de l'H&A dans le cadre des interventions visant la FDAL. Cette multisectorialité renforcée par les partenariats développés par l'UNICEF au niveau stratégique et opérationnel avec les acteurs gouvernementaux, les ONG internationales et nationales, les services techniques déconcentrés ainsi que les collectivités territoriales ont favorisé la mise en œuvre des activités (financement, orientation et coordination des interventions) et contribué aux résultats obtenus (prise en compte des besoins des titulaires de droits y compris les femmes, les filles, les enfants et les personnes en situation d'urgence). (§ 33 -37)

EFFE 8 – L'évaluation relève néanmoins, que certaines collaborations (collectivités entre elles et communautés bénéficiaires entre elles notamment) sont restées globalement faibles, ce qui constitue des occasions manquées pour développer le partage d'expériences et de bonnes pratiques autour des interventions sur le terrain. En dehors du Burkina Faso (où quelques rencontres de partage d'expériences entre communautés bénéficiaires ont été organisées), il n'y a pas eu de mécanismes spécifiques mis en place pour favoriser la collaboration entre les collectivités (entre elles) et les communautés bénéficiaires (entre elles). (§ 33 -37)

14.1.3. *Efficiency*

38. L'efficacité apprécie l'utilisation des ressources dans le cadre de la mise en œuvre des interventions et approches FDAL. Il s'agit de voir si les ressources/intrants mobilisées (fonds, expertise, temps, etc.) sont converties de la façon la plus optimale de manière à générer les résultats attendus (*extrants*). L'analyse de ce critère conduit à comparer des approches alternatives pour atteindre les mêmes résultats et de voir si le processus le plus efficace a été adopté.

Rappel des questions évaluatives / Efficacité

QE13. Dans quelle mesure les ressources financières, humaines et les biens ont été :

- Suffisantes (*en termes de quantité*) par rapport aux besoins identifiés et aux résultats escomptés ?
- Adéquates (*en termes de qualité*) par rapport aux résultats escomptés ?
- Déployées à temps ?

QE14. Quelles stratégies alternatives auraient pu être mises en place pour atteindre le même niveau de résultat au meilleur coût ?



Illustration 3 : Des latrines familiales avec superstructures construites avec des matériaux locaux (E) et définitifs (F) en Guinée Bissau

QE13. Dans quelle mesure les ressources financières, humaines et les biens ont été : suffisantes (en termes de quantité) par rapport aux besoins identifiés et aux résultats escomptés ? Adéquates (en termes de qualité) par rapport aux résultats escomptés ? Déployées à temps ?

De la mobilisation des ressources en faveur des interventions RCE#8

39. Plusieurs sources ou types de financement des interventions d'H&A peuvent être identifiées suivant la nature des parties prenantes impliquées. Ce sont : (i) le financement public par l'Etat et les collectivités territoriales ; (ii) le financement privé par les ménages à travers les ressources investies dans l'auto-construction des latrines familiales et l'acquisition des articles d'hygiène ; (iii) le financement par les ONG nationales et internationales partenaires de mise en œuvre et (iii) le financement par les PTF dont UNICEF notamment. En raison de l'absence de données sur toutes ces sources de financement, seul le financement assuré par UNICEF

dans le cadre des interventions RCE#8 a été formellement évalué.

40. Le financement des interventions RCE#8 par l'UNICEF se fonde sur les ressources régulières (ou ressources propres) de l'UNICEF ainsi que sur les ressources externes provenant de divers donateurs. **D'une manière générale, le niveau de mobilisation des ressources par l'UNICEF en vue du financement des interventions RCE#8 est satisfaisant dans la plupart des pays** (plus de 80% de taux de mobilisation au Burkina Faso, Guinée, Guinée Bissau et Togo) sauf au Tchad (49,4% au Tchad). Il faut préciser qu'entre 2017 et 2019, l'UNICEF a mobilisé au-delà des prévisions (101% de taux de mobilisation) contre un taux de mobilisation d'à peine 30,4% entre 2020 et 2021. Le détail sur les taux de mobilisation des ressources est fourni dans le tableau 14 ci-après.

Tableau 14 : Niveau de la mobilisation des ressources financières prévues par l'UNICEF

	Burkina Faso	Togo	Guinée	Guinée Bissau	Tchad
Ressources prévisionnelles	\$14 209 064	\$9 165 207	\$2 142 544	\$9 392 918	\$7 960 309
Ressources mobilisées	\$11 505 555	\$9 159 431	\$2 142 544	\$8 674 866	\$3 929 916
Taux de mobilisation	81,0%	99,9%	100,0%	92,4%	49,4%

Source : auteur à partir des informations fournies par les bureaux pays de l'UNICEF (Section Wash)

41. La mobilisation et l'utilisation de ces fonds se heurtent néanmoins à de nombreuses difficultés. Ce sont notamment :

- **La non-flexibilité de certains bailleurs par rapport aux zones d'intervention et à l'orientation sectorielle des fonds reçus.** En effet, certains fonds reçus ne répondent pas à la logique d'intervention intégrée qui permettrait de répondre aux besoins en WASH des communautés à travers un paquet complet d'interventions (assainissement, eau et interventions dans les institutions). Cette difficulté a été particulièrement soulignée au Burkina Faso ;
- **Les délais de consommation relativement courts de quelques fonds,** ce qui implique parfois la signature de PCA de 6 mois et un nombre élevé de renouvellements des contrats avec des délais de contractualisations jugés assez longs notamment au Togo ;
- **Quelques retards de décaissements des fonds au profit des ONG de mise en œuvre** qui rendent difficiles le respect des calendriers de mise en œuvre des activités. Bien que ces délais aient entraîné des « tensions de trésorerie » chez certains partenaires, les responsables de projets rencontrés précisent que ces retards de décaissements n'ont pas été de nature à entraver la continuité des activités et l'atteinte des résultats ;
- **L'insuffisance des fonds mobilisés au regard de l'ampleur des besoins et des ambitions en termes de cibles à atteindre.** Les implications de l'insuffisance des ressources sont principalement l'abandon ou le report de certains projets ou encore la priorisation pour quelques activités, la réduction du nombre de communautés ou des titulaires de droits à sensibiliser, ou le raccourcissement des délais de mise en œuvre à 6 mois ou 9 mois. Selon les ONG de mise en œuvre rencontrées, les financements ont été généralement obtenus mais pas toujours dans les délais, avec des retards pouvant atteindre deux à trois mois dans quelques cas.

De l'utilisation économe des ressources financières par les partenaires de mise en œuvre

42. L'analyse de l'efficience a été rendue difficile par la faible disponibilité de données désagrégées. L'analyse coût-bénéfice¹⁹ réalisée sur la base des données financières disponibles pour les 5 pays révèle une forte disparité entre les pays sur les coûts unitaires de certification par village FDAL et par personne FDAL (Cf. Tableau 15).

¹⁹ Pour cette analyse, le montant des *supply* (destiné notamment à l'installation des points d'eau potable) a été soustrait du coût total de mise en œuvre

Tableau 15 : estimation des coûts unitaires de certification FDAL par village et par personne dans les 5 pays

	Burkina Faso	Togo	Guinée	Guinée Bissau	Tchad
Coût unitaire de certification par village FDAL	\$34 443,7	\$4 630,7	\$324,0	\$7 543,4	\$2 017,4
Coût unitaire de certification par personne FDAL	\$22,9	\$5,4	\$1,5	nd	\$2,5

Source : auteur à partir des informations fournies par les bureaux pays de UNICEF (Section Wash)

43. La revue documentaire et les entretiens ont aussi mis en évidence l'utilisation de mécanismes de reddition des comptes et de transparence visant à s'assurer que les fonds transférés aux partenaires ne sont pas détournés de leur but. Les décaissements et la justification des ressources ont été faits conformément aux procédures HACT de l'UNICEF. Par ailleurs, des vérifications ponctuelles (spots checks) portant sur les pièces justificatives des dépenses, des visites programmatiques, y compris des mesures de transparences et de respect stricts des procédures ainsi que des audits assortis de recommandations ont été aussi conduites fréquemment dans l'ensemble des cinq pays concernés. Pour l'année 2021 au Burkina Faso, par exemple, 17 spots checks réalisées sur 16 programmées et 2 audits ont été réalisés²⁰. L'ensemble de ces audits et vérifications n'ont pas révélé d'anomalies majeures de gestion ou de déviation de l'objectif des ressources.
44. Les autres mécanismes et mesures prises pour améliorer l'efficacité, et qui ont été expérimentés dans le cadre des interventions FDAL dans le souci d'un gain d'efficacité sont notamment : (i) le recours aux ONG nationales et associations locales dans le cadre de la stratégie du faire-faire ; (ii) l'utilisation de l'outil AKVO FLOW²¹ pour la collecte des données qui a facilité la réalisation de ces activités aux meilleurs prix (au Burkina Faso particulièrement) ; (iii) l'évaluation comparative de la performance et des ratios coûts-efficacité des ONG partenaires au Togo (dans ce pays, l'UNICEF a évalué pour chaque partenaire de mise en œuvre, le niveau d'atteinte des cibles comme la proportion de villages certifiés FDAL et le coût moyen par village certifié FDAL, ce qui a permis de retenir les partenaires le plus performants au moindre coûts).

Des ressources humaines et matérielles mobilisées

45. Selon les acteurs de mise en œuvre rencontrés, la plupart des ressources humaines ont été mobilisées en quantité et en qualité conformément aux prévisions. Ces ressources mobilisées ont permis d'exécuter toutes les activités planifiées dans les PCA. Dans le cas spécifique du Burkina Faso, pour les ONG de mise en œuvre dont les données ont pu être obtenues, sur un effectif de 156 personnes à mobiliser, 140 personnes dont 55 femmes (39,3%) ont été effectivement mobilisées pour la gestion et la mise en œuvre des interventions. Parmi les 140 personnes mobilisées 112 soit 80% d'entre elles ont travaillé à temps plein sur les interventions contre 28 personnes (20%) ayant travaillé à temps partiel. D'une manière générale, les responsables de projet des ONG de mise en œuvre indiquent que les ressources matérielles notamment logistiques n'ont pas été mobilisées comme prévu. Ce constat est confirmé par le staff de l'UNICEF qui précise que juste une partie des besoins en moyens roulants (véhicules et motos) et en matériels informatiques ont pu être livrés en raison des contraintes budgétaires.

²⁰ Ibid.

²¹ Akvo Flow est un outils, une application et une plateforme numériques de collecte, d'analyse et de traitement à distance des données statistiques, géoréférencées, géoétiquetées et alphanumériques (<https://akvo.org/blog/nouvelles-fonctionnalites-de-akvo-flow>)

QE14. Quelles stratégies alternatives auraient pu être mises en place pour atteindre le même niveau de résultat au meilleur coût ?

46. Plusieurs stratégies alternatives qui auraient assuré une meilleure efficacité des interventions visant la FDAL ont été mises en évidence par l'évaluation à travers la revue documentaire et les entretiens avec les acteurs de mise en œuvre.

47. Les stratégies alternatives communes à l'ensemble des 5 pays couverts par l'évaluation, sont notamment l'engagement des autorités nationales à assurer :

- Une bonne coordination et la supervision effective des actions sur le terrain par les structures déconcentrées ;
- L'adoption généralisée et l'implémentation conjointe de la combinaison d'approches ATPC * ATPE * Genre & GHM * Marketing d'assainissement ;
- L'adoption d'une stratégie FDAL à l'échelle supérieure : il s'agit concrètement de relever l'échelle ou unité d'intervention à travers le passage de l'approche village FDAL à la commune FDAL ou Préfecture/ Province FDAL.

48. Les autres stratégies alternatives identifiées commandent :

- i) Une bonne harmonisation de l'approche ATPC dans les zones d'intervention par l'ensemble des acteurs impliqués dans le cas du Burkina Faso et du Tchad ;
- ii) Une bonne maîtrise des procédures financières et administratives de l'UNICEF (cas spécifique du Togo) par les partenaires de mise en œuvre ;
- iii) La réduction significative des délais de contractualisation (cas spécifique du Togo).

Conclusions préliminaires sur l'efficacité

EFFI 1 – Les efforts de mobilisation des ressources financières par l'UNICEF dans l'ensemble des 5 pays sont certes appréciables, mais les fonds mobilisés sont relativement insuffisants par rapport aux besoins effectivement exprimés par les communautés. (§ 41-42)

EFFI 2 – La mobilisation et la gestion des fonds en vue des interventions RCE#8 rencontrent quelques difficultés liées à (i) la non-flexibilité de certains bailleurs par rapport aux zones d'intervention et aux orientations initiales de ces fonds avec pour conséquence la réduction de certaines réalisations et l'insatisfaction de certains besoins, (ii) les retards de décaissement des ressources financières demandées, (iii) des délais de consommation budgétaire relativement courts. (§ 42)

EFFI 3 – Dans l'ensemble des 5 pays, l'évaluation relève que la gestion des fonds s'est conformée aux mécanismes de transparence et de reddition de compte mis en place par l'UNICEF, de sorte que les audits et vérifications ponctuelles réalisées n'ont pas révélé d'anomalies majeures de gestion ou de déviation de l'objectif des ressources. Toutefois, l'évaluation chiffrée de l'efficacité (analyse coût-bénéfice) de chaque pays et la comparaison de l'efficacité entre les pays ont été rendues difficiles par l'absence de données financières désagrégées permettant de distinguer les ressources spécifiquement dédiées à l'ATPC. (§ 43 -45)

EFFI 4 – Des marges d'amélioration de l'efficacité existent pour peu que les défis ci-après soient levés : (i) la maîtrise des procédures financières et administratives de l'UNICEF couplées à la réduction significative des délais de contractualisation (au Togo notamment), (ii) l'harmonisation de l'approche ATPC (au Burkina Faso et au Tchad), (iii) la coordination et la supervision effective des actions sur le terrain par les structures déconcentrées, (iv) l'adoption généralisée et l'implémentation conjointe du paquet intégré d'approches constitué de l'ATPC originel, le Wash in School/ATPE l'approche Genre & GHM et le Marketing d'assainissement, (v) l'adoption généralisée des stratégies FDAL à l'échelle (Passage à une échelle supérieure pour les déclenchements). (§ 47 -49)

14.1.4. Impact

49. A travers le critère d'impact, l'évaluation cherche à mettre en évidence les effets des interventions sur la santé, la nutrition, l'éducation, l'autonomisation des sexes, la protection des groupes cibles. L'évaluation apprécie aussi les changements induits des pratiques de DAL à définir si l'intervention a eu des effets positifs en matière de réalisation effective des droits humains et d'égalité des sexes pour les titulaires de droits et la capacité des détenteurs d'obligation à respecter, défendre et mettre en œuvre les droits humains et l'égalité des sexes. Les questions évaluatives ayant guidé ces analyses sont ci-après résumées :

Rappel des questions évaluatives / Impact

- **QE15.** Dans quelle mesure les interventions et approches RCE#8 de l'UNICEF ont-elles contribué à améliorer la santé, la nutrition, l'éducation, l'autonomisation des sexes, la protection et d'autres résultats connexes par rapport aux conditions de vie/ comportements d'autres groupes qui n'étaient pas ciblés par ces interventions/approches ou qui étaient impliqués dans un type d'intervention différent ?
- **QE16.** Dans quelle mesure les interventions et approches RCE#8 de l'UNICEF ont-elles induit des changements des pratiques de DAL, parmi les groupes de population ciblés par rapport aux conditions de vie/comportements parmi d'autres groupes qui n'étaient pas ciblés par ces interventions/approches ou qui étaient impliqués dans un type d'intervention différent ?
- **QE17.** Dans quelle mesure la pandémie de la COVID-19 a-t-elle affecté les interventions et approches en cours visant la FDAL ?
- **QE18.** Quels effets les mesures de prévention de la COVID-19 ont-elles eu sur les services réguliers d'assainissement et d'hygiène auprès des populations ciblées ?



G



H

Illustration 4 : Des hommes construisant une clôture à base de branches de palmier (G) et une femme lavant le pot de défécation de son enfant (H) en Guinée

QE15. Dans quelle mesure les interventions et approches RCE#8 de l'UNICEF ont-elles contribué à améliorer la santé, la nutrition, l'éducation, l'autonomisation des sexes, la protection et d'autres résultats connexes par rapport aux conditions de vie/ comportements d'autres groupes qui n'étaient pas ciblés par ces interventions/approches ou qui étaient impliqués dans un type d'intervention différent ?

50. Les interventions et approches RCE#8 de l'UNICEF au Burkina Faso, en Guinée, en Guinée Bissau, au Tchad et au Togo, ont modifié d'une manière générale les

comportements des titulaires de droits, en matière d'adoption de bonnes pratiques d'hygiène et d'assainissement. En effet, l'évaluation a constaté dans plus de 79,3% des ménages enquêtés, l'effectivité de la construction des latrines familiales. Les observations directes révèlent également que plus de 86,8% de ces latrines existantes présentent des traces d'utilisation effective, et 70,5% sont propres et hygiéniques (absence de fèces et de mauvaises odeurs dans la latrine). La plupart des ménages déclarent également disposer de dispositif de lavage des mains (DLM) et de pots de défécation pour les enfants, mais les observations directes révèlent une disponibilité plutôt moyenne voire faible. Ces changements illustrent la prise de conscience individuelle et collective sur les enjeux de la DAL, telle que déclarée par la quasi-totalité (94,1%) des ménages enquêtés. Ces changements importants révélés par les ménages sont confirmés par les ONG et les acteurs institutionnels et communautaires. Ils sont directement liés à la mise en œuvre des interventions FDAL sur le terrain et donc attribuables à l'UNICEF et à ses partenaires de mise en œuvre sur le terrain.

Tableau 16 : Indicateurs liés à l'adoption des bonnes pratiques H&A par les ménages

	Burkina Faso	Guinée	Guinée Bissau	Tchad	Togo	Global
Disponibilité des latrines	87,6%	71,6%	82,0%	74,8%	80,7%	79,3%
Utilisation effective des latrines	88,9%	81,9%	96,6%	80,9%	84,1%	86,8%
Propreté des latrines (Absence de fèces et de mauvaises odeurs)	77,0%	57,5%	72,6%	65,2%	77,5%	70,5%
Existence d'un couvercle de fermeture du trou de chute	70,2%	21,3%	60,4%	31,1%	53,6%	48,6%
Présence d'un dispositif de lave-mains au sortir ou à l'intérieur des latrines	35,2%	8,4%	57,6%	28,4%	12,0%	28,9%
Présence de savon ou de cendre près du dispositif de lavage des mains	78,2%	25,0%	56,1%	81,2%	60,0%	65,4%
Utilisation effective du dispositif de lave-main [Traces, indices]	84,7%	33,3%	72,5%	92,9%	85,0%	78,6%

Source : Collecte de données, décembre 2021

51. **L'adoption des bonnes pratiques d'H&A par les communautés, a contribué selon les témoignages des ménages, des acteurs communautaires et des responsables des services publics, à des changements positifs aux plans sanitaire, éducatif et social.** Les effets positifs rapportés par les personnes rencontrées en matière de réduction des cas de malnutrition d'enfants et de consultations pour cause de maladies diarrhéiques, ont pu être confirmés par des données disponibles à l'échelle régionale dans la plupart des pays (Burkina Faso, Togo, Guinée et Tchad). **La détermination de la contribution réelle des interventions de l'UNICEF s'est toutefois confrontée à l'absence de données secondaires au niveau communautaire. Cela reste un défi à relever à travers des études d'impact sanitaire.** Quant à l'évaluation des changements notés aux plans éducatif et social, elle repose essentiellement sur les témoignages des titulaires de droits, des acteurs communautaires et des agents des services techniques déconcentrés en raison de l'absence de données secondaires à l'échelle des formations sanitaires et des établissements scolaires des zones d'intervention.

- **De l'amélioration de la santé des populations et de l'état nutritionnel des enfants :** A l'exception de la Guinée Bissau (où l'effet positif est marginal), les données secondaires disponibles au niveau régional révèlent que les cas de consultations des maladies hydro fécales ainsi que la prévalence de la malnutrition ont plus baissé dans les zones d'intervention de l'UNICEF que dans les autres zones non bénéficiaires. **Bien que des évaluations d'impacts et des recherches scientifique plus approfondies**

soient nécessaires pour établir de manière formelle l'impact sanitaire des interventions RCE#8 de l'UNICEF, il sied de rappeler qu'il existe déjà des liens théoriques établis et des évidences empiriques démontrant les gains en matière de santé et de nutrition d'un accès amélioré aux services d'H&A (OMS, 1995²² ; Zavala et al., 2021²³ ; Bountogo, 2021²⁴). La littérature établit en effet que l'accès aux services d'H&A, améliore l'état sanitaire et nutritionnel en rompant la chaîne de transmission des agents pathogènes présents dans les excréta et dans l'environnement. Selon l'OMS (1995), les infections intestinales et les helminthiases, notamment le choléra, la typhoïde et la paratyphoïde, la dysenterie, la diarrhée, l'ankylostomiase, la schistosomiase ou bilharziose, et la filariose peuvent être éliminées grâce à l'élimination hygiénique des excréta

- **De l'amélioration de la fréquentation scolaire des enfants et des filles en particulier** : d'une manière générale, les témoignages recueillis reconnaissent une meilleure assiduité des élèves y compris les filles à l'école, ce qui s'expliquerait par la baisse des cas de maladies diarrhéiques et l'opportunité données aux filles en âge de la puberté de gérer de façon digne et saine leurs menstrues à l'école, grâce à la présence de latrines séparées filles-garçons.
- **De l'égalité de sexes et de l'équité** : suivants les avis des personnes rencontrées (focus group et entretiens individuels), les interventions RCE#8 ont induit quelques progrès en matière d'égalité des sexes à travers principalement : (i) la prise en compte des besoins prioritaires des personnes vulnérables, (ii) l'amélioration des capacités financières des femmes à travers le revenu des AGR conduites dans le cadre des AVEC, (iii) le renforcement du leadership des femmes à travers les activités de sensibilisation et la mise en place des groupements AVEC, (iv) la préservation de l'intimité, de la dignité et de la sécurité des femmes et des filles contre les agressions sexuelles et autres dangers en brousse, (v) la démystification de la question de l'hygiène menstruelle en milieu scolaire et communautaire.
- **Du renforcement de la cohésion sociale** : la promotion des valeurs de solidarité et de l'entraide communautaire en faveur de personnes vulnérables à travers l'ATPC représente un pas vers la cohésion sociale (voir aussi les QE6 et QE10).

52. **L'évaluation rappelle que même si des effets négatifs n'ont pas été formellement mis en évidence en lien direct avec les interventions RCE#8 de l'UNICEF, des risques d'effets pervers demeurent et mérite d'être suivis.** Ces risques sont principalement liés : (i) à la sécurité des usagers en cas d'éboulement étant donné le niveau d'aménagement sommaire des latrines familiales, (ii) aux maladies qui pourraient survenir suite au répandage des matières fécales en cas d'inondations des latrines ; (iii) à la coupe du bois de construction des dalles qui pourrait devenir abusive et induire une empreinte environnementale négative. (Cf. QE10)

²² OMS, 1995. Guide de l'assainissement individuel URL : https://www.pseau.org/outils/ouvrages/oms_guide_de_l_assainissement_individuel_1995.pdf

²³ Zavala et al. 2021. Leveraging water, sanitation and hygiene for nutrition in low- and middle-income countries: A conceptual framework ; DOI : <https://doi.org/10.1111/mcn.13202>

²⁴ Bountogo et al. 2021. Access to Improved Sanitation and Nutritional Status among Preschool Children in Nouna District, Burkina Faso ; DOI : <https://doi.org/10.4269%2Fajtmh.20-0527>

QE16. Dans quelle mesure les interventions et approches RCE#8 de l'UNICEF ont-elles induit des changements des pratiques de DAL, parmi les groupes de population ciblés par rapport aux conditions de vie/comportements parmi d'autres groupes qui n'étaient pas ciblés par ces interventions/approches ou qui étaient impliqués dans un type d'intervention différent ?

53. **En comparaison aux comportements des groupes non ciblés, les populations des localités d'intervention FDAL de l'UNICEF sont majoritaires à : (i) être certifiées FDAL, (ii) à se laver systématiquement les mains aux moments critiques²⁵ (avant de manger, après la défécation, etc.), et (iii) à être moins affectées par les maladies liées à la DAL en particulier.** De l'analyse des données secondaires disponibles (pour le Burkina Faso et le Togo), les zones d'intervention de l'UNICEF ont enregistré plus de résultats que les zones non ciblées. Cela se traduit concrètement par les faits suivants :
- Les localités d'interventions de l'UNICEF sont celles qui enregistrent les taux de certification FDAL les plus élevés (constaté au Burkina Faso), les taux de DAL les plus faibles (constaté au Togo) ;
 - Les populations des régions d'intervention de l'UNICEF sont relativement plus nombreuses à se laver systématiquement les mains aux moments critiques que les populations dans les autres régions non ciblées par l'UNICEF (constaté au Burkina et au Togo) ;
 - Ces populations sont également nombreuses à constater des baisses significatives de la prévalence des maladies diarrhéiques et de la malnutrition (constaté au Togo et au Burkina Faso).
54. L'analyse comparative entre groupes cibles et groupes non ciblés par d'autres interventions n'a pas été possible en raison de l'absence de données secondaires.

QE17. Dans quelle mesure la pandémie de la COVID-19 a-t-elle affecté les interventions et les approches en cours visant la FDAL ?

55. **La pandémie de la COVID-19 a induit à l'échelle des 5 pays (i) des reports et/ou le réajustement de certaines activités de sensibilisation ou de formation et (ii) la réduction des capacités opérationnelles des équipes de mise en œuvre.** La revue des rapports périodiques d'exécution des projets et les entretiens tenus avec les différentes parties prenantes (ONG partenaires, élus locaux, acteurs communautaires) montrent que les mesures barrières prises par les autorités des 5 pays contre la pandémie de la COVID-19 (*interdiction de rassemblement d'un nombre élevé de personnes, mise en quarantaine des villes touchées, confinement, fermeture des écoles, distanciation physique*) ont affecté négativement la mise en œuvre des interventions. En effet, le respect des mesures précitées a occasionné (i) le report et/ou le réajustement de certaines activités de sensibilisation ou de formation, (ii) la réduction des capacités opérationnelles de mise en œuvre, (iii) les retards importants de réalisation des activités (sur plus de 6 mois parfois) dans les communautés ciblées.
56. Les mesures alternatives adoptées par les ONG incluent, été entre autres, les suivantes : le morcellement des groupes en plusieurs sous-groupes, la location de salles plus spacieuses, et la fourniture de kit anti-covid (*dispositifs de lavage de main, gels, masques*), ce qui a exigé des budgets plus importants et parfois la réduction des effectifs de bénéficiaires ciblés. Au Togo, 10% du budget des interventions a été affecté aux activités de la COVID-19. Ces mesures ont permis d'assurer une continuité des interventions et la réalisation des résultats attendus moyennant quelques extensions de la durée de mise en œuvre d'environ 6 mois.

²⁵ Moments essentiels où une personne doit se laver les mains

QE18. Quels effets les mesures de prévention de la COVID-19 ont-elles eu sur les services réguliers d'assainissement et d'hygiène auprès des populations ciblées ?

57. *L'analyse des données primaires révèle que les mesures contre la COVID-19 ont eu des effets positifs directs en matière d'adoption des bonnes pratiques d'hygiène, notamment l'hygiène des mains et des effets négatifs sur l'accès financier aux produits et services d'H&A dans les 5 pays d'intervention du fait de l'enchérissement du coût de la vie.* Très peu de données secondaires ont pu être collectées pour confirmer les témoignages des acteurs et des personnes interrogées sur les effets directs.
58. Les effets positifs directs de la COVID-19 mis en exergue concernent : (i) *le renforcement des connaissances autour des enjeux de l'hygiène des mains à travers l'intensification des activités d'IEC en riposte à la COVID-19, (ii) l'accroissement de la demande en produits d'hygiène (DLM, récipients, robinetterie, gels et savons), (iii) l'adoption des réflexes en matière de lavage des mains.*

59. Suivant les résultats des entretiens et de la revue des études récentes, les effets indirects induits par la COVID-19 renvoient à : i) *la dégradation du pouvoir d'achat liée à la fermeture des marchés, au ralentissement de l'activité économique, à la réduction des transferts de fonds et à ii) l'enchérissement du coût de la vie, rendant ainsi difficile l'accès aux produits d'hygiène et d'assainissement.*

Conclusions préliminaires sur l'impact

IMP 1 – Les interventions visant la FDAL ont produit les changements positifs attendus en matière d'appropriation et d'application des bonnes pratiques d'H&A aux niveaux familial et communautaire. Le changement de comportement en matière d'H&A se traduit notamment par la prise de conscience des enjeux de la DAL, la disponibilité et l'utilisation des latrines familiales et des DLM, l'usage de pots de défécation pour les enfants, la propreté des latrines et du cadre de vie. Cependant, la disponibilité des DLM et des pots de défécation pour les enfants n'est pas systématique. La disponibilité des DLM est même faible singulièrement au Togo et en Guinée. (§ 51)

IMP 2 – L'adoption des bonnes pratiques d'H&A ont contribué à l'amélioration de l'état de santé et l'état nutritionnel des populations en général et des enfants en particulier, mais la mesure de l'intensité de cette contribution reste un défi au regard des interventions d'autres acteurs et de l'absence de données secondaires à l'échelle communautaire. Autres effets positifs ont été aussi rapportés par les populations en matière d'amélioration de la fréquentation scolaire des jeunes filles, d'égalité entre les sexes, de réduction des risques de violences physiques et sexuelles sur les femmes et les filles, ainsi que le renforcement de la cohésion sociale. Ces témoignages n'ont pu être confrontés à d'autres sources, en raison de l'absence de données secondaires. (§ 52)

IMP 3 – Bien que des effets négatifs n'aient pas été formellement mis en évidence en lien direct avec les interventions RCE#8 de l'UNICEF, des risques d'effets pervers demeurent et méritent d'être suivis. Ces sont essentiellement ceux liés : (i) à la sécurité des usagers en cas d'éboulement étant donné le niveau d'aménagement sommaire des latrines familiales, (ii) aux maladies qui pourraient survenir par suite du répandage des matières fécales en cas d'inondations des latrines ; (iii) à la coupe du bois de construction des dalles qui pourrait devenir abusive et induire une empreinte environnementale négative. (§ 53)

IMP 4 – Comparativement aux autres localités non bénéficiaires des interventions RCE#8 de l'UNICEF, l'évaluation note, sur la base des données disponibles uniquement pour le Burkina Faso et le Togo, une grande différence en matière de comportements vis-à-vis de la DAL et des conditions de santé. Les évidences établies révèlent que les communautés des zones d'interventions de l'UNICEF sont (i) plus nombreuses à abandonner la DAL (taux de certification FDAL élevée) comparativement aux zones d'interventions d'autres partenaires, (ii) plus nombreuses à se laver les mains à l'eau et au savon ; (iii) moins affectées par les maladies liées à la DAL et la malnutrition chez les enfants. (§ 54 -55)

IMP 5 – Les mesures gouvernementales de riposte à la COVID-19 ont certes perturbé la mise en œuvre opérationnelle des interventions RCE#8 et limité l'accès financier aux produits d'hygiène du fait de la hausse des prix, mais cela n'a pas affecté de manière significative et négative les résultats obtenus. L'intégration de la riposte à la COVID-19 par l'UNICEF et ses partenaires de terrain a plutôt permis d'assurer une continuité des interventions d'une part, et d'autre part, de renforcer le volet hygiène à travers l'amélioration des connaissances des populations sur les enjeux du lavage des mains et l'adoption des bonnes pratiques d'hygiène des mains. (§ 56 -59)

14.1.5. Durabilité

60. Le critère de durabilité analyse les conditions de pérennisation des activités et des acquis des interventions et approches FDAL. Il est question de voir si les approches développées et implémentées ont permis un transfert de compétences et d'aptitudes et une appropriation réelle par les partenaires de mise en œuvre et les bénéficiaires. L'analyse examine aussi le niveau d'implication des communautés dans les différentes étapes du processus de mise en œuvre du programme, ainsi que leur intérêt et leur niveau d'engagement à atteindre ou à maintenir le résultat FDAL. De plus, l'évaluation étudie les déterminants du maintien du respect des pratiques FDAL après la certification. Les questions évaluatives qui ont guidé l'analyse de la durabilité sont rappelées comme suit :

Rappel des questions évaluatives / Impact

- **QE19.** Comment l'UNICEF a-t-elle pris des mesures pour que les activités financées dans le cadre des interventions FDAL se poursuivent sans le soutien de l'UNICEF à l'avenir ?
- **QE20.** Dans quelle mesure les activités ou approches FDAL ont-elles été reproduites par les gouvernements et autres partenaires ?
- **QE21.** Dans quelle mesure les autorités aux niveaux national et local ont-t-elles pris les devants et investi pour mettre fin à la DAL ? Dans quelle mesure ont-elles mobilisé ou exploité d'autres partenariats et ressources pour mettre fin à la DAL dans le pays ?
- **QE22.** Dans quelle mesure les mécanismes institutionnels et de prestation de services mis en place (ex. coordination aux niveaux régional, préfectoral et communautaire, partenariat avec les ONG pour la mise en œuvre) permettent d'atteindre et de maintenir les résultats ?
- **QE23.** Quel est le niveau d'appropriation et d'engagement des bénéficiaires pour assurer la durabilité des interventions et approches FDAL ?
- **QE24.** Comment les interventions et approches FDAL ont-elles amélioré les conditions d'hygiène et d'assainissement de la population en se concentrant sur la durabilité des acquis au niveau communautaire ?
- **QE25.** Quels sont les déterminants du maintien du respect des pratiques FDAL après la certification ? Quelles sont les principales raisons pour lesquelles les populations reviennent aux pratiques de DAL ?



Illustration 5 : Des latrines familiales sommairement construites endommagées par les intempéries au Burkina Faso (I) et au Togo (J)

QE19. Comment l'UNICEF a-t-elle pris des mesures pour que les activités financées dans le cadre des interventions FDAL se poursuivent sans le soutien de l'UNICEF à l'avenir ?

61. Pour la poursuite des actions sur le terrain en vue du maintien des acquis, l'UNICEF et les partenaires de mise en œuvre des activités planifiées ont visé l'appropriation et la responsabilisation, par les acteurs communautaires et les acteurs institutionnels des actions et interventions visant la FDAL. Pour y arriver, des activités de déclenchement institutionnel ont été organisées au profit de ces derniers en impliquant les services techniques déconcentrés en charge de l'assainissement et les collectivités territoriales des zones d'intervention au Burkina Faso, en Guinée, en Guinée Bissau, au Tchad et au Togo.
62. Au cours de la mise en œuvre, les stratégies développées ont consisté à :
- Des activités de plaidoyer et de sensibilisation des autorités locales, des acteurs déconcentrés et des acteurs communautaires au Burkina Faso, en Guinée, en Guinée Bissau, au Tchad et au Togo, afin qu'ils prennent conscience de la nécessité de leur engagement pour susciter un sentiment de dégoût et de honte par rapport à la DAL ;
 - Au renforcement des capacités des acteurs dans l'ensemble des cinq pays en termes de : (i) redynamisation et de renforcement des services techniques communaux d'assainissement par le recrutement d'agents techniques communaux, leur équipement en moto et ordinateurs (Burkina Faso); (ii) mise en place des points focaux genre, formation des acteurs au Togo ; (iii) renforcement des capacités des ONG et associations ainsi que les sessions de formations des autorités locales et des leaders communautaires sur l'approche ATPC, le déclenchement et le suivi au Togo ; (iv) et formation des leaders naturels, des membres des groupements féminins et des maçons au Tchad ;
 - L'implication des services déconcentrés des ministères sectoriels en charge de l'EHA et des autres ministères (Education et Santé), y compris les autorités locales (régionales, départementales, préfectorales et communales) lors du lancement, de l'évaluation FDAL et du suivi Post FDAL. Cette implication effective sur le terrain se décline dans chaque pays, en ces termes :
 - Au Burkina Faso, l'implication des services déconcentrés du MEA (DPEA, DREA et DGA) et des autres ministères (Education et Santé) lors du lancement, de l'évaluation FDAL et du suivi Post FDAL,
 - Au Togo, l'implication effective des services déconcentrés des ministères de la santé et de l'éducation,
 - En Guinée, l'implication et la responsabilisation des autorités locales, des services techniques déconcentrés (DREEF et DPEEF) dans le déclenchement, l'encadrement des leaders naturels et des CVA,
 - En Guinée Bissau, l'implication de la DGRH et de ses services déconcentrés,
 - Au Tchad, l'implication des agents forestiers, des délégués et inspecteurs provinciaux et nationaux de l'assainissement et de l'environnement ;
 - Le plaidoyer auprès des autorités des cinq pays pour la prise en charge du financement des missions de suivi des comités locaux d'évaluation par l'Etat ou les collectivités territoriales. Le résultat attendu n'est pas encore visible sur le terrain dans ces pays ;
L'appui à la mise en place d'initiatives locales pour assurer le suivi-post FDAL au niveau des pays comme suit :
 - Au Burkina Faso, (i) la mise en place des Comités Provinciaux d'Évaluations (CPE) fonctionnels, constitués d'acteurs institutionnels et des collectivités territoriales, qui ont assuré les missions de suivi pendant et après la mise en œuvre de l'ATPC, (ii) la mise en place des Comités d'assainissement villageois et de quartier (CAVQ) fonctionnels ayant assuré les sensibilisations de proximité et qui doivent poursuivre la sensibilisation post FDAL, (iii) le développement de l'approche marketing de

- l'assainissement à travers la mise en place de boutiques de matériaux et la formation de maçons locaux pour répondre à la demande de construction de latrines plus modernes et durables, (iv) l'engagement quasi-total des ménages (97,3%) et des acteurs communautaires à maintenir leurs comportements en matière d'entretien et d'utilisation des latrines et du respect des bonnes pratiques d'hygiène par l'instauration de sanctions pécuniaires lorsqu'une personne est prise en flagrant délit de pratique de DAL, l'appui des membres des CAVQ par les « *koghwéogo* » pour le suivi post FDAL et l'instauration de journées de salubrité, (v) l'instauration, par l'UNICEF, des rencontres mensuelles avec les partenaires, coordonnées par la DGA dans ses locaux pour le partage de bonnes pratiques ;
- Au Togo, la mise en place des comités d'évaluation et de certification, de points focaux de suivi et d'évaluation, de comités locaux d'assainissement et de plateformes des chefs traditionnels ;
 - En Guinée la mise en place des auto-évaluations, des polices de l'assainissement, des Comités Villageois d'Assainissement (CVA) et des comités d'appui à la durabilité des interventions ;
 - En Guinée Bissau, la mise en place des Comités d'Assainissement Communautaires (CAC) ;
 - Au Tchad, la mise en place des CVA et l'instauration des rencontres périodiques (mensuelles et trimestrielles) aux niveaux provincial et central réunissant les ONG, l'UNICEF et la Direction de l'Assainissement.
63. L'ensemble des stratégies utilisées et des réalisations ainsi faites dans chacun des 5 pays ont contribué à créer des conditions propices à la durabilité au niveau institutionnel et communautaire. Ces conditions sont précisément l'appropriation, la responsabilisation et la prise en main de la coordination du sous-secteur H&A par les autorités nationales et les élus locaux, la prise de conscience collective et le changement de comportements individuel en faveur de l'application des mesures et bonnes pratiques d'H&A par les populations. Ces conditions qui rassurent de la continuité dans une certaine mesure des interventions visant la FDAL et du maintien des acquis engrangés, méritent néanmoins d'être consolidées.
64. A l'échelle des 5 pays, les facteurs de risques de retour à la DAL sont les suivants : la conception inadaptée des latrines, la mauvaise qualité des matériaux et matériels utilisés, l'effondrement des dalles ou superstructures et le faible niveau des aménagements effectués sur les latrines réalisées du fait de l'insuffisance voire l'absence de main d'œuvre qualifiée (artisans expérimentés). D'autres facteurs de risques touchent spécifiquement chaque pays :
- i) En Guinée, le fait du manque de suivi au niveau communautaire et le laxisme des autorités locales sont des déterminants explicatifs du retour à la DAL ;
 - ii) Au Burkina Faso, il s'agit des séjours des populations dans leurs champs sans latrines pendant la saison pluvieuse, du faible niveau des aménagements effectués sur les latrines réalisées et de l'effondrement des dalles ou superstructures ;
 - iii) Au Togo, en Guinée, en Guinée Bissau et au Tchad, on note la mauvaise qualité des matériaux et matériels utilisés, l'effondrement des dalles ou superstructures et l'insuffisance de main d'œuvre qualifiée ;
 - iv) En Guinée Bissau, l'évaluation déplore l'absence de stratégie nationale d'H&A et l'absence de mécanisme formel de suivi-post FDAL.

QE20. Dans quelle mesure les activités ou approches FDAL ont-elles été reproduites par le gouvernement et les autres partenaires ?

65. **A l'échelle des 5 pays, les autorités gouvernementales ont reproduit les approches FDAL à travers la prise en compte des leçons apprises et des bonnes pratiques issues des expériences de l'UNICEF dans l'élaboration des référentiels**

d'orientation du sous-secteur hygiène et assainissement (Stratégie nationale ATPC, Guide méthodologique ATPC, Guide de formation des formateurs ATPC). L'UNICEF est l'un des premiers partenaires à intervenir dans le sous-secteur hygiène et assainissement, à implémenter des interventions visant la FDAL à partir de 2009 – 2010, sous les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). Les référentiels dans les 4 pays (Burkina Faso, Guinée, Tchad, Togo) ont été élaborés au début des Objectifs du Développement Durable (ODD) à partir de 2016 et se sont nourris des leçons apprises et des bonnes pratiques des expériences passées dont celles de l'UNICEF et de ses partenaires. L'exception est faite en Guinée Bissau qui ne dispose pas à ce stade de stratégie nationale qui fédère toutes les interventions d'H&A.

66. La revue documentaire (Document de coopération) et les entretiens individuels avec les acteurs institutionnels et le staff de l'UNICEF indiquent que l'adoption de l'approche système et du processus participatif dans l'implémentation des approches visant la FDAL a facilité l'appropriation des approches et l'implication des structures centrales et déconcentrées dans la mise en œuvre dans les phases de déclenchements et du suivi FDAL. Les déclenchements institutionnels, les ateliers de formations et de capitalisation sur l'ATPC ont non seulement permis de renforcer les capacités des acteurs étatiques mais aussi de les engager à assumer leur leadership en matière d'H&A (notamment en ce qui concerne l'orientation et la coordination des acteurs).
67. Les ONG partenaires de mise en œuvre ont adhéré aux interventions et se les sont appropriées. Convaincues de la pertinence et de l'efficacité des interventions, les ONG les ont implémentées dans les zones d'intervention dans le cadre du RCE#8.

QE21. Dans quelle mesure les autorités au niveau national et local ont-elles pris les devants et investi pour mettre fin à la DAL ? Dans quelle mesure ont-elles mobilisé ou exploité d'autres partenariats et ressources pour mettre fin à la DAL dans le pays ?

68. **L'existence dans les cinq pays de ministères en charge l'EHA est un atout majeur et un signe manifeste et affiché de la volonté politique.** Ces ministères (exception de la Guinée Bissau) disposent d'un référentiel sectoriel ou d'une feuille de route pour orienter et coordonner les interventions en matière d'eau, d'hygiène et d'assainissement sur le terrain: (i) le PN-AEUE – 2016 – 2030 au Burkina Faso, (ii) l'Initiative TOGO SANDAL au Togo – (iii) en Guinée, la Stratégie de mise en œuvre de l'approche préfecture-FDAL et la Feuille de route pour une Guinée FDAL en 2027 - (iv) enfin au Tchad la Politique et Stratégie Nationale d'Assainissement (PSNA) assortie de la Feuille de route « Tchad sans défécation à l'air libre d'ici 2030 ».
69. **Cependant, le financement du sous-secteur pour les gouvernements reste globalement faible.** Les allocations budgétaires de l'Etat sont gérées conformément aux procédures nationales, pour le sous-secteur de l'assainissement. Ainsi :
- Au Burkina Faso, la contribution de l'Etat pour les activités d'assainissement au titre de l'année 2021 est de 271 millions de FCFA soit 22,6% des ressources totales mobilisées pour le sous-secteur ;
 - Au Togo malgré l'initiative de création d'un fonds pour l'assainissement, la contribution de 60 millions de Francs CFA est très faible au regard de l'ampleur des enjeux et défis du secteur ;
 - En Guinée, en raison de l'absence de données, la part contributive de l'Etat au financement des activités FDAL n'a pas pu être évaluée ;
 - En Guinée Bissau, il n'existe pas une stratégie nationale d'assainissement (ou feuille de route d'élimination de la DAL) et l'allocation budgétaire de l'Etat se limite au

- financement des salaires du personnel et du fonctionnement du Ministère de tutelle ;
- Au Tchad, le financement du sous- secteur de l'ordre de seulement 51,425 milliards de FCFA²⁶ (soit près de 72,04 millions de Dollars US), demeure faible au regard de l'ampleur des enjeux et défis relever.

70. Dans l'ensemble, le financement des activités du sous-secteur H&A est dominé par les financements extérieurs (60% à 90%).

QE22. Dans quelle mesure les mécanismes institutionnels et de prestation de services mis en place (ex. coordination aux niveaux régional et communautaire, partenariat avec les ONG pour la mise en œuvre) permettent d'atteindre et de maintenir les résultats ?

Voir aussi les questions évaluatives 11 et 19

71. ***Pour l'atteinte et le maintien des résultats en matière de FDAL, plusieurs mécanismes ont été mis en place à plusieurs niveaux dans les 5 pays : i) des partenariats stratégiques et opérationnels noués, ii) la mise en place des instances de coordination et de pilotage des interventions, iii) la responsabilisation des autorités administratives locales et des acteurs communautaires.*** Les entretiens et la revue documentaire ont permis d'identifier 5 principaux partenariats stratégiques et opérationnels noués entre les différentes parties prenantes qui ont contribué fortement aux résultats (voir QE11). Il s'agit de : i) relation de coopération entre l'UNICEF et les gouvernements (relation formelle) ii) ; relation contractuelle entre l'UNICEF et les ONG partenaires de mise en œuvre (relation formelle), iii) relation de collaboration entre les ONG et les acteurs communautaires (relation informelle) ; iv) relation d'influence des acteurs communautaires sur les ménages (relations informelle) ; v) relation entre les collectivités et les ONG (relation formelle) cas spécifique de la Guinée.

72. Par ailleurs, des cadres de coordination et de pilotage des interventions FDAL ont été mis en place dans chaque pays (voir QE 19). Ces cadres de concertations qui réunissent généralement les départements ministériels en charge de l'hygiène et assainissement, l'éducation, la santé, les collectivités, les partenaires au développement coordonnent les interventions et harmonisent les approches, donnent des orientations sur le suivi post et le maintien des acquis.

Enfin, les résultats des entretiens et de la revue documentaire révèlent la responsabilisation des acteurs institutionnels (autorités locales, acteurs déconcentrés) et des leaders communautaires dans le déclenchement, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation sur le terrain a aussi effective. D'une manière transversale à tous les 5 pays, cette responsabilisation a consisté au déclenchement institutionnel qui a visé les autorités administratives locales, les élus locaux, les agents des services techniques déconcentrés et les leaders communautaires. Cette responsabilisation a aussi pris la forme d'une forte implication dans les comités mis en place pour l'évaluation et la certification FDAL des villages (ces comités sont présidés par les autorités locales ou les responsables des services techniques déconcentrés). D'une manière spécifique, il a été noté : (i) le recours aux directions régionales et provinciales de l'eau et de l'assainissement (DREA et DPEA) et aux associations locales pour le passage à l'échelle des interventions FDAL ; (ii) la responsabilisation des collectivités dans la gestion financière des contrats des ONG partenaires de mise en œuvre. L'ensemble de ces mécanismes a contribué à l'atteinte des résultats à travers : (i) l'engagement réel des acteurs institutionnels dans la facilitation et l'encadrement de la mise en œuvre, du suivi, de l'évaluation et de la certification FDAL des communautés dans les 5 pays ; (ii) l'instauration de sanctions et de normes sociales par les leaders communautaires dans les 5 pays, (iii) la prise de mesures d'incitation

²⁶ Cour du dollar = 575 FCFA environ en 2021

(accompagnement financier des communautés FDAL) par les collectivités territoriales notamment au Burkina Faso; (iv) l'élaboration et la validation de feuilles de routes de districts FDAL chiffrées c'est-à-dire précisant les besoins en financement et en ressources humaines au Togo.

QE23. Quel est le niveau d'appropriation et d'engagement des acteurs sur le terrain pour assurer la durabilité des interventions et approches FDAL ?

73. ***A l'échelle des 5 pays, le niveau d'engagement des communautés d'intervention est jugé suffisant pour assurer la durabilité des interventions au regard de la prise en conscience des titulaires de droits et de la volonté des communautés à maintenir la situation FDAL, du nombre de retour à la DAL et l'engagement des acteurs communautaires à assurer le post FDAL et à maintenir l'état FDAL.*** La prise de conscience des enjeux de la DAL est quasi-généralisée dans les localités d'intervention dans les 5 pays : Burkina Faso (99%), Togo (99%), Guinée (78%), Guinée Bissau (94%), Tchad (98%). Les acteurs communautaires et les ménages interrogés estiment que leurs communautés respectives sont en mesure de maintenir le statut FDAL. Les cas de ménages pratiquant la DAL enregistrés dans les communautés certifiées FDAL ne sont fondamentalement une remise en cause du changement de comportements mais une situation de contrainte liée à la non-disponibilité de latrines familiales. L'analyse a montré dans la majorité des cas (85%-98%) que ces ménages ne disposaient pas de latrines ou quand les latrines existent, elles sont détériorées ou en ruine.

QE24. Comment les interventions et approches FDAL ont-elles amélioré les conditions d'hygiène et d'assainissement de la population en se concentrant sur la durabilité des acquis au niveau communautaire ?

Voir aussi QE15, Tableau 16

74. ***Le recoupement des données quantitatives et qualitatives de plusieurs sources révèle que les interventions et approches FDAL ont modifié les habitudes et pratiques d'un nombre important de populations en faveur de l'H&A.*** Ces changements portent entre autres sur l'auto-construction et l'utilisation effective des latrines familiales, l'installation et l'utilisation effective des DLM, la mise à disposition de pots de défécation pour les enfants (Voir Tableau 16 plus haut). Ces changements illustrent la prise de conscience individuelle et collective sur les enjeux de la DAL, telle que déclarée par la quasi-totalité (94,1%) des ménages enquêtés.
75. Toutefois, en raison de l'état de pauvreté des ménages ruraux et de la faible disponibilité locale de matériaux de construction durables, la plupart des latrines construites sont peu durables dans le temps et face aux intempéries.

QE25. Quels sont les déterminants du maintien du respect des pratiques FDAL après la certification ? Quelles sont les principales raisons pour lesquelles les populations reviennent aux pratiques de DAL ?

76. Les éléments de connaissance disponibles (revue documentaire et entretiens avec les acteurs institutionnels et communautaires et les ONG) indiquent que les déterminants du maintien du statut FDAL après la certification des communautés sont d'ordre social, technique et financier. Les principales raisons citées par les titulaires de droits et les acteurs communautaires dans chaque pays sont entre autres :
- i) La préservation de l'intimité, en raison de la déforestation dans certaines zones, le risque de se faire surprendre en plein air lors de ses besoins est élevé, ce qui incite les

- populations à utiliser les latrines et à maintenir le statut FDAL ;
- ii) La prévention des maladies hydro-fécales au regard de l'augmentation des dépenses de santé et le ralentissement de l'activité économique liées à ces types de maladies ;
 - iii) La fierté de posséder sa propre latrine et enfin la protection des femmes et des filles contre les violences et agressions sexuelles.
77. Toutefois, il existe des facteurs qui démotivent les populations dans leurs pratiques FDAL et les poussent ainsi à retourner dans la situation DAL. Les facteurs communs aux 5 pays sont entre autres :
- i) La détérioration des latrines et l'incapacité des ménages à les reconstruire systématiquement. L'écroulement des latrines ou l'éboulement des fosses est accéléré par les aléas climatiques, en l'occurrence les inondations récurrentes en saison pluvieuse. L'incapacité des ménages à reconstruire systématiquement est aussi affecté indirectement par les effets négatifs des changements climatiques sur les moyens d'existence des populations. La baisse par exemple des productions agricoles due aux sécheresses ou aux inondations des champs prive les ménages ruraux d'une importante source de revenus (Kohlitz et Iyer, 2021)²⁷.
 - ii) La crainte liée à l'effondrement de la dalle ou de la chute dans la fosse des latrines traditionnelles (peur exprimée notamment par les femmes au regard d'une faible perception de la sécurité offerte par les latrines traditionnelles) ;
 - iii) L'inconfort des latrines caractérisées par l'insalubrité, les mauvaises odeurs, l'inadaptation effective ou perçue à l'usage de certains groupes de population (femmes, filles et handicapées).
78. Le long séjour (4 à 6 mois) de certaines populations dans des hameaux de culture dans la région Est du Burkina Faso sans latrine, à proximité de leurs champs constituent un facteur de risque réel de retour à la DAL. En effet, durant ces séjours, elles sont soustraites aux actions d'encouragement, de sensibilisation, de suivi et de supervision, ce qui peut entraîner des relâchements et un retour aux mauvaises pratiques d'hygiène et d'assainissement.

²⁷ Kohlitz, J. et Iyer, R. (2021) « Assainissement rural et changements climatiques : Mettre les idées en pratique » Aux Frontières de l'assainissement : Innovations et Impressions 17, Brighton IDS, DOI : 10.19088/SLH.2021.010

Conclusions préliminaires sur la Durabilité

SUST 1 – Plusieurs mesures ont été prises par l'UNICEF et ses partenaires pour l'appropriation des acquis par les acteurs locaux impliqués et la poursuite du processus dans l'avenir sans leur soutien. A ce titre, dans chacun des 5 pays, les mesures suivantes ont été mises en œuvre : i) le déclenchement institutionnel, (ii) le renforcement des capacités des acteurs (acteurs institutionnels, ONG, collectivités, acteurs communautaires), (iii) l'implication des services déconcentrés des ministères et des autorités locales, (iv) le plaidoyer auprès des autorités pour la prise en charge par l'Etat du financement des missions d'évaluation ou de certification et enfin, (v) l'appui à la mise en place d'initiatives locales pour assurer le suivi-post FDAL. (§ 62 -64)

SUST 2 – La durabilité des interventions de l'UNICEF au niveau national est également perceptible : l'existence de ministères sectoriels en charge de l'H&A, l'existence de référentiels nationaux (stratégie, normes) d'harmonisation, de fixation des objectifs et d'orientation des acteurs ainsi que des instances de coordination et de pilotage des interventions. La Guinée Bissau fait l'exception car elle ne dispose pas de stratégie nationale du sous-secteur H&A. (§ 66 -69)

SUST 3 – La durabilité des acquis des interventions RCE#8 bénéficient de conditions favorables au niveau communautaire grâce à la prise de conscience collective des enjeux de la DAL, l'appropriation des bonnes pratiques d'hygiène et d'assainissement, la réalisation des ouvrages par la communauté elle-même et l'engagement des acteurs communautaires à assurer le suivi post FDAL. Tous les pays sont concernés. (§ 74-75)

SUST 4 –Cependant, le maintien du statut FDAL par les communautés est remis en cause par de nombreuses contraintes, notamment la faible durabilité des infrastructures d'assainissement (détérioration et effondrements) face aux intempéries. Cela s'explique par : (i) la mauvaise qualité des matériaux utilisés dans la construction des latrines, (ii) la faible disponibilité de ces matériaux dans les villages, (iii) la faible capacité financière des ménages à acquérir ces matériaux ou à reconstruire les latrines endommagées. Le manque de sécurité perçue, l'inconfort et la non-adaptation des latrines familiales à l'usage des personnes à besoins spécifiques sont aussi notés comme des facteurs de retour aux pratiques de DAL. (§ 78)

14.1.6. Genre, Droits humains, Équité

79. Les critères de genre, de droits humains et d'équité sont des critères transversaux qui ont été appréciés dans une certaine mesure dans les critères de pertinence, d'efficacité, d'efficience, de durabilité et d'impact. Dans cette section, l'analyse détermine comment les approches basées sur le genre et les droits humains ont été prises en compte aussi bien dans la conception que dans la mise en œuvre des activités. Il s'est agi d'examiner les principaux enjeux genre dans le sous-secteur Hygiène et Assainissement (participation et degré d'implication dans la prise de décisions, hygiène menstruelle et perceptions-rôles-stéréotypes, cadre réglementaire) et dans quelle mesure les interventions FDAL ont éliminé les obstacles qui empêchaient les filles et les femmes d'accéder aux services d'assainissement. L'analyse s'est intéressée aussi aux évidences en matière d'équité des résultats obtenus notamment pour les personnes vulnérables et la création d'un environnement favorable aux changements en matière d'égalité de genre et de respect des droits humains d'une manière générale.

Rappel des questions évaluatives / genre

- **QE26.** Dans quelle mesure les principes du genre, des droits de l'Homme et de l'équité ont-ils été dûment intégrés dans la conception et la mise en œuvre des interventions ou approches FDAL ?
- **QE27.** Dans quelle mesure les interventions ou approches FDAL ont-elles éliminé les obstacles qui empêchaient les filles et les femmes d'accéder aux services d'assainissement qu'ils ont mis à disposition dans les communautés ciblées ?
- **QE28.** Dans quelle mesure des résultats équitables ont-ils été obtenus par les interventions ou approches communautaires (par sexe, accès aux personnes aux capacités limitées, les plus vulnérables, etc.) ?
- **QE29.** Dans quelle mesure la mise en œuvre des interventions ou approches du RCE#8 a-t-elle contribué au développement d'un environnement favorable aux changements en matière d'égalité de genre et de respect des droits humains ?



K



L

Illustration 6 : Une latrine séparée Filles/ Garçons au Tchad (K) et un homme âgé accédant à sa latrine familiale (L) au Togo

QE26. Dans quelle mesure les principes du genre, des droits de l'Homme et de l'équité ont-ils été dûment intégrés dans la conception et la mise en œuvre des interventions ou approches FDAL ?

80. A l'échelle des 5 pays, les principes de genre, des droits de l'Homme et de l'équité ont été globalement pris en compte le long du processus de conduite des interventions ou

approches FDAL de l'UNICEF sur le terrain. La prise en compte et l'intégration des principes du genre, des droits de l'homme et de l'équité dans la conception et la mise en œuvre des interventions ou approches FDAL est constatée au niveau de quatre (04) points à savoir :

- i) **La prise en compte du genre dans l'organisation institutionnelle :** ceci se décline :
- ✓ Au Burkina Faso et en Guinée Bissau par l'existence de Points Focaux Genre (PFG) sur l'ensemble des secteurs dont l'éducation, la santé-nutrition, la protection et le WASH ;
 - ✓ Au Togo par l'existence d'un point focal genre au niveau de la section S&E, de point focal genre au niveau de l'UGP, de points focaux genre au niveau des DRS et de point focal genre chargé de l'équité et de la non-discrimination au sein de la DAHB ;
 - ✓ En Guinée par l'existence d'une composante genre renforcée par la création d'une Unité Genre (UG), de point focal genre au Ministère l'Hydraulique et de l'Assainissement (MHA) qui interagit avec l'UG ;
 - ✓ Au Tchad, par l'existence de points focaux genre des ministères en charge de l'éducation, de la santé publique, de la solidarité nationale et un point focal au niveau du bureau pays²⁸.
- ii) **L'intégration du genre, des droits humains et de l'équité dans la conception des interventions FDAL.** Ceci se justifie en ces termes en fonction des pays :
- ✓ Au Burkina Faso, le genre est faiblement pris en compte dans la conception car peu d'indicateurs sensibles au genre ont été définis dès la programmation. Il a été aussi noté l'absence de d'objectifs clairs et transformatifs pour le genre dans la programmation ;
 - ✓ Au Togo le genre est bien pris en compte dans la conception : participation du Réseau des femmes parlementaires et ministres comme membre de la commission de rédaction du CPP 2013-2018, intégration d'indicateurs spécifiques au genre ;
 - ✓ En Guinée, le genre est faiblement pris en compte dans la conception : un indicateur sensible au genre dans le PTA WASH biennuel 2018-2019 Guinée-UNICEF et un seul dans celui de 2020-2021 malgré l'analyse genre réalisée ;
 - ✓ En Guinée Bissau, le genre est pris en compte dans la conception : l'existence de check list pour s'assurer que le personnel de chaque projet comprend entre 40 à 50% de femmes, désagrégation systématique des données selon le sexe ;
 - ✓ Au Tchad, le genre est pris en compte dans la conception : intégration d'indicateurs spécifiques et du principe de désagrégation des indicateurs.
- iii) **L'intégration du genre, des droits humains et de l'équité dans la mise en œuvre des interventions FDAL.** Cette intégration est différenciée selon les pays. En effet :
- ✓ Au Burkina Faso, le genre est pris en compte dans la mise en œuvre : à travers la formation des ONG partenaires de mise en œuvre sur la question du genre dès le début des interventions ;
 - ✓ Au Togo, le genre est pris en compte dans la mise en œuvre : en effet, plus de 246 224 personnes dont 196 979 femmes (80%) et 49 245 hommes (20%) ont été sensibilisés au niveau communautaire et 32 000 filles sensibilisées sur la thématique avec 20 236 kits d'hygiène menstruelle distribués au niveau scolaire ;
 - ✓ En Guinée, le genre est faiblement pris en compte dans la mise en œuvre avec peu d'engagement des acteurs, peu d'activités ont été réalisées au profit des femmes et des enfants ;
 - ✓ En Guinée Bissau : le genre est bien pris en compte dans la mise en œuvre à travers la

²⁸ Selon les informations communiquées ; le processus est en cours pour renforcer le genre au niveau du bureau pays

formation préalable sur le genre aux acteurs de mise en œuvre, séances d'animation spécifiques aux femmes et jeunes filles ;

- ✓ Au Tchad : le genre est pris en compte dans la mise en œuvre à travers le renforcement des capacités des acteurs nationaux sur les enjeux de genre liés au secteur, un effort en matière de formation des femmes maçons en technique de construction durable (49 soit 31,4% de femmes sur 156 locaux formés en 2021) ;

iv) **L'intégration du Genre, des droits humains et de l'équité dans le suivi des interventions FDAL.** Les arguments en faveur de cette intégration sont les suivants selon les pays concernés :

- ✓ Au Burkina Faso, le genre est faiblement pris en compte dans le suivi : le suivi des indicateurs genre n'est pas systématique ;
- ✓ Au Togo, le genre est pris en compte dans la mise en œuvre à travers le renforcement des capacités des acteurs nationaux sur les enjeux de genre liés au secteur pour le suivi, un effort en matière de formation des femmes maçons en technique de construction durable (49 soit 31,4% de femmes sur 156 locaux formés en 2021) et leur implication dans le suivi des interventions ;
- ✓ En Guinée, le genre est pris en compte dans le suivi : un check List utilisé pour faire le reporting, l'UNICEF veille à ce que des femmes et des filles soient prises en compte lors de la mise en place des CAV et des formations des membres qui sont sensés assurer le suivi post FDAL ;
- ✓ Au Tchad, le genre est pris en compte dans le suivi : formations spécifiques aux femmes et jeunes filles pour leur permettre de participer au suivi.

81. L'évaluation a constaté un certain effort réalisé pour travailler avec les hommes sur le changement de mentalité, de comportements et de pratique en lien avec la FDAL ou la GHM (surtout au Togo et au Tchad) mais les dimensions transversales du genre sont moins abordées, notamment la question de l'autonomisation économique des femmes/filles. Par ailleurs, les observations révèlent que la quasi-totalité des latrines familiales dans les 5 pays manquent d'éclairage, sont de formes standard et ne sont pas adaptées à l'usage des personnes à besoins spécifiques (personnes âgées ou handicapées). Ces limites constituent des restrictions d'accès pour les personnes souffrant de troubles de mobilité et de vision dans la journée et la nuit, et pour les femmes une fois la nuit tombée. Les entretiens et les interventions indiquent que les interventions RCE#8 n'ont pas suffisamment accompagné le développement et la diffusion au niveau local de technologies spécifiques de construction de latrines adaptées aux personnes à besoins spécifiques (personnes âgées ou handicapées).

QE27. Dans quelle mesure les interventions ou approches FDAL ont-elles éliminé les obstacles qui empêchent les filles et les femmes d'accéder aux services d'assainissement qu'ils ont mis à disposition dans les communautés ciblées ?

NB : Consulter également la QE15.

82. *En raison des rapports de genre, l'absence de services d'assainissement affecte plus les femmes et les filles que les hommes car il est plus honteux et plus risqué pour une femme d'uriner et de déféquer en plein air.* Ce constat est révélé par les études disponibles²⁹ et les résultats des focus groups (notamment avec les femmes et les filles). En conséquence, **la recherche de lieux d'aisance garantissant la préservation de son intimité conduit la femme/fille soit à parcourir de longues distances ou à retarder le besoin pour attendre la nuit ou le petit matin, courant ainsi des risques pour sa sécurité et sa**

²⁹ (AFD, 2015) et (Flores, 2015)

protection (morsure de serpent ou de scorpions, violences physiques et sexuelles). Selon des reportages vidéo réalisés par l'ONG International Rescue Committee (IRC) avec quelques femmes dans la région du Sahel en 2015 au Burkina Faso, les charges traditionnelles des femmes (ménage, cuisine, garde des enfants, etc.) et le fait de ne pas disposer de moyen de déplacement (vélo et moto) comme les hommes pour s'éloigner dans la brousse induit aussi des contraintes majeures pour les femmes et les filles (Voir ressources vidéo en ligne³⁰).

83. **De façon opérationnelle**, les interventions ou approches FDAL ont éliminé les obstacles qui empêchaient les filles et les femmes d'accéder aux services d'assainissement, à partir de l'analyse des points ci-dessous :

i) **Accès aux services d'assainissement par les filles et les femmes** : Le niveau d'accès des femmes et des filles aux services d'assainissement est jugé satisfaisant dans tous les pays ciblés, et ce en raison de :

- ✓ *Au Burkina Faso, en Guinée Bissau et au Tchad*, la disponibilité de latrines familiales au sein des ménages (87,5% des ménages enquêtés) et l'existence de latrines séparées dans les écoles et de kits hygiéniques de gestion des menstrues ;
- ✓ *Au Togo*, la disponibilité de latrines familiales au sein des ménages (78,5% des ménages enquêtés) et plus de 91% des écoles enquêtées disposent de latrines et plus de 66% de ces latrines sont séparées filles-garçons ;
- ✓ *En Guinée*, la disponibilité de latrines familiales au sein des ménages (71,6% des ménages enquêtés) et l'existence de latrines séparées dans les écoles.

ii) **Participation des filles et des femmes au processus de construction des latrines familiales** : Selon les déclarations des femmes enquêtées, elles sont bien/fortement impliquées au Burkina Faso (67% des ménages enquêtés), au Togo (92% des ménages enquêtés), en Guinée (70% des ménages enquêtés), en Guinée Bissau (72% des ménages enquêtés) et enfin au Tchad (94,6% des ménages enquêtés).

iii) **Réduction des tabous et de l'ignorance sur la question des menstrues. Par exemple** :

- ✓ *Au Burkina Faso, au Togo et au Tchad*, les connaissances des hommes, des femmes, des filles et des garçons en âge pubertaire ont été améliorées sur la question des menstrues ;
- ✓ *En Guinée Bissau*, l'on constate une amélioration des connaissances via les causeries éducatives sur le Genre & GHM. La mise en place d'atelier de confection de serviettes hygiénique, la distribution des « coupes menstruelles » dans les écoles, ont contribué à améliorer les connaissances des titulaires de droits ;
- ✓ *En Guinée*, les diverses causeries éducatives sur la GHM dans les communautés et à l'école à travers les médias, la formation des enseignants sur l'utilisation des boîtes à image ont contribué à renforcer les connaissances des hommes, des femmes, des filles et des garçons en âge pubertaire sur le Genre et la question des menstrues.

84. L'évaluation a noté que le manque d'accès à l'eau potable, constaté à travers des focus groups (au Burkina Faso, au Tchad, en Guinée et en Guinée Bissau), risque d'augmenter la charge de travail des femmes et des filles au sein des ménages, notamment pour la collecte de l'eau, nécessaire pour l'évacuation des fèces et le nettoyage des latrines.

³⁰ IRC, 2015. Adresses URL : <https://www.youtube.com/watch?v=TsJQIBZv8Q4> ; <https://www.youtube.com/watch?v=OfrqQhxl7u8>

QE28. Dans quelle mesure des résultats équitables ont-ils été obtenus par les interventions ou approches communautaires (par sexe, accès aux personnes aux capacités limitées, les plus vulnérables, etc.) ?

85. L'approche ATPC telle qu'implémentée est fondée sur le principe de non-subvention, 4 volets permettent de comprendre comment les résultats équitables ont été obtenus par les interventions :

- *L'effectivité de la promotion de la solidarité et de l'entraide* en faveur des personnes en situation de vulnérabilité, en termes (i) d'organisation des jeunes pour les travaux de fouilles, la recherche des agrégats et le maçonnerie, le partage des latrines familiales avec les ménages qui n'en disposent pas, au Burkina Faso, au Togo, en Guinée et en Guinée Bissau. Au Tchad il s'agit plutôt de la mise à disposition de latrines familiales à ces catégories de personnes ;
- *La faible disponibilité de latrines adaptées aux personnes âgées et handicapées* à l'échelle des 5 pays :
 - ✓ *Au Togo*, 22,7% des ménages disposent de latrines adaptées selon l'enquête de performance du programme en 2019 ;
 - ✓ *En Guinée Bissau et au Burkina Faso*, respectivement 27,4% et 38,6% reconnaissent que les personnes vivant avec un handicap ne peuvent pas utiliser leur latrine ;
 - ✓ *En Guinée et au Togo*, respectivement 44,3% et 30% des ménages enquêtés reconnaissent que les personnes à capacités limitées ne peuvent pas utiliser leur latrine familiale ;
- *L'octroi de subventions directes* au Togo uniquement avec plus de 3 667 ménages de la catégorie C³¹ des Personnes Potentiellement Défavorisées (PPD) soit une population de 41 990 personnes vulnérables dont 25 027 femmes ont bénéficié de subvention directe en dalles (rapport d'exécution 2020) ;
- *La mise en œuvre d'approches spécifiques aux Populations Déplacées Internes (PDI)* : i) au Burkina Faso (avec une intervention FDAL pilote combinant l'approche ATPC en situation d'urgence, l'approche Genre et GHM et la C4D) et ii) au Tchad (réalisation de latrines d'urgences et sensibilisation à l'adoption des bonnes pratiques d'hygiène ont été réalisées en faveur des personnes affectées (PDI et réfugiés notamment) - Interventions d'ATPC en situation d'urgence renforcées).

QE29. Dans quelle mesure la mise en œuvre des interventions ou approches du RCE#8 a-t-elle contribué au développement d'un environnement favorable aux changements en matière d'égalité de genre et de respect des droits humains ?

86. Plusieurs changements en matière d'égalité de genre et du respect des droits humains ont été générés par la mise en œuvre des interventions FDAL. Ce sont notamment :

- *L'amélioration de la santé des populations dont les femmes et les enfants d'après les témoignages des acteurs et personnes rencontrés dans les 5 pays* : baisse des consultations liées aux maladies hydro-fécales et de la possibilité pour les femmes et les filles de gérer désormais leurs menstrues hygiéniquement à l'école et de faire leurs besoins dans les latrines de proximité ;
- *L'amélioration de la protection de la femme et de la jeune fille* contre d'une part les agressions physiques et sexuelles (à travers la disponibilité de latrines familiales de proximité au sein des ménages) et d'autre part les violences conjugales (à travers le renforcement des capacités, du leadership des femmes et des filles (élèves) à travers leur participation aux causeries éducatives sur le genre et la GHM, la participation aux clubs scolaires) ;

³¹ « Personnes qui ne peuvent pas construire une latrine elles-mêmes et n'ont pas les ressources financières nécessaires ou de membres de la famille pouvant les aider ». Dans la zone d'intervention, les PPD de catégorie C comprennent les handicapés moteurs, visuels ou mentaux, les personnes âgées, les orphelins, femmes enceinte ou veuves, les malades chroniques et les migrants ». *Extrait de GSF (2019) : Manuel du facilitateur en ATPC sur l'équité et la non-discrimination*

- *L'amélioration de la fréquentation scolaire des filles* à travers la construction ou la réhabilitation des latrines scolaires séparées filles-garçons dans les écoles ;
 - *L'amélioration des connaissances des hommes et des élèves garçons* sur le genre et la GHM, uniquement au Burkina Faso et au Tchad grâce aux animations genre, sur la GHM et la prise en compte des besoins des femmes dans la construction des latrines familiales.
87. Tous ces effets contribuent à créer un environnement propice à la réalisation des droits fondamentaux de la femme et de la jeune fille, particulièrement ceux relatifs à la sécurité et à la protection, à l'égalité des sexes, à la participation à la vie publique, à l'éducation et à un niveau de vie décent.

Conclusions préliminaires sur le Genre, l'équité et les droits humains

GEEW 1 – : L'organisation institutionnelle du genre a été présente dans les bureaux pays de l'UNICEF par la mise en place d'une expertise genre (Points focaux genre) à disposition des sections WASH de l'UNICEF pour les 5 pays. (§ 81)

GEEW 2 – : Les principes de genre, des droits de l'homme et de l'équité ont été aussi pris en compte dans la phase de conception, de mise en œuvre et suivi des interventions FDAL. La prise en compte de ces questions reste toutefois limitée dans certains pays dans la phase de conception (peu d'indicateurs sensibles au genre définis dans la programmation au Burkina Faso et en Guinée) et dans la phase de mise en œuvre (peu d'engagement des acteurs et peu d'activités ont été réalisées au profit des femmes et des enfants en Guinée). (§ 81)

GEEW 3 – D'une manière générale, la portée transformatrice sur laquelle UNICEF s'est engagée dans le cadre de son PAG, n'est pas suffisamment traitée dans le cadre des interventions RCE#8 dans les 5 pays. En dépit des certains efforts réalisés pour travailler avec les hommes sur le changement de mentalité, de comportements et de pratique en lien avec la FDAL ou la GHM (surtout au Togo et au Tchad), l'évaluation a noté que les dimensions transversales du genre sont moins abordées, notamment la question de l'autonomisation économique des femmes/filles (§ 82)

GEEW 4 – : A l'échelle des 5 pays concernés par l'évaluation, les interventions FDAL de l'UNICEF ont éliminé les obstacles qui empêchaient les filles et les femmes d'accéder aux services d'assainissement : (i) l'accès des femmes et des filles aux services d'assainissement est satisfaisant, (ii) un niveau appréciable de la participation des filles et des femmes au processus de construction des latrines familiales et (iii) une réduction de l'ignorance des titulaires de droits (hommes, femmes, jeunes filles et garçons) sur le genre et la question des menstrues. (§ 83 -85)

GEEW 5 : Un effet non désiré (sur la base du principe de « *do no harm* ») et ayant une forte dimension genre a également été identifié dans le cadre des interventions FDAL. En effet, l'installation de latrines sans accès à l'eau augmenterait la charge de travail des femmes et des filles. (§ 85)

GEEW 6 – L'application de l'approche APTC originelle a permis d'obtenir des résultats équitables à travers (i) l'effectivité de la promotion de la solidarité et de l'entraide en faveur des personnes en situation de vulnérabilité, (ii) l'octroi de subventions directes au Togo uniquement aux ménages de la catégorie très pauvres et vulnérables, (iii) la mise en œuvre d'approches spécifiques (APTC en situation d'urgence) au profit des PDI et réfugiés au Burkina Faso et au Tchad. (§ 86)

GEEW 7 – : Les interventions visant la FDAL de l'UNICEF ont contribué à développer un environnement favorable aux changements en matière des intervention FDAL en matière d'égalité de genre et de respect des droits humains. Les points saillants sont entre autres, l'amélioration de la santé des populations dont les femmes et les enfants, la fréquentation scolaire des filles, la protection et le leadership des femmes et des filles. (§ 87-88)

GEEW 8 – : La quasi-totalité des latrines familiales dans le 5 pays manquent d'éclairage, sont de formes standard et ne sont pas adaptées à l'usage des personnes à besoins spécifiques (personnes âgées ou handicapées), ce qui constituent des restrictions d'accès pour ces personnes vulnérables. Peu de travail a été fait pour le développement et la diffusion au niveau local de technologies spécifiques de construction de latrines adaptées aux personnes à besoins spécifiques. (§ 82)

15. LEÇONS APPRISSES

88. Des analyses précédentes, plusieurs enseignements émergent sur les interventions RCE#8 dans l'ensemble des cinq pays concernés. Il s'agit des points suivants :

LA1 : *La flexibilité de l'UNICEF et de ses partenaires de mise en œuvre, au plan stratégique et opérationnel, permet de faciliter une bonne intégration des actions humanitaires en réponse aux crises (telles que la lutte contre la COVID-19) aux interventions FDAL en cours dans les communautés rurales. Cette flexibilité qui s'est traduite entre autres par l'intensification des activités d'IEC sur les bonnes pratiques d'hygiène et des mesures barrières contre la COVID-19 booste l'appropriation par les populations du lavage des mains à l'eau, au savon et à la cendre aux moments critiques. En outre, cette flexibilité a permis de prendre en compte les besoins des PDI et des réfugiés dans les cas spécifiques du Burkina Faso et du Tchad à travers la mise en œuvre d'interventions d'H&A en situation d'urgence.*

LA2 : *Couplé avec le renforcement de la sensibilisation par les médias locaux, le déclenchement porte-à-porte ou par morcellement des villages est une modalité alternative à la sensibilisation dans les grands espaces publics permettant d'assurer la continuité de la mise en œuvre des interventions en contexte de crise. Le déclenchement porte-à-porte ou par morcellement des villages couplé avec le renforcement de la sensibilisation par les médias locaux a été développée et implémentée dans le 5 pays comme une modalité alternative aux canaux classiques afin de poursuivre la mise en œuvre des interventions RCE#8 dans le contexte de la COVID-19. Cela a permis d'éviter de longues ruptures ou l'arrêt de la mise en œuvre des activités visant la FDAL.*

LA3 : *Le changement de comportement en faveur de l'adoption des bonnes pratiques d'hygiène en particulier le lavage des mains à l'eau et au savon peut être accéléré pour peu que l'autorité gouvernementale s'engage et s'implique aux côtés des acteurs opérationnels par l'intensification de sa communication. L'expérience de la COVID-19 dans les 5 pays a révélé que l'intensification de la communication gouvernementale a contribué fortement à accélérer la prise de conscience par les populations des enjeux de l'adoption des bonnes pratiques d'hygiène.*

LA4 : *La bonne application de l'ATPC originelle renforcée par les approches complémentaires garantit trois valeurs ajoutées significatives : (i) l'atteinte accélérée de l'état FDAL avec un taux de certification important (moins d'abandons de villages déclenchés) ; (ii) une forte étendue de l'empreinte géographique et humaine (un nombre important de personnes touchées au bout du processus dans plusieurs villages à la fois) ; et (iii) l'utilisation et l'entretien effectifs des latrines auto-réalisées.*

LA5 : *Lorsque les autorités locales (coutumières, religieuses et administratives) sont informées, adhèrent au processus et s'engagent à l'accompagner (déclenchement institutionnel) alors, la quête de la FDAL cesse d'être une préoccupation individuelle pour être une préoccupation communautaire. Ceci déclenche et renforce l'élan de solidarité et d'entraide dans le village en faveur des ménages vulnérables (personnes âgées, femmes cheffes de ménages, veuves, personnes vivant avec un handicap) pour la réalisation de leurs latrines.*

LA6 : *L'absence de mécanismes de financement endogènes qui cadrent avec les capacités financières locales ainsi qu'avec les modalités de remboursement en lien avec les activités des ménages ruraux représente un frein à la réalisation de latrines durables et adaptées. En effet, ces ménages ruraux généralement pauvres peinent à mobiliser des ressources financières*

conséquentes pour acquérir des matériaux adéquats et s'attacher les services d'une main-d'œuvre qualifiée pour la construction de latrines durables et adaptées.

Les enseignements qui émergent spécifiquement dans l'un ou l'autre pays concerné, sont les suivants :

LA7 : *En responsabilisant les autorités locales dans la gestion des ressources destinées aux interventions visant la FDAL, l'UNICEF contribue à renforcer le leadership des collectivités territoriales dans l'exercice de leurs compétences en matière d'H&A en lien avec la politique de décentralisation de la Guinée. Cela renforce du même coup le cadre de travail et la collaboration entre les collectivités et les ONG et associations locales. (cas de la Guinée) ;*

LA8 : *La multisectorialité favorise non seulement l'engagement de plusieurs départements ministériels autour de l'initiative Togo SANDAL, mais constitue aussi et surtout un facteur synergique vers l'atteinte de maintien du statut FDAL. L'approche intercommunale consolide la capitalisation, la valorisation et la vulgarisation mutualisée des ressources intercommunautaires disponibles, ainsi que la maximisation du profit tiré de l'ingénierie locale (cas du Togo).*

16. CONCLUSIONS FINALES

Pertinence

87. Les interventions et approches RCE#8 de l'UNICEF visant la FDAL dans les 5 pays couverts sont globalement pertinentes. Certains besoins insuffisamment traités selon les titulaires de droits n'étaient pas pris en charge par l'ATPC.

Dans l'ensemble des 5 pays couverts, l'évaluation a révélé que l'identification et la réponse aux besoins des titulaires de droits se sont appuyées sur plusieurs mécanismes jugés pertinents dont : (i) le ciblage des régions les plus défavorisées en matière d'H&A, (ii) l'adoption de l'ATPC classique et l'application de ses principes de base, (iii) la promotion de la solidarité et de l'entraide communautaire en faveur des personnes vulnérables, (iv) la promotion du genre et de la GHM pour la réponse aux besoins spécifiques des femmes ainsi que des pots de défécation pour les enfants en bas âge, (v) l'intégration des priorités du moment comme la COVID-19 et les situations d'urgence (ATPC en situation d'urgence au Burkina Faso et dotation de latrines d'urgence au Tchad pour les PDI et les réfugiés).

88. Cependant, quelques besoins exprimés par les titulaires de droits n'ont pas été entièrement satisfaits par les interventions visant la FDAL. Ce sont notamment les besoins en eau potable et la non-adaptation des latrines aux besoins des personnes handicapées et aux personnes âgées. En effet, bien que l'eau ne soit pas traitée par l'ATPC, les titulaires de droits évoquent la disponibilité de l'eau potable comme une contrainte à l'hygiène (surtout dans les localités où l'eau constitue une priorité). En ce qui concerne le manque d'appui financier et matériel, ces derniers sont certes conscients du principe de non-subvention des latrines familiales dans l'ATPC, mais ils souhaitent que la vulnérabilité de certains membres de la communauté soit prise en compte. Enfin, au regard du principe de non-prescription technologique prôné par l'ATPC, les ONG de mise en œuvre ont sensibilisé les populations sur les types de latrines adaptées aux différents types de besoins. Cependant, sur le terrain, la plupart des latrines réalisées ne sont pas adaptées à l'usage des personnes âgées ou en situation de handicap. Cela constitue une limite de l'ATPC qui suppose la capacité des communautés à construire des latrines adaptées.

Efficacité

89. L'efficacité des interventions FDAL en termes d'atteinte des résultats escomptés est globalement appréciable à l'échelle des 5 pays évalués. Les résultats atteints auraient été plus importants en l'absence des faiblesses relevées sur la théorie de changement, la programmation des interventions (cibles peu ambitieuses) et la collaboration au niveau local.

Les principaux extrants réalisés à travers les interventions RCE#8 de l'UNICEF ont certes contribué à réduire la proportion des personnes pratiquant la DAL mais cette réduction reste encore faible face au taux élevé de croissance démographique qui absorbe les progrès réalisés. L'accélération attendue des résultats à partir de 2018 suite à l'adoption de l'initiative RCE#8 ne s'est pas réalisée en raison du fait que les accélérateurs n'ont pas été intégrés dans la fixation des cibles de résultats à l'horizon 2021. Au rythme actuel des progrès à l'échelle des pays, l'objectif d'éradication de la DAL en 2030 ne sera pas atteint pour le Burkina Faso, le Tchad et le Togo. Seuls la Guinée et la Guinée Bissau sont en bonne voie de réalisation de l'objectif d'éradication de la DAL en 2030. Pour éradiquer la DAL l'effort global de réduction du nombre de personnes pratiquant la DAL à l'échelle des 5 pays évalués doit être d'au moins 3.6 millions par an à partir de 2023. Cet effort global se répartit entre les 5 pays comme suit : Burkina Faso (1 157 500 personnes), Guinée (200 500), Guinée Bissau (23 400), Tchad (1 638 000), Togo (550 000).

90. L'évaluation relève également que la ToC du RCE#8 dont se sont inspirés les bureaux pays, souffre de deux faiblesses majeures : (i) l'absence d'une vision holistique du WASH et (ii) l'absence d'une « approche services » qui permettrait non seulement de boucler la chaîne de valeurs de l'eau potable et de l'assainissement, mais aussi de développer des services d'assainissement productifs. Par ailleurs, l'évaluation estime que la multisectorialité et le partenariat peuvent être renforcés à travers la promotion de la collaboration entre les collectivités et entre les communautés bénéficiaires, ce qui améliorerait le partage d'expériences et de bonnes pratiques autour des interventions sur le terrain.
91. Pour le passage à l'échelle, la combinaison de l'ATPC originelle avec les approches du Marketing de l'assainissement, WASH in school et Genre & GHM est plus indiquée. Cette combinaison d'approche a permis dans le cadre des interventions FDAL de traiter efficacement les questions du Genre et de la GHM, le financement endogène des ouvrages d'assainissement, la durabilité des ouvrages réalisés et la participation des enfants à l'atteinte au maintien de l'état FDAL. Dans le cadre du passage à l'échelle, l'unité géographique d'intervention qui reste à ce stade, limitée au niveau village (approche village FDAL) pour la plupart des pays (Burkina, Guinée Bissau et Togo) mériterait d'être rehaussée avec l'adoption de l'approche commune/canton/préfecture FDAL.

Efficienc

92. **Les ressources financières et humaines mobilisées en vue des interventions RCE#8 ont été effectivement utilisées pour réaliser les résultats escomptés dans les délais impartis sans être déviés de leur but. Toutefois, les fonds mobilisés se révèlent insuffisants et leur gestion se heurte à des difficultés qui sont de nature à limiter l'efficacité des interventions RCE#8.** D'une manière générale, les bureaux pays démontrent une bonne capacité de mobilisation des ressources financières mais celles-ci ne suffisent pas à couvrir l'ensemble des besoins des titulaires de droits et à étendre l'échelle d'intervention. Par ailleurs, le niveau d'efficacité des interventions est affecté par quelques difficultés rencontrées dans la mobilisation et l'utilisation des fonds, en particulier (i) la non-flexibilité de certains bailleurs par rapport aux zones d'intervention et aux orientations initiales de ces fonds, (ii) les retards de décaissement des ressources financières demandées, (iii) des délais de consommation budgétaire relativement courts. L'évaluation chiffrée de l'efficacité (analyse coût-bénéfice) de chaque pays et la comparaison de l'efficacité entre les pays ont été rendues difficiles par l'absence de données financières désagrégées permettant de distinguer les ressources spécifiquement dédiées à l'ATPC.
93. L'évaluation estime que des marges d'amélioration de l'efficacité existent pour peu que les défis ci-après soient levés : (i) la maîtrise des procédures financières et administratives de l'UNICEF, couplée à la réduction significative des délais de contractualisation (au Togo notamment), (ii) l'harmonisation de l'approche ATPC (au Burkina Faso et au Tchad), (iii) la coordination et la supervision effective des actions sur le terrain par les structures déconcentrées, (iv) l'adoption généralisée et l'implémentation conjointe du paquet intégré d'approches constituées de l'ATPC originel, de Wash in School/ATPE, de l'approche Genre & GHM et le Marketing d'assainissement, (v) l'adoption généralisée des stratégies FDAL à l'échelle (Passage à une échelle supérieure pour les déclenchements)

Impact

94. **Les interventions visant la FDAL ont produit les changements positifs attendus en matière d'appropriation et d'application des bonnes pratiques d'H&A aux niveaux familial et communautaire. Elles ont aussi induit des effets positifs aux plans éducatif et social. Les principaux défis demeurent la mesure de ces impacts sanitaires, éducatifs et sociaux (y compris la**

contribution de l'UNICEF) d'une part, et d'autre part, le suivi des risques d'effets pervers en matière de sécurité, de santé publique et de protection de l'environnement. D'une manière générale, le changement favorable des comportements des titulaires en faveur de l'abandon de la DAL et de l'adoption des bonnes pratiques d'hygiène sont attribuables aux interventions RCE#8 de l'UNICEF. Les interventions de l'UNICEF ont certainement contribué aux autres changements positifs rapportés en matière d'amélioration de l'état sanitaire et nutritionnel, de hausse de la fréquentation scolaire, d'amélioration de l'égalité des sexes et de renforcement de la cohésion sociale. En ce qui concerne spécifiquement l'effet positif sur la santé et la nutrition, l'évaluation craint que le faible accès à l'eau potable associé à l'effondrement des latrines familiales ; n'entraîne une recrudescence des maladies diarrhéiques.

95. La mesure de la contribution des interventions RCE#8 aux changements (impact sanitaire notamment) et même la quantification de tels changements (impacts éducatifs et sociaux) ont été compromises par l'absence de données au niveau communautaire. De ce fait, l'évaluation estime que le défi est de disposer d'un mécanisme de suivi des effets sanitaires, éducatifs et sociaux des interventions RCE#8 par des données de routines (au niveau local) et la réalisation ponctuelle d'études d'impact. Par ailleurs, l'évaluation note qu'au regard de la prépondérance des latrines sommairement aménagées et de la coupe du bois pour la construction des dalles, l'autre défi majeur concerne le suivi des risques d'éventuels effets pervers en matière de sécurité des usagers (éboulement de la latrine), de santé publique (propagation des maladies en cas de répandage des matières suites aux inondations), et de protection de l'environnement (coupe abusive du bois).
96. Enfin, l'évaluation relève que bien que les mesures gouvernementales de riposte à la COVID-19 aient perturbé la mise en œuvre opérationnelle des interventions RCE#8 et limité l'accès financier aux produits d'hygiène du fait de la hausse des prix, elles n'ont pas fondamentalement entravé la réalisation des résultats attendus. Les mesures prises par l'UNICEF et ses partenaires de mise en œuvre pour tenir compte de la COVID-19 ont même renforcé selon les témoignages des parties prenantes, le volet hygiène à travers l'amélioration des connaissances des populations sur les enjeux du lavage des mains et l'adoption des bonnes pratiques d'hygiène des mains.

Durabilité

97. La durabilité des interventions FDAL est garantie au premier niveau par les mesures institutionnelles prises par l'UNICEF à savoir (i) le déclenchement institutionnel des autorités locales, des acteurs déconcentrés et des acteurs communautaires, (ii) le renforcement des capacités des acteurs centraux et locaux en présence, (iii) le plaidoyer auprès des autorités pour que le financement des missions de suivi des comités locaux soit supportée par l'Etat, (iv) l'appui à la mise en place d'initiatives locales pour assurer le suivi-post FDAL, (v) le renforcement du cadre institutionnel à travers la responsabilisation des autorités locales et nationales, des services techniques déconcentrés et des acteurs communautaires. Ces mesures offrent des chances d'affirmation du leadership des autorités locales et nationales, d'appropriation du processus ATPC, de surveillance des acquis engrangés dans les villages FDAL et de réplication des interventions FDAL dans les autres localités. Un exemple patent de réplication est celui de l'ONEA au Burkina Faso qui, par ailleurs, s'est doté d'une stratégie ATPC adaptée aux zones péri-urbaines et dont la mise en œuvre de la phase pilote a bénéficié de l'accompagnement de l'UNICEF.
98. Cette durabilité est garantie au second niveau par l'appropriation et l'application quasi-généralisée des mesures et bonnes pratiques d'hygiène et d'assainissement par les populations elles-mêmes. En effet, l'abandon de la DAL est érigé dans bien de communautés comme norme sociale. A cela s'ajoutent les initiatives spécifiques de certains

gouvernements et de leurs partenaires qui ont permis de répliquer les interventions FDAL de l'UNICEF (engagement et stratégies urbaines de l'ONEA au Burkina Faso – Initiatives Togo SanDal au Togo - Stratégie Commune FDAL en Guinée - Projet post-certification au Tchad). Enfin, la durabilité des interventions de l'UNICEF au niveau national est également perceptible et en bonne voie si l'on considère les constats suivants dans chacun des pays considérés : Existence d'un ministère sectoriel dans tous les pays, ainsi que des outils normatifs adoptés par l'Etat au Burkina Faso - une stratégie en faveur de la FDAL en Guinée Bissau ainsi que des normes et stratégie nationale sectorielle au Tchad ; à cela s'ajoutent les implications effectives ; à tous les maillons décisionnels et opérationnels, des autorités aux niveaux central et local dans le processus de l'ATPC originel.

99. Cependant, il est à craindre les risques d'un retour aux mauvaises habitudes et à la DAL du fait de la faible capacité financière d'une frange importante des ménages, ce qui a pour conséquence la propension à réaliser des latrines sommairement aménagées (offrant moins de résistance aux intempéries, moins de sécurité, de sûreté et d'intimité aux utilisateurs). En d'autres termes, la durabilité des projets UNICEF est un acquis pour les ménages qui affirment l'amélioration de leurs conditions d'hygiène et d'assainissement. Cependant, cette durabilité est remise en cause du fait de la mauvaise qualité des matériaux de construction des latrines, de la faible disponibilité de ces matériaux et enfin, de la faiblesse d'entretien de ces latrines accroissant l'inconfort lors de leur usage.

Genre, Droits humains et équité

100. **Le niveau de prise en compte des critères de genre, de droits humains et d'équité dans les interventions visant la FDAL bien que globalement satisfaisant, est mitigé d'un pays à l'autre :** ce niveau est effet faible au Burkina Faso et relativement bien en Guinée, en Guinée Bissau, au Tchad et au Togo, en phase de conception et lors de la mise en œuvre des interventions ou approches FDAL de l'UNICEF sur le terrain. En outre, l'absence de services d'assainissement affecte plus les femmes et les filles que les hommes car il est plus honteux et plus risqué pour une femme d'uriner et de déféquer en plein air. Les interventions FDAL de l'UNICEF ont éliminé les obstacles qui empêchaient les filles et les femmes d'accéder aux services d'assainissement qu'ils ont mis à disposition dans les communautés ciblées : (i) un niveau « satisfaisant » de l'accès des femmes et des filles aux services d'assainissement dans tous les pays ciblés, et notamment (ii) une forte participation des filles et des femmes au processus de construction des latrines familiales, et (iii) une réduction des tabous et de l'ignorance sur la question des menstrues.
101. Les interventions RCE#8 ont permis d'obtenir des résultats équitables à travers (i) l'effectivité de la promotion de la solidarité et de l'entraide en faveur des personnes en situation de vulnérabilité grâce à l'approche ATPC originelle, (ii) la disponibilité, bien qu'à des taux différenciés, des latrines adaptées aux personnes âgées et handicapées, (iii) l'octroi de subventions directes au Togo uniquement aux ménages de la catégorie très pauvres et vulnérables (grâce à l'approche Equité et Non-Discrimination), (iv) la réponse aux besoins d'H&A des personnes déplacées internes (PDI) au Burkina Faso grâce à l'approche ATPC en situation d'urgence.
102. Les interventions visant la FDAL de l'UNICEF ont contribué à développer un environnement favorable aux changements en matière des interventions FDAL et en matière d'égalité de genre et de respect des droits humains. Les points saillants sont entre autres, l'amélioration des droits en matière de santé, la fréquentation scolaire, la protection et leadership notamment des femmes et des filles. En outre, un effet non désiré (sur la base du principe de « *do no harm* ») et ayant une forte dimension genre a également été

identifié dans le cadre des interventions FDAL. En effet, le manque d'accès à l'eau, constaté à travers des focus groupes, risque d'augmenter la charge de travail des femmes et des filles au sein des ménages, notamment pour la collecte de l'eau, nécessaire pour l'évacuation des fèces et le nettoyage des latrines. Enfin, les observations des latrines faites sur le terrain n'ont pas permis de mettre en exergue des formes spécifiques de latrines adaptées aux personnes handicapées ou aux personnes âgées même si certaines enquêtés estiment que leurs latrines y sont adaptées.

103. D'autres points méritent une attention particulière : (i) la non-prise en compte des questions de Violences Basées sur le Genre (VBG) ou des masculinités néfastes ; (ii) la faible adoption d'une approche genre plus transformatrice ayant une incidence sur la division sexuelle du travail et (iii) les effets genre non désirés comme l'installation de latrines sans accès à l'eau augmentant la charge de travail des femmes et des filles. Il est clair que les installations sanitaires, que ce soit au niveau domestique ou au niveau scolaire a un impact sur l'égalité de genre et l'accès des filles et des femmes à leurs droits. Cependant, il n'y a pas d'indicateurs mesurant des résultats (quantitatifs et qualitatifs) sur des résultats tels que la diminution des femmes victimes d'agression suite à la construction des latrines, ou la diminution de leur charge de travail domestique lié aux soins aux personnes malades à cause de la qualité de l'eau. Les résultats transformateurs à plus long terme ne sont pas mesurés non plus, comme dans quelle mesure le temps libéré grâce à la construction de latrine a pu contribuer à une autonomisation plus grande des femmes (autonomisation économique, participation au niveau de prise de décision communautaire, etc.). À cela, il convient aussi d'ajouter l'absence d'indicateurs désagrégés par sexe dans le cadre de résultat (même lorsqu'il est fait mention de « filles et de garçons », l'indicateur ne présente pas les données de manière désagrégée).

11. RECOMMANDATIONS

Partant des conclusions de l'évaluation, l'équipe d'évaluation a proposé un certain nombre de recommandations destinées aux utilisateurs clés de l'évaluation. Une priorisation sur une échelle à trois niveaux (faible, moyenne et haute) a été suggérée suivant l'échéance de mise en œuvre de chaque recommandation. Chacune de ces recommandations a été discutée, finalisée et validée de manière participative lors de la Présentation Finale réunissant les utilisateurs principaux de cette évaluation (Bureau Pays, Bureau Régional UNICEF) ainsi que les parties prenantes des pays participants.

Recommandations stratégiques

R1 : Réviser la Note d'orientation régionale du RCE#8 pour prendre en compte l'approche holistique du WASH et l'«approche services » de l'assainissement

(Ancrage : Conclusions préliminaire EFFE 4 à EFFE7 et GEEW 7)

Actions principales	Destinataire	Priorité	Observations spécifiques
Modifier la ToC du RCE#8 en explicitant les liens et synergies entre les approches programmatiques existantes, l'approche holistique du WASH et l'«approche services » de l'assainissement	UNICEF WCARO (Section WASH)	Elevée	
Réviser les cibles à l'échelle régionale en exhortant les pays à fixer des cibles plus ambitieuses dans le cadre du prochain cycle de programmation, en prenant en compte les cibles à atteindre à l'horizon 2030	UNICEF WCARO (Sections WASH, PMR) UNICEF BP (Section PME)	Elevée	Considérer à cet effet, les résultats de simulations de la présente évaluation
Accompagner les bureaux pays à s'approprier les ajustements ou orientations nouvelles du RCE#8 à travers un atelier régional de présentation de la Note d'orientation révisée	UNICEF WCARO (Sections WASH, Section PMR- Knowledge Management)	Elevée	

R2 : Continuer d'accompagnement des bureaux pays dans l'adoption de la combinaison des approches [ATPC originel] *[Wash in School/ATPE] *[Genre et GHM]* [Marketing de l'assainissement] en vue du passage à l'échelle des interventions RCE#8

(Ancrage : Conclusion préliminaire EFFE 9)

Actions principales	Destinataires	Priorité	Observations
Elaborer au niveau régional un guide pratique pour l'application de la combinaison des approches visant la FDAL (ATPC - ATPE - Genre & GHM - Marketing d'assainissement)	UNICEF WCARO (Section WASH)	Moyen	Des rencontres d'échanges et de partage d'expérience sont nécessaires pour alimenter l'élaboration de ce guide
Accompagner les bureaux pays à divulguer le guide pratique auprès des parties prenantes pour appropriation	UNICEF WCARO (Sections WASH, Communication)	Faible	
Rehausser le niveau de l'unité géographique de déclenchement en passant de l'approche Village FDAL à Commune/Canton/Préfecture FDAL pour appuyer la mise à l'échelle à l'intérieur des unités géographiques	UNICEF BP (Sections WASH, PME)		

R3 : Poursuivre l'accompagnement des bureaux pays dans le développement d'une « approche services » de l'assainissement à travers (i) le renforcement des capacités des acteurs de mise en œuvre au niveau local sur la transition vers l'offre des services d'assainissement gérés en toute sécurité ainsi que (ii) la promotion des services d'assainissement productifs pour contribuer à la construction des capacités de résilience des communautés

Ancrage : Conclusion préliminaire EFFE 3

Actions principales	Destinataire	Priorité	Observations
Accompagner les bureaux pays pour la réalisation d'une étude prospective afin de démontrer la faisabilité et la rentabilité des maillons en aval de la chaîne de valeurs de l'assainissement (stations de vidange et/ou de valorisation des boues de vidanges : énergie et purins, production de biogaz)	UNICEF WCARO (Section WASH)	Faible	
Développer et mettre en œuvre des initiatives pilotes dans les centres de santé, les écoles et les marchés pour démontrer la faisabilité et l'intérêt économique des services d'assainissement productif (co-compostage, production de biogaz, énergie et purins)	UNICEF BP (Section WASH)	Faible	

R4 : Renforcer le plaidoyer en faveur du financement des interventions d'H&A en générant des évidences sur les gains sanitaires, éducatifs et socio-économique des interventions RCE#8 de l'UNICEF

Ancrage : Conclusion préliminaire EFFE 3

Actions principales	Destinataire	Priorité	Observations
Réaliser des évaluations d'impacts des interventions RCE#8 afin de produire des évidences sur les gains sanitaires, éducatifs et sociaux de ces interventions	UNICEF WCARO / UNICEF BP (Sections WASH)	Faible	
Réaliser des études <i>d'investment case</i> afin de démontrer la rentabilité économique des investissements d'H&A dans chaque pays	UNICEF WCARO / UNICEF BP (Sections WASH, PFP)	Faible	
Soutenir les Etats (à travers les bureaux pays) dans la recherche de mécanismes et partenaires de financement pour l'assainissement à l'exemple du Fonds Mondial pour l'Assainissement (GSF)	UNICEF WCARO / UNICEF BP -(Sections WASH)	Faible	

R5 : Développer des mécanismes et des outils opérationnels annexes au PAG pour renforcer la prise en compte du genre, des droits humains et de l'inclusion dans les interventions RCE#8

Ancrage : Conclusion préliminaire EFFE 3

Actions principales	Destinataire	Priorité	Observations
Développer des lignes directrices et des guides pratiques pour l'opérationnalisation de l'approche transformatrice du genre dans les interventions RCE#8	UNICEF WCARO (Section WASH)	Faible	
Mettre en place des plateformes d'échange et de capitalisation des bonnes pratiques répliquables entre les bureaux pays sur la mise en œuvre du PAG dans les interventions RCE#8.	UNICEF WCARO (Sections WAHS, PMR-Knowledge Management)	Faible	UNICEF-Togo pourrait par exemple partager son expérience sur l'approche Equité et Non-discrimination

			(END) pour la réponse aux besoins des personnes âgées et en situation de handicap
--	--	--	---

R5 : Mettre en place un système de suivi et d'évaluation des indicateurs désagrégés par sexe et indicateurs de résultat en matière d'égalité de genre au niveau régional

Ancrage : Conclusion préliminaire EFFE 3

Actions principales	Destinataire	Priorité	Observations
Définir un cadre minimum d'indicateurs genre à suivre par les bureaux pays pour les interventions RCE#8	UNICEF WCARO (Sections WASH, PMR)	Faible	
Assurer le suivi périodique (annuel) au niveau régional	UNICEF WCARO (Section PMR – Data Tribe KRC#8)	Faible	