



MISSION D’EVALUATION SOMMATIVE DE LA COMPOSANTE EAU, HYGIENE ET ASSAINISSEMENT (EHA) DU PROGRAMME DE COOPERATION BURKINA FASO – UNICEF 2018-2022

RAPPORT D’EVALUATION

Version finale – Avril 2024

Equipe de Consultants :

- *Natalie Bockel – Cheffe de mission et expert WASH*
- *Christian Béré – Expert senior WASH*



**Mission financée par le Fonds
des Nations Unies pour l’Enfance
UNICEF**



**Mission mise en œuvre par
Madexpertise International**

« Le contenu de la présente publication relève de la seule responsabilité du contractant et ne peut en aucun cas être considéré comme reflétant l'avis de l'UNICEF ou du Gouvernement du Burkina Faso ».

Table des matières

1.	<i>Résumé exécutif</i>	6
1.1.	Introduction	6
1.2.	But de l'évaluation	6
1.3.	Objectifs de l'évaluation	6
1.4.	Portée de l'évaluation	6
1.5.	Critères et questions d'évaluation	6
1.6.	Méthodologie	7
1.7.	Principaux constats et conclusions (par critère)	7
1.8.	Leçons apprises	9
1.9.	Recommandations	9
2.	<i>Contexte de l'évaluation</i>	11
3.	<i>Objet de l'évaluation</i>	13
3.1.	Objectifs du programme	14
3.2.	Couverture géographique du programme	14
3.3.	Théorie du changement du programme	15
3.4.	Calendrier du programme	16
3.5.	Budget du programme	16
3.6.	Parties prenantes et titulaires de droits	17
4.	<i>But de l'évaluation</i>	17
5.	<i>Objectifs de l'évaluation</i>	18
6.	<i>Portée de l'évaluation</i>	18
6.1.	Portée thématique	18
6.1.	Portée géographique	18
6.2.	Portée chronologique	19
7.	<i>Critères et questions d'évaluation</i>	19
8.	<i>Méthodologie</i>	20
8.1.	Approche d'évaluation	20
8.2.	Méthodes et outils de collecte des données	21
8.3.	Stratégie d'échantillonnage	23
8.4.	Prise en compte du Genre, Equité et Droits Humains (GEDH)	24
8.5.	Analyse et assurance qualité des données	25
8.6.	Considérations éthiques et principes de l'évaluation	26
8.7.	Limites ou contraintes de l'évaluation	27
9.	<i>Constats et conclusions</i>	28
9.1.	Pertinence	28

9.2.	Cohérence	31
9.3.	Efficacité	34
9.4.	Efficiences	50
9.5.	Durabilité	51
9.6.	Impact	57
9.7.	Genre, Equité et Droits Humains (GEDH)	60
10.	Leçons apprises et bonnes pratiques	63
11.	Conclusions finales	63
12.	Recommandations	67

Liste des tableaux

<i>Tableau 1 : Présentation succincte de l'objet de l'évaluation</i>	13
<i>Tableau 2 : Utilisateurs et utilisation de l'évaluation</i>	18
<i>Tableau 3 : critères et questions d'évaluation</i>	19
<i>Tableau 4 : Localités pour la collecte de terrain</i>	23
<i>Tableau 5 : Acteurs détenteurs d'information ou de données</i>	23
<i>Tableau 6 : Régions et provinces pour la collecte en ligne</i>	24
<i>Tableau 7: stratégie d'échantillonnage</i>	24
<i>Tableau 8 : Phase de l'assurance qualité</i>	25
<i>Tableau 9 : Principes éthiques</i>	26
<i>Tableau 10 : Limites de l'évaluation et stratégies d'atténuation proposées</i>	27
<i>Tableau 11 : Niveau d'atteinte des résultats accès à l'eau</i>	35
<i>Tableau 12 : Niveau d'atteinte des résultats accès à l'assainissement</i>	37
<i>Tableau 13 : Niveau d'atteinte des résultats renforcement du secteur</i>	42
<i>Tableau 14 : Niveau d'atteinte des résultats réponse à l'urgence</i>	46
<i>Tableau 15 : Niveau d'atteinte des résultats prise en compte du changement climatique</i>	48
<i>Tableau 16 : niveau d'atteinte de résultats - Impact</i>	57
<i>Tableau 17 : interventions du programme dans les communautés visitées</i>	58

Liste des figures

<i>Figure 1 : Qualité de l'assainissement des latrines des ménages bénéficiaires</i>	38
<i>Figure 2 : sécurité et intimité assurées par les latrines de ménages</i>	38
<i>Figure 3 : caractéristique des toilettes écoles construites avec l'appui de l'UNICEF</i>	39
<i>Figure 4 : nombre d'élèves par toilette</i>	40
<i>Figure 5 : équipement pour l'hygiène dans les écoles</i>	40
<i>Figure 7 : caractéristiques des latrines ménages</i>	53
<i>Figure 8 : pratiques d'hygiène observées</i>	53
<i>Figure 9 : maintenance des infrastructures d'hygiène et d'assainissement dans les écoles</i>	54

Liste des acronymes

AEP	Approvisionnement en Eau Potable
AGR	Activité Génératrice de Revenus
AME	Associations de Mères Educatrices
ANJE	Alimentation Nourrisson et Jeune Enfant
ATPC	Assainissement Total Piloté par la Communauté
ATPE	Aliment thérapeutique Prêt à l'Emploi
AUSPE	Association des Usagers du Service Public de l'Eau
BRAOC	Bureau Régional de l'UNICEF pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre
C4D	Communication pour le développement
CAP	Connaissance Attitudes et Pratiques
CAPEG	Centre d'Analyse des Politiques publiques et d'Evaluation de l'Action Gouvernementale
CEPPP	Centre de Prévention, Promotion et Protection
CFA	Centre de Formation Alternative
CFM	Centre de Formation aux métiers
CGPE	Comité de Gestion des Points d'Eaux
CN	Consultation Nourrisson
COSAN	Comité de Santé
CPE	Country Programme Evaluation
CPNR	Consultation Périnatale Recentrée
CSI	Centre de Santé Intégré
CVPE	Comité Villageois de Protection de l'Enfant
DCO	Défenseurs Commis d'Office
DD	Direction Départementale
DDPFPE	Direction Départementale de la Promotion de la femme et de la Protection de l'Enfant
DDPE	Direction de District de la Protection de l'Enfant
DDHA	Directions Départementales de l'Hydraulique et de l'Assainissement
DDDCAT	Direction Départementale du Développement Communautaire et Aménagement du Territoire
DLM	Dispositif de Lavage de Mains
DR	Direction Régionale
DRDCAT	Direction Régionale Développement Communautaire et Aménagement du Territoire
DREC	Direction Régionale de l'Etat civil
DREN	Direction Régionale de l'Education Nationale
DRHA	Directions Régionale de l'Hydraulique et de l'Assainissement
DRINS	Direction Régionale de l'Institut National de la Statistique
DRJS	Direction Régionale de la Jeunesse et des Sports
DRPE	Direction Régionale Protection de l'Enfant
DRPFPE	Direction Régionale de la Promotion de la Femme et de la Protection de l'Enfant
DRSP	Direction Régionale Santé Publique
DS	District Sanitaire
ESU	Education en Situation d'Urgence
FACOM	Facilitateur Communautaire
FAF	Fer Acide Folique

FDAL	Fin de la Défécation à l’Air Libre
FDS	Forces de Défense et de Sécurité
GENU	Groupe d’évaluation des Nations Unies
GMH	Gestion de l’Hygiène Menstruelle
GTN	Groupe Technique Nutrition
HACT	Haute Autorité des Collectivités Territoriales
IBPS	Infections Bactériennes Potentiellement Sévères
ICCM	Integrated Community Case Management
INS	Institut National de la Statistique
MAS	Malnutrition Aiguë Sévère
MEN	Ministère de l'Education Nationale
MHA	Ministère de l’Hydraulique et de l’Assainissement
MISPDACR	Ministère de l'Intérieur, de la Sécurité Publique, de la Décentralisation, des Affaires Culturelles et Religieuses
MPFPE	Ministère de la Protection de la Femme et de l'Enfant
MSP	Ministère de la Santé Publique
PE	Protection de l'Enfant
PCIM	Prise en Charge de la Malnutrition
PCIMAS	Prise en Charge de la Malnutrition Aiguë Sévère
PMH	Pompe à Motricité Humaine
PMR	Personne à Mobilité Réduite
PNSN	Politique Nationale de Sécurité Nutritionnelle
PPRU	Plan de Préparation et de Réponses aux Urgences
PSNSC	Plan Stratégique National de la Santé Communautaire
PSEF	Programme Sectoriel pour l’Education et la Formation
PTT	Plan de travail Triennal
QE	Question d’Evaluation
SMEA	Service Municipal Eau et Assainissement
SNU	Système des Nations Unies
TLS	Temporay Learning School
UE	Union Européenne
UNICEF	Fond des Nations Unies pour l’Enfance
VBG	Violence Basée sur le Genre

1. RESUME EXECUTIF

1.1. Introduction

La présente évaluation, commandité par l'UNICEF, porte sur la composante « eau, assainissement et hygiène (EHA) » du Programme pays 2018-2022 de l'UNICEF au Burkina Faso. Ce programme a pour objectifs : (i) l'amélioration de l'accès à l'assainissement, à l'eau potable et à l'hygiène dans les communautés, écoles et centres de santé ; (ii) le renforcement des capacités des acteurs du secteur EAH et (iii) l'assistance en Eau, Hygiène et Assainissement des femmes et des enfants affectés par la crise sécuritaire. Le programme EHA de l'UNICEF a été mis en œuvre par des structures techniques de l'Etat (DGEP, DGA, DREA, DR Action sociale, DR Education primaire, DR Santé), des ONG, ainsi que des prestataires privés de services ou de travaux. Les bénéficiaires attendus sont les populations des zones atteintes, totalisant 17 975 951 personnes, dont 7.917.419 d'adultes (femmes et hommes) et 10.058.532 enfants (filles et garçons moins 18 ans).

1.2. But de l'évaluation

Les buts de l'évaluation sont la redevabilité et l'apprentissage. Il s'agit, d'une part, d'apprécier les résultats atteints par la composante EHA du programme du pays par rapport à ceux qui étaient attendus. D'autre part, il s'agit de tirer les leçons de l'expérience de la mise en œuvre du programme et d'identifier les possibles améliorations à apporter en vue du prochain cycle de programmation. Les principaux utilisateurs de l'évaluation sont le Gouvernement du Burkina Faso, le Bureau UNICEF de Pays Burkina Faso, les Donateurs de l'UNICEF, ainsi que les Organisations de la Société Civile / Organisations à base communautaire.

1.3. Objectifs de l'évaluation

Les objectifs de l'évaluation sont de : (i) vérifier les acquis du programme, y compris les défis de couverture des interventions et les goulots majeurs levés ou non levés ; (ii) identifier des bonnes pratiques et des leçons apprises et (iii) fournir des recommandations stratégiques et opérationnelles pour le renforcement des résultats du programme dans le futur.

1.4. Portée de l'évaluation

La **portée thématique** comprend : (i) l'approvisionnement en eau en zone rurale et urbaine ; (ii) l'assainissement et hygiène des ménages ; (iii) l'EAH dans les écoles et centres de santé ; (iv) le renforcement du secteur ; (v) l'EAH en situation d'urgence et nexus et (vi) la résilience aux risques climatiques. Quant à la **portée géographique**, l'évaluation couvre la zone couverte par la composante EHA du Programme, laquelle, dans la première phase du programme (2018 – 2020), se concentrait sur quatre régions prioritaires (Centre-Ouest, Centre-Nord, Est et Sahel) pour ensuite s'élargir à 8 régions entre 2020 et 2022.

La **portée chronologique** considérée par l'évaluation va de janvier 2018 à décembre 2022.

L'évaluation a été réalisée de mi-juin 2023 à mi-janvier 2024.

1.5. Critères et questions d'évaluation

Les Questions d'Evaluation (QE) et les Sous Questions d'Evaluation (SQE) ont été formulées sur la base de la théorie du changement développée par le programme pour la période 2020 – 2022. Les QE couvrent les critères d'évaluation de l'OCDE-CAD de pertinence, cohérence, efficacité, efficience, durabilité et impact, plus le critère Genre, Equité et Droits Humains. Onze (11) QE et dix-huit (18) SQE ont été développées. A chaque QE/ SQE ont été associés des indicateurs, ainsi que la méthode de

collecte de données, les sources d'information et la méthode d'analyse. Le tout constitue la matrice d'évaluation (voir annexe 2).

1.6. Méthodologie

L'approche globale de l'évaluation adoptée est l'analyse de contribution basée sur la théorie du changement réalisée par le programme en 2020. L'évaluation a utilisé des données qualitatives et quantitatives, ces dernières étant celles produites par le programme. Les méthodes de collecte de données qualitatives utilisées sont :

- La recherche documentaire qui a permis une familiarisation avec le programme à la phase de démarrage et le développement de la méthodologie également source d'information secondaire à la phase de collecte de données.
- Les entretiens semi-directifs avec guide d'entretien, auprès d'informateurs diversifiés (UNICEF, institutions, partenaires de mise en œuvre, bénéficiaires) afin d'obtenir leurs points de vue sur les interventions du programme.
- Les discussions de groupe avec des comités d'usagers de services EAH, orientées par un guide les aspects à aborder.
- Les observations structurées d'infrastructures EAH sur la base de checklists, visant à collecter des preuves sur l'effectivité, les caractéristiques et l'état de maintenance des services EAH.

Des enquêtes en ligne ont également été réalisées auprès d'institutions situées dans des zones difficilement accessibles du fait de risques sécuritaires.

La stratégie d'échantillonnage a consisté à rechercher les zones de concentration des différentes interventions. Trois régions; cinq provinces et 8 communes ont ainsi été sélectionnées. Deux villages ont été visités dans chaque commune. Dans chaque village, des discussions de groupe ont été menées avec le comité d'eau et le comité assainissement, des entretiens semi-directifs ont été conduits avec le directeur d'école et le médecin chef du centre de santé (lorsqu'existant) et des observations structurées d'ouvrages hydrauliques et de latrines (ménages, écoles) ont été réalisées.

Les principales limites ou contraintes qui ont marqué l'évaluation sont i) le manque d'indicateurs ou de données désagrégés par genre, âge, vulnérabilité et situation d'urgence, ii) le fait que l'échantillon de collecte de données primaires n'a pu tenir compte des différentes modalités de mise en œuvre, iii) l'instabilité institutionnelle du sous-secteur de l'EHA, iv) la non disponibilité de certains acteurs locaux et v) l'inaccessibilité de de certaines communes ou villages bénéficiaires des réalisations du programme.

1.7. Principaux constats et conclusions (par critère)

Pertinence et cohérence

Le renforcement de capacité des communes a essentiellement porté sur la maintenance et non sur la maîtrise d'ouvrage, ce qui a limité leur capacité à assumer les responsabilités EHA qui leur ont été transférées.

Le Programme a contribué à l'harmonisation de l'approche ATPC (sans subvention) jusqu'à la phase FDAL au sein des acteurs du secteur, mais pas de la stratégie post-FDAL.

Efficacité

Le programme a contribué à améliorer l'accès à de l'eau de qualité à travers la réalisation ou réhabilitation d'ouvrages hydraulique plus résistants aux pannes et la mise en place de Plan de gestion de la sécurité sanitaire de l'eau (PGSSE). Il a également contribué à l'amélioration de l'assainissement des ménages à travers l'appui de la mise en œuvre de l'ATPC, mais les latrines construites sont peu résilientes aux incidences du changement climatique et ne sont pas accessibles

aux PMR. Les installations sanitaires dans les écoles et établissement de santé ont été améliorées avec l'appui du programme. Le nonaccès à l'eau et la non-durabilité des DLM limitent l'adoption de pratiques d'hygiène.

Le programme a contribué à une réponse à l'urgence et à la mise en place au sein du MEEA d'un secrétariat permanent en charge des questions humanitaires selon l'approche nexus. Le renforcement des compétences institutionnelles en la matière reste à faire.

Les indicateurs du programme ne permettent pas de mesurer la qualité de l'assainissement.

Efficiace

L'efficiace du programme a été compromise par la lourdeur des procédures de décaissement qui n'ont pu être atténuée par les renforcements de capacité réalisées du fait du renouvellement des ressources humaines des partenaires.

Durabilité

Le programme a contribué à renforcer le cadre institutionnel an matière de qualité d'ouvrages hydraulique (code de bonne conduite), ainsi que la capacité de suivi / supervision des DREA. La non-connaissance de tous les chantiers en cours par les DREA, le manque de personnel ou l'insécurité limitent les capacités de suivi.

La non- fonctionnalité des comités d'eau et des AUE et de leur faible capacité à disposer des ressources financières au travers de la contribution des usagers affectent la durabilité des ouvrages hydrauliques. Plusieurs initiatives ont été mises en œuvre pour favoriser la construction de latrines durables par les ménages (formation de maçons, groupes d'épargnes-crédit, appui aux ménages vulnérables, etc) L'évaluation de l'efficacité de ces différentes approches reste à faire. La durabilité du maintien de la salubrité du milieu reste faible. La formation des DREA pour la mise en œuvre de l'ATPC et la formation de maçons pour la construction de latrine améliorées contribue à renforcer la capacité du secteur pour la mise à l'échelle de la sensibilisation des ménages et du marché de l'assainissement.

La maintenance des installations sanitaires dans les écoles confié aux associations de parents d'élèves, dont les capacités techniques et financières peuvent ne pas être à la hauteur.

Impact

En augmentant le taux d'accès à l'assainissement des ménages, le programme a contribué à améliorer la salubrité de l'environnement dans lequel vivent les enfants. Des progrès restent à faire en termes de qualité de l'assainissement au sein des ménages et d'accès à l'assainissement des écoles. De même, l'accès des enfants à de l'eau de qualité a été améliorée dans les écoles ciblées. Toutefois il existe des villages ciblés (par l'ATPC) dont les écoles sont sans accès à l'eau.

Les indicateurs d'effet manquent de pertinence pour mesurer l'impact du programme car ils ne mesurent pas l'amélioration de l'accès simultané à l'ensemble des services EHA

Genre, Equité et Droits Humains (GEDH)

La prise en compte du genre a essentiellement consisté à considérer les besoins spécifiques des femmes et des filles (hygiène des menstrues dans les écoles, toilettes séparées) et à inciter les femmes à participer aux activités EHA. Il en est résulté une parité en termes de participation à la maintenance des point d'eau et installations sanitaires des écoles. Les femmes sont peu impliquées dans la construction de leur latrine, résultant en infrastructures pas toujours adaptées à leurs besoins, notamment en termes d'intimité. Il manque d'indicateurs mesurant la participation des femmes/ filles et des hommes/ garçons dans la construction et la maintenance des infrastructures EHA.

L'équité a été considérée par le programme en dotant les infrastructures sanitaires des institutions de rampes d'accès et parfois de barres d'appui et en activant la solidarité pour aider les ménages

vulnérables à construire des latrines. Peu a été fait pour faciliter l'accès à l'eau des ménages très pauvres et l'usage des latrines ménages par les PMR.

1.8. Leçons apprises

L1 : Le renforcement de capacité et la responsabilisation des DREA pour la mise en œuvre de l'ATPC, la formation de maçons pour la construction de latrine améliorées et la gestion des contrats avec les ONG contribuent à renforcer la capacité du secteur pour la mise à l'échelle de la sensibilisation des ménages et du marché de l'assainissement et s'harmonise avec l'approche de l'UNICEF d'appui à la mise en œuvre des politiques et stratégie du Gouvernement. (EFFICA 12 DUR 11)

L2 : La conduction ou le partage d'études sur des aspects spécifiques (ex : incidence du changement climatique sur les services EHA ; efficacité de l'approche ATPC sans subvention), suivie d'atelier de réflexion, est un moyen efficace d'influer sur les orientations stratégiques du secteur. (PERT 2, EFFICA 23)

L3 : la combinaison de plusieurs modalités (réseau d'adduction en potable, PMH, PEA, injection d'eau potable dans des réseaux d'adduction à partir de forages à gros débit, installation de réservoir de secours et distribution ambulante d'eau potable) a permis de satisfaire les besoins des agglomérations frappées par la crise humanitaire. (EFFICA 16)

L4 : le renforcement du secteur de l'éducation pour conduire les formations d'enseignants en matière d'hygiène a favorisé une appropriation de la sensibilisation à l'hygiène des enseignants qui l'ont intégré dans leur programme d'activité. (DUR 5)

L5 : Déclencher des communautés dont l'école n'est pas pourvue d'installations sanitaires fonctionnelles pour les élèves et pour les enseignants, compromet l'impact en matière d'assainissement de la communauté. En outre, l'efficacité en termes de changement de normes, peut être moindre, notamment auprès des enfants. (EFFICA 6, IMP 2)

1.9. Recommandations

Les recommandations découlent des conclusions et leur formulation résulte d'un processus participatif par la prise en compte de suggestions émises par le groupe de référence de l'évaluation, les parties prenantes, les partenaires et les détenteurs de droits.

Recommandations stratégiques

RS1 : Mettre à l'échelle l'approche territoriale (communale ou provinciale) pour la mise en œuvre de l'ATPC dans les prochains programmes, avec l'amélioration de l'assainissement des écoles comme porte d'entrée, afin de favoriser une meilleure implication des communes et autorités locales et un impact accru : (Niveau de priorité : moyen/ Destinataires : UNICEF section WASH ; DGA ; Ministère de l'éducation ; DREA ; Délégations spéciales ; ONG)

RS 2 : Développer une stratégie de renforcement de la maintenance des systèmes d'AEP qui s'inscrit dans les dispositions nationales (document cadre de la gestion du service de l'eau potable en milieu rural) et opter pour le système de maintenance le plus pertinent compte tenu du système d'AEP construit/réhabilité. (Niveau de priorité : haut/ Destinataires : UNICEF section WASH ; DGEP ; DREA)

RS3 : Réaliser une étude auprès de ménages possédant une latrine depuis plus de 5 ans en vue d'approfondir la compréhension des facteurs de durabilité de l'accès à l'assainissement des ménages et d'influer sur l'harmonisation des stratégies post-FDAL des acteurs du secteur. (Niveau de priorité : Moyen/ Destinataires : UNICEF section WASH ; UNICEF suivi-évaluation ; DGA)

RS4 : Développer une stratégie post-FDAL de ciblage et d'appui aux ménages vulnérables et pour leur assurer l'accès à un assainissement durable et résilient aux risques climatiques et contribuer à l'accès

universel à un assainissement fiable, durable et inclusif. (Niveau de priorité : Haut/ Destinataires : UNICEF sections WASH ; UNICEF suivi- évaluation ; DGA ; ONG)

RS5 : Réviser la stratégie de maintenance des infrastructures EHA des écoles sur la base des expérimentations en cours de délégation de la gestion de la maintenance à un privé. (Niveau de priorité : Moyen/ Destinataires : UNICEF sections WASH ; UNICEF suivi- évaluation ; Ministère en charge de l'éducation)

RS6 : Développer une stratégie genre transformative (avec indicateurs associés) en encourageant la participation des femmes dans la construction de latrine de ménages et en les incitant à devenir des entrepreneures WASH. (Niveau de priorité : Moyen/ Destinataires : UNICEF sections WASH ; UNICEF suivi- évaluation ; DGA ; ONG)

Recommandations opérationnelles

RO 1 : Opérationnaliser l'approche NEXUS en assurant la formation des différents acteurs et en procédant à la capitalisation des expériences menées dans le cadre de la gestion de la crise humanitaire. (Niveau de priorité : Haute/ Destinataires : UNICEF sections WASH ; MEEA ; DREA)

RO 2 : Coordonner avec les autres PTF le renforcement du secteur pour la prise en compte du changement climatique dans les politiques EHA. (Niveau de priorité : Moyen/ Destinataires : UNICEF sections WASH ; MEEA)

RO 3 : Renforcer la capacité de suivi du secteur. (Niveau de priorité : Bas/ Destinataires : UNICEF sections WASH ; MEEA ; DREA)

RO 4 : Inciter à l'innovation pour trouver des solutions aux contraintes à l'accès à l'assainissement des ménages en conditions non favorable (sols trop durs ou trop mou ; nappe phréatique trop haute), ainsi que des solutions pour l'usage des latrines aux porteurs de différents types d'handicaps. (Niveau de priorité : Moyen/ Destinataires : UNICEF section WASH ; DGA ; DREA ; ONG)

RO 5 : Prendre en compte la salubrité du milieu dans le suivi-post-FDAL des communautés pour favoriser un changement de norme. (Niveau de priorité : Haut/ Destinataires : UNICEF section WASH ; DGA)

RO 6 : Appuyer la construction de DLM durables dans les écoles (lavabo et robinets intégrés dans la structure des installations sanitaires) et assurer leur approvisionnement en eau avant de faire de la sensibilisation à l'hygiène . (Niveau de priorité : Bas/ Destinataires : UNICEF section WASH ; DGEP ; Ministère de l'éducation)

RO 7 : Procéder à l'évaluation de l'efficacité et de l'incidence de l'expérience de gestion des partenariats par les DREA. (Niveau de priorité : Bas/ Destinataires : UNICEF section WASH ; UNICEF suivi- évaluation ; MEEA)

2. CONTEXTE DE L'ÉVALUATION

L'accès à l'eau, l'assainissement et à l'hygiène demeure un problème chronique au Burkina Faso. Les services d'eau et d'assainissement sont insuffisants. La défécation à l'air libre et le manque d'assainissement et d'hygiène en général sont des facteurs importants qui causent diverses maladies ; les plus courantes étant la diarrhée et les infections par les vers intestinaux, mais aussi la typhoïde, le choléra, l'hépatite, la poliomyélite, le trachome, etc.

En 2022¹, le taux d'accès à l'assainissement est estimé à 27,5%. Ce taux se situe au minimum autour de 17,0% pour les régions de l'Est (le plus bas), suivie des régions du Centre-Nord (18,8%) et du Plateau Central (19,1%) et la région du Centre qui enregistre le meilleur taux d'accès 47,4%. Les régions de la Boucle du Mouhoun, des Hauts-bassins, du Centre-sud et du Centre sont celles dont le taux est au-dessus de la moyenne nationale. Au total, sur l'ensemble du pays, 6 162 402 personnes sont desservies en ouvrages adéquats d'assainissement sur le plan national.

Au niveau des écoles, 44% n'ont pas de points d'eau potable ; pendant leur période menstruelle, 72% des filles souffrent de stress, fatigue, douleurs et manquent de confiance en elles, 21% s'absentent de l'école et 83% participent moins au cours².

En matière d'AEP, selon les rapports bilan du PNA-AEP 2022, le taux d'accès à l'eau potable au niveau national est 76,3%, alors le taux en milieu rural est de 69,6% contre 92% en milieu urbain ; 5,3 millions de personnes ne sont pas desservies en eau potable³. Par rapport à 2020 où le taux était de 76,4%, le taux d'accès s'est enregistré une légère baisse pour s'établir à 76,2% et à 76,3% respectivement en 2021 et 2022. Le rapport bilan du PN-AEP 2022, explique que « la situation est fortement liée à (i) la détérioration de la situation sécuritaire dans certaines localités empêchant à la fois les investissements et l'actualisation des données, (ii) la prise en compte des données du dernier recensement général de la population (RGPH2019) et (iii) la promotion de l'approche service dans les projets d'AEP qui améliore plus le niveau de service d'accès à l'eau potable. »⁴

L'UNICEF, comme d'autres organisations dans le domaine EHA du Burkina Faso, fait face à de nombreuses difficultés et défis dans l'accomplissement de leurs activités. On peut citer notamment les déplacements massifs de la population en conséquence de l'insécurité intérieure.

Au total 1,99 million de personnes déplacées internes ont été enregistrés par le Secrétariat permanent du Conseil national de secours d'urgence et de réhabilitation (SP/CONASUR) au 28 Février 2023 contre 1,94 million au 31 Janvier 2022, une augmentation de 3%. Comparé à Février 2022, on note une augmentation de 10% dans le nombre de PDI enregistrés. Les régions du Centre, Cascades, Boucle du Mouhoun et Hauts Bassins ont vu une augmentation importante de personnes déplacées internes dans ce mois⁵.

Cette insécurité se manifeste par des différentes attaques aux points d'eau ainsi que des sabotages des pylônes électriques qui affectent des centaines de personnes. L'aggravation des contraintes sécuritaires rend ainsi l'accès humanitaire plus difficile dans de nombreuses zones du pays affectées par la crise.

Ajouté à tout cela, le pays fait face aux changements climatiques, à la sécheresse récurrente, au

¹ Rapport bilan 2022 du PN-AEUE. MEEA/DGA.

² UNICEF, <https://www.UNICEF.org/burkinafaso/eau-hygiene-et-assainissement>

³ Rapport national bilan annuel 2022 du PN-AEP. Page 110. MEEA. Version définitive, mai 2023.

⁴ Rapport national bilan annuel 2022 du PN-AEP. Page 110. MEEA. Version définitive, mai 2023.

⁵ [Burkina Faso - Aperçu des personnes déplacées internes | Digital Situation Reports \(unocha.org\)](#). Consulté le 25 août 23

contexte hydrogéologique défavorable avec nombreux forages négatifs, au manque d'infrastructures adéquates, aux grandes disparités entre zones rurales et urbaines

Ces défis s'inscrivent dans les approches ou stratégies de l'Etat burkinabé qui à travers plusieurs référentiels adhère aux principes des droits de l'homme, à l'égalité des sexes et à l'équité. En effet, outre la politique nationale genre, l'Etat burkinabé a adopté un document cadre consacrant l'approche fondée sur les droits humains qui vise à assurer la participation, l'inclusion, la redevabilité, les droits et les obligations des parties prenantes, dans les différentes politiques nationales de développement. L'intégration de l'AFDH dans le secteur WASH est effective et a suscité des activités de renforcement des capacités des acteurs.

Par ailleurs, ces défis interpellent sur la réalisation des ODD 6.1 « *D'ici à 2030, assurer l'accès universel et équitable à l'eau potable, à un coût abordable* » et 6.2 « *D'ici à 2030, assurer l'accès de tous, dans des conditions équitables, à des services d'assainissement et d'hygiène adéquats et mettre fin à la défécation en plein air, en accordant une attention particulière aux besoins des femmes et des filles et des personnes en situation vulnérable* ». En adhérant aux ODD, le Burkina dans les domaines du WASH escompte atteindre, d'ici à 2030, l'accès universel à des services d'AEPHA gérés en toute sécurité, par toutes les catégories sociales. Le pays a également souscrit à plusieurs instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme, des enfants en matière de WASH, de santé, de genre, d'équité, de protection, etc. qui accroissent les défis

Enfin, il faut souligner que l'UNICEF dans son programme de pays, se donne, entre autres, pour objectifs fondamentaux: a) l'amélioration de l'offre et de l'utilisation équitables de services sociaux de base de qualité et b) le renforcement de la résilience des communautés, c) la promotion de l'égalité de genre.

En matière de service sociaux de base, le programme comporte une composante relative à l'eau, l'assainissement et l'hygiène (WASH). A ce niveau, l'UNICEF Burkina Faso soutient le Gouvernement dans l'amélioration de l'accès à l'eau potable et à l'assainissement, dans l'élimination de la défécation à l'air libre et dans la promotion des bonnes pratiques d'hygiène dans les communautés, les écoles et les centres de santé, en particulier dans les zones rurales, en tenant compte du changement climatique et de ses effets associés, tels que la sécheresse et les inondations, ainsi que des épidémies émergentes, tout en promouvant des technologies à faible coût, dans le contexte marqué par des urgences humanitaires récurrentes.

3. OBJET DE L'ÉVALUATION

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

Titre du projet/programme	PROGRAMME DE COOPERATION BURKINA FASO – UNICEF 2018-2022 COMPOSANTE EAU, HYGIENE ET ASSAINISSEMENT			
Pays	Burkina Faso			
Sources de financement / bailleurs	UNICEF Burkina Faso			
Budget total (USD)	62 283 675			
Durée	5 ans dont 2 ans d'extension : 2018 - 2022			
Résultats du programme	<p>2.4 : Les populations ont un accès accru à l'eau potable et aux infrastructures d'assainissement en milieu rural et périurbain et la défécation à l'air libre a disparu.</p> <p>3.4 : Les institutions nationales planifient et gèrent efficacement des politiques publiques, aux niveaux national et local, basées sur des données fiables et prenant en compte les thématiques transversales.</p> <p>4.1 : Les institutions, aux niveaux central et local, assument leurs missions en matière de gestion des risques climatiques et environnementaux.</p> <p>4.2 : Les populations des zones cibles, en particulier les groupes vulnérables, sont plus résilientes aux chocs climatiques, environnementaux et économiques.</p>			
Composantes du programme	<ul style="list-style-type: none"> - Approvisionnement en eau en zone rurale et urbaine ; - Assainissement et hygiène des ménages ; - EAH dans les écoles et centres de santé ; - Renforcement des institutions centrales, déconcentrées et des communes ; - EAH en situation d'urgence et nexus ; - Résilience aux risques climatiques. 			
Effets attendus de la composante EHA	En 2022, les enfants vivants en milieu rural disposent d'un meilleur accès à une eau de qualité, un environnement salubre et un assainissement durable dans les communautés, écoles et centres de santé			
Produits attendus de la composante EHA	<p>D'ici 2022, les populations vivant dans les zones d'intervention ont un meilleur accès à des services adéquats d'approvisionnement en eau potable, équitables et durables au sein des ménages, des écoles et des établissements de santé en milieu rural et urbain.</p> <p>D'ici 2022, les populations vivant dans les zones d'intervention ont un meilleur accès à des services d'assainissement et d'hygiène de base adéquats, équitables et durables au sein des ménages, des écoles et des établissements de santé en milieu rural et urbain.</p> <p>D'ici 2022, les acteurs du secteur EAH (nationaux, déconcentrés et décentralisés) disposent de meilleures connaissances et de capacités renforcées pour mobiliser les ressources financières, assurer la coordination, la mise en œuvre et le suivi des interventions dans le secteur EAH avec une approche Nexus.</p> <p>D'ici fin 2022, les femmes et les enfants affectés par la crise sécuritaire au Burkina Faso reçoivent de façon appropriée et coordonnée l'assistance en Eau, Hygiène et Assainissement.</p>			
Bénéficiaires attendus	Population de 17 975 951 réparties comme suit :			
	Femmes	4 255 509	Filles (moins de 18 ans)	4 989 662
	Hommes	3 661 910	Garçons (moins de 18 ans)	5 068 870
	Adultes (Femmes et hommes)	7 917 419	Enfants (filles + garçons)	10 058 532
Partenaires (institutionnels, de mise en œuvre)	<ul style="list-style-type: none"> - Structures techniques de l'Etat : DGEP, DGA, DREA, DR Action sociale, DR Education primaire, DR Santé ; - Structures associatives ou ONG ; - Prestataires privés de services ou de travaux. 			

3.1. Objectifs du programme

Les objectifs de la composante EHA du Programme de coopération entre le Burkina Faso et l'UNICEF 2018- 2022 sont les suivants :

- Amélioration de l'accès à des services adéquats d'approvisionnement en eau potable, équitables et durables au sein des ménages, des écoles et des établissements de santé en milieu rural et urbain.
- Amélioration de l'accès à des services d'assainissement et d'hygiène de base adéquats, équitables et durables au sein des ménages, des écoles et des établissements de santé en milieu rural et urbain.
- Renforcement des connaissances et capacités des acteurs du secteur EAH (nationaux, déconcentrés et décentralisés)
- Réponse appropriée et coordonnée aux besoins en Eau, Hygiène et Assainissement des femmes et des enfants affectés par la crise sécuritaire au Burkina Faso

Tout en promouvant une approche équitable, basée sur l'usage de technologie à faible coût et dans un contexte de (i) changement climatique, (ii) d'urgence humanitaire récurrente et (iii) de détérioration continue et importante des conditions sécuritaires.

3.2. Couverture géographique du programme

La composante EHA a une portée géographique nationale concernant certains de ses produits attendus (3.1, 3.2 et 3.3)

mais ses zones de concentration ont été modulées dans la phase d'extension. En effet, dans la première phase du programme 2018 à 2020, la composante EHA s'est déroulée dans 4 régions et dans 6 provinces situées dans ces régions, tandis que la phase d'extension a concerné au moins⁶ 9 régions et 20 provinces. Le graphique ci-contre illustre l'entière zone



d'intervention du Programme WASH.

⁶ Dans le PTAB 2021-2022, pour certaines activités, au lieu d'une indication précise des régions ou des provinces, il a été mentionné, « régions ou provinces ciblées » ; ce qui ne permet pas de déterminer le nombre précis de régions.

3.3. Théorie du changement du programme

Il a été demandé à l'Equipe d'Evaluation (EE) de prolonger la portée chronologique jusqu'à 2022, or le programme a développé une nouvelle théorie du changement et une nouvelle stratégie pour la période 2020 – 2022. La principale différence identifiée entre ces deux périodes est la prise en compte des incidences de la crise humanitaire et du changement climatique dans les documents programmatiques conçus pour la période 2020 - 2022. La théorie du changement de cette deuxième période a été jugée mieux structurée que celle réalisée antérieurement et c'est donc celle qui a été retenue pour guider le processus d'évaluation, notamment le développement des questions d'évaluation (voir chap. 6).

La théorie du changement est représentée sous forme de schéma (voir annexe 8.2) qui met en évidence les stratégies envisagées par le programme pour surmonter les goulots d'étranglement identifiés, ainsi que la chaîne de résultats attendus sur la base d'hypothèses causales (rôles des acteurs). Elle peut être énoncée de la façon suivante :

Enoncé de la théorie du changement

Le changement attendu par le programme est un meilleur accès des enfants vivant en milieu rural à une eau de qualité, un environnement salubre et un assainissement durable dans les communautés, écoles et centres de santé.

Pour aboutir à cette situation, le programme a mis en œuvre les interventions suivantes : génération d'évidence / dialogue politique ; renforcement des approches intersectorielles santé, nutrition, éducation ; renforcement des capacités des institutions et communes ; stimuler la demande des ménages en assainissement ; renforcer les partenariats et la mobilisation de fonds ; renforcer le nexus et intégrer les approches humanitaires, développement et cohésion sociale.

Pour que ces interventions permettent l'atteinte des produits et effets du programme, cela suppose qu'elles actionnent les mécanismes suivants :

- Les évidences et le dialogue politique contribuent à donner toute son importance au secteur EAH, lequel devient une priorité politique, qui se traduit par une plus importante allocation budgétaire et une meilleure coordination intersectorielle.
- Le Ministère sectoriel, qui dispose d'une meilleure connaissance et dont les capacités ont été renforcées par le programme, et qui se voit en outre attribuer une allocation budgétaire accrue, utilise les moyens acquis pour fournir des orientations adéquates pour permettre aux communes de jouer pleinement leur rôle de maîtrise d'ouvrage.
- Les autorités centrales, déconcentrées et décentralisées utilisent les compétences et capacités acquises grâce au programme pour améliorer la planification, la gestion, la coordination, le suivi et la fourniture de services EAH.
- Le programme parvient à obtenir les fonds nécessaires et à mobiliser des partenaires (privés, ONG, société civile, etc.) pour répondre aux besoins conjoncturels et structurels des populations et fournir des services EAH inclusifs et de qualité.
- Les partenaires mobilisés par le programme contribuent de façon complémentaire, coordonné et harmonisé au renforcement des services EAH, tout en assurant l'approche nexus.
- La stratégie de stimulation de la demande des ménages en assainissement et du changement de comportement résulte en une volonté de changement de comportement, en l'adoption de normes sociales favorables, ainsi qu'en une contribution active à la durabilité des services EAH.

Les facteurs externes qui peuvent interagir sont :

- La dégradation importante de la situation sécuritaire sur une large partie du territoire national qui peut limiter la mise en œuvre d'interventions du programme et/ou son suivi. Cela peut également rendre des services publics inaccessibles ou inopérants (ou même absents) dans certaines zones. La dégradation de la situation sécuritaire peut aussi entraîner des déplacements de populations susceptible de saturer les services publics dans les zones « récipiendaires de Populations Internes Déplacées – PDI - ou de réfugiés) et compromettre l'obtention des résultats au niveau communautaire ;
- La mise en œuvre d'autres interventions permettant aux ménages d'améliorer leur niveau de vie (activités génératrices de revenu (AGR), ce qui pourrait avoir une incidence positive sur la capacité de maintenance des services EAH par les ménages ;
- Le transfert des compétences et ressources aux services déconcentrés et le niveau de transferts des ressources de l'Etat aux collectivités, qui, si elles sont insuffisantes peuvent démotiver/ empêcher le fonctionnement normal des institutions et services ;
- La montée et prépondérance des courants religieux hostiles à l'amélioration du statut de la femme et de la fille.

3.4. Calendrier du programme

Le calendrier initial de la composante EHA s'étendait de Janvier 2018 à décembre 2020. Il a été étendu jusqu'à décembre 2022.

3.5. Budget du programme

Le budget utilisé pour la composante EAH du programme UNICEF Burkina Faso s'élève à un peu plus de de soixante-deux millions de dollars des Etats unis (62 283 675 USD).

3.6. Parties prenantes et titulaires de droits

Le programme, et donc la composante EHA, vise tous les enfants, et plus particulièrement les plus marginalisés, tels que les enfants vivant avec un handicap et ceux affectés par les urgences humanitaires, ainsi que les adolescents. De par la stratégie de renforcement des systèmes, les institutions concernées par les différentes composantes du programme au niveau central et au niveau des régions sont également des bénéficiaires.

Principales catégories de parties prenantes	Rôle dans la mise en œuvre du programme
Structures centrales déconcentrées du ministère en charge de l'eau et de l'assainissement	<ul style="list-style-type: none"> - Bénéficiaires du renforcement des capacités - Coordination des interventions à travers des clusters ou des cadres concertations ordinaires - Suivi des interventions et évaluation de l'évolution de la situation - Partenaires de mise en œuvre de volets du programme WASH, à savoir : organisation de formations aux profits des acteurs locaux
Partenaires sectoriels concernés (éducation, santé, action sociale)	<ul style="list-style-type: none"> - Bénéficiaires du renforcement des capacités - Identification des zones d'intervention ou de groupes cibles à prendre en charge - Participations aux cadres de concertation ou clusters - Participation à des missions conjointes de suivi
Partenaires techniques et financiers	<ul style="list-style-type: none"> - Apport de financement - Appui techniques diverses
Agences de nations unies	Collaboration stratégique pour la réalisation optimale des actions du programme WASH de l'UNICEF et de leurs objectifs respectifs
Organisations non gouvernementales internationales et nationales (ONG) : Partenaires de mise en œuvre	<ul style="list-style-type: none"> - Bénéficiaires du renforcement des capacités - Participations aux cadres de concertation ou clusters - Renforcement des capacités des acteurs endogènes - Mise en œuvre de l'ATPC dans les villages ou de l'ATPE dans les écoles - Réhabilitation d'ouvrages d'AEP (PMH) - Installation d'équipement complémentaires d'AEP (polytank) - Appui à la prise en charge des PDI (réalisation de latrines, distribution d'eau potable)
Titulaires de droits : <ul style="list-style-type: none"> - Ménages - Personnes déplacées internes - Elèves d'écoles primaires - Utilisateurs de centres de santé - Enfants (filles, garçons), adolescents/tes et femmes, en particulier ceux marginalisés et ceux vivant en situation d'urgence 	<ul style="list-style-type: none"> - Apport en travail pour la réalisation d'une partie des ouvrages d'AEP ou d'assainissement réalisés à leur profit - Apport financier (achat d'agrégats ou contribution aux efforts collectifs) - Participation aux séances d'animation ou de sensibilisation - Actions d'entraide ou de soutien entre pairs - Adoption et mise en œuvre des bonnes pratiques d'utilisation et d'entretien des ouvrages d'AEP ou d'assainissement

4. BUT DE L'ÉVALUATION

Les buts de l'évaluation sont la redevabilité et l'apprentissage. D'une part, Il s'agit de satisfaire aux exigences de redevabilité des acteurs qui ont eu la charge de mettre en œuvre une partie des activités du programme WASH de l'UNICEF 2018 - 2022. D'autre part, il s'agit de fournir des analyses basées sur des preuves impartiales et indépendantes pour aider le Bureau pays de l'UNICEF et le Gouvernement à identifier et à combler les lacunes de connaissances requises pour le prochain cycle de programmation. L'apprentissage bénéficiera au Bureau de l'UNICEF et au Gouvernement, et contribuera aux processus programmatiques du Système des Nations Unies, des acteurs sectoriels et des partenaires au Burkina Faso. Le tableau ci-après consigne les principales utilisations possibles ainsi que les différents acteurs ayant un intérêt pour l'évaluation.

Tableau 2 : Utilisateurs et utilisation de l'évaluation

Utilisateurs de l'évaluation	Utilisations de l'évaluation (comment les conclusions et les recommandations seront utilisées)
Gouvernement du Burkina Faso	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluation globale de la performance de la mise en œuvre du PN-AEP et du PN-AEUE - Formulation de programmes futurs - Définition des objectifs nationaux - Ciblage des zones prioritaires - Amélioration des pratiques au sein des administrations
Bureau UNICEF de Pays Burkina Faso	<ul style="list-style-type: none"> - Formulation de programmes futurs - Mobilisation de ressources financières - Amélioration de l'appui techniques apporté aux structures étatiques et partenaires de mise en œuvre - Amélioration du dialogue politique avec le gouvernement dans l'atteinte des objectifs nationaux de développement
Donateurs de l'UNICEF	Décision relative à l'accroissement des ressources apportées
Organisations de la Société Civile / Organisations à base communautaire	Amélioration des pratiques organisationnelles et opérationnelles

5. OBJECTIFS DE L'ÉVALUATION

Les objectifs de l'évaluation sont :

- Vérifier les acquis du programme, y compris les défis de couverture des interventions et les goulots majeurs levés ou non levés ;
- Identifier des bonnes pratiques et des leçons apprises de la mise en œuvre du programme afin d'informer la prise de décision sur l'extension des différentes approches adoptées lors de la réalisation, et formuler de nouvelles stratégies ou d'améliorer celles existantes.
- Fournir des recommandations stratégiques et opérationnelles pour le renforcement des résultats du programme dans le futur. Portée de l'évaluation

5.1. Portée thématique

L'évaluation porte sur les domaines suivants :

- Approvisionnement en eau en zone rurale et urbaine ;
- Assainissement et hygiène des ménages ;
- EAH dans les écoles et centres de santé ;
- Renforcement des institutions centrales, déconcentrées et des communes ;
- EAH en situation d'urgence et nexus ;
- Résilience aux risques climatiques.

5.2. Portée géographique

L'évaluation prend en compte toute la couverture géographique de la composante EHA du Programme. Comme mentionné au point 2.2, celle-ci est à l'échelle de toutes les régions du pays, mais avec, dans la première phase de mise en œuvre, une concentration sur quatre régions prioritaires, à savoir le Centre-Ouest, le Centre-Nord, l'Est et le Sahel, et dans la phase d'extension, un élargissement à 9 régions au total. Les régions d'extension ont été : la Boucle du Mouhoun, les Cascades, le Centre-Est, l'Est, le Nord et le Plateau Central.

5.3. Portée chronologique

Selon les TdR, la période à considérer sont les années 2018, 2019 et 2020. Toutefois, à la réunion de lancement, il a été demandé à la mission de considérer également la phase d'extension après 2020. Sur cette base, l'évaluation a pris en compte les interventions réalisées sur la période janvier 2018 à décembre 2022.

6. CRITERES ET QUESTIONS D'EVALUATION

Les Questions d'Evaluation (QE) ont été formulées sur la base de la théorie du changement développée par le programme pour la période 2020 – 2022 (voir par. 2.3). Les QE couvrent les critères d'évaluation de l'OCDE-CAD de pertinence, cohérence, efficacité, efficience, durabilité et impact, plus le critère Genre, Equité et Droits Humains (GEDH).

Onze (11) QE et dix-huit (18) SQE ont été développées. A chaque QE/ SQE ont été associés des indicateurs, ainsi que la méthode de collecte de données, les sources d'information et la méthode d'analyse. Le tout constitue la matrice d'évaluation (voir annexe 3). Le tableau ci-dessous présente les QE et Sous Questions d'Evaluation (SQE) pour chacun des critères d'évaluation.

Tableau 3 : critères et questions d'évaluation

Critères	Questions et sous questions d'évaluation
Pertinence	QE1 : dans quelle mesure la stratégie de renforcement des capacités institutionnelles au niveau central, déconcentré et décentralisé ont-elles été adéquates pour surmonter les goulots d'étranglement identifiés ?
Cohérence	QE2 : Dans quelle mesure les interventions du programme ont-elles contribué à améliorer la cohérence sectorielle et intersectorielle ? SQE 2.1 : dans quelle mesure le programme a-t-il contribué à l'harmonisation des approches (promotion de l'assainissement familial ; prise en compte du genre, équité et inclusion) des différents acteurs du secteur ? SQE 2.2 : dans quelle mesure le programme a-t-il contribué en une meilleure coordination des secteur EAH, santé, nutrition et éducation ?
Efficacité	QE3 Dans quelle mesure le programme a-t-il contribué à améliorer l'accès à des services adéquats d'approvisionnement en eau potable en milieu rural et urbain ? SQE 3.1 : dans quelle mesure le programme a-t-il contribué à améliorer l'accès à des services adéquats d'approvisionnement en eau potable des ménages en milieu rural et urbain ? SQE 3.2 : dans quelle mesure le programme a-t-il contribué à améliorer l'accès à des services adéquats d'approvisionnement en eau potable des écoles et des établissements de santé en milieu rural et urbain ?
	QE4 : dans quelle mesure le programme a-t-il contribué à améliorer l'accès à des services adéquats d'assainissement et d'hygiène de base en milieu rural et urbain ? SQE 4.1 : dans quelle mesure le programme a-t-il contribué à améliorer l'accès à des services adéquats d'assainissement et d'hygiène de base dans les ménages? SQE 4.2 : dans quelle mesure le programme a-t-il contribué à améliorer l'accès à des services adéquats d'assainissement et d'hygiène de base dans les écoles et les établissements de santé ?
	QE5 : Dans quelle mesure les interventions du programme ont-elles contribué en un renforcement du secteur ? SQE 5.1 : dans quelle mesure les interventions du programme ont-elles contribué en une amélioration des connaissances des acteurs du secteur EAH au niveau national, déconcentrées et décentralisées et quelle incidence cela a eu? SQE 5.2 : dans quelle mesure les interventions du programme ont-elles eu une incidence sur la capacité des acteurs du secteur EAH au niveau national et décentralisées à mobiliser des ressources financières, ? SQE 5.3 : dans quelle mesure les interventions du programme ont-elles contribué à une compréhension des rôles et responsabilités des acteurs EAH au niveau national, déconcentrées et décentralisées et au renforcement de leurs capacités pour assumer leurs rôles (y compris l'adoption d'outils) en matière de planification, mise en œuvre, coordination, suivi et maîtrise d'ouvrage ?

Critères	Questions et sous questions d'évaluation
Efficacité	QE6 : dans quelle mesure le programme a-t-il contribué à un accès à des services adéquats et équitables d'EAH de base dans les localités en milieu rural et urbain affectés par les crises humanitaires ? SQE 6.1 : dans quelle mesure le programme a-t-il contribué à un accès rapide et coordonné de services adéquats et équitables d'EAH de base dans les ménages, écoles et établissements de santé milieu rural et urbain affectés par les crises humanitaires ? SQ 6.2 : dans quelle mesure le programme a-t-il favorisé une intégration des approches humanitaires, développement et cohésion sociale (approche nexus) dans la prise en charge les personnes déplacées internes victimes des attaques terroristes ?
	QE 7 : dans quelle mesure le programme a-t-il favorisé la prise en compte des risques liés au changement climatique dans les interventions EHA ?
Efficiences	QE 8 : Dans quelle mesure les résultats attendus ont-ils été atteint avec un rapport coût/quantité ou coût/qualité judicieux ?
Durabilité	QE 9. Dans quelle mesure les bénéficiaires du programme sont-ils susceptibles d'être durables, en milieu rural et urbain ? QE 9.1 : Dans quelle mesure le programme a-t-il contribué à favoriser la contribution active des ménages, écoles, établissements de santé à la maintenance des services d'approvisionnement en eau ? SQE 9.2 : Dans quelle mesure le programme a-t-il contribué à favoriser la contribution active des ménages, écoles, établissements de santé à la maintenance des services d'assainissement et d'hygiène de base ? SQE 9.3 : dans quelle mesure le renforcement des acteurs du secteur au niveau central, déconcentré et décentralisé favorise-t-il la durabilité des services d'approvisionnement en eau des ménages, des écoles et des établissements de santé ? SQE 9.4 : dans quelle mesure le renforcement des acteurs du secteur au niveau central, déconcentré et décentralisé favorise-t-il la durabilité des services d'assainissement et d'hygiène de base des ménages, écoles et établissements de santé ?
	QE 10 : Quels effets visibles à moyen ou long terme (positifs ou négatifs, directs ou indirects, attendus ou inattendus) ont été produits par les interventions ?
Genre, Equité et Droits Humains (GEDH)	QE11 : Dans quelle mesure le programme a-t-il contribué à l'équité et la prise compte du genre du secteur EHA ? SQE 11.1 : Dans quelle mesure le programme a-t-il contribué à renforcer la capacité des acteurs du secteur EAH au niveau central, déconcentré et décentralisé dans la prise en compte du genre et de l'équité ? SQE 11.2 : Dans quelle mesure le programme a-t-il contribué à l'accessibilité des personnes vulnérables (très pauvres, porteurs de handicaps, marginalisés) aux services d'approvisionnement en eau, d'assainissement et d'hygiène de base ? SQE 11.3 : dans quelle mesure le programme a-t-il contribué à améliorer l'accès à des services d'assainissement et d'hygiène de base qui répondent aux besoins spécifiques des femmes et des hommes au sein des écoles et des établissements de santé en milieu rural et urbain ?

7. METHODOLOGIE

7.1. Approche d'évaluation

L'approche globale de l'évaluation adoptée est l'analyse de contribution basée sur la théorie du changement réalisée par le programme en 2021 (voir par. 2.3). Le processus d'évaluation selon l'approche d'analyse de contribution consiste à rechercher des preuves consolidées relatives aux:

- ▶ Interventions du programme ;
- ▶ Hypothèses causales entre les interventions du programme et la chaîne de résultats attendus (produits et effets) ;
- ▶ Produits et effets attendus ;
- ▶ Facteurs externes qui ont pu interagir.

Cela permet d'établir dans quelle mesure le programme a (ou n'a pas) apporté une contribution aux résultats (produits et effets) résultats nationaux, régionaux ou communaux constatés.

L'évaluation a adopté une approche participative basée sur l'utilisation de méthodes mixtes (qualitatives et quantitatives). La participation a été initiée à la phase de préparation de la phase de collecte de données en sollicitant avis et suggestions à l'UNICEF sur les personnes clés et les

sites à considérer pour l'échantillonnage. La participation s'est poursuivie à la phase de collecte de données, en recueillant les points de vue et avis de personnes clés de l'UNICEF et des parties prenantes, ainsi que de partenaires de mise en œuvre, de bénéficiaires et détenteurs de droits. Enfin, la présentation des résultats de l'évaluation favorise une discussion autour des constats et des conclusions.

7.2. Méthodes et outils de collecte des données

L'évaluation s'est basée sur des données qualitatives et quantitatives. L'utilisation de méthodes qualitatives et quantitatives de collecte et d'analyse des données permet de diversifier les sources de données et d'enrichir, de trianguler et de valider les données recueillies ainsi que les constats qui en résultent. Les données quantitatives utilisées sont uniquement des données secondaires produites dans le cadre de la mise œuvre du programme, tandis que les données qualitatives proviennent des sources secondaires et des sources primaires.

Les méthodes et outils de collecte de données qualitatives utilisées sont présentés ci-dessous. Les outils se trouvent en annexe 7.

- ✓ **Recherche documentaire** utilisée à la phase de démarrage, dans le but de se familiariser avec le programme et de développer la méthodologie. Cette méthode permet également d'analyser les outils de suivi du programme, ainsi que la façon dont le programme a pris en compte le genre, l'équité et les droits humains lors de sa conception et pour le suivi.
- ✓ **Entretiens semi-directif avec des informateurs clés** : méthode utilisée à la phase de collecte de données primaires, dans le but de collecter des preuves et appréciations relatives aux interventions du programme, ainsi que sur les aspects Genre, Droits humains et équité. Un guide d'entretien a été élaborés pour chaque catégorie d'informateur, sur la base des informations ou données à collecter auprès de ces sources.
- ✓ **Entretiens individuels** : méthode utilisée à la phase de collecte de données primaires auprès des parties prenantes, des partenaires de mise en œuvre et des bénéficiaires, dans le but de collecter des preuves et appréciations relatives aux interventions, aux résultats ~~des~~ aux facteurs ayant pu interagir et aux défis rencontrés. Cette méthode permet également d'obtenir des données sur les aspects Genre, Equité et Droits Humains (GEDH). Ici aussi, un guide d'entretien a été élaborés pour chaque catégorie d'informateur, sur la base des informations ou données à collecter auprès de ces sources.
- ✓ **Discussion de groupe** : méthode utilisée avec les comités d'usagers de services EAH, dans le but de collecter des preuves et appréciations auprès de cette catégorie de bénéficiaires de manière efficace et interactive. Cette méthode permet aussi d'introduire des discussions sur les aspects Genre, Equité et Droits Humains (GEDH). Un guide a été élaboré pour indiquer les thèmes de discussion à aborder par chaque catégorie de groupe
- ✓ **Observations structurées** : des infrastructures EAH (latrines ménages, DLM, latrines écoles et ouvrages hydrauliques), avec pour objectif de collecter des preuves sur leur existence, leur caractéristiques (ex : qualité de la dalle des latrines ménage), leur adéquation (ex : séparation par sexe latrine école), leur caractère inclusif (notamment pour les PMR) et leur état de maintenance. L'outil utilisé pour ces observations sont des checklists énumérant les critères de qualité retenus. Ainsi 147 latrines de ménage ont été observées, ainsi que les latrines de 4 écoles appuyées par la composante EHA du programme UNICEF at 16 ouvrages hydrauliques. Ces données ont été utilisées pour l'évaluation de l'efficacité, en apportant notamment des éléments pour l'analyse de la qualité de l'assainissement. Cela a également apporté des éléments pour évaluer la durabilité des infrastructures et des pratiques.

- ✓ **Enquête en ligne** sur la base d'un questionnaire, utilisée auprès des agents d'institutions des zones (région, provinces, communes) difficilement accessibles du fait de risques sécuritaires. Compte tenu du fait qu'en général, les personnes ciblées ne sont pas enclins à y consacrer beaucoup de temps, elle a été conçue de façon concise et visait à collecter des données spécifiques sur des aspects importants. Par téléphone, des relances, un accompagnement des enquêtés et un suivi des réponses ont été faits dans le but d'assurer un bon taux de réponses appropriées.

L'évaluation a été conçue de façon à assurer une collecte de données primaires qui assure la prise en compte d'une diversité de perspectives :

- ▶ Perspective genre en cherchant à équilibrer le genre de chaque catégorie d'informateurs et en collectant des indicateurs relatifs à l'aspect genre.
- ▶ Perspective en fonction du rôle dans le projet : les données seront collectées auprès des concepteur du programme, des financeurs, des partenaires de mise en œuvre et des parties prenantes.
- ▶ Perspective des bénéficiaires (ex : institutions) et détenteurs de droits : directs et indirects.

7.3. Stratégie d'échantillonnage

Sélection des sites à visiter et personnes à rencontrer

La sélection des communes situées dans les provinces et les régions d'intervention du programme a été faite de façon raisonnée en considérant la concentration d'interventions (eau potable, ATPC, EAH institutions), ainsi que l'insécurité qui prévaut dans certaines localités. Par ailleurs, compte tenu du fait qu'il est envisagé, par soucis d'être exhaustif et d'atténuer tant soit peu la contrainte d'accès aux localités pour raison d'insécurité, la conduite d'enquêtes en ligne (Cf. point 7.2, ci-haut), deux lots de localités sont considérés, comme présentés dans les tableaux ci-après.

Trois régions (centre nord, centre ouest, Est) ; cinq provinces (Sanmatenga ; Sissili ; Ziro ; Boulkiemdé ; Gourma) et huit communes (Kaya, Koulogho ; Léo ; Cassou ; Imasgo ; Kokologho ; Tigba ; Diapangou), ont été sélectionnées pour la collecte de données sur le terrain, comme indiqué dans le tableau ci-dessous. Au niveau de chacune des communes, deux villages bénéficiaires ont été visités, totalisant seize villages.

Tableau 4 : Localités pour la collecte de terrain

Régions	Provinces	Communes	villages
Centre Nord	Sanmatenga	Kaya	Dahisma
			koulogho
		Korsimoro	Sabouri Pousghin
			Boula Yargo
			Nacombogo
Centre Ouest	Sissili	Léo	Dabiou
	Ziro	Cassou	Benaverou
			Vrassan
	Boulkiemdé	Imasgo	Kondui
			Ouera
		Kokologho	Kanyélé
			Tamnere
	Est	Gourma	Tigba
Tampoudi			
Diapangou			Dassamlagfo
			Tilonti
			Djoana

Les partenaires, parties prenantes, bénéficiaires et détenteurs de droits rencontrés au niveau national, régional, provincial, communale et des villages sont indiqués dans le tableau ci-dessous. Dans la mesure du possible, il a été recherché un équilibre genre des personnes rencontrées.

Tableau 5 : Acteurs détenteurs d'information ou de données

Niveau	Désignation	Méthode de collecte de données
Communautaire	Association d'usagers d'eau	Discussion de groupe
	Comité d'eau	Discussion de groupe observation structurée ouvrage hydraulique
	Opérateurs privés d'ouvrage hydraulique	Entretien individuel observation structurée ouvrage hydraulique
	Comité ATPC	Discussion de groupe
	Ménages (8 à 10)	observation structurée latrine
Ecoles	Directeur d'école ou membre du personnel enseignant en charge des activités EHA	Entretien individuel observation structurée
Centres de santé	Responsable du centre de santé	Entretien individuel observation structurée
communales	Technicien communal EHA ou Point Focal EHA	Entretien individuel
Région et provinces	Directeurs régionaux ou provinciaux en charge de l'EA, de l'éducation et de la santé	Entretien individuel
	ONG partenaires	Entretiens individuels
National	MEEA : DGEES, DGEP, DGA, DGRE Ministère en charge de l'éducation, de la santé UNICEF ONG partenaire	Entretiens semi-directifs Entretien individuel

Localités sélectionnées pour une collecte de données primaires à travers l'enquête en ligne

Tableau 6 : Régions et provinces pour la collecte en ligne

Régions	Provinces	Nombre enquêtes envoyées	Nombre réponses reçues	Répartition des réponses reçues selon le statut du répondant		
				Points focaux	Techniciens Communaux Eau et Assainissement	Président de délégation spéciale
Centre-Nord	Bam	5	1		1	
	Namentenga	4	2	1	1	
	Sanmatenga	4	3	1	2	
Centre-Ouest	Boulkiemdé	5	3		2	1
	Sanguié	4	0			
	Sissili	2	1		1	
	Ziro	3	3	2	1	
Est	Gourma	5	5	3	2	
	Kompienga	1	1	1		
Sahel	Oudalan	3	3	3		
	Séno	1	0			
	Soum	1	1	1		
Total		38	23	12	10	1

Les personnes ciblées pour les enquêtes en ligne sont les directeurs régionaux et provinciaux en charge de l'EA, de la santé et de l'éducation, ainsi que les agents de communes en charge de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement.

Tableau 7: stratégie d'échantillonnage

Outils de collecte de données	méthode d'échantillonnage	Nombre total	Femmes	Hommes
Guide d'entretien semi-directifs (Chef de section WASH UNICEF, MEEA, Min santé, éducation)	choix raisonné	8	3	5
Guide d'entretien individuel UNICEF régions, institutions régionales : Provinciales, directions techniques, mairies)	choix raisonné	14	13	1
Guide d'entretien individuel ONG	choix raisonné	12	7	5
Guide d'entretien individuel bénéficiaires (directeurs école, centres de santé)	choix raisonné	16	7	9
Guide discussion de groupe comité d'eau	choix raisonné	4 groupes de 8 à 10 personnes	21	11
Guide discussion de groupe comités d'assainissement	choix raisonné	16 groupes de 8 à 10 personnes	25	67
Checklist observation écoles, centre de santé, ouvrages hydrauliques	choix raisonné	19	n/a	n/a
Checklist observation latrines ménage	Ménages choisis au hasard dans les villages	147	n/a	n/a
Enquêtes en ligne	choix raisonné	23	0	23
Total		197	76	121

7.4. Prise en compte du Genre, Equité et Droits Humains (GEDH)

Le cadrage de la prise en compte du genre, équité et droits humains est concrétisé par le critère d'évaluation qui lui est spécifiquement consacré et les trois SQE associées, lesquelles portent sur :

- Le renforcement des acteurs du secteur EAH au niveau central, déconcentré et décentralisé dans la prise en compte du genre et de l'équité (SQE 11.1). Il a été recherché les interventions du programme en la matière, ainsi que les pratiques adoptées par les acteurs du secteur.
- L'accessibilité des personnes très pauvres aux services d'approvisionnement en eau, d'assainissement et d'hygiène de base (SQE 11.2), qui a consisté à collecter des preuves relatives aux dispositions ou mesures mises en œuvre pour assurer l'accès à des services EHA par les ménages très pauvres, ainsi que des preuves sur l'accessibilité des ménages très pauvres à ces services.

- L'accessibilité des personnes porteurs de handicaps aux services d'assainissement et d'hygiène de base (SQE 11.2). Des preuves ont été recherchées quant aux mesures prises au niveau des ménages, écoles et centres de santé, ainsi que sur leurs efficacités.
- L'accès à des services d'assainissement et d'hygiène de base qui répondent aux besoins spécifiques des femmes et des hommes au sein des écoles et des établissements de santé (SQE 11.3), en recherchant des preuves sur l'implication des femmes, filles, hommes et garçons (ex : comités d'eau, clubs d'hygiène, hygiène menstruelle), ainsi que sur l'adéquation des infrastructures construites.

Le droit humain concerné par l'évaluation est essentiellement l'accès à l'eau et à l'assainissement. Il est donc pris en compte sous le critère efficacité (QE 3 ; QE 4 et QE 6).

Le genre a également été considéré dans l'effort fait par l'équipe d'évaluation d'assurer une parité au sein des informateurs rencontrés (voir tableau ci-dessus).

7.5. Analyse et assurance qualité des données

Assurance qualité

Le tableau ci-dessous récapitule l'ensemble des mesures prises par l'équipe d'évaluation pour assurer la qualité des données.

Tableau 8 : Phase de l'assurance qualité

Phase	Assurance qualité	Responsable du contrôle
Conception de la méthodologie et des outils	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Développer les QE sur la base de la théorie du changement reconstituée ; ▶ Sélection d'un nombre raisonnable de QE pour assurer une concentration de l'évaluation sur des aspects pertinents par rapport aux objectifs de l'évaluation et aux attentes de l'UNICEF ; ▶ Veiller à la diversité des sources et des méthodes des indicateurs associés à chaque QE ; ▶ Veiller à ce que les aspects genre, équité, Droits humains soient considérés pour chaque méthode et outils ; ▶ Etablissement d'un échantillon réaliste en tenant compte des contraintes sécuritaires, de temps et de distance. 	Cheffe de mission
	S'assurer que le rapport de démarrage respecte les critères GENU d'assurance qualité pour le rapport de cadrage.	Cheffe de Mission, Expert EHA, Equipe contrôle qualité Madexpertise
Collecte des données sur le terrain	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Sensibiliser sur le respect de la confidentialité, respect de la personne et la bienfaisance ; ▶ Sensibiliser aux précautions sécuritaires et sanitaires à prendre ; ▶ S'assurer que la méthodologie de collecte de données utilisée sur le terrain correspond à celle convenue avec UNICEF dans le rapport de démarrage ; ▶ Digitaliser les données collectées pendant la phase terrain de façon à pouvoir compléter des données incomplètes le cas échéant ; ▶ Masquer toutes les informations confidentielles dans les données digitalisées. 	Cheffe de Mission Expert EHA
Traitement et analyse des données et rédaction du rapport	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Vérifier systématiquement la solidité des données qualitatives collectées au travers d'une analyse de la table d'évidence élaborée avec les données digitalisées ; ▶ Procéder au traitement des données quantitatives secondaires (pourcentages, graphiques, etc.) de façon à produire des preuves permettant de faire des constats. 	Cheffe de mission
	Suivre les critères de qualité UNICEF pour les rapports (UNICEF-Adapted GENU Evaluation Reports Standards; GEROS, UN SWAP Evaluation Quality Assurance Tool).	Cheffe de mission Equipe contrôle qualité Madexpertise
	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Vérifier que le rapport respecte les critères qualités UNICEF ; ▶ Vérifier que les commentaires UNICEF sont pris en compte ou alors que les raisons de non prise en compte des commentaires UNICEF sont présentées ; ▶ Demander des séances de discussions avec UNICEF s'il a des incompréhensions sur certains commentaires formulés sur le rapport provisoire. 	

Prétraitement des données qualitatives

Les données qualitatives ont été rassemblées dans une table d'évidence élaborée à partir des indicateurs de la matrice, afin d'être en mesure de vérifier la validité / solidité des indicateurs collectés en vérifiant la cohérence des réponses obtenues auprès de différentes sources et selon

différentes méthodes. Les données qui n'ont pas pu être consolidées et l'existence de divergences sont systématiquement signalées.

Triangulation

Lors de la détermination des indicateurs associés à chaque QE, il a été recherché une diversification des sources d'information et des méthodes, de façon à favoriser la consolidation des preuves sur lesquelles baser les réponses aux QE. La matrice met en évidence le nombre de sources et de méthode dans sa dernière colonne intitulée « Approche d'analyse des données ». Chaque indicateur provient d'au moins trois sources et trois méthodes différentes.

7.6. Considérations éthiques et principes de l'évaluation

La méthodologie proposée dans le cadre de cette évaluation est fondée sur le respect des principes éthiques d'intégrité, de redevabilité, de respect et de bienfaisance en évaluation, tels que définis par le GENU (Groupe d'évaluation des Nations Unies)⁷. Tout le processus d'évaluation, depuis le développement de la méthodologie, la collecte de données, la validation des constats et le développement des conclusions et recommandations a été guidé par ces principes éthiques (*respect de la dignité et de la diversité, droit à l'autodétermination, représentation équitable, respect des codes pour les groupes vulnérables, confidentialité et « do no harm »*).

Cela inclut :

- ▶ La prise de connaissance des consultants impliqués dans la collecte de données des principes éthiques du GENU ;
- ▶ La recherche de respect de la parité des échantillons ;
- ▶ La désagrégation par genre d'indicateurs pertinents ;
- ▶ L'analyse différenciée par genre des données collectées ;
- ▶ La non-collecte des noms des participants et la conservation et l'usage exclusif des données collectées par les deux consultants.

Le tableau ci-dessous récapitule la façon dont les principes éthiques ont été considérés :

Tableau 9 : Principes éthiques

Principe éthique	Considération par l'équipe
Indépendance	Aucun membre de l'équipe n'a participé d'une façon ou d'une autre au programme.
Impartialité	L'équipe d'évaluation basera ses constats sur des preuves solides, d'où elle découlera les conclusions et les points de vue de toutes les parties prenantes seront pris en compte.
Transparence	L'équipe d'évaluation fournira tous les détails relatifs au processus d'évaluation de la façon la plus transparente possible.
Divulgateion	Le rapport d'évaluation pourra servir de mécanisme par lequel les résultats et les enseignements identifiés dans l'évaluation seront diffusés aux décideurs politiques, au personnel opérationnel, aux bénéficiaires, au grand public et aux autres parties prenantes.
Ethique	La confidentialité des parties prenantes qui participeront à cette évaluation sera respectée. Aucune information permettant d'identifier les sources ne sera divulguée.
Crédibilité	La méthodologie a été conçue de façon rigoureuse et l'analyse permettra d'assurer la solidité des preuves sur lesquelles s'appuieront les constats, recommandations et conclusions.
Utilité	L'équipe d'évaluation s'efforcera de répondre aux attentes et de contribuer à l'amélioration des performances au profit des bénéficiaires. L'équipe d'évaluation mettra tout en œuvre pour fournir un travail de qualité, à la fois clair et concis.
Conflit d'intérêt	L'ensemble des évaluateurs ont été sélectionnés pour leur indépendance avec la mise en œuvre du Programme Pays. L'équipe d'évaluateur procédera de façon à ce que son statut ne présente aucun conflit d'intérêt avec son rôle d'évaluateur.

La stratégie adoptée et les outils conçus permettent de minimiser les risques de non-respect des

⁷ 2020 – GENU – Ethical guidelines for evaluation

principes éthiques. Il est à noter également que la recherche porte sur des services sociaux. Il n’y a donc pas de sujet sensible abordé. De plus, les questions posées aux informateurs visent à collecter des faits et non des opinions.

7.7. Limites ou contraintes de l'évaluation

Tableau 10 : Limites de l'évaluation et stratégies d'atténuation proposées

Limites ou contraintes d'évaluation	Stratégies d'atténuation identifiées
Manque d'Indicateurs de données désagrégés par genre, âge, vulnérabilité, urgence, ce qui rend difficile l'évaluation de l'efficacité (atteinte de l'objectif qui est l'augmentation de l'utilisation par les femmes, enfants (filles, garçons), adolescents-tes, y compris les plus vulnérables...).	Effort pour recueillir des données primaires sur les mesures prises pour favoriser i) l'accès à l'AEP des femmes ou des personnes vulnérable, ii) la prise en compte des populations en situation de crise et iii) l'accès des filles à école.
L'échantillon de collecte de données primaire n'a pu couvrir l'ensemble des modalités de mise en œuvre, en particulier le paquet intégré	Exploration de données secondaires.
Instabilité institutionnelle du sous-secteur de l'EHA	Ciblage du personnel technique en place depuis plus longtemps (continuité de l'Administration au niveau technique).
Restriction d'accès aux communes ou aux villages pour raisons sécuritaires.	Sélection de communes accessibles. Recueil de données auprès des partenaires de mise en œuvre et parties prenantes. Entretien en ligne ou entretien à distance.
Absence de membres des communautés/ responsables de services au moment de la visite (période de récolte)	Recueil de données auprès des partenaires de mise en œuvre et parties prenantes. Entretien à distance.

8. CONSTATS ET CONCLUSIONS

Cette section présente la réponse aux questions d'évaluation sous forme de conclusions qui découlent des constats basés sur des preuves solides (provenant de plusieurs sources et / ou méthode).

8.1. Pertinence

Les constats relatifs à la pertinence proviennent de revues documentaires (RAM, documents cadres du programme, guides d'orientation, etc), d'entretiens au niveau national (DGA, DGEP, ONG, UNICEF), régional (DREA) et des mairies et d'enquêtes en ligne.

QE1 : dans quelle mesure la stratégie de renforcement des capacités institutionnelles au niveau central, déconcentré et décentralisé ont-elles été adéquates pour surmonter les goulots d'étranglement identifiés ?



Crédit photo 1 : AEPS de la commune de Diapangou dans la région de l'EST

QE1 : dans quelle mesure la stratégie de renforcement des capacités institutionnelles au niveau central, déconcentré et décentralisé ont-elles été adéquates pour surmonter les goulots d'étranglement identifiés ?

1. Les goulots d'étranglement relatifs aux institutions du secteur EHA identifiés par l'UNICEF sont la faible capacité de planification et de suivi de la mise en œuvre des politiques et stratégies, la faible allocation et la mauvaise répartition budgétaire du secteur, ainsi que l'écart entre le transfert de responsabilités EHA aux communes et les moyens humains, matériels et financiers alloués⁸. La stratégie de renforcement des capacités des institutions du programme comprend⁹ :
 - L'appui au développement de politiques et stratégies du secteur EHA sur la base de génération d'évidences (études, évaluations, données de suivi) ;
 - Le renforcement des mécanismes de coordination entre tous les acteurs clés du secteur en matière de planification, de mise en œuvre et de suivi ;
 - Le développement de nouveaux mécanismes de financement pour permettre une mise à l'échelle d'interventions durables ;

⁸ UNICEF - Notes stratégiques du programme EAH 2018 – 2020 et 2021 - 2022

⁹ idem

- Le renforcement des capacités des structures étatiques et des communes, notamment l'appui à la mise en œuvre du plan d'action pour l'Assistance à la Maitrise d'Ouvrage Communale (AMOC-AEPHA).
2. Dans la pratique, selon les rapports annuels, **l'appui au développement de politiques et stratégies** dans le domaine de l'approvisionnement en eau a porté notamment sur le développement d'un modèle de partenariat public-privé (PPP) pour la gestion des ouvrages hydrauliques en zones rurales¹⁰ ; la nécessité d'améliorer la connaissance des ressources en eaux souterraines¹¹ ; un code de conduite pour la construction de forages¹² ; l'adaptation et la résilience aux changement climatique¹³.
 3. En ce qui concerne la prise en compte du changement climatique, UNICEF a appuyé l'élaboration d'un document cadre pour la prise en compte du changement climatique en vue de favoriser la résilience des services¹⁴ et une formation a été réalisée au niveau du MEEA, permettant une prise en compte du problème, selon les personnes du MEEA rencontrées. Néanmoins, UNICEF n'a pas renforcé les compétences en la matière, selon la même source et DANIDA prend la relève avec une consultance en cours au moment de l'évaluation pour intégrer la prise en compte des risques climatiques dans le programme de la direction générale de l'eau potable (DGEP).
 4. L'appui au développement de politiques et stratégies dans le domaine de l'assainissement a porté notamment sur l'institutionnalisation de l'ATPC¹⁵. Un guide ATPC a été adopté. *« Ce guide ATPC s'inscrit en droite ligne de la stratégie de la Direction Générale de L'Assainissement des Eaux Usées et Excréta (DGAEUE) de développer pour les projets et ses partenaires une approche d'assainissement susceptible de prendre en compte les besoins des communautés. Certes, il s'inspire de pratiques développées sur le terrain dans la mise en œuvre de l'approche ATPC ; seulement, il essaie de garder une certaine spécificité par rapport à la mise en place d'une subvention pour accompagner l'engagement des communautés.¹⁶ »*. L'approche avec subvention est donc une flexibilité introduite afin d'assurer que les latrines soient aux normes. Au cours du programme UNICEF -EAH, des études réalisées dans d'autres pays ont été partagées par UNICEF pour démontrer l'efficacité de l'approche sans subvention. Les résultats obtenus ont convaincu le gouvernement de la validité de cette approche pour son efficacité en termes de prise de conscience des ménages. Ainsi, il a été accordé que les subventions n'interviendraient qu'une fois les communautés certifiées. Un plan d'orientation de mise en œuvre de l'ATPC a été validé par l'ensemble des acteurs mais non encore adopté pour raison procédurière.
 5. Le **renforcement de mécanismes de coordination** s'est concrétisé par un partenariat avec les DREA pour la coordination et le suivi de la mise en œuvre des activités du programme¹⁷. Les DREA rencontrées ont confirmé le renforcement de capacité de suivi grâce à l'appui de l'UNICEF. Des réunions de PTF organisées par UNICEF au niveau régional ont également été mentionnées par les ONG rencontrées et l'UNICEF. Ces réunions sont l'occasion de partager les activités mises en œuvre par chacun et de coordonner le ciblage. Dans les zones où la sécurité s'est dégradée, des clusters

¹⁰ RAM 2018 - 2020

¹¹ RAM 2019 - 2022

¹² RAM 2020

¹³ RAM 2020

¹⁴ 2022 UNICEF Document cadre pour la prise en compte du nexus h-d-p et du changement climatique dans les interventions en dans une perspective de résilience des services.

¹⁵ RAM 2018, entretiens avec DGA, ONG et UNICEF

¹⁶ Guide d'orientation pour la mise en œuvre de l'assainissement total pilote par la communauté-ATPC au Burkina Faso. MEA/GDAEUE. Septembre 2014. Page 15

¹⁷ RAM 2019, 2020, Entretiens avec DREA, ONG et UNICEF

WASH ont été mis en place pour favoriser une coordination des réponses aux urgences, selon les personnes rencontrées (DREA, ONG, UNICEF).

6. Il n'a pas été trouvé d'évidence en termes de développement de **nouveaux mécanismes de financement**.
7. Selon les rapports annuels, le renforcement **des capacités des communes** a porté sur les aspects administratifs, coordination, équité¹⁸. Selon les personnes rencontrées et les données des enquêtes en ligne¹⁹ les communes ont bénéficié de formation à la maintenance préventive. À Tigba, un pacte durabilité a été signé entre la DREA et la mairie en 2021 et la mairie a été formée et appuyée pour la dynamisation des communautés de Tigba pour la maintenance des points d'eau. Des évidences relatives à la contribution de la composante EHA²⁰ du programme pays de l'UNICEF à l'AMOC, sont constatables. Outre le recrutement de 9 agents techniques d'assainissement (ATC) pour 9 communes, celles-ci ont bénéficié de dotation en équipements divers (moto, ordinateurs, etc.) et les ATC ont bénéficié d'un renforcement de capacité sur divers modules (formations sur l'ATPC, le PGSSE, le marketing de l'assainissement, le suivi-évaluation, le genre, réalisation de latrines familiales, etc.), réalisés par la DGA et par l'ONG de mise en œuvre. Certaines de ces communes ont parvenues à intégrer la prise en charge de leur ATC dans le budget communal, c'est le cas par exemple, de la commune de Fada. Selon la DGEP, l'appui à la mise en œuvre du plan d'action pour l'AMOC est appuyé par DANIDA et l'AFD appuie le développement d'un système de suivi technique et financier des ouvrages.
8. On note que le goulot d'étranglement relatif à la faible capacité de planification et de suivi de la mise en œuvre des politiques et stratégies n'est pas vraiment abordé dans la stratégie développée par UNICEF et la DGEP a exprimé un besoin de renforcement de capacité en technique de suivi des travaux, en technique de cartographie afin d'être en mesure de cartographier la localisation des ouvrages hydrauliques ou encore en méthode pour exploiter les rapports d'analyse socio-économiques.

Conclusions

PERT 1 : la stratégie de renforcement des capacités institutionnelles a été peu adéquate pour surmonter les goulots d'étranglement identifiés. Le programme a renforcé les capacités des communes en matière de maintenance des services d'approvisionnement en eau, contribuant ainsi à surmonter le goulot d'étranglement relatif à l'écart entre le transfert de responsabilités EHA aux communes et les moyens humains, matériels et financiers alloués. Néanmoins, le renforcement des compétences a essentiellement porté sur la maintenance et non sur la maîtrise d'ouvrage, comme annoncé dans la stratégie du programme EAH de l'UNICEF Burkina Faso. Le goulot d'étranglement relatif à la faible capacité de planification et de suivi de la mise en œuvre des politiques et stratégies, n'a pas fait l'objet d'une stratégie définie pour le surmonter. Il n'a pas été trouvé d'évidence d'appui au développement de nouveaux mécanismes de financement, qui est l'intervention prévue pour surmonter le goulot d'étranglement relatif à la faible allocation et la mauvaise répartition budgétaire du secteur. (Par.1 ; 6 ; 7 ; 8)

PERT 2 : en revanche, le programme a contribué à l'évolution des politiques. Ainsi le programme a contribué à motiver le MEEA pour la prise en compte du changement climatique en vue de favoriser la résilience des services. De même, le programme est parvenu à convaincre le gouvernement de passer à une approche ATPC avec possibilité de subvention à une approche sans subvention jusqu'à la certification, la subvention n'intervenant que dans la phase post-FDAL pour assurer l'accès des ménages à des latrines respectant les normes. Un plan d'orientation de mise en œuvre de l'ATPC a été validé par l'ensemble des acteurs mais non encore adopté pour des raisons procéduraires. (par. 2 - 4)

¹⁸ RAM 2020

¹⁹ Entretien DREA, UNICEF, mairies; enquêtes en ligne mairies

²⁰ Projet « amélioration de l'accès à l'hygiène et l'assainissement selon l'approche ATPC dans la région de l'Est » mise en œuvre par la SNV.

8.2. Cohérence

Les constats relatifs à la cohérence proviennent de revue documentaire (RAM, note stratégique, évaluations), d'entretiens au niveau national (DGA, DGEP, ONG, UNICEF), régional (DREA) et des mairies, de FDG avec comité assainissement et d'enquêtes en ligne.

QE2 : Dans quelle mesure les interventions du programme ont-elles contribué à améliorer la cohérence sectorielle et intersectorielle ?

SQE 2.1 : dans quelle mesure le programme a-t-il contribué à l'harmonisation des approches (promotion de l'assainissement familial ; prise en compte du genre, équité et inclusion) des différents acteurs du secteur ?

SQE 2.2 : dans quelle mesure le programme a-t-il contribué en une meilleure coordination des secteur EAH, santé, nutrition et éducation ?



Crédit photo 2 : Image 1 latrine d'un ménage et son DLM (image 2) dans le village de Ouera, province du Bouliké dans la région du centre Ouest. Image 3 latrine institutionnelle avec rampe d'accès pour les élèves vivant avec un handicap d'une de l'école primaire de Djoena, province du Gourma dans la région de l'EST

SQE 2.1 : dans quelle mesure le programme a-t-il contribué à l'harmonisation des approches (promotion de l'assainissement familial ; prise en compte du genre, équité et inclusion) des différents acteurs du secteur ?

9. En 2019, UNICEF a œuvré pour l'institutionnalisation de l'ATPC à travers sa mise en œuvre à l'échelle régionale et provinciale et le partage des résultats avec les acteurs clés du secteur. L'objectif était d'influencer la prise de décision sur la nécessité de la mise à l'échelle de l'approche, laquelle devait être renforcée en termes de critères de validation du statut FDAL et de stratégie pos-FDAL²¹. Un atelier de réflexion sur la mise en œuvre de l'ATPC à l'échelle nationale s'est tenu en 2021 et a été suivi de l'appui au MEEA pour la finalisation d'une note d'orientation pour l'accélération de l'ATPC, laquelle a été adoptée en octobre 2022 par les acteurs nationaux pour l'appui d'interventions à large échelle de l'ATPC²². L'harmonisation de l'approche pour favoriser le changement de comportement en matière d'assainissement a été confirmé par les personnes rencontrées²³.
10. Pour la deuxième phase du programme (2021 – 2022), l'UNICEF visait le renforcement de l'harmonisation de la stratégie de développement du marché de l'assainissement à travers le plaidoyer, le renforcement de capacité des acteurs impliqués dans les systèmes d'assainissement

²¹ RAM 2018

²² RAM 2022

²³ Entretiens avec UNICEF, ONG, DGA, DREA, FDG comité assainissement

basés sur le marché (MBS) et le développement de microcrédit²⁴. L'appui au marché de l'assainissement à travers la formation de maçon et parfois l'incitation à des commerçants existants à disposer d'articles nécessaires à l'amélioration de latrine a été constaté²⁵. Certains partenaires de mise en œuvre rencontrés ont appuyé la mise en place de groupes d'épargne – crédit (AVEC)²⁶. Toutefois, on ne peut pas encore parler d'harmonisation de la stratégie post-FDAL dans la mesure où certains acteurs, dont le gouvernement, préconisent l'octroi de subvention à la phase post-FDAL²⁷.

11. Il n'a pas été trouvé d'évidence d'intervention du programme en matière d'harmonisation de la prise en compte de l'équité, notamment en ce qui concerne l'accès à l'eau potable et à l'assainissement de base des ménages.

SQE 2.2 : dans quelle mesure le programme a-t-il contribué en une meilleure coordination des secteur EAH, santé, nutrition et éducation ?

12. UNICEF a favorisé la coordination intersectorielle en appuyant le gouvernement pour organiser des réunions multisectorielles au niveau national et régional. Un appui a également été fourni au secrétaire technique nutrition du Ministère de la santé, en charge de la coordination multi-sectorielle pour réviser les textes et le rôle du Conseil national de consultation sur la nutrition, avec la participation de 50 décideurs politiques des secteurs de santé, sécurité alimentaire, protection sociale, genre, commerce, EAH et éducation. UNICEF a également appuyé le secrétariat technique pour l'alimentation et la nutrition du Ministère de la santé pour former 43 points focaux nutrition des secteurs santé, EAH, sécurité alimentaire, éducation et protection sociale sur le cadre de résultats communs et la coordination intersectorielle²⁸.
13. Selon l'UNICEF, en ce qui concerne la coordination entre les secteurs EHA, éducation et santé, une première avancée a eu lieu entre les sections concernées à travers les approches wash in school et WASH fit (dans les centres de santé). Ensuite, grâce au plaidoyer de l'UNICEF, un protocole de collaboration intersectoriel a été signé entre le MEEA, le Ministère de la santé et le Ministère de l'éducation visant à favoriser une collaboration plus effective et efficiente entre ces trois Ministères et leurs partenaires sur l'EAH dans les écoles et les centres de santé²⁹. Selon l'UNICEF, ce protocole prévoit notamment que ce sera le secteur de l'éducation qui sera responsable de la mise en œuvre des interventions d'amélioration EHA, avec le soutien technique du MEEA. L'opérationnalisation de ce protocole n'était pas encore effective au moment de l'évaluation³⁰.
14. La coordination intersectorielle est également favorisée par l'implication des services déconcentrés du MEEA (DPEA, DREA et DGA) et des autres ministères (Education et Santé) lors du lancement, de l'évaluation FDAL et du suivi Post FDAL.³¹
15. Dans le domaine de l'urgence, en complément des clusters sectoriels, un inter-cluster a été établi selon les personnes rencontrées³².

²⁴ UNICEF : Note Stratégique : Programme Eau, Assainissement et Hygiène (EAH) UNICEF Burkina Faso, Extension CPD pour la période 2021-2022

²⁵ 2022 UNICEF Évaluation formative multi-pays du Résultat Clé pour les Enfants (RCE#8) ; Entretiens avec ONG, UNICEF, Mairies, enquêtes en ligne mairies ; FDG comité assainissement

²⁶ 2022 UNICEF Évaluation formative multi-pays du Résultat Clé pour les Enfants (RCE#8), entretiens avec ONG, UNICEF

²⁷ Entretien DGA, ONG, DREA, Mairies, enquête en ligne mairies

²⁸ RAM 2019

²⁹ Rapports annuels, Entretiens UNICEF, DGA, DGEP, DREA

³⁰ RAM 2020, UNICEF, DGA, DGEP, DREA

³¹ 2022 AMD Évaluation formative multi-pays du Résultat Clé pour les Enfants (RCE#8)

³² UNICEF, DREA

Conclusions

COHER 1 : Le Programme a contribué à l'harmonisation de l'approche ATPC (sans subvention) jusqu'à la phase FDAL au sein des acteurs du secteur. En revanche les approches divergent pour favoriser l'amélioration de la qualité des latrines à la phase post-FDAL. Il n'a pas été trouvé d'évidence d'interventions visant à harmoniser la prise en compte du genre et de l'équité pour l'accès à l'eau potable et à l'assainissement des ménages. (Par.10 à 12)

COHER 2 : le Programme a contribué en une meilleure coordination des secteur EAH, santé, nutrition et éducation en renforçant le secrétaire technique nutrition du Ministère de la santé, en charge de la coordination multi-sectorielle, pour la révision du cadre institutionnel, ainsi que pour la formation de points focaux nutrition des secteurs santé, EAH, sécurité alimentaire, éducation et protection sociale sur le cadre de résultats communs et la coordination intersectorielle. (par. 13).

COHER 3 : le Programme a contribué à la signature d'un protocole de collaboration intersectoriel entre le MEEA, le Ministère de la santé et le Ministère de l'éducation qui prévoit notamment une responsabilisation du secteur éducation dans l'amélioration de l'accès à l'assainissement. L'opérationnalisation de ce protocole reste à faire. Et en matière d'urgence, un inter-clusters a été établi (par. 14 à 16).

8.3. Efficacité

Les constats relatifs à l'efficacité proviennent de revue documentaire (RAM, évaluations), entretiens au niveau national (DGA, DGEP, ONG, UNICEF), régional (DREA), des communes (mairies, directeurs d'école et centre de santé) ; enquêtes en ligne ; FDG avec comité assainissement, entretiens avec des ménages, observations structurées de latrines ménage et des installations sanitaires d'écoles.

QE3 Dans quelle mesure le programme a-t-il contribué à améliorer l'accès à des services adéquats d'approvisionnement en eau potable en milieu rural et urbain ?

SQE 3.1 : Dans quelle mesure le programme a-t-il contribué à améliorer l'accès à des services adéquats d'approvisionnement en eau potable des ménages en milieu rural et urbain ?

SQE 3.2 : Dans quelle mesure le programme a-t-il contribué à améliorer l'accès à des services adéquats d'approvisionnement en eau potable des écoles et des établissements de santé en milieu rural et urbain ?

QE4 : Dans quelle mesure le programme a-t-il contribué à améliorer l'accès à des services adéquats d'assainissement et d'hygiène de base en milieu rural et urbain ?

SQE 4.1 : Dans quelle mesure le programme a-t-il contribué à améliorer l'accès à des services adéquats d'assainissement et d'hygiène de base dans les ménages ?

SQE 4.2 : Dans quelle mesure le programme a-t-il contribué à améliorer l'accès à des services adéquats d'assainissement et d'hygiène de base dans les écoles et les établissements de santé ?

QE5 : Dans quelle mesure les interventions du programme ont-elles contribué en un renforcement du secteur ?

SQE 5.1 : Dans quelle mesure les interventions du programme ont-elles contribué en une amélioration des connaissances des acteurs du secteur EAH au niveau national, déconcentrées et décentralisées et quelle incidence cela a eu ?

SQE 5.2 : Dans quelle mesure les interventions du programme ont-elles eu une incidence sur la capacité des acteurs du secteur EAH au niveau national et décentralisées à mobiliser des ressources financières, ?

SQE 5.3 : Dans quelle mesure les interventions du programme ont-elles contribué à une compréhension des rôles et responsabilités des acteurs EAH au niveau national, déconcentrées et décentralisées et au renforcement de leurs capacités pour assumer leurs rôles (y compris l'adoption d'outils) en matière de planification, mise en œuvre, coordination, suivi et maîtrise d'ouvrage ?

QE6 : Dans quelle mesure le programme a-t-il contribué à un accès à des services adéquats et équitables d'EHA de base dans les localités en milieu rural et urbain affectés par les crises humanitaires ?

SQE 6.1 : Dans quelle mesure le programme a-t-il contribué à un accès rapide et coordonné de services adéquats et équitables d'EHA de base dans les ménages, écoles et établissements de santé milieu rural et urbain affectés par les crises humanitaires ?

SQ 6.2 : Dans quelle mesure le programme a-t-il favorisé une intégration des approches humanitaires, développement et cohésion sociale (approche nexus) dans la prise en charge les personnes déplacées internes victimes des attaques terroristes ?

QE 7 : Dans quelle mesure le programme a-t-il favorisé la prise en compte des risques liés au changement climatique dans les interventions EHA ?



Crédit photo 3 : Image 1 - Campagne de sensibilisation à l'École primaire du village déclenché de Dahisma, province du Sanmatenga, Région Centre-Nord ; Image 2 : Image 2 - Plan d'action pour la promotion de l'EHA de l'école de Dabiou, province de la Sissili, région Centre Ouest

10.3.1 Accès à l'eau

QE3 Dans quelle mesure le programme a-t-il contribué à améliorer l'accès à des services adéquats d'approvisionnement en eau potable en milieu rural et urbain ?

Tableau 11 : Niveau d'atteinte des résultats accès à l'eau

Indicateurs	Cibles					Résultats atteints					Niveau d'atteinte des résultats
	2018	2019	2020	2021	2022	2018	2019	2020	2021	2022	
Proportion (%) de la population utilisant un service d'eau potable géré en toute sécurité au niveau communautaire	66%	70%	75%	73%	76%	65,3%	65,3%	68,3%	0%	76%	Moyen
Nombre de collectivités qui mettent en œuvre des plans de salubrité de l'eau				80	200				54	158	Moyen
Centres de santé (cliniques, hôpitaux, etc.) équipés d'installations WASH au cours de l'année de référence uniquement, grâce à l'appui direct de l'UNICEF (24-02-L3-02)				50	50				28	89	T. Bon
Nombre d'écoles dotées d'installations d'approvisionnement en eau et d'assainissement séparées pour les filles et les garçons, conformes aux normes nationales et installées au cours de l'année considérée seulement, avec l'appui direct de l'UNICEF				80	120				80	134	T. Bon
Nombre d'élèves ayant accès aux services d'eau et d'assainissement de base dans les écoles au cours de l'année sous revue, avec le soutien direct de l'UNICEF (24-02-L3-17)				21 000	60 000				45 690	84 794	T. Bon
Nombre de nouvelles communautés mettant en œuvre des plans de salubrité de l'eau(52715)	50	80	100			70	70	0			Moyen
Pourcentage d'écoles amies des enfants ayant obtenu 6 étoiles WASH (sur dix)(52717)			80%					0%			Nul
Un code de conduite pour le forage est élaboré et publié(52724)	en cours	yes	yes			en cours.	Yes	No			N/A

Source : RAM 2022 (Très Bon niveau : supérieur à 100% du résultat attendu ; Bon niveau : au moins 80% du résultat attendu ; niveau moyen : 50 à 79% du résultat attendu ; niveau faible : inférieur à 50% du résultat attendu ; Niveau nul : % du résultat attendu) (SD : sans données ; ND : non déterminé ; N/A : Non Applicable)

SOE 3.1 : dans quelle mesure le programme a-t-il contribué à améliorer l'accès à des services adéquats d'approvisionnement en eau potable des ménages en milieu rural et urbain ?

16. Le programme a eu pour objectif d'améliorer l'accès à l'eau potable à la fois par les ménages, par les écoles et les centres de centre. La formulation de certains indicateurs (2, 4, 5 et 8) montre que l'approche a porté strictement sur l'AEP ou sur un mixte, à savoir AEP avec hygiène et assainissement. L'approche combinée devant assurer plus d'impact dans les conditions de vie des populations ou des élèves.

17. L'amélioration de l'accès à l'AEP par les ménages en milieu rural à résider dans la réalisation de nouveaux ouvrages ou la réhabilitation d'ouvrages anciens. Des données du tableau, il ressort que le programme n'a pas été très efficace, les taux de réalisation des indicateurs adressés à l'AEP (ind. 1, 3 et 7) des ménages sont tous moyens, c'est-à-dire compris entre 50% et 80%.
18. Dans le milieu urbain, le programme a œuvré au renforcement des capacités de réponse de l'Office national de l'eau et de l'assainissement (ONEA)³³, notamment dans les villes faisant face à l'afflux des personnes déplacées internes. En la matière, il s'est agi d'injection d'eau dans le réseau ONEA à partir de forages à fort débit ou d'offre de solution énergétique pour faire fonctionner ses équipements de pompage. Le Programme a pris en compte la situation humanitaire qui prévaut dans les régions du Sahel, Centre Nord et Est, mais efficacité est moyenne.
19. Par ailleurs, au niveau communautaire, le programme WASH a mis en place, dans des villages³⁴, un Plan de gestion de la sécurité sanitaire de l'eau (PGSSE) qui vise à assurer en permanence la qualité de l'eau destinée à la consommation. La mise en place du PGSSE, consiste à partir, de la description du réseau d'approvisionnement d'eau de boisson à l'échelle d'un village : i) d'analyser les risques qui peuvent compromettre la qualité de l'eau, ii) d'élaborer d'un plan de mesures de maîtrise des risques pour une amélioration progressive, iii) de surveiller à la mise en œuvre des mesures préconisées et iv) d'évaluer et d'actualiser le PGSSE au bout d'une période donnée³⁵.

SQE 3.2 : dans quelle mesure le programme a-t-il contribué à améliorer l'accès à des services adéquats d'approvisionnement en eau potable des écoles et des établissements de santé en milieu rural et urbain ?

20. Au niveau des écoles le programme a œuvré à renforcement du système d'AEP dans plusieurs écoles par la réalisation de nouveaux ouvrages ou par la transformation l'AEP de l'école en un système AquaSolar (PMH équipée d'un système complémentaire permettant d'actionner, à l'énergie solaires, la pompe pour remplir un château d'eau et deux ou trois robinets installés dans la cour de l'école permettent un accès aisé à l'eau potable par les élèves. En cas de panne du système solaire, la PMH demeure fonctionnelle par son mécanisme ordinaire). Dans l'ensemble, les données du tableau ci-dessus montrent que le programme a été très efficace dans l'amélioration de l'AEP dans les écoles. Exception faite de l'indicateur relatif à des écoles amies des enfants où niveau de résultat atteint est nul, le programme enregistre un très bon niveau de réalisation pour les deux indicateurs adressés aux écoles, avec un taux de réalisation de 107% pour l'indicateur 5 et de 161% pour l'indicateur 6.
21. Le programme a contribué à l'amélioration de l'AEP dans les centres de santé. Le taux de réalisation de l'indicateur 4, adressé aux centres de santé est très bon. Il est de 117%. Concrètement, le programme dans les centres de santé a réalisé des postes d'eau autonome (PEA) et à l'installation de réservoirs d'eau (polytank). Dans les deux cas, le renforcement de l'AEP vise à réduire la vulnérabilité des centres de santé aux pannes des systèmes d'AEP.

Conclusions

EFFICA 1 : Le programme a moyennement contribué à améliorer l'accès des ménages à des services adéquats d'approvisionnement en eau potable du fait de la conjoncture sécuritaire que connaît le pays, faisant que les déplacements des populations et l'impossibilité d'accéder à plusieurs localités réduisent la portée des actions. Néanmoins le programme a contribué à assurer la qualité de l'eau par la mise en place de Plan de gestion de la sécurité sanitaire de l'eau (PGSSE) (par. 17, 19)

EFFICA 2 : Les interventions du programme dans les écoles sont d'un apport appréciable grâce à des solutions qui, non seulement, réduisent la corvée pour les élèves, mais également la vulnérabilité de l'AEP des élèves face aux pannes. (Par. 20)

³³ Structure étatique en charge l'AEP dans les centres urbains de plus de 10000 hbts.

³⁴ Entretiens avec les habitants du village de Kalag-Yiri et de Tamneré, communes de Kokologho Région Centre Ouest.

³⁵ Confère module de formation des animateurs sur le PGSSE, dans 50 villages des communes de Kokologho (12), Nadiala (11), Bingo (11), Thiou (10) et Kindi (6), région du Centre Ouest. Plan International. Juin 2022.

EFFICA 3 : Dans les centres de santé les interventions du programme ont résorbé le déficit d’AEP par la réalisation de PEA ou l’installation de réservoirs d’eau, deux solutions qui permettent aux de centres de santé bénéficiaires de pouvoir faire face, un tant soit peu, aux pannes ou aux ruptures d’eau. (par.21)

10.3.2 Accès à l’assainissement

QE4 : dans quelle mesure le programme a-t-il contribué à améliorer l’accès à des services adéquats d’assainissement et d’hygiène de base en milieu rural et urbain ?

Tableau 12 : Niveau d’atteinte des résultats accès à l’assainissement

Indicateurs	Cibles					Résultats atteints					Niveau d’atteinte des résultats
	2018	2019	2020	2021	2022	2018	2019	2020	2021	2022	
Etablissements de santé, équipés d’installation EHA dans l’année écoulée résultant de l’appui de l’UNICEF	sd	sd	sd	50	50	n/a	n/a	n/a	28	61	Bon niveau
Nombre d’écoles avec installations EHA séparées par genre qui respectent les normes nationales et qui ont été mise en place dans l’année avec l’appui de l’UNICEF	sd	sd	sd	80	120	n/a	n/a	n/a	80	134	Bon niveau
Nombre de personnes supplémentaires utilisant des services basic d’assainissement individuels résultant de l’appui directe de programme de développement de l’UNICEF (pas urgence) durant l’année	sd	sd	sd	n/a	150 000	n/a	n/a	n/a	n/a	136 618	bon niveau
Nombre de communautés certifiées FDAL durant l’année résultats de l’appui direct de l’UNICEF	262	400	600	1 200	2 400	260	444	782	952	1 505	Bon niveau
% de personnes qui ont l’habitude de laver leurs mains au moment critiques	40	0	60	sd	sd	70	70	90	sd	sd	Bon niveau

Source : RAM 2022 (Bon niveau : au moins 80% du résultat attendu ; niveau moyen : 50 à 79% du résultat attendu ; niveau faible : inférieur à 50% du résultat attendu) Sd : sans donnée – n/a : non applicable

SQE 4.1 : Dans quelle mesure le programme a-t-il contribué à améliorer l’accès à des services adéquats d’assainissement et d’hygiène de base dans les ménages?

- La cible de 150 000 nouvelles personnes utilisant des services basic d’assainissement individuels résultant de l’appui directe de l’UNICEF (hors urgence) durant l’année a été atteinte à plus de 90% (136 618 personnes) en 2022. Il en est de même pour le nombre de communautés certifiées FDAL durant l’année résultant de l’appui direct de l’UNICEF entre 2018 et 2022³⁶. En 2020 la province de Sissili dans la région Centre Ouest a été la première province FDAL du pays (156 villages)³⁷.
- Ce résultat a été obtenu par la mise en œuvre de l’approche ATPC par les partenaires de l’UNICEF³⁸, lesquels ont bénéficié de formation. Le renforcement de la coordination au niveau régional et national a également influé sur l’efficacité³⁹. Un autre levier actionné par l’UNICEF est le conditionnement des communautés pour être certifié FDAL pour bénéficier de services d’approvisionnement en eau⁴⁰. En 2020, UNICEF a appuyé la mise en œuvre de l’ATPC par les DREA⁴¹.

³⁶ RAM 2022

³⁷ RAM 2020

³⁸ RAM, Entretiens ONG, UNICEF, mairies, enquêtes en ligne mairies FDG comités d’assainissement

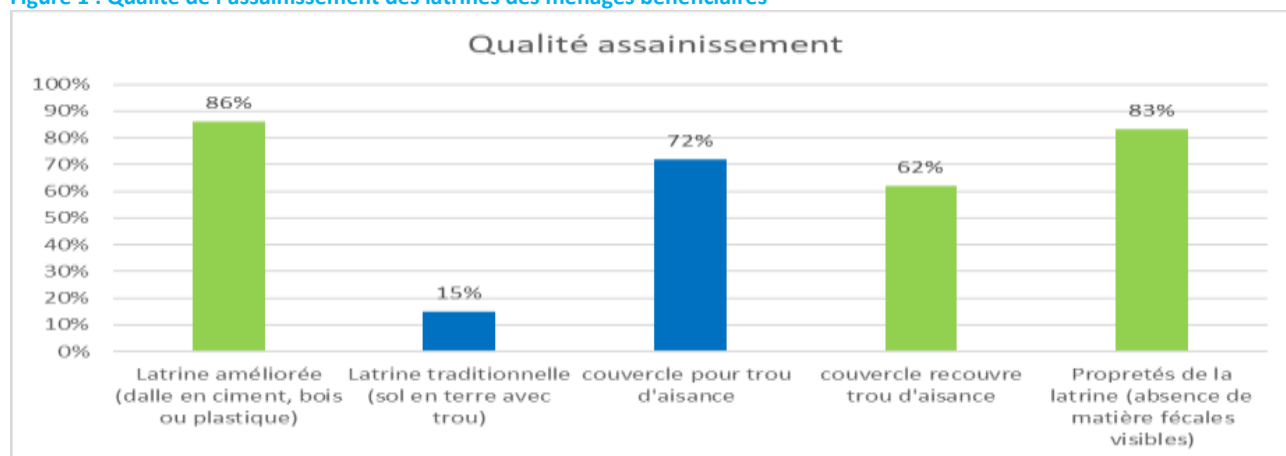
³⁹ RAM 2020, 2021

⁴⁰ RAM 2019

⁴¹ RAM 2020, Entretiens DREA, FDG comités d’assainissement

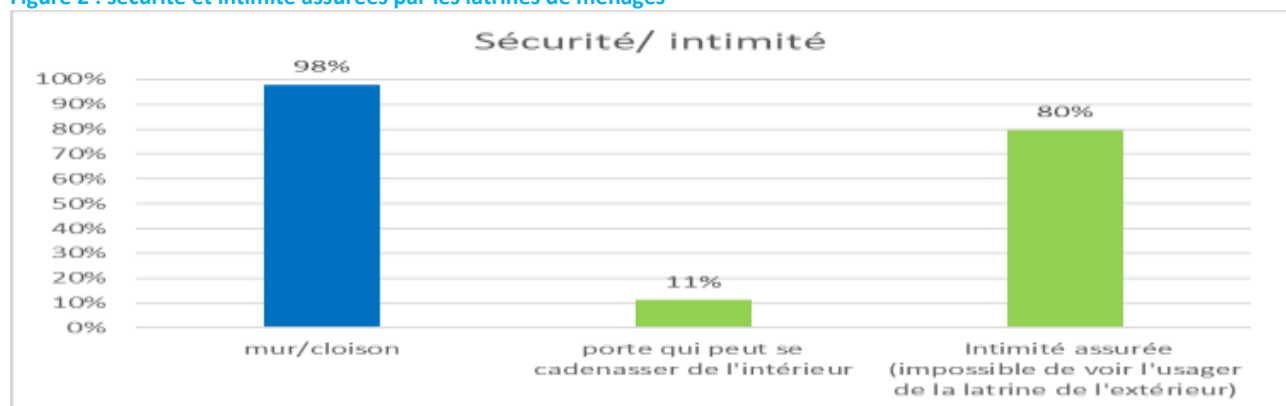
24. Les observations des latrines ménages réalisées⁴² montrent une forte proportion (86%) de latrines améliorées (pourvues de dalles durables et faciles à nettoyer), ainsi que de latrine sans matière fécales visibles (83%). Néanmoins, seulement 77% des latrines disposaient d'un couvercle et celui-ci ne recouvrait pas toujours le trou d'aisance au moment de la visite (près de 40% des latrines avaient le trou d'aisance ouvert).

Figure 1 : Qualité de l'assainissement des latrines des ménages bénéficiaires



25. La plupart (98%) des latrines sont entourées d'un mur ou d'une cloison, mais celle-ci n'assure une intimité que dans 80% des cas. De plus, rares sont les latrines pourvues d'une porte pouvant être cadenassée de l'intérieur, comme le montre les observations réalisées sur les latrines de ménages. L'insuffisance de l'intimité des latrines de ménages du point de vue des femmes et des filles est également révélée par l'enquête menée pour l'évaluation du RCE8.⁴³

Figure 2 : sécurité et intimité assurées par les latrines de ménages



26. Des contraintes à la construction de latrine ont été signalées⁴⁴, notamment dans les zones où le sol trop dur empêche le creusement de fosses à la profondeur requise, la difficulté de mobiliser les chefs de famille et dans certaines zones (ou encore l'insécurité). L'évaluation multi pays du Résultat Clé pour les Enfants (RCE#8)⁴⁵ mentionne également les rivalités politiques ou communautaires pouvant freiner le processus pour l'atteinte de l'état FDAL. Il ressort des entretiens réalisés auprès des partenaires de mise en œuvre que la conduite d'études préalables au déclenchement sur les contraintes possibles afin d'adapter l'approche n'ont pas été systématiques.

⁴² Ont été observées les latrines de 147 ménages répartis dans les régions Est, Centre nord et Centre ouest

⁴³ 2022 UNICEF Évaluation formative multi-pays du Résultat Clé pour les Enfants rapport Burkina Faso (RCE#8)

⁴⁴ FDG comités d'assainissement, entretiens UNICEF, ONG, Mairies, enquête en ligne mairie

⁴⁵ 2022 AMD Évaluation formative multi-pays du Résultat Clé pour les Enfants (RCE#8)

27. Peu a été fait pour l'accès des latrines aux PMR⁴⁶. Une ONG a affirmé former des maçons à la construction de modèles adaptés. Néanmoins, tous les comités d'assainissement rencontrés s'accordent pour dire que les personnes affaiblies (âgées, malades) ne parviennent pas à utiliser les latrines. C'est également le constat fait lors de l'évaluation du RCE8.⁴⁷

28. On note que les indicateurs du programme ne permettent pas de mesurer la qualité de l'assainissement (type de latrine, existence de couvercle, etc).

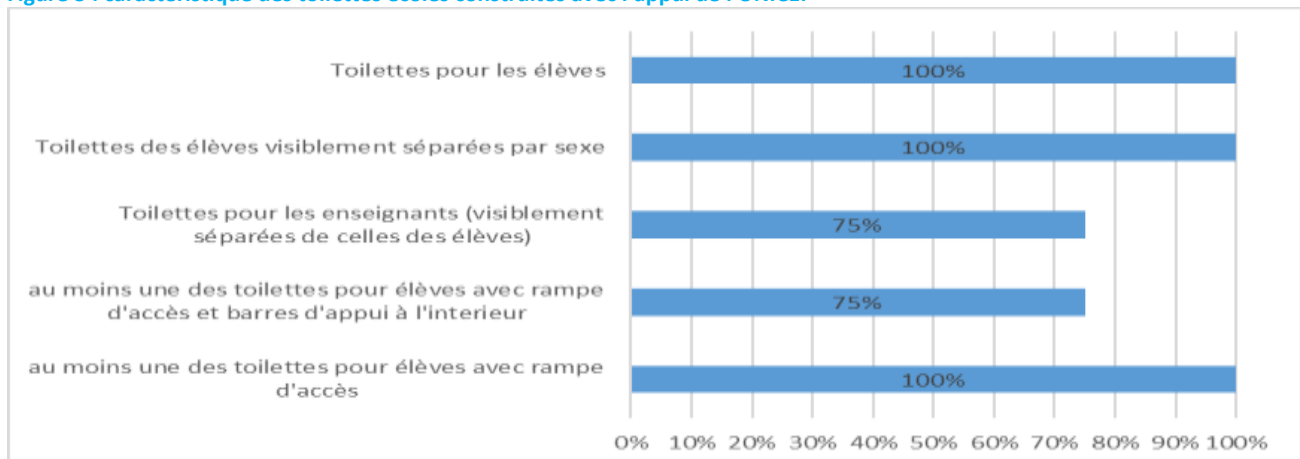
4.2 : Dans quelle mesure le programme a-t-il contribué à améliorer l'accès à des services adéquats d'assainissement et d'hygiène de base dans les écoles et les établissements de santé ?

29. La cible du nombre d'écoles avec installations EHA mise en place avec l'appui de l'UNICEF a été dépassée et celle du nombre d'établissements de santé équipés d'installation EHA a été atteinte à plus de 80%⁴⁸. Outre la contractation d'entreprise de construction, UNICEF a appuyé les acteurs nationaux et locaux dans le suivi et le contrôle de la qualité des travaux de construction⁴⁹.

30. Toutefois, il semble que la répartition des écoles bénéficiaires de construction d'installations sanitaires ne soit pas uniforme dans les zones d'intervention du programme. Si les quatre écoles visitées dans la région de l'Est avaient bénéficié de nouvelles latrines, cela n'a pas été le cas dans les régions du Centre nord et Centre Ouest : aucune des écoles des douze communautés bénéficiaires visitées dans ces régions n'avait bénéficié d'amélioration des infrastructures sanitaires, alors que les existantes ne sont ni suffisantes, ni toujours conformes aux normes (non séparées par sexe, absence de latrine pour les enseignants). Dans un cas, l'école était dépourvue de latrine et dans trois cas celles-ci étaient totalement délabrées.

31. En termes d'adéquation des installations sanitaires, toutes les toilettes d'écoles construites avec l'appui de l'UNICEF observées étaient séparées par sexe et il y avait au moins un bloc avec rampe d'accès. Néanmoins, il n'existait pas toujours de barre d'appui à l'intérieure de la cabine réservée aux PMR et certaines écoles n'ont pas de toilettes pour les enseignants.

Figure 3 : caractéristique des toilettes écoles construites avec l'appui de l'UNICEF



32. Selon les personnes rencontrées et les observations effectuées, le respect des normes portant sur le nombre d'élèves par toilette n'est pas toujours effectif.

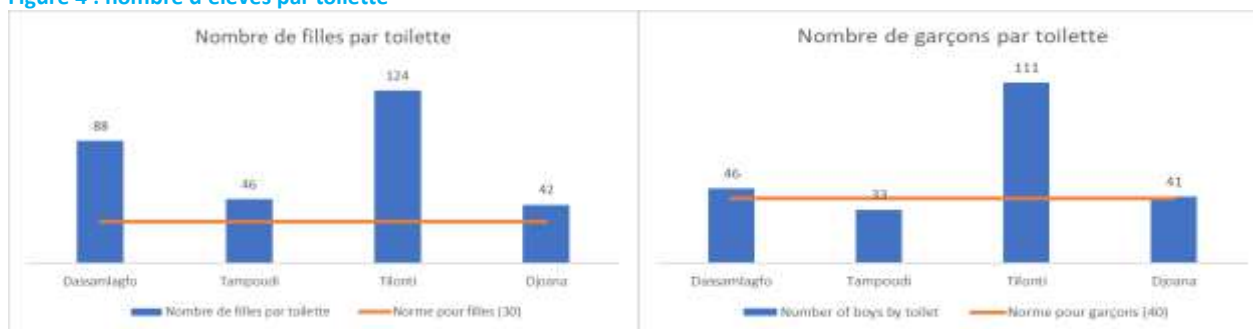
⁴⁶ Observation latrine ménages, FDG comité assainissement, entretiens UNICEF, DREA et ONG

⁴⁷ 2022 UNICEF Évaluation formative multi-pays du Résultat Clé pour les Enfants rapport Burkina Faso (RCE#8)

⁴⁸ RAM 2022

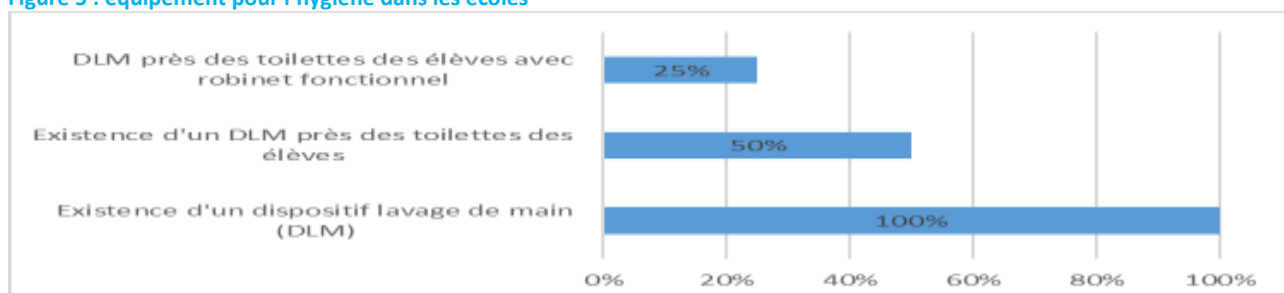
⁴⁹ RAM 2018

Figure 4 : nombre d'élèves par toilette



33. Afin de favoriser l'adoption de pratiques d'hygiène, des dispositifs de lavage des mains (DLM) mobiles ont été mis en place dans les écoles à proximité des latrines et des clubs d'hygiène ont été formés dans les écoles⁵⁰. Sur le terrain il a été constaté qu'une partie des écoles ont bénéficié de sensibilisation à l'hygiène et l'assainissement sans amélioration des infrastructures EAH. L'absence ou l'insuffisance d'équipement en EAH a également été signalé par les partenaires de mise en œuvre, ainsi que la non-durabilité des DML distribué dans cadre de la COVID. les observations réalisées dans les écoles dont les infrastructures ont été améliorées avec l'appui de l'UNICEF montrent que les DLM ne sont pas toujours placés près des latrines des élèves et qu'ils sont rarement fonctionnels.

Figure 5 : équipement pour l'hygiène dans les écoles



34. En 2019, une recherche – action sur une nouvelle approche de changement de comportement (technique du « Nudging ») a été initiée dans 10 écoles primaires de la province du Gourma, région Est. Le « nudging » consiste à mettre en place des stations de lavage des mains attrayantes pour les enfants, l'hypothèse étant que leur effet attractif aurait une incidence sur l'adoption de la pratique du lavage des mains, même en l'absence d'activités de promotion de l'hygiène⁵¹. Cette technique a permis une amélioration de la pratique de lavage des mains après l'usage des toilettes de 22%. En 2021, UNICEF a appuyé la mise en œuvre de cette technique à 50 écoles supplémentaires dans les régions de l'Est et du Centre-Ouest. En outre, un guide de mise en œuvre de cette technique a été élaboré et distribué aux écoles et acteurs clés.⁵²
35. En 2020, une note d'orientation sur l'assainissement total piloté par l'école (ATPE) a été développée et mise en œuvre dans 18 écoles de la région de l'Est⁵³. Néanmoins, ni la DREA de la région de l'Est, ni la direction provinciale de l'éducation de Gourma, ni aucun des directeurs des quatre écoles visitées dans la région de l'Est n'ont mentionné cette approche.
36. La promotion de l'EHA dans les établissements de santé a été favorisée par l'engagement de la Première Dame du Burkina Faso au Sommet panafricain des Premières Dames et des dirigeants

⁵⁰ RAM 2019

⁵¹ RAM 2019

⁵² RAM 2021

⁵³ RAM 2020, entretien UNICEF, DGA, ONG, UNICEF

africains sur l'EAH dans les centres de santé, ainsi que la participation de 20 cadres du Burkina Faso dans une série de 8 sessions de webinaires sur le même thème⁵⁴.

37. L'insécurité croissante dans les régions Centre-Nord, Est, Nord et Sahel a limité l'accessibilité de ces zones aux entreprises de construction. UNICEF leur a fourni des orientations sur les mesures à suivre (ex : n'intervenir que dans un site à la fois). Cette situation a également rendu difficile le suivi et contrôle de la qualité des constructions par les DREA. UNICEF a contracté une compagnie pour effectuer ce suivi. La pression sur les services EHA par l'arrivée de personnes déplacées et la fermeture d'écoles sont d'autres conséquences de la dégradation de la situation sécuritaire qui ont affecté le programme⁵⁵. Le programme a également dû faire face à des problèmes fonciers pour la construction de latrine⁵⁶.
38. Les indicateurs du programme ne permettent pas de mesurer la proportion de communautés FDAL dont l'école dispose d'installation sanitaires fonctionnelles.

Conclusions

EFFICA 4 : Le programme a contribué à améliorer l'accès à des services d'assainissement et d'hygiène de base dans les ménages en appuyant la mise en œuvre de l'ATPC, qui a permis une augmentation du nombre de ménages pourvus de latrine, dont une forte proportion de latrines améliorées. Néanmoins, la sécurité et l'intimité, facteurs favorables à l'utilisation des latrines, notamment pour les femmes et les filles, font parfois défaut. (Par. 22 à 25)

EFFICA 5 : L'accès universel à l'assainissement est compromis par diverses contraintes (sols trop durs, inadaptation aux PMR). (Par. 26, 27)

EFFICA 6 : Le programme a contribué à améliorer l'accès à des services d'assainissement de base dans les écoles et les centres de santé à travers la construction de latrine. Les installations sanitaires observées construites par le programme étaient adéquates (séparées par sexe, toilettes pour élèves et enseignants séparées, rampe d'accès et barres d'appui) mais pas dans tous les cas par. En outre, l'appui du programme en termes d'amélioration des infrastructures sanitaires a été limité. Toutes les écoles n'ont pas bénéficié de nouvelles infrastructures sanitaires, y compris des écoles dont celles-ci sont dégradées ou qui en sont dépourvues. Les infrastructures construites ne sont pas toujours adéquates. (par.29 - 30).

EFFICA 7 : Le programme a contribué à améliorer l'adoption de pratiques d'hygiène dans les écoles et les centres de santé à travers la fourniture de DLM et la sensibilisation à l'hygiène. Toutefois, les DLM distribués ne sont pas durables et l'accès à l'eau n'est pas toujours assuré. Ce n'est que dans un quart des écoles observées que les conditions requises pour la mise en pratique des règles d'hygiène étaient réunies (DLM près des latrines, approvisionnées en eau, robinet fonctionnel et savon). (par.33 - 36)

EFFICA 8 : Les indicateurs du programme ne permettent pas de mesurer la qualité de l'assainissement des ménages (type de latrine, intimité, etc) ni la proportion de communautés FDAL dont l'école dispose de latrines fonctionnelles. (par.28 ; 38)

⁵⁴ RAM 2020

⁵⁵ RAM 2019 - 2022

⁵⁶ RAM 2022

10.3.3 Renforcement du secteur

QE5 : Dans quelle mesure les interventions du programme ont-elles contribué en un renforcement du secteur ?

Tableau 13 : Niveau d'atteinte des résultats renforcement du secteur

Indicateurs	Résultats attendus au début du Programme			Résultats atteints			Niveau d'atteinte des résultats
	2019	2020	2021	2019	2020	2021	
Nombre de Communes appuyées par l'UNICEF disposant d'un partenariat public privé qui contribue à l'amélioration du taux d'accès (à l'eau potable)	1	3	4	16	16	15	Bon niveau
Proportion de fédérations d'associations d'usagers du service public de l'eau fonctionnelles dans les Communes cibles	10%	50%	75%	10%	10%	0%	Niveau faible
Nombre de personnes ayant accès à un service d'eau potable durable au cours de l'année avec l'appui de l'UNICEF	1 755	5 266	5 851	3 479	62 247	117 162	Bon niveau
Nombre d'écoles ayant accès à des services WASH basics durant l'année de rapportage grâce à l'appui direct de l'UNICEF	6	18	20	36	188	343	Bon niveau
Nombre de centres de santé dotés d'ouvrages WASH durant l'année de rapportage grâce à l'appui direct de l'UNICEF	4	10	11	18	73	54	Bon niveau
Population vivant dans les nouvelles communautés déclenchées durant l'année de rapportage grâce à l'appui direct de l'UNICEF	200 000	70 000	90 000	389 250	752 169	622 059	Bon niveau
Nombre de communautés certifiées FDAL durant l'année de rapportage grâce à l'appui direct de l'UNICEF	321	443	488	584	446	921	Bon niveau
Nombre de Communes FDAL grâce à l'appui direct de l'UNICEF	2	3	4	2	7	6	Bon niveau
Nombre d'écoles mettant en œuvre des programmes de gestion de l'hygiène menstruelle durant l'année grâce à l'appui direct de l'UNICEF	22	44	31	199	218	1 057	Bon niveau

Source : RAM 2022 (Bon niveau : au moins 80% du résultat attendu ; niveau moyen : 50 à 79% du résultat attendu ; niveau faible : inférieur à 50% du résultat attendu)

SQE 5.1 : Dans quelle mesure les interventions du programme ont-elles contribué en une amélioration des connaissances des acteurs du secteur EAH au niveau national, déconcentrées et décentralisées et quelle incidence cela a eu?

39. Des études appuyées par l'UNICEF visaient à aider le MAE à mieux comprendre certains aspects en vue d'élaborer une feuille de route ou une stratégie pour y remédier. C'est le cas de l'étude sur le changement climatique (centrée sur l'analyse des risques liés à l'eau, à l'assainissement et à l'assainissement et à ses impacts sur les enfants et les femmes).⁵⁷ Cette meilleure compréhension des risques liés au changement climatique a fourni à l'UNICEF des arguments pour convaincre le MAE de l'importance de prendre en compte cet aspect et en 2022, une note d'orientation pour intégrer le changement climatique dans les politiques nationales a été⁵⁸ élaborée.
40. Par ailleurs, une recherche-action sur l'impact des risques climatiques sur l'assainissement a été menée en partenariat avec l'Institut d'Etudes du Développement (IDS), avec la contribution de l'Institut 2iE⁵⁹. C'est également le cas d'une étude de base CAP, ⁶⁰incluant des tests de qualité de

⁵⁷ Rapport annuel 2020 et 2021 de l'UNICEF BF- Burkina Faso DGIS ASWA II 2019 et 2020

⁵⁸ 2022 IRC UNICEF Document cadre pour la prise en compte du NEXUS et du changement climatique dans les interventions en dans une perspective de résilience des services

⁵⁹ Rapport annuel 2021 2022 de l'UNICEF BF Burkina Faso DGIS ASWA II

⁶⁰ Etude ToR CAP <https://drive.google.com/open?id=1qGB2kLdGx1cPctwrlYa8o8RPBy7HZoeR>

l'eau, qui a abouti à une planification de la gestion de la sécurité de l'eau (PGSE) et à la mise en œuvre d'un projet pilote dans 54 communautés de la région de l'Est⁶¹. En outre, une étude sur la connaissance des ressources en eaux souterraines a été menée qui a identifié des actions pertinentes pour améliorer la connaissance des ressources en eaux souterraines^{62,63}. De plus, le Ministère de l'éducation a réalisé un inventaire national complet de l'eau, de l'assainissement et de l'assainissement dans les écoles avec l'appui de l'UNICEF, ce qui a abouti à une feuille de route et à une note d'orientation sur la gestion de l'infrastructure WASH dans les écoles⁶⁴.

41. Des agents du MEEA ont été formés à la gestion des connaissances et un document portant capitalisation des bonnes pratiques WASH dans les écoles et centres de santé en cours de finalisation.

SQE 5.2 : Dans quelle mesure les interventions du programme ont-elles eu une incidence sur la capacité des acteurs du secteur EAH au niveau national et décentralisées à mobiliser des ressources financières, ?

42. De façon générale, la mobilisation de ressources financières par les acteurs réside dans leurs capacités à élaborer de bons documents de projet axés sur des besoins pertinents, dans l'accès à des bailleurs de fonds ou des mécanismes ad hoc de financement, dans leurs capacités à gérer conséquemment des ressources, à mettre en œuvre des activités et à rendre compte, etc.

43. Au niveau national, c'est-à-dire, à l'échelle du MEEA, l'on peut estimer que l'appui du programme à l'accroissement des compétences en matière de planification, de mise en œuvre des programmes nationaux AEP et assainissement et de suivi-évaluation, renforce la crédibilité de l'Etat auprès de ses partenaires traditionnels ou de nouveaux.

44. Au niveau décentralisé, à l'échelle des communes, l'appui à la maîtrise d'ouvrage a été très peu réalisé, or la mobilisation des ressources financières en est un pilier.

45. Au niveau décentralisé, à l'échelle des ONG ou associations de développement, partenaires de mise en œuvre du programme, l'on peut considérer que la modalité de contractualisation a contribué à accroître leurs capacités d'élaboration des dossiers de financement, d'exécution, de gestion des ressources et de reddition des comptes. Les acteurs rencontrés n'ont pas fait cas de leur accès, par l'entremise du programme, à d'autres sources de financement hormis le guichet propre à l'UNICEF. Toutefois, il ressort des entretiens⁶⁵, que la participation des acteurs aux rencontres des clusters, mis en place dans le cadre du programme, a été, pour certains acteurs, une opportunité de mobilisation de ressources auprès de bailleurs autres que l'UNICEF, mais non formellement réidentifiés. Ces éventuels bailleurs sont des organisations internationales non gouvernementales, bilatérales ou multilatérales désireuses d'avoir des partenaires opérateurs de terrain, par lesquels elles peuvent apporter leur contribution à la crise humanitaire. Pour ces organisations la participation d'un acteur aux clusters, serait, tant soit peu, un gage de son existence effective et de sa capacité opérationnelle.

SQE 5.3 : Dans quelle mesure les interventions du programme ont-elles contribué à une compréhension des rôles et responsabilités des acteurs EAH au niveau national, déconcentrés et décentralisés et au renforcement de leurs capacités pour assumer leurs rôles (y compris l'adoption d'outils) en matière de planification, mise en œuvre, coordination, suivi et maîtrise d'ouvrage ?

46. De l'avis des responsables de structure rencontrés⁶⁶, le programme n'a pas véritablement contribué à une compréhension des rôles et des responsabilités des acteurs EAH aux niveaux national, déconcentré et décentralisé. Ils sont définis dans les référentiels du MEEA (documents de politiques, de stratégies ou de programme y compris organigramme du ministère).

⁶¹ Rapport annuel 2020 et 2021 2021 de l'UNICEF BF Burkina Faso DGIS ASWA II 2020 et 2021

⁶² 2022 UNICEF BF Etude sur la connaissance des ressources en eau souterraines au Burkina Faso

⁶³ Rapport annuel 2022 2023 de l'UNICEF BF Burkina Faso DGIS ASWA II

⁶⁴ Rapport annuel 2022 2023 de l'UNICEF BF Burkina Faso DGIS ASWA II

⁶⁵ ONG partenaires de mise en œuvre et UNICEF terrain.

⁶⁶ DGEP, DGA, DREA, mairies

47. Cependant, les mêmes sources reconnaissent le renforcement de leurs capacités pour assumer leurs rôles, notamment au niveau régional. Ainsi, les DREA ont bénéficié de renforcement de capacités de suivi supervision des interventions dans leur espace géographique, à travers l'octroi de moyens logistiques et des ressources financières. En la matière, les plans de travail annuel (PTA) ont été adoptés avec le MEEA et chaque DREA. Dans ce cadre, les capacités des DREA ont été renforcées afin qu'elles soient à même de monter des requêtes de financement auprès de l'UNICEF, de les justifier et de procéder à des appels de fonds pour les étapes ultérieures.
48. Le programme a également appuyé les DREA pour le renforcement des capacités des acteurs locaux dans différents domaines, tels que la maintenance des PMH, la mise en œuvre de l'ATPC, la prise en compte du genre. Ces renforcements de capacités consistaient en des moyens (expertises ou ressources financières) mis à la disposition des DREA pour organiser des formations.
49. Un autre appui du programme a été l'expérimentation de la mise en œuvre d'une partie des activités du programme par la DREA du Centre Ouest, à savoir que cette direction avait en charge de recruter directement des ONG ou associations partenaires de mise en œuvre de lots d'activités dans communes et des villages ciblés. Ainsi, par exemple, les ONG Plan international, AMUS ou l'association AIDPP ont été attributaires de contrat pour réaliser l'ATPC dans les villages des communes de Kokologho et d'Imasgo. Cette modalité renforce les capacités opérationnelles de contractualisation, de management et suivi supervision de la direction, tout en lui assurant une opportunité d'emprise sur le terrain.
50. Le programme a renforcé la capacité de mise en œuvre à travers l'appui à l'élaboration de référentiels tels que le Code de bonne conduite sur le processus de réalisation des forages d'exploitation d'eau souterraine, des Adductions d'Eau Potable Simplifiées (AEPS) et des Postes d'Eau Autonomes (PEA) au Burkina Faso, le Guide PSEA (Document qui instruit en matière de prise en compte du genre), la note d'orientation sur la mise en œuvre de l'ATPC⁶⁷.
51. En termes d'outil de suivi, des canevas de rapportage ont été mis à la disposition des acteurs. Il est noté également la mise en place de la plateforme 5 W (Who, why, what, where, when), ouvert à tous les partenaires de mise en œuvre qui mensuellement peuvent y renseigner leurs réalisations. Le bémol à ce niveau, c'est que les tous les acteurs ne renseignent pas dûment et à date cette plateforme en ligne⁶⁸.
52. La mise en place des Clusters WASH dans les régions du Centre Ouest et du Sahel, dont l'animation est portée par les DREA avec l'appui des équipes terrain de l'UNICEF, assure un renforcement de la coordination du secteur à l'échelle régionale sous l'égide des DREA. Les clusters constituent un cadre idéal permettant aux DREA d'une part de dialoguer avec les ONG et associations actives sur le terrain et d'être informées de l'évolution de la situation du WASH. Les inter-clusters (wash, éducation, santé, protection) permettent un dialogue intersectoriel pour plus de synergie⁶⁹.
53. Au niveau décentralisé, le programme a œuvré au renforcement des capacités des acteurs communaux, notamment de maintenanciers des PMH ou de maçons pour la réalisation des latrines. Cependant, un appui conséquent à la maîtrise communale a manqué.⁷⁰

⁶⁷ Rapports annuels, entretiens UNICEF, DGEP, DGA, DREA

⁶⁸ DREA

⁶⁹ DREA, ONG, UNICEF

⁷⁰ UNICEF, ONG, DREA, mairies

Conclusions

EFFICA 9 : Les interventions du programme ont contribué en une amélioration des connaissances des acteurs du secteur EAH au travers de l'appui à la conduction d'études qui ont favorisé une meilleure compréhension de certains aspects. C'est le cas de l'incidence du changement climatique sur l'accès aux services EHA ; de la qualité de l'eau, de l'état des connaissances des ressources en eaux souterraines ou encore de l'inventaire national complet de l'eau, de l'assainissement et de l'assainissement dans les écoles. L'amélioration des connaissances a induit un processus pour une prise en compte de ces aspects par le MAE. Ainsi une note d'orientation pour intégrer le changement climatique dans les politiques nationales a été élaborée. De même une planification de la gestion de la sécurité de l'eau (PGSE) est expérimentée dans un projet pilote et une feuille de route et une note d'orientation sur la gestion de l'infrastructure WASH dans les écoles ont été élaborées. (Par.39 – 41)

EFFICA 10 : Les interventions du programme n'ont pas eu une incidence sur la capacité des acteurs du secteur EAH à mobiliser des ressources financières. Toutefois, l'appui au développement des compétences des structures du MEEA au niveau national accroît leur crédibilité auprès des partenaires financiers. (Par 42, 43)

EFFICA 11: Au niveau décentralisé, Le renforcement des capacités de mobilisation des ressources financières par les communes n'a pas été réalisé. C'est au niveau des ONG ou des associations partenaires de mise en œuvre du programme que la participation au cluster est un gage pour accéder à des sources de financement autre que l'UNICEF. (par 44 ; 45)

EFFICA 12: Les interventions du programme n'ont pas contribué en meilleure compréhension des rôles et responsabilités des acteurs EAH dans la mesure où ceux-ci sont clarifiés dans les référentiels du MEEA. En revanche le programme a grandement contribué au renforcement de capacité des acteurs du secteur pour assumer leurs rôles, notamment les DREA qui ont vu leur capacité de suivi supervision renforcée ; ainsi que leur capacité de former les partenaires de mise en œuvre (maintenance des PMH, ATPC, prise en compte du genre). La capacité de planification a été renforcée au travers de l'élaboration de PTA au niveau national et régional et la capacité de mise en œuvre par l'élaboration de documents cadres (ex : Code de bonne conduite sur le processus de réalisation des ouvrages hydrauliques ; Guide PSEA qui instruit en matière de prise en compte du genre) , ainsi que par l'expérimentation de la gestion des partenariats par la DREA du Centre Ouest. (par. 46 -50)

EFFICA 13: En termes d'adoption d'outils de suivi, il faut mentionner les canevas de rapportage mis à la disposition des partenaires de mise en œuvre, ainsi que la plateforme 5 W (Who, why, what, where, when), mais cela n'assure pas une collecte exhaustive et actualisée. (par. 51)

EFFICA 14 : A l'échelle décentralisée, le renforcement du secteur, a porté sur un accroissement des compétences des acteurs locaux pour plus d'efficacité dans leurs prestations. L'appui à la maîtrise d'ouvrage a été très peu effectif. (par 53)

EFFICA 15 : La coordination a été renforcée par la mise en place des clusters. (par.52)

10.3.4 Accès aux services EAH en situation d'urgence

QE6 : Dans quelle mesure le programme a-t-il contribué à un accès à des services adéquats et équitables d'EAH de base dans les localités en milieu rural et urbain affectés par les crises humanitaires ?

Tableau 14 : Niveau d'atteinte des résultats réponse à l'urgence

Indicateurs	Cibles					Résultats atteints					Niveau d'atteinte des résultats
	2018	2019	2020	2021	2022	2018	2019	2020	2021	2022	
Nombre de personnes en situation humanitaire ayant accès à l'eau potable et à des services d'hygiène et d'assainissement adéquats (52711)	35 000	50 000	483 100	820 000	820 000	7992	237 562	584 547	204 012	464 323	Moyen
Nombre de nouvelles communautés mettant en œuvre des plans de salubrité de l'eau (52715)	50	80	100			70	70	0			Moyen
Population ciblée par l'UNICEF dans des situations humanitaires ayant accès à une quantité suffisante d'eau de qualité appropriée pour boire, cuisiner et se laver (24-02-L3-29)			370 000	660 000	660 000			200 189	197 421	861 933	Moyen

Source : RAM 2022 (Très Bon niveau : supérieur à 100% du résultat attendu ; Bon niveau : au moins 80% du résultat attendu ; niveau moyen : 50 à 79% du résultat attendu ; niveau faible : inférieur à 50% du résultat attendu ; Niveau nul : % du résultat attendu) (SD : sans données ; ND : non déterminé ; N/A : Non Applicable)

SQE 6.1 : Dans quelle mesure le programme a-t-il contribué à un accès rapide et coordonné de services adéquats et équitables d'EAH de base dans les ménages, écoles et établissements de santé milieu rural et urbain affectés par les crises humanitaires ?

54. Les données du tableau ci-haut montrent que l'efficacité du programme en matière de gestion de la crise humanitaire dans les régions concernées est moyenne. Les taux de réalisation des cibles sur les différentes années ont de 68%, de 61% et de 75% pour chacun des trois indicateurs. Ce sont des niveaux satisfaisant de réalisation compte du fait que la crise humanitaire engendre des situations non figées mais perpétuelle reconfiguration auxquelles il faut savoir moduler les réponses.
55. A l'échelle des ménages, les réponses ont été opérationnalisées selon deux logiques, à savoir : la prise en charge des personnes déplacés internes sur des sites dédiés et leur prise en charge dans les communautés hôtes. Au niveau, des sites, la contribution du programme a consisté à la fourniture de services de base d'AEP (réalisation d'ouvrages d'AEP, installation de réservoirs d'eau (polytank), d'hygiène (installation de dispositif de lavage des mains) et d'assainissement (installation de sanitaires amovibles ou réalisation de latrines ordinaires. A ces services de base, des kits d'hygiène ou de dignité ont été distribués. Au niveau des communautés hôtes, il s'est agi du renforcement des capacités collectives d'accueil (réhabilitation des ouvrages d'AEP ou réalisation d'ouvrages nouveaux) et du renforcement des capacités des ménages hôtes. A cette échelle, certains ménages ont bénéficié de soutien pour l'amélioration de leurs sanitaires ou pour la réalisation de latrines supplémentaires. Également des kits d'hygiène ou de dignité ont été distribués⁷¹.
56. Pour éviter les pénuries d'eau potable, le programme a introduit l'approche water tracking, qui a consisté à livrer l'eau potable à des groupes de populations à l'aide de camions citernes. Des partenaires de mise en œuvre qui ont été responsabilisés (ATAD et ACD) à cet effet affirment que

⁷¹ UNICEF, ONG, DREA

l'approche a été salvatrice. En milieu urbain, le programme a permis l'injection d'eau potable dans le réseau de l'ONEA pour faire face à la crise humanitaire⁷².

SQ 6.2 : Dans quelle mesure le programme a-t-il favorisé une intégration des approches humanitaires, développement et cohésion sociale (approche nexus) dans la prise en charge les personnes déplacées internes victimes des attaques terroristes ?

57. L'intégration des approches humanitaires, développement et cohésion sociale a été une problématique du programme, notamment dans les régions marquées par la crise humanitaire. Outre le fait que le NEXUS constitue une stratégie initiale du programme, il ressort des entretiens que l'intégration des approches est une préoccupation qui a émergé progressivement, du fait que la crise s'ancrait et que les flux de mouvements de PDI s'amplifiaient et s'étendaient à plus localités. En effet, par exemple, la réalisation des latrines a été, de prime abord, faite dans le souci de pouvoir faire à la situation d'urgence des PDI. Cependant, ces ouvrages au bout d'un temps n'étaient plus adaptés (remplissage rapide des fosse). Leur réalisation devait s'envisager dans une perspective durable. Dans le même temps, le processus de mise en œuvre de l'ATPC devait être revu pour tenir compte de la reconfiguration des communautés liée à l'arrivée de PDI ou au départ de groupes entiers⁷³.
58. Il est donné de constater que la promotion du NEXUS a été favorisée par les échanges entre les acteurs du secteur (atelier de Kaya) et la sensibilisation des acteurs à l'occasion des rencontres bilatérales ou multilatérales. Il en est résulté la création au sein du MEEA d'un secrétariat permanent en charge des questions humanitaires selon l'approche nexus. Toutefois, il a manqué de renforcement de capacité⁷⁴.
59. Les acteurs rencontrés soulignent que, de façon tacite et pragmatique, les clusters ont été des cadres où les acteurs se sont progressivement appropriés les dimensions et les exigences du NEXUS. La logique de fonctionnement et d'animation des clusters ont permis, une intégration des approches humanitaires – développement – cohésion sociale⁷⁵.
60. Particulièrement, au plan de la cohésion, il ressort des entretiens avec les partenaires de mise en œuvre du programme dans la région du Centre Nord, que d'une part l'application du principe d'assurer la prise en charge des PDI tout en veillant à la prise en compte des préoccupations des communautés hôtes, et d'autre part, l'octroi de moyens aux ménages hôtes pour bien les accueillir, notamment avec la dotation de latrines supplémentaires selon les cas, ont été des facteurs qui ont permis d'assurer au mieux la cohésion sociale⁷⁶.

Conclusions

EFFICA 16 : Le programme a contribué à un accès rapide et coordonné de services AEP multifformes qui a permis d'endiguer de façon appréciable les différentes situations. Pour ce qui est de l'assainissement l'équipement des sites d'accueil en installations sanitaires a permis une prise en charge des besoins WASH des PDI. Le soutien aux ménages hôtes de PDI a été stratégique pour assurer, tant soit peu, un accueil favorable des PDI et pour éviter la DAL. En matière d'hygiène, la distribution de kits d'hygiène ou de dignités a permis aux PDI de se prémunir d'un minimum de bonnes pratiques. (Par 54 - 56)

EFFICA 17 : Le programme a favorisé une intégration des approches humanitaires, développement et cohésion sociale (approche nexus) au travers d'échanges entre acteurs. Cela a résulté en la mise en place au sein du MEEA d'un secrétariat permanent en charge des questions humanitaires selon l'approche nexus, mais n'a pas donné lieu à des formations. (Par 57 - 59)

⁷² UNICEF, ONG, DREA

⁷³ UNICEF, DGA, DGEP, ONG

⁷⁴ Entretiens UNICEF, DGEP, DREA, ONG, UNICEF

⁷⁵ UNICEF, ONG, DREA

⁷⁶ UNICEF, ONG, DREA

EFFICA 18 : La cohésion sociale a été assurée dans plusieurs localités du fait que les approches d'intervention prenaient à la fois les besoins des PDI et des communautés hôtes. Aussi, le renforcement des conditions sanitaires des ménages hôtes a permis de consolider l'accueil des PDI. (par 60)

10.3.5 Prise en compte du changement climatique

QE 7 : Dans quelle mesure le programme a-t-il favorisé la prise en compte des risques liés au changement climatique dans les interventions EHA ?

Tableau 15 : Niveau d'atteinte des résultats prise en compte du changement climatique

Indicateurs	Cibles					Résultats atteints					Niveau d'atteinte des résultats
	2018	2019	2020	2021	2022	2018	2019	2020	2021	2022	
Nombre de personnes vivant des communautés avec approvisionnement en eau résilient au climat pendant l'année, résultat de l'appui direct de l'UNICEF	n/a	n/a	n/a	40 000	100 000	n/a	n/a	n/a	0	101 605	Niveau moyen
Existence de Plan du secteur EHA intégrant le développement de la résilience au climat et/ ou une stratégie de gestion des risques climatiques	n/a	n/a	n/a	Initié	oui				Initié	oui	Bon niveau

Source : RAM 2022 (Bon niveau : au moins 80% du résultat attendu ; niveau moyen : 50 à 79% du résultat attendu ; niveau faible : inférieur à 50% du résultat attendu) Sd : sans donnée – n/a : non applicable

61. Comme cela a été mentionné au chapitre 9.2.4, la considération des risques climatiques par le programme a débuté en 2019 avec la conduite d'études pour une meilleure compréhension des risques et des impacts. Le changement climatique augmente la fréquence des sécheresses et des inondations, et compromet les moyens de subsistance des populations, augmentant leur vulnérabilité. La résilience communautaire et les mécanismes d'adaptation diminuent d'année en année, provoquant des déplacements saisonniers pour l'accès à l'eau et créant de nouveaux besoins humanitaires.⁷⁷ En ce qui concerne les services WASH, le changement climatique induit la réduction de la disponibilité des eaux de surface et la recharge des eaux souterraines, ce qui entraîne une pénurie d'eau. La réduction de la disponibilité des eaux de surface pour l'agriculture et l'élevage augmente la pression sur les eaux souterraines, aggravée par l'arrivée de PDI dans certaines zones, ce qui exacerbe les conflits liés à l'eau. L'assèchement des forages peut amener la population à boire de l'eau de surface non traitée, ce qui a un impact sur la prévalence accrue des maladies d'origine hydrique. Une diminution de la disponibilité de l'eau entraîne le non-respect des mesures d'hygiène adéquates telles que le lavage des mains⁷⁸. En matière d'assainissement de base, la fréquence accrue de pluies excessives et d'inondations induit une fréquence accrue de destruction des latrines des ménages en matériaux précaires, aggravant le risque de découragement de reconstruire les latrines détruites⁷⁹. L'inondation des latrines augmente également le risque de maladies infectieuses⁸⁰. En outre, l'incidence négative du changement climatique sur les moyens de subsistance tend à réduire l'intérêt des ménages pour l'hygiène et l'assainissement, car ils donnent la priorité à la récupération des moyens de subsistance⁸¹.

⁷⁷ 2020 UNICEF Note Stratégique : Programme Eau, Assainissement et Hygiène (EAH) UNICEF Burkina Faso, Extension CPD pour la période 2021-2022

⁷⁸ 2021 IRC note de contribution sur la prise en compte des risques climatiques dans les interventions AEPHA

⁷⁹ 2022 SLH Effet des aléas climatiques sur les pratiques d'hygiène et d'assainissement en milieu rural au Burkina Faso

⁸⁰ 2021 IRC note de contribution sur la prise en compte des risques climatiques dans les interventions AEPHA

⁸¹ 2022 SLH Effet des aléas climatiques sur les pratiques d'hygiène et d'assainissement en milieu rural au Burkina Faso

62. Cette meilleure compréhension des risques et des impacts du changement climatique a fourni des éléments à l'UNICEF pour convaincre le MEEA de l'importance de considérer cet aspect⁸². En 2022 une note d'orientation pour l'intégration du changement climatique dans les politiques nationales a été élaborée⁸³ mais cette intégration n'était toujours pas effective au moment de l'évaluation.
63. Selon UNICEF et les DREA rencontrées, le principal défi en matière d'incidence du changement climatique pour l'approvisionnement en eau est l'amélioration de la connaissance des ressources en eau souterraines au travers d'études hydrogéologiques. Pour l'heure, la stratégie mise en œuvre est la maximisation du système de pompage en fonction des caractéristiques des nappes phréatiques : remplacement de PMH par des pompes solaires lorsque le débit est élevé, extension de la couverture géographique des forages à gros débit et connexion au réseau de l'ONEA lorsque celui-ci est proche⁸⁴.
64. Dans le domaine de l'assainissement, selon les personnes rencontrées⁸⁵, des recherches – actions sont en cours sur l'adaptation technologique des latrines pour les rendre plus résistantes aux inondations et les communautés sont incitées à prendre des mesures contre le risque d'inondation des latrines en évitant les constructions dans des bas-fonds ou sur des zones de ruissellement, ainsi qu'à construire des latrines durables.

Conclusions

EFFICA 23 : Le programme a favorisé la prise en compte des risques liés au changement climatique dans les interventions EHA en appuyant la conduite d'études pour une meilleure compréhension des risques et des impacts. Cela a contribué à convaincre le MEEA de la nécessité d'intégrer le changement climatique dans les politiques nationales et une note d'orientation a été élaborée. L'un des défis identifiés en matière d'approvisionnement en eau est l'amélioration de la connaissance des ressources en eau souterraines. (Par. 61 – 623)

EFFICA 24 : En termes opérationnelle, la stratégie mise en œuvre est la maximisation du système de pompage en fonction des caractéristiques des nappes phréatiques : remplacement de PMH par des pompes solaires lorsque le débit est élevé, extension de la couverture géographique des forages à gros débit et connexion au réseau de l'ONEA lorsque celui-ci est proche. (Par.63)

EFFICA 25 : Dans le domaine de l'assainissement des ménages aucune évidence de développement de stratégie n'a été identifiée. Des recherches – actions sont en cours sur l'adaptation technologique des latrines pour les rendre plus résistantes aux inondations et les communautés sont incitées à prendre des mesures contre le risque d'inondation des latrines et à construire des latrines durables. (Par.64)

⁸² RAM, entretiens UNICEF, DGEP

⁸³ RAM 2022

⁸⁴ Entretiens UNICEF, DGEP, DREA, ONG

⁸⁵ Entretiens UNICEF, DGA, ONG

8.4. Efficience

Les constats relatifs à l'efficience proviennent de revues documentaires (PTT), d'entretiens au niveau national (DGA, DGEP, ONG, UNICEF), régional (DREA).

QE 8 : Dans quelle mesure les résultats attendus ont-ils été atteints avec un rapport coût/quantité ou coût/qualité judicieux ?



Crédit photo 4 : DLMs hors usage entreposés dans le magasin de l'école primaire de Dabiou, province de la Sissili dans la région du Centre Ouest

QE 8 : Dans quelle mesure les résultats attendus ont-ils été atteints avec un rapport coût/quantité ou coût/qualité judicieux ?

65. En termes de renforcement des services sociaux de base, le programme a mobilisé 75% du budget⁸⁶ et a atteint 78% des résultats attendus⁸⁷. Le reste du budget a été consacré aux activités de sensibilisation communautaire, qui n'ont pas d'indicateurs dédiés.
66. La lourdeur des procédures de décaissement a été mentionnée par 15 partenaires institutionnels et 9 ONG. Cela crée des situations inconfortables peu propices à la réalisation des activités prévues et, en ce qui concerne les ONG, des retards de démarrage, avec les incidences en termes de mobilisation du personnel qui en découlent, ainsi que des interruptions d'activités entre les tranches ou entre des projets. Cela coupe l'élan impulsé et nécessite de reprendre des activités déjà réalisées, affectant l'efficience des interventions. Selon UNICEF, il y a eu des renforcements de capacité en la matière, mais le turnover des ressources humaines compromet la durabilité du résultat.
67. L'analyse du rapport coût/quantité ou coût/qualité judicieux n'a pu être faite à ce stade. Elle suppose l'existence de données discriminées pour les principales catégories de d'investissements financés par le programme, à savoir : les formations, les ouvrages d'AEP, les ouvrages d'assainissement, la mise en œuvre intégrale de l'ATPC.

Conclusions

EFFIC 1 : Il est difficile d'établir dans quelle mesure les résultats attendus ont-ils été atteints avec un rapport coût/quantité ou coût/qualité judicieux, faute de données. Néanmoins, l'efficience du Programme a été affectée par la lourdeur des procédures de décaissement que les formations réalisées n'ont pas contribué à surmonter du fait du turnover des ressources humaines des partenaires. (par 65 - 67)

⁸⁶ Calculé sur la base du budget établi dans les PTT

⁸⁷ Indicateurs du programme, voir chap. 9.2.3

8.5. Durabilité

Les constats relatifs à la durabilité proviennent de revue documentaire (RAM, évaluations, Plans d'action, pacte de durabilité, etc), entretiens au niveau national (DGA, DGEP, Ministère éducation, ONG, UNICEF), régional (DREA, DRE, DRS), provincial (DPE), des Districts sanitaires, des communes (mairies, CAVQ, directeurs d'école et centre de santé) ; FDG avec comité assainissement, entretiens avec des ménages, observations structurées de latrines ménage et des installations sanitaires d'écoles, enquêtes en ligne.

QE 9. Dans quelle mesure les bénéfices du programme sont-ils susceptibles d'être durables, en milieu rural et urbain ?

SQE 9.1 : Dans quelle mesure le programme a-t-il contribué à favoriser la contribution active des ménages, écoles, établissements de santé à la maintenance des services d'approvisionnement en eau ?

SQE 9.2 : Dans quelle mesure le programme a-t-il contribué à favoriser la contribution active des ménages, écoles, établissements de santé à la maintenance des services d'assainissement et d'hygiène de base ?

SQE 9.3 : Dans quelle mesure le renforcement des acteurs du secteur au niveau central, déconcentré et décentralisé favorise-t-il la durabilité des services d'approvisionnement en eau des ménages, des écoles et des établissements de santé ?

SQE 9.4 : Dans quelle mesure le renforcement des acteurs du secteur au niveau central, déconcentré et décentralisé favorise-t-il la durabilité des services d'assainissement et d'hygiène de base des ménages, écoles et établissements de santé ?



QE 9. Dans quelle mesure les bénéfices du programme sont-ils susceptibles d'être durables, en milieu rural et urbain ?

SQE 9.1 : Dans quelle mesure le programme a-t-il contribué à favoriser la contribution active des ménages, écoles, établissements de santé à la maintenance des services d'approvisionnement en eau ?

68. A l'échelle des villages, lors de la réhabilitation ou la réalisation ouvrages nouveaux, des comités de gestion du point d'eau sont mis en place. Cet organe endogène a pour rôle d'assurer l'hygiène et la salubrité autour du point, la maintenance préventive (entretiens légers : ex. graissage ou serrage de boulons), de mobiliser les ressources financières attendus des usagers selon les termes fixés par l'AUE et la mairie, de rendre compte à l'AUE. Le comité de gestion de gestion du point d'eau vient comme un partenaire de l'AUE pour ce qui concerne le fonctionnement d'un ouvrage donné, alors que l'AUE a la responsabilité pour l'ensemble de tous les ouvrages du village. Toutefois, il ressort des entretiens réalisés⁸⁸, que les comités de gestion des points d'eau et les AUE ne sont pas toujours fonctionnels et qu'ils éprouvent de sérieuses difficultés à collecter des fonds auprès des ménages pour payer les services de réparateurs.

⁸⁸ Entretiens avec les CAVQ, Partenaires de mise en œuvre, DREA ou TCEA

69. Au niveau des écoles et des centres de santé, à l'exception de l'installation de polytanks réalisée par des partenaires de mise en œuvre, l'intervention du programme en matière d'ouvrages d'AEP a été conduit directement par l'UNICEF siège. Dans tous les cas, aucun mécanisme pour assurer la contribution des acteurs locaux n'a été formellement mis en place, l'intervention s'est adossée aux structures organisationnelles préexistantes, à savoir l'APE ou l'AME pour les écoles et le CoGes pour les centres de santé.

SQE 9.2 : Dans quelle mesure le programme a-t-il contribué à favoriser la contribution active des ménages, écoles, établissements de santé à la maintenance des services d'assainissement et d'hygiène de base ?

70. L'UNICEF a cherché à lever le goulot d'étranglement que constitue les normes sociales pour assurer la durabilité du changement de comportement. L'approche ATPC adoptée par l'UNICEF influe sur les normes sociales relatives à l'assainissement, lesquelles sont renforcées lorsque la sensibilisation se poursuit à la phase post-FDAL. L'UNICEF a formé au C4D (principes fondamentaux) plus de 500 leaders communautaires et membres de comités d'assainissement, ce qui a permis à plus de 80% des villages bénéficiaires de maintenir le statut FDAL pendant au moins un an et l'adoption de pratique d'hygiène (lavage des mains avec du savon à des moments cruciaux), de plus de 90% de la population⁸⁹. Des messages radio et du théâtre communautaire ont également été utilisé⁹⁰.
71. Un autre goulot d'étranglement adressé par UNICEF est le renforcement de l'offre et de la demande du marché de l'assainissement, en vue de favoriser une amélioration de la qualité et donc durabilité des latrines ménages. Cela s'est concrétisé par la formation et équipement de maçons dans les villages⁹¹ et l'incitation à des commerçants existants de vendre des articles nécessaires à la fabrication de latrines⁹². Des Associations Villageoises d'épargne et de crédit (AVEC) ont également été mise en place pour favoriser l'accès des ménages au marché de l'assainissement⁹³. La mise en œuvre de cette approche est récente et a une couverture géographique restreinte.⁹⁴
72. D'autres approches sont adoptées par les DREA et les ONG pour assurer l'amélioration de la qualité de l'assainissement des ménages, notamment l'appui des ménages vulnérables (subvention) pour la construction de leur latrine.⁹⁵
73. Les données collectées auprès de 147 ménages montrent que 68% des latrines ont plus de deux ans et 27% plus de quatre ans. Il y a même des ménages (11%) qui ont construit leur latrine il y a plus de 7 ans.
74. L'observation des latrines de 147 ménages met en évidence la faible proportion de latrine en matériaux durables. En outre, comme cela a été vu au chapitre 9.2.2, la qualité de l'assainissement n'est pas toujours assurée (près de 40% des latrines avaient le trou d'aisance ouvert au moment de la visite).

⁸⁹ RAM 2018

⁹⁰ RAM 2019, 2021

⁹¹ 2022 UNICEF Évaluation formative multi-pays du Résultat Clé pour les Enfants (RCE#8) ; Entretiens avec ONG, UNICEF, Mairies, enquêtes en ligne mairies ; FDG comité assainissement

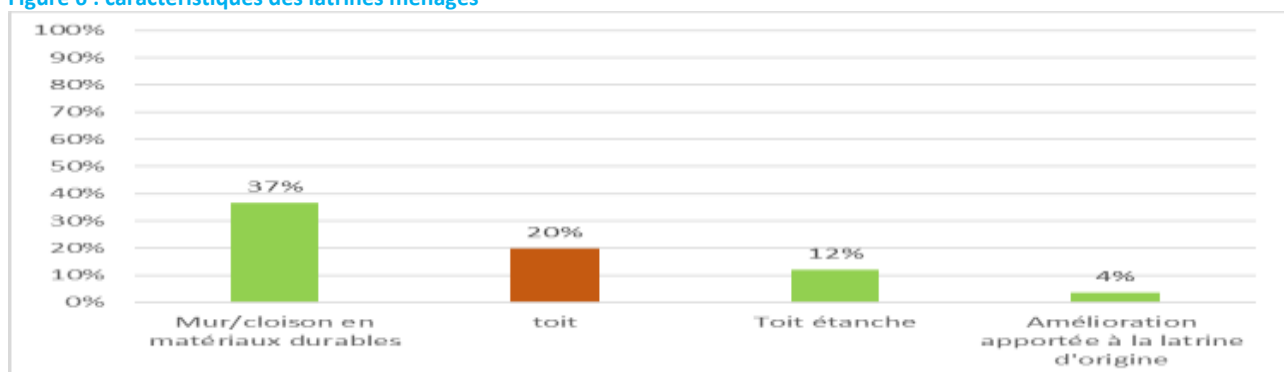
⁹² Entretiens UNICEF, ONG

⁹³ RAM 2021, 2022-AMD Évaluation formative multi-pays du Résultat Clé pour les Enfants (RCE#8), entretiens UNICEF, ONG

⁹⁴ 2022 AMD Évaluation formative multi-pays du Résultat Clé pour les Enfants (RCE#8)

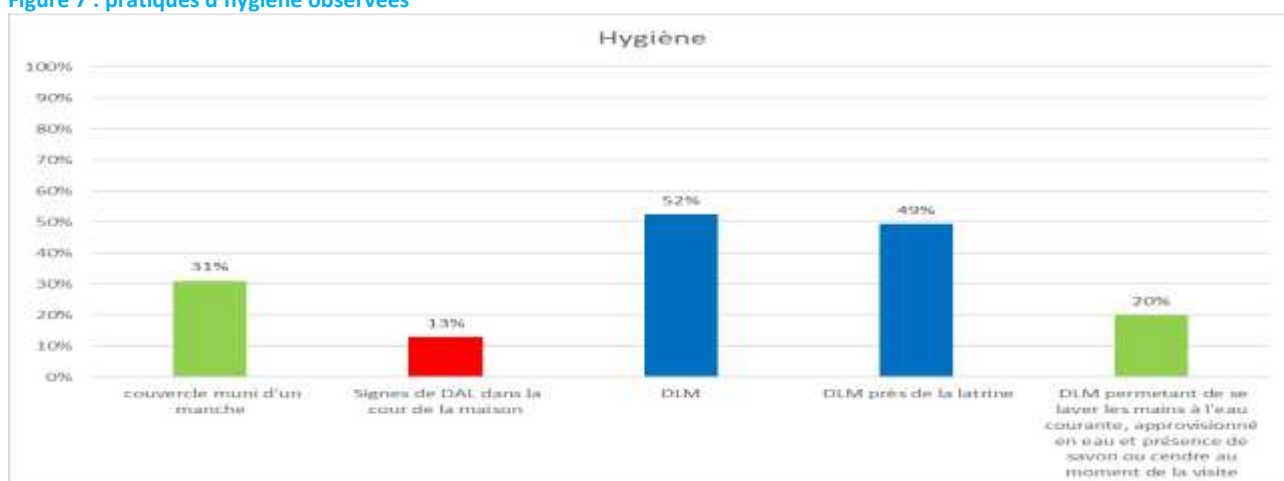
⁹⁵ Plan d'actions 2022-2024 pour l'accélération de la Fin de la Défécation à l'Air Libre dans la région du Centre-Ouest, entretiens ONG, DREA, mairies, enquête en ligne mairies

Figure 6 : caractéristiques des latrines ménages



75. En ce qui concerne la durabilité des pratiques d'hygiène, il est difficile de déterminer avec certitude celles réellement adoptées, notamment le lavage des mains aux moments critiques, l'usage d'eau courante, de savon ou de cendre et la façon de se sécher les mains. En se basant sur les éléments observables au niveau de ménages, on constate d'importantes lacunes. Seulement la moitié des ménages visités disposaient de DLM et le DLM était fonctionnel avec présence de savon ou de cendre dans à peine 20% des ménages. Le couvercle muni d'un manche pour couvrir le trou d'aisance, permettant de limiter les contaminations, n'existe que dans 31% des ménages. Dans 13% des cours des ménages, des matières fécales ont été observées.

Figure 7 : pratiques d'hygiène observées



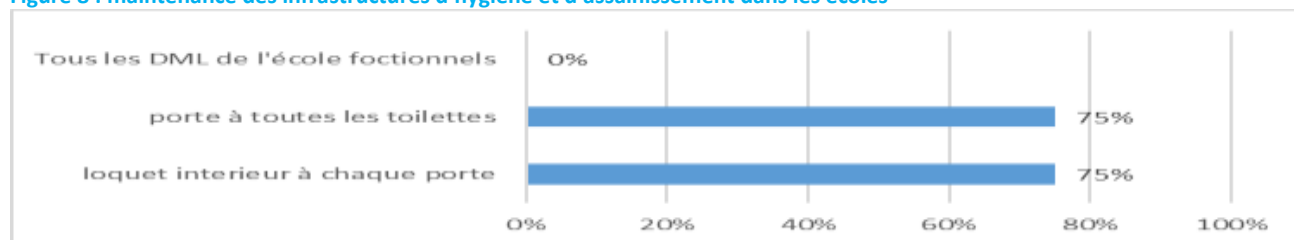
76. En ce qui concerne la durabilité des pratiques d'hygiène dans les écoles, les capacités du secteur de l'éducation ont été renforcées (logistique, outils de sensibilisation, formation, budget) pour former les enseignants et conduire les sensibilisations au niveau des écoles⁹⁶. Il en est résulté une intégration de la sensibilisation à l'hygiène dans les activités quotidiennes de l'école. Cette sensibilisation porte sur le lavage des mains, le nettoyage des latrines et de la cour de l'école et les élèves qui sont mis à contribution⁹⁷.
77. IRC a mentionné l'expérimentation dans deux écoles d'une gestion déléguée des installations sanitaires, les écoles recrutant un chargé de maintenance.
78. La maintenance des infrastructures eau et assainissement des écoles est confiée aux AME et APE et des comités de gestion du point d'eau de l'école sont mis en place⁹⁸. L'observation des installations sanitaires et d'hygiène des écoles ayant bénéficié de nouvelles infrastructures DLM avec l'appui du programme montre la difficulté de maintenance des établissements.

⁹⁶ Ministère éducation, DPE, DREA

⁹⁷ Entretiens ONG, Directeurs d'école, Ministère éducation

⁹⁸ Entretiens DRE, Directeurs d'école, ONG, UNICEF

Figure 8 : maintenance des infrastructures d'hygiène et d'assainissement dans les écoles



79. La maintenance des infrastructures eau et assainissement des établissements de santé est confiée au COGES⁹⁹. Le district sanitaire aurait un rôle de supervision et de maintenance préventive des infrastructures eau et assainissement lors de ses supervisions intégrées semestrielles.¹⁰⁰

SQE 9.3 : Dans quelle mesure le renforcement des acteurs du secteur au niveau central, déconcentré et décentralisé favorise-t-il la durabilité des services d'approvisionnement en eau des ménages, des écoles et des établissements de santé ?

80. Un pacte de durabilité a été signé entre l'UNICEF et le MEEA, dans lequel les deux parties s'engagent à favoriser la durabilité des investissements EHA réalisés dans le cadre du programme UNICEF 2018 - 2020¹⁰¹, laquelle devra être documentée par un mécanisme de suivi-évaluation. En ce qui concerne l'hygiène et l'assainissement, les actions clés auxquelles le MEEA s'engage pour favoriser la durabilité incluent des mécanismes de redevabilité, de responsabilité, de motivation et de sanction ; l'allocation de ressources budgétaires aux acteurs pertinents nécessaires pour leur permettre d'assurer leurs responsabilités de la durabilité de l'assainissement et de l'hygiène et mettre en place une réglementation portant sur la contribution des usagers et des contribuables. L'UNICEF s'engage à appuyer les missions de contrôle de la durabilité pendant cinq ans après la fin du programme, soit entre 2021 et 2025, et l'identification des mesures correctives à prendre.

81. Au niveau central, comme mentionné au chapitre 924, le programme a fait des apports structurants qui favorisent la durabilité des services d'AEP des ménages, des écoles ou des centres de santé. En la matière, il y a principalement l'élaboration du Code de bonne conduite sur le processus de réalisation des forages d'exploitation d'eau souterraine, des Adductions d'Eau Potable Simplifiées (AEPS) et des Postes d'Eau Autonomes (PEA) au Burkina Faso, qui s'il est appliqué et respecté assure la réalisation d'ouvrages de qualité, censés être fonctionnels plus longtemps. Ce code est assorti d'une lettre d'engagement de la part des acteurs concernés.

82. En matière de suivi des travaux, la capacité des DREA a été renforcée, mais celles-ci¹⁰² reconnaissent des contraintes du fait qu'elles ne sont pas toujours informées des chantiers en cours ou qu'elles ne peuvent pas accéder aux lieux de travaux pour cause de manque de personnel ou d'insécurité.

83. Au niveau déconcentré, à l'échelle des structures techniques régionales de l'Etat, la durabilité du fonctionnement de l'AEP a été favorisé à travers le renforcement des capacités des DREA à former les maintenanciers de PMH la distribution de kits d'outils. Ces maintenanciers, ont pour rôles d'assurer la réparation de PMH en panne ou de procéder à des réhabilitations entières. Néanmoins il manque de renforcement des compétences pour les AEP basés sur des systèmes d'exhaure par pompe marchant à l'énergie thermique ou solaire.

84. Au niveau décentralisé, le système de maintenance établi repose sur la capacité des AUE à disposer de ressources financières pour payer les services des maintenanciers et pour contribuer au budget des municipalités pour leur permettre d'effectuer des tournées de suivi-supervision du fonctionnement global des PMH deux fois par an dans tous les villages de la commune. Comme cela

⁹⁹ Entretiens ONG, UNICEF, DRS, Médecins chefs d'établissement de santé

¹⁰⁰ District sanitaire

¹⁰¹ 2019 MEEA pacte durabilité des investissements EHA

¹⁰² Entretien avec DREA Centre Nord, Centre Ouest et Sahel.

a été vu plus haut, les AUE sont rarement fonctionnelles et ne disposent généralement pas de fonds¹⁰³. Ainsi, la commande de réparations auprès des maintenanciers ou le reversement des redevances aux administrations municipales sont devenus hypothétiques. Deux paramètres compliquent la prise en charge de la maintenance des PMH, à savoir la substitution des mairies et des conseils municipaux par des délégations spéciales et la crise humanitaire qui s'est instaurée dans plusieurs communes

85. En ce qui concerne les écoles et institutions de santé, les dispositions prises au niveau institutionnel, pour assurer le fonctionnement durable des ouvrages d'AEP repose entièrement sur la responsabilisation des APE/AME dans les écoles ou des CoGes dans centres de santé. C'est-dire que la durabilité de l'AEP dans les institutions bénéficiaires, reste en grande partie tributaire des capacités structurelles de ces organes endogènes à faire face aux dépenses ou aux difficultés qui peuvent survenir. Il convient de souligner que les administrations scolaires ou sanitaires¹⁰⁴ ne manquent pas de mobiliser des ressources diverses pour veiller au fonctionnement des ouvrages d'AEP, mais ceci n'est pas systématique. Il est surtout fonction des opportunités qui se présentent.

SQE 9.4 : Dans quelle mesure le renforcement des acteurs du secteur au niveau central, déconcentré et décentralisé favorise-t-il la durabilité des services d'assainissement et d'hygiène de base des ménages, écoles et établissements de santé ?

86. La capacité des DREA a été renforcé pour leur permettre de mettre en œuvre de l'ATPC, de renforcer les mairies et de former des maçons à la fabrication de latrines améliorées.¹⁰⁵ L'UNICEF, l'IRC et la SNV ont également mentionné le renforcement de capacité des DREA et/ ou des municipalités pour réaliser un suivi post-FDAL. Mais ni les DREA, ni les mairies, ni les comités d'assainissement rencontrés n'ont confirmé un tel suivi.
87. Certaines personnes rencontrées ont mentionné le rôle de la mairie (circonscription éducation de base) dans la supervision de la maintenance des infrastructure EHA des établissements d'éducation¹⁰⁶, mais cela n'a été confirmé ni par les directeurs d'école ni par les districts sanitaires rencontrés.
88. L'insécurité croissante qui a également pour conséquence la non-fonctionnalité des mairies, perturbant la stratégie de durabilité mise en place¹⁰⁷.

Conclusions

DUR 1 : Le programme a contribué à favoriser la contribution des ménages à la maintenance des services d'approvisionnement en eau en mettant en place des comités de gestion de point d'eau censés œuvrer aux côtés des AUE pour le fonctionnement des ouvrages. Cependant, ces mécanismes endogènes prévus pour assurer la durabilité du fonctionnement des PMH ne sont pas performants. Il s'en suit une impossibilité à valoriser pleinement les maintenanciers des PMH pour veiller au fonctionnement des PMH. (Par. 68)

DUR 2 : En ce qui concerne la contribution des écoles et établissements de santé, les interventions ont confié aux structures organisationnelles préexistantes la responsabilité de la maintenance des services d'approvisionnement en eau, à savoir l'APE ou l'AME pour les écoles et le CoGes pour les centres de santé. (par. 69)

DUR 3 : Le programme a cherché à favoriser la contribution active des ménages à la maintenance de leur latrine en formant des leaders communautaires et des comités d'assainissement en techniques de communication afin qu'ils poursuivent la sensibilisation à la phase post-FDAL. Le programme a également appuyé le développement de l'offre du marché de l'assainissement à travers la formation de maçons et l'incitation à des commerçants existants de vendre des articles nécessaires à la construction de latrines. La mise en place de groupes d'épargnes-

¹⁰³ Entretien avec les CAVQ, Partenaires de mise en œuvre, DREA ou TCEA

¹⁰⁴ Entretien avec les directeurs d'écoles ou des Infirmiers chef de poste.

¹⁰⁵ RAM 2020, entretiens UNICEF, ONG, DREA, mairies, enquêtes en ligne mairies, FDG comité assainissement

¹⁰⁶ Entretien ONG, UNICEF, DRS

¹⁰⁷ ONG, UNICEF

crédit a aussi été réalisée mais avec une faible couverture géographique. D'autres approches sont adoptées par les DREA et les ONG pour assurer l'amélioration de la qualité de l'assainissement des ménages, notamment l'appui des ménages vulnérables pour la construction de leur latrine. Les données collectées auprès des ménages indiquent une certaine durabilité de l'accès à l'assainissement dans la mesure où 68% d'entre eux ont une latrine depuis plus de deux ans et 27% depuis plus de quatre, alors que les infrastructures sont le plus fréquemment en matériaux précaires. (Par. 70 – 74)

DUR 4 : La durabilité du maintien de la salubrité du milieu (absence de source de contamination) est faible. Les ménages ne couvrent pas systématiquement le trou d'aisance, très peu de ménages (31%) disposent de couvercle pour le trou d'aisance muni d'un manche, et la propreté de la cour laisse à désirer dans certains cas (13% avec matières fécales). Les éléments observables au niveau des ménages semblent indiquer également une faible durabilité des pratiques d'hygiène, dans la mesure où à peine 20% des ménages disposent de DLM permettant de se laver correctement les mains (approvisionné en eau et savon/ cendre ; permettant de se laver les mains à l'eau courante). Néanmoins, cela peut ne pas refléter les pratiques : le savon peut être conservé à l'intérieur de la maison, le lavage des mains à l'eau courante peut être fait à l'aide d'un gobelet et il est difficile de savoir si les mains sont systématiquement lavées de manière adéquate aux moments critiques. (Par.75)

DUR 5 : Le programme a également cherché à favoriser la contribution active des écoles à travers le renforcement du secteur pour assurer la formation des enseignants. Cela a favorisé l'intégration de pratiques d'hygiène dans les activités de l'école. Ce sont les élèves qui assurent les tâches de nettoyage des latrines et de la cour. Selon l'UNICEF, le nettoyage des latrines par les élèves est normal en milieu rural burkinabè. Il n'en demeure pas moins qu'il s'agit d'un travail, qui de plus comporte des risques de contamination.. (Par.76 – 79)

DUR 7 : Le renforcement des acteurs du secteur au niveau central favorise la durabilité des services d'approvisionnement en eau au travers d'un référentiel dont l'application rigoureuse devrait permettre d'assurer une bonne réalisation des ouvrages (Code de bonne conduite pour la réalisation des ouvrages hydrauliques qui s'il est appliqué et respecté assure la réalisation d'ouvrages de qualité, censés être fonctionnels plus longtemps). (par. 81)

DUR 8 : Le renforcement des acteurs du secteur au niveau déconcentré favorise la durabilité des services d'approvisionnement en eau au travers du renforcement des capacités des DREA pour le suivi des travaux d'ouvrages hydrauliques. Cependant dans la pratique, les DREA rencontrent des contraintes telles que la non-connaissance des chantiers en cours, le manque de personnel ou l'insécurité. Le renforcement de capacité des DREA couvre également la formation des maintenanciers de PMH, mais la contribution de cette intervention à la maintenance des services d'approvisionnement en eau est compromise par la faible capacité des AUE et comités de gestion des points d'eau à disposer des ressources financières pour payer ce service. (par. 82)

DUR 9 : Le renforcement des acteurs du secteur au niveau décentralisé favorise la durabilité des services d'approvisionnement en eau au travers de la formation de techniciens de mairies sur la maintenance d'ouvrages hydrauliques, mais il a manqué de renforcement de capacité de maintenance des pompes thermique ou solaire. En outre l'opérationnalisation du rôle des mairies est entravée par le fait que le budget de mise en œuvre repose sur la capacité des AUE à collecter des fonds auprès des usagers, laquelle est limitée. (par. 83 ; 84)

DUR 10 : Il n'a pas été trouvé d'évidence confirmée de renforcement du secteur pour la maintenance des infrastructures EHA des écoles, celle-ci étant confiée aux associations de parents d'élèves et à des comités de gestion. Il en résulte une faible capacité de maintenance. Néanmoins, une gestion déléguée des installations sanitaires des écoles est en cours d'expérimentation par IRC. (par.85 ; 87)

DUR 11: Le renforcement des acteurs du secteur n'a que peu favorisé la durabilité des services d'assainissement et d'hygiène de base des ménages, écoles et établissements de santé, en partie du fait de la non fonctionnalité des mairies, conséquence de l'insécurité croissante. Néanmoins, la formation des DREA pour la mise en œuvre de l'ATPC et la formation de maçons pour la construction de latrines améliorées, ainsi que la gestion des contrats d'ONG par certaines DREA contribue à renforcer la capacité du secteur pour la mise à l'échelle de la sensibilisation des ménages et du marché de l'assainissement. (par. 86 ; 88)

8.6. Impact

Les constats relatifs à l'impact proviennent de revue documentaire (RAM), entretiens au niveau national (DGA), observations structurées de latrines ménage et des installations sanitaires d'écoles, FDG avec comité assainissement

QE 10 : Quels effets visibles à moyen ou long terme (positifs ou négatifs, directs ou indirects, attendus ou inattendus) ont été produits par les interventions ?

SEQ 10.1 Dans quelle mesure, les enfants vivant en milieu rural disposent d'un meilleur accès à de l'eau de qualité dans les communautés, dans les écoles et dans les centres de santé?

SEQ 10.2 Dans quelle mesure, les enfants vivant en milieu rural disposent d'un environnement salubre et d'assainissement durable, dans les communautés, dans les écoles et dans les centres de santé?



Crédit photo 6 : Latrine ménage village sabourin pousgin

QE 10 : Quels effets visibles à moyen ou long terme (positifs ou négatifs, directs ou indirects, attendus ou inattendus) ont été produits par les interventions ?

Tableau 16 : niveau d'atteinte de résultats - Impact

Indicateurs d'effets	Cibles					Résultats atteints					Niveau d'atteinte des résultats
	2018	2019	2020	2021	2022	2018	2019	2020	2021	2022	
Nombre de personnes pratiquant toujours la DAL	8 066 595	7 506 812	6 985 876	6 501 090	5 000 000	8 668 120	8 242 558	sd	sd	6 188 209	Niveau faible
Proportion de la population utilisant un service d'approvisionnement en eau bien géré au niveau communautaire	66%	70%	75%	73%	76%	65.3%	65.3%	68.3%	sd	76%	Bon niveau
Proportion de la population pratiquant la DAL	46.7%	44%	42%	36%	27%	65%	52.3%	sd	sd	27%	Bon niveau
% d'écoles primaires avec des latrines fonctionnelles respectant les normes nationales	79	80	81	79	82	78.9	78.9	78.9	sd	78,9	Bon niveau

Source : RAM 2022 (Bon niveau : au moins 80% du résultat attendu ; niveau moyen : 50 à 79% du résultat attendu ; niveau faible : inférieur à 50% du résultat attendu) Sd : sans donnée – n/a : non applicable

SEQ 10.1 : Dans quelle mesure, les enfants vivant en milieu rural disposent d'un meilleur accès à de l'eau de qualité dans les communautés, dans les écoles et dans les centres de santé?

89. L'indicateurs d'effet du programme relatif à l'approvisionnement en eau indique que la cible a été atteinte mais cela ne couvre pas l'ensemble des villages bénéficiaires du programme, lesquels ne disposent pas toujours d'approvisionnement en eau satisfaisant. Seulement 2 des 17 villages visités ont bénéficié de nouveaux points d'eau par le programme. En outre, de nombreuses écoles n'ont pas accès à l'eau (voir tableau 20 ci-dessous).

SEQ 10.2 : Dans quelle mesure, les enfants vivant en milieu rural disposent d'un environnement salubre et d'assainissement durable, dans les communautés, dans les écoles et dans les centres de santé?

90. Le programme a grandement contribué à améliorer l'accès à l'assainissement des ménages. Néanmoins l'impact de l'amélioration de l'accès à l'assainissement des ménages est limité lorsque l'accès à l'assainissement des écoles n'est pas assuré. Les données collectées au niveau des villages montre qu'il existe des communautés déclenchées dont l'assainissement des écoles n'a pas été amélioré (cas de 10 écoles sur les 15 visitées), alors que dans certains cas les toilettes sont dégradées (deux cas constatés), inadéquates (non séparées par sexe dans 2 écoles) ou inexistantes (deux cas constatés). Certaines écoles n'ont pas été atteintes (4 des 15 écoles visitées n'ont bénéficié ni de sensibilisation à l'hygiène, ni d'infrastructure). Atteindre le statut FDAL alors que l'école ne dispose pas d'installation sanitaire adéquates limite l'impact sur la santé. Le tableau ci-dessous présente les interventions du programme dans les villages visités.

Tableau 17 : interventions du programme dans les communautés visitées

Régions	Provinces	Communes	villages	ATPC	Latrines école	Hygiène école	AEP école	
Centre Nord	Sanmatenga	Kaya	Dahisma		Toilettes non séparées par sexe Pas de DLM			
			koulogho		Toilettes non séparées par sexe	Pas de DLM		
		Korsimoro	Sabouri Pousghin		Pas d'école			
			Boula Yargo		Ecole sans latrine			
Centre Ouest	Sissili	Léo	Dabiou					
			Benaverou		Ecole sans eau			
	Ziro	Cassou	Vrassan				Pas d'accès à l'eau	
			Kondui					Pas d'accès à l'eau
	Boulkiemdé	Imasgo	Ouera		Latrines délabrées			
			Kanyélé		Situation d'échec ou de blocage de l'intervention dans le village de Kanyélé			
		Kokologho	Kalag-Yiri		Latrines délabrées			Pas d'accès à l'eau
Tamnere			Dir école nouvelle pas de connaissance des interventions			Pas d'accès à l'eau		
Est	Gourma	Tigba	Tampoudi					
			Dassamlagfo		inachevé			
		Diapangou	Tilonti					Pas d'accès à l'eau
			Djoana					Point d'eau de l'école construit par le programme alors que la communauté a des PMH aux capacités insuffisantes

	Atteint par programme		Sans intervention
--	-----------------------	--	-------------------

91. Selon la DGA et l'UNICEF, la mise en œuvre de l'ATPC a eu un effet attractif sur les communautés non atteintes, générant une demande. En outre, selon l'UNICEF l'ATPC a été un facteur de cohésion sociale.
92. Les indicateurs d'effet du programme indiquent que les cibles ont été atteintes, à l'exception du nombre de population pratiquant la DAL. Néanmoins ces indicateurs mesurent incomplètement l'impact du programme dans la mesure où ils ne reflètent pas la complémentarité des accès aux différents services (eau potable, hygiène assainissement) au niveau des ménages et des écoles.

Conclusions

IMP 1 : Le programme a contribué à améliorer l'accès des enfants à de l'eau de qualité dans les écoles ciblées, mais il existe des écoles sans accès à l'eau dans les communautés bénéficiaires de l'ATPC. (par. 89).

IMP 2 : Le programme a contribué à améliorer l'assainissement des communautés à travers la mise en œuvre de l'ATPC, mais cela ne contribue que partiellement à améliorer la salubrité de l'environnement dans lequel vivent les enfants dans la mesure où l'assainissement des écoles est parfois défaillant. (par.90)

IMP 3 : La mise en œuvre de l'ATPC est un facteur de cohésion sociale. (par.91)

IMP 4 : Les indicateurs d'effet du programme ne sont pas pertinents pour mesurer l'impact du programme dans la mesure où ils ne mesurent pas le nombre de communautés ou de personnes ayant accès à l'ensemble des services EHA : accès à l'eau potable et à l'assainissement des ménages et de l'école. (par. 89 ; 92)

8.7. Genre, Équité et Droits Humains (GEDH)

Les constats relatifs au GEDH proviennent de revue documentaire (RAM, Note Stratégique, évaluations, Guide PSEA, etc), entretiens au niveau national (ONG, UNICEF), régional (DREA, DRE), provincial (DPE), communal (directeur d'école) ; FDG avec comité assainissement ; observations structurées de latrines ménages et d'installation sanitaire dans les écoles.

QE11 : Dans quelle mesure le programme a-t-il contribué à l'équité et la prise compte du genre du secteur EHA ?

SQE 11.1 : Dans quelle mesure le programme a-t-il contribué à renforcer la capacité des acteurs du secteur EAH au niveau central, déconcentré et décentralisé dans la prise en compte du genre et de l'équité ?

SQE 11.2 : Dans quelle mesure le programme a-t-il contribué à l'accessibilité des personnes vulnérables (très pauvres, porteurs de handicaps, marginalisés) aux services d'approvisionnement en eau, d'assainissement et d'hygiène de base ?

SQE 11.3 : Dans quelle mesure le programme a-t-il contribué à améliorer l'accès à des services d'assainissement et d'hygiène de base qui répondent aux besoins spécifiques des femmes et des hommes au sein des écoles et des établissements de santé en milieu rural et urbain ?



Credit photo 7 : Séance de formation d'élèves et de mère d'élèves à la fabrication de serviettes hygiéniques pour les menstrues dans l'école primaire de Dabiou dans le centre Ouest

SQE 11.1 : Dans quelle mesure le programme a-t-il contribué à renforcer la capacité des acteurs du secteur EAH au niveau central, déconcentré et décentralisé dans la prise en compte du genre et de l'équité ?

93. Les notes stratégiques du programme clarifient la façon dont le programme prévoit de prendre en compte le genre. Pour la première phase du programme (2018 – 2020), le genre est appréhendé en termes de prise en compte des besoins spécifiques (hygiène des menstrues dans les écoles), de participation aux activités communautaires et d'incidence des interventions (allègement de la corvée eau). La nécessité d'analyse genre est mentionnée afin de contribuer à définir des stratégies appropriées¹⁰⁸. L'évaluation RCE8 mentionne la réalisation en décembre 2019, de la première Revue Programmatique Genre (GPR) assortie de recommandations, lesquelles ont conduit à la mise à disposition aux ONG d'une Checklist Genre à remplir lors de la conception des projets ou à la formation des acteurs sur le genre et la GHM¹⁰⁹.

¹⁰⁸ UNICEF Note Stratégique: Programme WASH UNICEF Burkina Faso, CPD 2018-2020

¹⁰⁹ 2022 UNICEF Évaluation formative multi-pays du Résultat Clé pour les Enfants rapport Burkina Faso (RCE#8) ; entretiens UNICEF, DGEP, DGA, ONG, DREA

94. Pour la deuxième phase du programme (2021 – 2022), le genre est considéré en termes de participation active pour la sensibilisation à l'assainissement ; de réponse aux besoins (toilettes séparées, gestion des menstrues) pour favoriser l'inscription et le maintien des filles à l'école ; de ciblage pour la sensibilisation en matière de stockage sécurisé de l'eau et de prise en compte pour l'amélioration de l'accès à l'eau potable (les femmes étant classées dans la catégorie groupes vulnérables)¹¹⁰.
95. Par ailleurs, il y a le Guide PSEA, qui est un document qui instruit en matière de prise en compte du genre, afin d'assurer une meilleure intégration du genre dans les activités WASH, en l'occurrence la participation des femmes au contrôle des services d'AEP.
96. Les seuls indicateurs de résultats générés de la deuxième phase du programme concerne la composante EHA dans les écoles et portent sur les installations sanitaires séparées pour les garçons et les filles ; le nombre de filles atteintes par les interventions en gestion de l'hygiène menstruelle ; ainsi que sur la prise en compte du genre et du handicap par les normes nationales relatives à l'EHA dans les écoles.
97. La stratégie du programme en termes de prise en compte de l'équité pour la première phase du programme (2018 – 2020) a consisté à répondre aux besoins spécifiques des personnes vivant avec un handicap en matière d'assainissement dans les écoles¹¹¹. Pour la deuxième phase du programme, l'équité est considérée en termes de capacité économique d'accès à l'eau¹¹².

SQE 11.2 : Dans quelle mesure le programme a-t-il contribué à l'accessibilité des personnes vulnérables (très pauvres, porteurs de handicaps, marginalisés) aux services d'approvisionnement en eau, d'assainissement et d'hygiène de base ?

98. Pour favoriser l'accès à l'assainissement de ménages n'ayant pas la capacité de construire leur latrine, les partenaires de mise en œuvre ont actionné le levier solidarité¹¹³.
99. Comme cela a été vu antérieurement, Peu a été fait pour l'accès des latrines de ménage aux PMR¹¹⁴. Une ONG a affirmé former des maçons à la construction de modèles adaptés. Néanmoins, tous les comités d'assainissement rencontrés s'accordent pour dire que les personnes affaiblies (âgées, malades) ne parviennent pas à utiliser les latrines. C'est également le constat fait lors de l'évaluation du RCE8.¹¹⁵
100. La prise en compte des PMR est effective pour les installations sanitaires des institutions dans la mesure où il a pu être constaté sur le terrain l'existence de rampe d'accès et parfois de barres d'appui.¹¹⁶
101. Pour l'accès à l'eau de personnes très pauvres, les réponses ont été variables selon les personnes rencontrées. Certaines ont affirmé qu'aucune disposition n'a été prise¹¹⁷, tandis que d'autres¹¹⁸ ont mentionné une réglementation développée avec les AUE pour identifier les ménages les plus pauvres et leur laisser l'accès gratuit à l'eau, les critères de vulnérabilité étant établi par chaque communauté.

SQE 11.3 : Dans quelle mesure le programme a-t-il contribué à améliorer l'accès à des services d'assainissement et d'hygiène de base qui répondent aux besoins spécifiques des femmes et des hommes au sein des écoles et des établissements de santé en milieu rural et urbain ?

¹¹⁰ UNICEF Note Stratégique : Programme Eau, Assainissement et Hygiène (EAH) UNICEF Burkina Faso, Extension CPD pour la période 2021-2022

¹¹¹ UNICEF Note Stratégique: Programme WASH UNICEF Burkina Faso, CPD 2018-2020

¹¹² UNICEF Note Stratégique : Programme Eau, Assainissement et Hygiène (EAH) UNICEF Burkina Faso, Extension CPD pour la période 2021-2022

¹¹³ UNICEF, ONG, DREA, comités assainissement

¹¹⁴ Observation latrine ménages, FDG comité assainissement, entretiens UNICEF, DREA et ONG

¹¹⁵ 2022 UNICEF Évaluation formative multi-pays du Résultat Clé pour les Enfants rapport Burkina Faso (RCE#8)

¹¹⁶ Observations, DRE, UNICEF, ONG

¹¹⁷ DREA, UNICEF

¹¹⁸ UNICEF

102. Le programme a répondu aux besoins spécifiques de filles en construisant des latrines séparées par sexe dans les écoles (519 au total - 80% des écoles primaires¹¹⁹) et en mettant l'accent sur la gestion des menstrues dans les écoles au travers de formations/ sensibilisations (245 604 filles atteintes¹²⁰).
103. En ce qui concerne la prise en compte des besoins spécifiques féminins et masculins pour les infrastructures communautaires, le programme a favorisé la participation actives des femmes et des filles dans la maintenance des services EHA en les incluant dans les organisations communautaires mises en place à cet effet¹²¹. Ainsi, il y a une parité des membres des comités d'eau mis en place pour la gestion des ouvrages hydrauliques, avec des femmes à des postes de prise de décision¹²². Selon le rapport annuel 2020, 358 femmes occupent des positions de responsables dans les comités d'assainissement communautaires. En outre, les clubs d'hygiène constitués au niveau des écoles comportent un nombre égal de filles et de garçons qui sont chargé de tâches identiques¹²³.
104. Outre l'incitation des femmes à intégrer les comités constitués, des ONG partenaires ont institué des séances d'animation genre au niveau des communautés avant le déclenchement pour débattre sur la question des rôles respectifs des hommes et des femmes dans la construction de latrine¹²⁴. Néanmoins, leur implication s'est limitée en consultation sur la décision de construction de la latrine familiale¹²⁵ et on a pu voir que les latrines ménages ne convenait pas toujours aux femmes ou aux filles en termes d'intimité (voir chap. 9.2.2). En outre, il n'a pas été trouvé d'évidence d'incitation des femmes à suivre une formation de maçon pour construire des latrines.

Conclusions

GE 1 : Les notes stratégiques des deux phases du programme ne mentionnent pas de renforcement de capacité des acteurs du secteur EAH dans la prise en compte du genre. Toutefois, les approches à promouvoir sont mentionnées, lesquelles consistent essentiellement en prise en compte des besoins spécifiques (hygiène des menstrues dans les écoles, toilettes séparées), et en incitation à faire participer les femmes aux activités EHA. Néanmoins, les indicateurs de résultats établis portent essentiellement sur les besoins spécifiques.

GE 2 : La prise en compte des besoins spécifiques des filles dans les écoles a été effective de même que la participation des femmes et des filles dans les organisations communautaires mises en place pour la gestion des installations EHA. Des approches transformatives ont également été mises en œuvre telles que des débats sur le genre visant à remettre en cause les rôles respectifs des femmes et des hommes dans la construction de latrine de ménage, ainsi que la mise en place des groupes d'épargne-crédit (AVEC) constitués de femmes. Néanmoins, cela n'a pas résulté en participation des femmes pour la construction de la latrine du ménage et il en résulte des infrastructures qui ne répondent pas toujours à leurs besoins, notamment en termes d'intimité.

GE 3 : La prise en compte du principe d'inclusion s'est concrétisée par l'activation de la solidarité au niveau des communautés pour permettre aux ménages n'ayant pas la capacité de construire leur latrine d'avoir accès à l'assainissement. Au niveau des écoles et établissement de santé, les infrastructures sanitaires construites avec l'appui du programme comportent une rampe d'accès, mais pas toujours de barres d'appui. Il n'a pas été trouvé d'évidence confirmée de mesures prises pour favoriser l'accès de PMR aux latrines des ménages, ni pour favoriser l'accès à l'eau des ménages très pauvres (hors urgence).

¹¹⁹ RAM 2022, observations

¹²⁰ RAM 2022, directeurs d'école, UNICEF, ONG, DRE, DPE

¹²¹ Rapports annuels, entretiens UNICEF, ONG, directeurs d'école

¹²² RAM 2019

¹²³ ONG, directeurs école, UNICEF

¹²⁴ 2022 UNICEF Évaluation formative multi-pays du Résultat Clé pour les Enfants rapport Burkina Faso (RCE#8) ; entretiens ONG, UNICEF

¹²⁵ 2022 UNICEF Évaluation formative multi-pays du Résultat Clé pour les Enfants rapport Burkina Faso (RCE#8)

9. LEÇONS APPRISES ET BONNES PRATIQUES

L1 : Le renforcement de capacité et la responsabilisation des DREA pour la mise en œuvre de l'ATPC, la formation de maçons pour la construction de latrine améliorées et la gestion des contrats avec les ONG contribue à renforcer la capacité du secteur pour la mise à l'échelle de la sensibilisation des ménages et du marché de l'assainissement et s'harmonise avec l'approche de l'UNICEF d'appui à la mise en œuvre des politiques et stratégie du Gouvernement. (EFFICA 12 DUR 11)

L2 : La conduction ou le partage d'études sur des aspects spécifiques (ex : incidence du changement climatique sur les services EHA ; efficacité de l'approche ATPC sans subvention), suivie d'atelier de réflexion, est un moyen efficace d'influer sur les orientations stratégiques du secteur. (PERT 2 , EFFICA 23)

L3 : La combinaison de plusieurs modalités (réseau d'adduction en potable, PMH, PEA, injection d'eau potable dans des réseaux d'adduction à partir de forages à gros débit, installation de réservoir de secours et distribution ambulante d'eau potable) a permis de satisfaire les besoins des agglomérations frappées par la crise humanitaire. (EFFICA 16)

L4 : Le renforcement du secteur de l'éducation pour conduire les formations d'enseignants en matière d'hygiène a favorisé une appropriation de la sensibilisation à l'hygiène des enseignants qui l'ont intégré dans leur programme d'activité. (DUR 5)

L5 : Déclencher des communautés dont l'école n'est pas pourvue d'installation sanitaires fonctionnelles pour les élèves et pour les enseignants, compromet l'impact en matière d'assainissement de la communauté. En outre, l'efficacité en termes de changement de normes, peut être moindre, notamment auprès des enfants. (EFFICA 6 , IMP 2)

10. CONCLUSIONS FINALES

Pertinence

Pert 1 : la stratégie de renforcement des capacités institutionnelles n'a que partiellement levé les goulots d'étranglement identifiés. La capacité des communes a été renforcé mais essentiellement sur les aspects de maintenance des services d'approvisionnement en eau. Il a manqué de renforcement des communes en maîtrise d'ouvrages. Les goulots d'étranglement relatif à la faible capacité de planification et de suivi de la mise en œuvre des politiques et stratégies et relatif à la faible allocation et la mauvaise répartition budgétaire du secteur n'ont pas fait l'objet de stratégie définie par le programme. (PERT 1)

Pert 2 : Le programme a contribué à la validation d'une approche ATPC sans subvention jusqu'à la phase FDAL et c'est celle qui a été mise en œuvre au cours du programme, y compris par des DREA. Le programme a également contribué à une meilleure compréhension du secteur de l'incidence du changement climatique, mais cela n'a pas encore résulté en une intégration de cet aspect dans les politiques du MEEA. (PERT 2)

Cohérence

Coher 1 : le programme a contribué à l'harmonisation de l'approche visant à améliorer l'accès à l'assainissement des ménages en faisant valider l'approche ATPC sans subvention jusqu'au statu FDAL par les acteurs du secteur. En revanche, les approches divergent pour favoriser l'amélioration de la qualité des latrines à la phase post-FDAL. (COER 1)

Coher 2 : le programme a renforcé la coordination intersectorielle pour la nutrition, ainsi que pour l'EHA dans les écoles et les établissements de santé. Le secrétaire technique nutrition du Ministère de la santé a été appuyé pour la révision du cadre institutionnel et pour la formation de points focaux nutrition des secteurs santé, EAH, sécurité alimentaire, éducation et protection sociale. Un protocole de collaboration intersectoriel entre le MEEA, le Ministère de la santé et le Ministère de

l'éducation a été signé. En outre, dans le domaine de l'urgence, un inter-clusters a été établi pour favoriser l'intersectorialité. (COHER 2 et 3)

Effacité

Effica 1 : le programme a contribué à améliorer l'accès à l'eau potable des écoles et établissement de santé par la construction d'ouvrage plus résistants aux pannes, toutefois, cela n'a pas couvert tous les besoins. Le programme a également contribué à assurer la qualité de l'eau par la mise en place de Plan de gestion de la sécurité sanitaire de l'eau (PGSSE). En revanche la contribution du programme à l'amélioration de l'accès à l'eau des ménages a été limitée. (EFFICA 1 – 3)

Effica 2 : l'efficacité de l'ATPC sans subvention pour induire un changement de comportement a été reconnue, adopté et mise en œuvre par les acteurs du secteur, ce qui a permis d'atteindre un bon niveau d'accès à l'assainissement de base des ménages. En revanche, d'importants défis persistent pour lesquels il manque de stratégies à l'efficacité confirmée. C'est le cas de l'accès des latrines par les PMR ; de la construction de latrines en zones défavorables (sols trop durs ou trop mou, nappe phréatique proche de la surface), ainsi que de la résilience des latrines ménages aux inondations. (EFFICA 4 ; 5 ; 25)

Effica 3 : la contribution du programme à l'amélioration des installations sanitaires des écoles a été insuffisante par rapport aux besoins et l'adéquation des infrastructures n'est pas toujours assurée. (EFFICA 6)

Effica 4 : l'incidence des sensibilisations à l'hygiène sur l'adoption de pratiques adéquate est conditionnée par l'accès à l'eau et à des DLM fonctionnels, qui ne sont pas toujours assurés dans les écoles. (EFFICA 7)

Effica 5 : Le programme a contribué à l'amélioration des connaissances du MEEA sur la qualité de l'eau, ce qui a induit l'expérimentation d'une planification de la gestion de la sécurité de l'eau (PGSE). (EFFICA 9)

Effica 6 ; le programme a contribué au renforcement des capacités des acteurs institutionnels et des partenaires de mise en œuvre du secteur en termes de planification ; suivi/ supervision et de mise en œuvre et coordination (urgence). Toutefois, l'opérationnalisation du suivi est entravée par le manque d'information sur les réalisations de l'ensemble des partenaires, liée à la non adoption des outils de suivi, en particulier la plateforme 5 W par tous les partenaires. (EFFICA 12, 13, 15)

Effica 7 : le programme n'a pas vraiment contribué au renforcement des acteurs du secteur à mobiliser des ressources financières et le renforcement des mairies en maîtrise d'ouvrage reste à faire. (EFFICA 10, 11, 14)

Effica 8 : le programme a favorisé une familiarisation l'approche nexus (intégration des approches humanitaires, développement et cohésion sociale) des institutions du secteur et un secrétariat permanent en charge des questions humanitaires selon l'approche nexus a été mis en place au sein du MEEA. Les réponses aux urgences ont permis de répondre aux besoins des PDI et des populations hôtes et de ce fait assurer la réponse à l'urgence et au développement tout en assurant une cohésion sociale. Toutefois le renforcement de capacité institutionnel en la matière reste à faire. (EFFICA 16 à 18)

Effica 9 : Le programme a contribué à la prise de conscience par le MEEA de la nécessité d'intégrer changement climatique dans les politiques nationales et des orientations ont été définies, dont la nécessité d'améliorer la connaissance des ressources en eau souterraines. La résilience est favorisée par la maximisation du système de pompage en fonction des caractéristiques des nappes phréatiques. (EFFICA 9 ; 11 ; 23, 24)

Effica 10 : les indicateurs du programme ne permettent pas de mesurer la qualité de l'assainissement des ménages (type de latrine, intimité, etc.) ; ni la proportion de communautés FDAL dont l'école dispose de latrines fonctionnelles. (EFFICA 8)

Efficiences

Effic 1 : l'efficacité du programme a été compromise par la lourdeur des procédures de décaissement qui n'ont pu être atténuées par les renforcements de capacité réalisés du fait du renouvellement des ressources humaines des partenaires. (EFFIC 1)

Durabilité

Dur 1 : le programme a favorisé la durabilité des ouvrages hydrauliques à travers l'adoption de documents cadres visant à assurer la qualité des réalisations (code de bonne conduite pour la réalisation des ouvrages hydrauliques) ; le renforcement de capacité des DREA pour le suivi des travaux d'ouvrages hydrauliques, la formation de maintenanciers à la réparation de PMH et la mise en place de comité de gestion de points d'eau, censés venir en appui aux AUE ou les suppléer quand elles ne sont pas fonctionnelles. Néanmoins, ces apports peuvent se révéler peu efficaces pour assurer la durabilité. En effet, i) les référentiels visant à garantir la qualité des réalisations requièrent une bonne application ; ii) les DREA rencontrent des contraintes pour assurer le suivi de la construction des ouvrages hydrauliques (non-information sur tous les travaux d'AEP, insuffisance de personnel pour faire face aux différentes sollicitations ou insécurité qui empêche d'accéder à des sites de travaux) ; iii) les comités de gestion des points d'eau démontrent une faible capacité à mobiliser des fonds auprès des usagers, nécessaires à la maintenance des ouvrages, iv) l'absence de développement de compétences pour la maintenance des pompes fonctionnant à l'énergie thermique ou solaire. (DUR 1 ; 7 ; 8 ; 9)

Dur 2 : la moitié des ménages rencontrés étaient équipés de latrine depuis plus de deux ans, ce qui indique l'effectivité du changement de norme en matière d'assainissement, qui est un facteur de durabilité. Néanmoins, la faible proportion de ménages avec latrine en matériaux durables est un facteur de risque, d'autant plus élevé lorsque l'on considère les risques climatiques. Il manque encore de stratégies à l'efficacité confirmée pour assurer l'accès des ménages à des infrastructures durables et résilientes aux risques climatiques. (DUR 3)

Dur 3 : il n'y a pas encore de changement de normes en matière de salubrité dans la mesure où les pratiques pour éliminer les sources de contamination ne sont pas maintenues par une forte proportion de ménage (couvercle sur trou d'aisance, couvercle muni d'un manche, suppression de matières fécales dans la cour). (DUR 4)

Dur 4 : la durabilité de la sensibilisation à l'hygiène dans les écoles est assurée par le renforcement de capacité du secteur de l'éducation en la matière et son intégration dans les programmes des écoles. (DUR 5)

Dur 5 : la maintenance des infrastructures eau et assainissement des écoles est confiée aux élèves (propreté) et aux parents d'élèves (réparations). Nettoyer la cour d'école et les latrines est un travail qui comporte des risques de contamination. De même, confier la maintenance en bon état des infrastructures sanitaires aux parents, dont les capacités techniques et financières peuvent ne pas être à la hauteur, s'avère peu efficace, comme le montrent les observations réalisées. (DUR 2 ; 5 ; 10)

Dur 6 : la capacité du secteur pour la mise à l'échelle de la mise en œuvre de l'ATPC et du renforcement du marché de l'assainissement est favorisée par le renforcement de capacité des DREA et l'expérimentation de leur responsabilisation pour la gestion des contrats d'ONG. (DUR 11)

Impact

Imp 1 : le programme a partiellement contribué à améliorer l'accès des enfants à de l'eau de qualité et à un environnement salubre dans la mesure où dans les communautés bénéficiaires, il existe des écoles sans accès à l'eau et avec un assainissement défaillant. (IMP 1 et 2)

Imp 2 : les indicateurs d'effet du programme ne sont pas pertinents pour mesurer l'impact du programme dans la mesure où ils ne mesurent pas l'amélioration de l'accès simultané à l'ensemble des services EHA : accès à l'eau potable et à l'assainissement des ménages et de l'école. (IMP4)

Genre, Equité et Droits Humains (GEDH)

GE 1 : La stratégie genre établie par le programme met l'accent sur les aspects opérationnels (prise en compte des besoins spécifiques, parité) et des progrès ont été réalisés en la matière. Les besoins spécifiques des filles dans les écoles ont été pris en compte et la parité en termes de participation à la maintenance des point d'eau et installations sanitaires des écoles est effective. (GE 1, 2)

GE 2 : des approches transformatives ont tout de même été mises en œuvre pour la construction des latrines des ménages (débat sur le genre, groupes d'épargne-crédit (AVEC) constitués de femmes pour financer la construction de latrine) cela n'a pas contribué en une participation effective des femmes à la construction de leur latrine, résultant en infrastructures pas toujours adaptées à leurs besoins, notamment en termes d'intimité. (GE 1, 2)

GE 3 : l'inclusion a été favorisée en concevant des infrastructures sanitaires pour les institutions avec rampe d'accès et parfois barres d'appui. Dans les communautés la solidarité a été activée pour aider les ménages vulnérables à construire des latrines. En revanche il n'a pas été trouvé d'évidence confirmée de mesures pour faciliter l'accès à l'eau des ménages très pauvres, ni l'usage des latrines ménages par les PMR. (GE 3)

GE 4 : il manque d'indicateurs mesurant la participation des femmes/ filles et des hommes/ garçons dans la construction et la maintenance des infrastructures EHA. (GE 1)

11. RECOMMANDATIONS

Les recommandations découlent des conclusions et leur formulation a résulté d'un processus participatif par la prise en compte de suggestions émises par le groupe de référence de l'évaluation, les parties prenantes, les partenaires et les détenteurs de droits. Pour chaque recommandation, les conclusions correspondantes sont indiquées. Les entités concernées et le niveau de priorité sont également précisés.

Recommandations stratégiques			
Conclusions	Texte de la Recommandation	Destinataire(s)	Niveau de priorité
Effica 2 Effica 3 Dur 3 Imp1	Mettre à l'échelle l'approche territoriale (communale ou provinciale) pour la mise en œuvre de l'ATPC dans les prochains programmes, avec l'amélioration de l'assainissement des écoles comme porte d'entrée, afin de favoriser une meilleure implication des communes et autorités locales et un impact accru. L'approche territoriale visant un assainissement effectif et suffisant de l'environnement est reconnue comme étant plus transformative ¹²⁶ .	UNICEF section WASH DGA Ministère de l'éducation DREA Délégations spéciales ONG partenaires de mise en œuvre	M
Effica 7 Dur 1	Développer une stratégie de renforcement de la maintenance des système d'AEP qui s'inscrive les dispositions nationales (document cadre de la gestion du service de l'eau potable en milieu rural) et opter pour le système de maintenance le plus pertinent compte tenu du système d'AEP construit/ réhabilité. Cela implique de consolider les capacités des administrations communales ou des délégations spéciales de mobilisation de ressources financières et de suivi – maintenance des ouvrages hydrauliques en lien avec les communautés (AUE ou comité de gestion) pour ce qui est des PMH ou avec des opérateurs privés pour ce qui est de la gestion d'AEPS.	UNICEF section WASH DGEP DREA	H
Coher 1 Dur 2	Réaliser une étude auprès de ménages possédant une latrine depuis plus de 5 ans en vue d'approfondir la compréhension des facteurs de durabilité de l'accès à l'assainissement des ménages et d'influer sur l'harmonisation des stratégies post-FDAL des acteurs du secteur	UNICEF sections WASH UNICEF suivi-évaluation DGA	M
Coher 1 Effica 2 Dur 2 GE 3	Développer une stratégie post-FDAL de ciblage et d'appui aux ménages vulnérables et pour leur assurer l'accès à un assainissement durable et résilient aux risques climatiques et contribuer à un accès universel à l'assainissement fiable, durable et inclusif Une recherche sur les différentes expériences ayant été mises en œuvre au Burkina Faso et dans d'autres pays pourrait être conduite et servir de base de réflexion avec la DGA pour choisir les options à tester en projets pilotes.	UNICEF sections WASH UNICEF suivi-évaluation DGA ONG prestataires de mise en œuvre	H
Dur 5	Réviser la stratégie de maintenance des infrastructures EHA des écoles sur la base des expérimentations en cours de délégation de la gestion de la maintenance à un privé . L'expérimentation actuellement testée par IRC devrait être suivie et répliquées dans divers contextes et sa faisabilité, efficacité et efficience évaluées.	UNICEF sections WASH UNICEF suivi-évaluation Ministère éducation	M

¹²⁶ 2021 UNICEF stratégie EHA - nutrition Burkina Faso

Recommandations stratégiques			
Conclusions	Texte de la Recommandation	Destinataire(s)	Niveau de priorité
GE 2 GE 4	Développer une stratégie genre transformative (avec indicateurs associés) en encourageant la participation des femmes dans la construction de latrine de ménages et en les incitant à devenir des entrepreneures WASH. Cela contribuerait à valoriser le rôle social des femmes et à assurer une meilleure réponse à leurs besoins. Des formations spécifiques doivent être prévues compte tenu de la différence de niveau qui pourrait exister avec celui des hommes, ainsi qu'un accompagnement/ coaching par une superviseuse pour favoriser le développement de la confiance en elles. Des indicateurs doivent être établis tels que : proportion de comité d'eau avec une femme au poste de président ; proportion de femmes entrepreneure WASH	UNICEF sections WASH UNICEF suivi-évaluation DGA ONG prestataires de mise en œuvre	M
Recommandations Opérationnelles			
Conclusions	Texte de la Recommandation	Destinataires	Niveau de priorité
Pert 1 Effic 7, 8	Opérationnaliser l'approche NEXUS en assurant la formation des différents acteurs et en procédant à la capitalisation des expériences menées dans le cadre de la gestion de la crise humanitaire. Les structures centrales du MEEA et des DREA doivent être renforcées en termes de suivi, appuis conseils et évaluation axé sur le NEXUS humanitaire – développement – cohésion sociale. les responsables des administrations communales (sous entendue délégation spéciale) doivent également être formés à l'opérationnalisation du NEXUS en termes de : (i) planification, y compris en situation de crise humanitaire ; (ii) mobilisation de partenaires techniques et financiers pour faire face à la crise humanitaire et (iii) organisation des réponses endogènes à crise humanitaire. Le staff technique des partenaires mise en œuvre doit également être formé à l'approche NEXUS lorsque non familiarisé à cette approche	UNICEF sections WASH MEEA DREA	H
Effic 9	Coordonner avec les autres PTF le renforcement du secteur pour la prise en compte du changement climatique dans les politiques EHA	UNICEF sections WASH MEEA	M
Effic 6	Renforcer la capacité de suivi du secteur au travers de : (i) mécanismes obligeant les partenaires de mise en œuvre à transmettre les informations sur leurs interventions et (ii) l'appui aux administrations communales et publiques (MEEA/DREA) pour la tenue d'une base données intégrale, consolidée et actualisée, des activités et des réalisations dans leur espace de juridiction. La transmission des données des partenaires doit être faite sur la base de normes convenues et assortie de preuve de la transmission	UNICEF sections WASH MEEA DREA	B
Effic 2	Inciter à l'innovation pour trouver des solutions aux contraintes à l'accès à l'assainissement des ménages en conditions non favorable (sols trop durs ou trop mou ; nappe phréatique trop haute), ainsi que des solutions pour l'usage des latrines aux porteurs de différents types d'handicaps (ex : concours entre maçons formés à la construction de latrine) Les porteurs de différents types d'handicap doivent faire partie du jury en ce qui concerne les modèles proposés pour leur handicap. Les gagnants pourront ensuite être appuyés pour former d'autres maçons d'autres communautés.	UNICEF section WASH DGA DREA ONG prestataires de mise en œuvre	M
Dur 3	Prendre en compte la salubrité du milieu dans le suivi-post-FDAL des communautés pour favoriser un changement de norme. Les différentes sources de contamination doivent être considérées (exposition du trou d'aisance ; couvercle pour trou d'aisance maniable sans risque de contamination ; déjections animales ; etc.) lors du suivi post-FDAL et la sensibilisation en la matière doit être maintenue.	UNICEF section WASH DGA	H

Recommandations Opérationnelles			
Conclusions	Texte de la Recommandation	Destinataires	Niveau de priorité
Effica 4	Appuyer la construction de DLM durables dans les écoles (lavabo et robinets intégrés dans la structure des installations sanitaires) et assurer leur approvisionnement en eau avant de faire de la sensibilisation à l'hygiène	UNICEF section WASH DGEP Ministère de l'éducation	B
Dur 6	Procéder à l'évaluation de l'efficacité et de l'incidence de l'expérience de gestion des partenariats par les DREA	UNICEF section WASH UNICEF suivi-évaluation MEEA	B