



Évaluation formative de l'approche d'Assainissement Total Piloté par la Communauté (ATPC) dans les régions prioritaires (Kaffrine, Kolda, Tambacounda et Sédhiou) 2018-2022



Rapport d'évaluation

Décembre 2024

Évaluation commanditée par :
Bureau pays UNICEF Sénégal

Évaluation conduite par :
Bureau d'études AMD International



TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES.....	i
LISTE DES TABLEAUX.....	ii
LISTE DES GRAPHIQUES.....	ii
RESUME EXECUTIF.....	iii
REMERCIEMENTS & ENONCE D'INTENTION.....	viii
LISTE DES SIGLES ET ABBREVIATIONS.....	ix
I. INTRODUCTION.....	1
I.1. OBJET DE L'ÉVALUATION.....	1
I.2. BUT DE L'ÉVALUATION.....	5
I.3. OBJECTIFS DE L'ÉVALUATION.....	5
I.4. PORTÉE DE L'ÉVALUATION.....	6
I.4.1. Portée thématique.....	6
I.4.2. Portée géographique.....	6
I.4.3. Portée chronologique.....	6
II. CONTEXTE DE L'ÉVALUATION.....	8
II.1. BREF APERÇU DU CONTEXTE GLOBAL DU SÉNÉGAL.....	8
II.2. SITUATION DU WASH AU SÉNÉGAL.....	8
III. CRITÈRES ET QUESTIONS DE L'ÉVALUATION.....	12
IV. MÉTHODOLOGIE.....	13
IV.1. APPROCHE D'ÉVALUATION.....	13
IV.2. MÉTHODES ET OUTILS DE COLLECTE DES DONNÉES.....	13
IV.2.1. Revue documentaire.....	13
IV.2.2. Méthodes de collecte des données qualitatives.....	13
IV.2.3. Méthode de collecte des données quantitatives.....	14
IV.3. STRATÉGIE D'ÉCHANTILLONNAGE.....	14
IV.3.1. Enquête quantitative.....	14
IV.3.2. Enquête qualitative.....	15
IV.4. ANALYSE ET ASSURANCE QUALITÉ DES DONNÉES.....	15
IV.4.1. Méthode d'analyse.....	15
IV.4.2. Stratégie d'assurance qualité.....	16
IV.5. CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES ET PRINCIPES DE L'ÉVALUATION.....	16
IV.6. LIMITES ET CONTRAINTES DE L'ÉVALUATION.....	17
V. CONSTATS ET CONCLUSIONS PRELIMINAIRES.....	19
V.1. PERTINENCE.....	19
V.2. EFFICACITE.....	25
V.3. EFFICIENCE.....	39
V.4. IMPACT.....	44

V.5.	DURABILITE.....	56
V.5.1.	Renforcement des capacités	57
V.5.2.	Viabilité institutionnelle, financière et partenariat	60
V.5.3.	Viabilité économique, sociale, technologique et environnementale.....	64
V.6.	GENRE, DROITS HUMAINS ET EQUITE	67
IV.	LEÇONS APPRISSES	72
VII.	CONCLUSIONS FINALES ET RECOMMANDATIONS	73
VII.1.	CONCLUSIONS FINALES	73
VII.2.	RECOMMANDATIONS.....	76
	BIBLIOGRAPHIE	79
	ANNEXES.....	xi
	Annexe 1 : Acteurs et leurs zones d'intervention	xi
	Annexe 2 : Matrice d'évaluation.....	xiii
	Annexe 3 : Outils de collecte de données.....	xxxv



LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 :	Informations synoptiques du programme ATPC de l'UNICEF au Sénégal	1
Tableau 2 :	Parties prenantes du programme ATPC de l'UNICEF au Sénégal	4
Tableau 3 :	Utilisateurs et utilisations de l'évaluation.....	5
Tableau 4 :	Limites de l'évaluation et stratégies d'atténuation proposées.....	18
Tableau 5 :	Niveau d'atteinte des résultats.....	26
Tableau 6 :	Coût unitaire (par village) de mise en œuvre de l'ATPC en 2021 par la DA.....	42

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1 :	Zones d'intervention du programme ATPC de l'UNICEF au Sénégal	2
Graphique 2 :	Progrès en matière de WASH entre 2018 et 2022 au Sénégal	10
Graphique 3 :	Evolution des indicateurs du Produit 1.1 entre 2017 et 2022.....	27
Graphique 4 :	Evolution du nombre de latrines auto-construites et de DLM installés	28
Graphique 5 :	Evolution du taux de DAL au Sénégal entre 2017 et 2022	28
Graphique 6 :	Chaine de valeur de l'assainissement	32
Graphique 7 :	Ressources allouées à la DA et au SNH entre 2018-2022 (en millions de FCFA)	40
Graphique 8 :	Proportion des ménages affirmant posséder au moins une latrine en fonction du niveau d'instruction du chef de ménage	70
Graphique 9 :	Proportion des ménages affirmant posséder au moins une latrine en fonction du niveau d'instruction du chef de ménage	70

RESUME EXECUTIF



1. Introduction

Malgré les efforts du gouvernement sénégalais qui ont permis d'enregistrer ces dernières années des progrès dans le secteur du WASH, des défis restent à relever, avec un taux de Défécation à l'Air Libre (DAL) estimé à 7,5 % (12,9 % en milieu rural et 0,9 % en zone urbaine) en 2023 (EDS-Continue¹, 2023). Le programme Assainissement Total Piloté par la Communauté (ATPC), mis en œuvre au Sénégal, est une contribution de l'UNICEF à mettre fin à la DAL, et ainsi permettre à chaque enfant de vivre dans un environnement sûr et propre conformément à l'ODD6. La présente évaluation a porté sur le programme ATPC de l'UNICEF mis en œuvre sur la période 2018-2022 dans les régions de Kaffrine, Kolda, Sédhiou et Tambacounda où on observe encore les taux de DAL les plus élevés au Sénégal.

2. Buts de l'évaluation, utilisateurs et utilisations

Cette évaluation a un double but : la redevabilité (rendre compte du niveau d'atteinte des résultats de la mise en œuvre du programme aux parties prenantes) et l'apprentissage (stimuler l'apprentissage autour des stratégies de mise en œuvre du programme afin de fournir des orientations pour le futur). Les résultats de cette évaluation seront utilisés par les parties prenantes (État, communautés, section WASH, UNICEF Sénégal, et Bureau Régional) pour : i) informer et ajuster la stratégie de mise en œuvre de l'approche, ii) tirer les leçons de l'ATPC élargi pour mieux toucher les populations dans leurs futures interventions, iii) avoir les preuves solides sur la mesure dans laquelle l'ATPC a contribué à la réduction de la DAL et iv) intégrer systématiquement les recommandations de la mise en œuvre de l'approche dans leur réponse programmatique.

3. Portée de l'évaluation

L'évaluation a une triple portée : i) thématique, ii) géographique et iii) chronologique. Sur le plan thématique, l'évaluation a porté sur le programme ATPC de l'UNICEF. Du point de vue géographique, l'évaluation a couvert les régions de Kolda, Sédhiou, Tambacounda et Kaffrine. De manière chronologique, l'évaluation a concerné l'ensemble des activités mises en œuvre dans le cadre du programme sur la période 2018-2022.

4. Critères d'évaluation

Les critères retenus pour cette évaluation après la phase de cadrage sont les cinq (5) critères du Comité d'Aide au Développement (CAD) de l'Organisation de Coopération et de Développement Economiques (OCDE) : la pertinence, l'efficacité, l'efficience, l'impact, la durabilité auxquels s'ajoute le critère transversal : genre, droits humains et équité.

5. Méthodologie

Cette évaluation s'est inspirée de trois approches spécifiques et complémentaires guidées par les directives, l'éthique et les standards du Groupe d'Evaluation des Nations Unies (UNEG) : l'approche axée sur la théorie, l'approche participative et l'approche basée sur le genre et les droits humains. La combinaison de ces approches a nécessité l'adoption de méthodes mixtes. Ainsi, l'équipe d'évaluation a procédé à la revue documentaire, à l'enquête auprès des ménages, aux entretiens individuels et de groupe, à la cartographie corporelle et aux observations directes sur le terrain. L'échantillon de 800 ménages, prévu pour l'enquête quantitative, a été atteint avec un taux de réalisation de 110% soit 882 ménages touchés. Pour la collecte qualitative, l'équipe d'évaluation a effectué 49 interviews au niveau institutionnel, 38 entretiens au niveau communautaire et 30 Focus groups (FG) dont 15 FG avec les femmes, 15 avec les hommes, 20 cartographies corporelles avec les jeunes (10 avec les jeunes filles et 10 avec les jeunes garçons) et 840 observations directes au niveau communautaire. Les principales limites et contraintes auxquelles l'équipe d'évaluation était confrontée concernent l'absence d'un cadre logique précisant les valeurs cibles des indicateurs du programme n'ayant pas permis de renseigner les taux de réalisation des cibles des indicateurs, le fait que certains



¹ Enquête Démographique et de Santé Continue.

acteurs avaient des difficultés à se souvenir de leur ressenti des réalisations du programme dans les périodes lointaines (2018 et 2019) et la période de collecte de données coïncidant avec les vacances qui n'a pas permis d'enquêter les élèves et les enseignants au sein des écoles. Les mesures de mitigation adoptées sont respectivement : l'appréciation de l'évolution des indicateurs sur la période 2018-2022 sans calculer les taux d'atteinte des cibles des indicateurs, l'organisation des entretiens avec les élèves et les enseignants dans les communautés avec l'appui des leaders communautaires et un accent particulier mis sur la collecte de données secondaires.

6. Constats et conclusions (par critère)

Pertinence : le programme ATPC de l'UNICEF est parfaitement aligné sur les priorités nationales déclinées dans les documents nationaux (Stratégie Nationale d'Assainissement Rural et Plan d'actions prioritaires Sénégal Emergent) et les priorités internationales (Objectifs du Développement Durables, en particulier l'ODD6). En dépit de la prise en compte des besoins des titulaires de droits par le programme ATPC, 53,3% des répondants estiment que leurs besoins n'ont pas été entièrement couverts. Selon eux, les besoins non entièrement comblés sont : i) le besoin en eau potable pour la boisson et l'entretien des latrines, ii) les moyens financiers pour la construction et l'entretien des latrines (achat de savons, réparation) et l'achat des dispositifs de lavage des mains, iii) les moyens matériels, et matériaux (agrégats) de construction de latrines familiales et iv) le personnel (maçons) qualifié pour la construction de latrines familiales. Par ailleurs, les principaux besoins non totalement pris en compte cités les acteurs institutionnels : i) les ressources humaines pour le suivi des activités, ii) les moyens financiers pour la mise en œuvre des activités (frais de carburant pour le déplacement dans les villages) et iii) les moyens matériels et logistiques (véhicules pour le déplacement dans les villages, supports de sensibilisation). Au regard de ce qui précède, la pertinence du programme ATPC de l'UNICEF est moyennement satisfaisante avec une note de 3 sur 5.

Efficacité : l'analyse de la performance du programme ATPC s'est heurtée à l'incomplétude des valeurs cibles des indicateurs. Toutefois, la performance est jugée globalement bonne. Sur la période 2018-2022, les données fournies par l'UNICEF montrent que 1 206 villages ont été déclenchés dont 1 080 sont déclarés Fin de Défécation à l'Air Libre (FDAL), soit un taux de déclaration de 90%. Au cours de la période, les interventions ont permis l'auto-construction de 20 760 latrines nouvelles et l'installation de 28 617 Dispositif de Lavage des Mains (DLM). Cette situation a favorisé un retrait de la DAL de 356 799 personnes entre 2018 et 2022, en tenant compte du taux de retour à la DAL de 5%² (JMP, 2023). La contribution de l'UNICEF à la réduction du nombre de personnes pratiquant la DAL est évaluée à 81,5% entre 2018-2022 (1 080 villages déclarés, correspondant à 306 102 personnes, soit 290 797 personnes retirées de la pratique de la DAL en tenant compte du taux de retour de 5%). Les principaux facteurs ayant favorisé la mise en œuvre du programme sont : l'existence d'un cadre politique et institutionnel en matière d'assainissement, l'implication des leaders naturels et l'engagement des communautés pour le changement. Cependant, la pandémie de la COVID 19, la non harmonisation des approches (ATPC classique et ATPC avec subvention) de mise en œuvre, la non intégration du WASH dans les écoles et le faible pouvoir d'achat des ménages ruraux ont constitué à l'atteinte des résultats visés par le programme. Au regard de ce qui précède, l'efficacité du programme est moyennement satisfaisante avec une note de 3 sur 5.

Efficience : sur la période 2018-2022, les ressources mis à la disposition de la DA et du SNH pour la mise en œuvre de l'ATPC dans les régions de Kaffrine, Kolda, Sédhiou et Tambacounda s'élèvent à environ 1 125 057 280 FCFA. Ces ressources sont allouées de la manière suivante : 49,7% au profit de la DA et 50,3% pour le compte du SNH. Ces ressources ont été décaissées dans des délais raisonnables aux dires de la majeure partie des acteurs. Par ailleurs, les ressources mises à la disposition des partenaires de mise en œuvre ont été utilisées de manière économe et n'ont pas été déviées de leurs destinations initiales. Il existe en outre des possibilités d'amélioration de l'efficience du programme en s'appuyant sur l'existence



² Ce taux correspond au taux indiqué dans la Feuille de route « Rendre le Sénégal exempt de défécation à l'air libre d'ici à 2030 »

éventuelle d'économies d'échelle : la hausse du nombre de villages s'accompagne d'une baisse du coût unitaire (coût par village) de mise en œuvre de l'ATPC. Le taux d'exécution budgétaire de la DA est estimé à 99,2% sur la période 2018-2022. Celui du SNH n'a pu être déterminé, car l'équipe d'évaluation s'est heurtée au manque de données secondaires sur les dépenses réalisées entre 2018-2022. Toutefois, les acteurs déclarent que les ressources financières reçues ont été entièrement dépensées. Les acteurs déclarent toutefois que ces ressources ont été entièrement consommées. Au regard de ce qui précède, l'efficacité du programme est jugée satisfaisante avec une note de 4 sur 5.

Impact : le programme ATPC de l'UNICEF a contribué à améliorer l'état de santé des populations dans les zones ciblées à travers la réduction de la prévalence des maladies du péril fécal (diarrhée, choléra, tuberculose et paludisme) par rapport à la situation avant l'intervention et comparativement aux zones non ciblées. Dans les quatre régions ciblées par l'UNICEF pour l'ATPC élargi, le nombre de cas de paludisme enregistrés est moins élevé en 2021 (337 723 cas) qu'en 2018 (370 310 cas) selon les données de l'ANSD³. Concernant la tuberculose, le nombre moyen de cas enregistrés dans les régions cibles (1 159 cas en 2021) est moins élevé que celui observé dans les régions non cibles (12 211). Pour les autres maladies, les données ne sont pas désagrégées par région. Par ailleurs, selon la perception des ménages enquêtés, le programme a favorisé une augmentation de la demande de vaccination des enfants (selon 78,6% des personnes enquêtées), une réduction de la malnutrition (selon 74,2% des personnes enquêtées) et une hausse de l'enregistrement des naissances (55,5% des individus interrogés). Cela peut s'expliquer par le fait que l'ATPC est utilisé comme une porte d'entrée dans les communautés pour dérouler d'autres interventions (vaccination, nutrition, enregistrement des naissances) en lien avec la survie de l'enfant. Cependant, le programme a eu peu d'impact sur la fréquentation scolaire des enfants (le TBS est de 34,9% en 2022 contre 35,3 en 2019), car il a été faiblement déroulé dans les écoles sur la période 2018-2022. Au regard de ce qui précède, l'impact du programme ATPC de l'UNICEF est jugé satisfaisant avec une note de 4 sur 5.

Durabilité : l'UNICEF a mis en place des mesures ou stratégies qui ont favorisé l'appropriation des activités du programme par les titulaires de droits ainsi que leur engagement à mettre fin à la DAL. Ces facteurs sont notamment : le déclenchement sous forme d'assemblées générales villageoises, l'implication des leaders naturels, le renforcement de capacités des acteurs, l'accompagnement des communautés dans l'élaboration et la mise en œuvre de leurs propres plans d'actions, les supervisions des activités par les services techniques centraux et déconcentrés de l'hygiène et de l'assainissement, les partenaires de la DA (CASADES) et l'UNICEF. Les résultats de l'enquête conduite auprès des ménages révèlent que 77,8% des répondants déclarent que leur communauté a été impliquée dans les activités du Programme ATPC, à travers la participation à des ateliers et séances de formation, à des actions de suivi post-déclenchement et à des actions de suivi post-certification. Des facteurs d'ordre social, technique et financier favorisant le maintien des pratiques FDAL après la certification ont été identifiées par l'équipe d'évaluation dont notamment la disponibilité des maçons expérimentés pour la construction des latrines dans les villages (citée par 78,2% des individus enquêtés), la nécessité de préserver l'intimité (relevée par 60,0% des ménages interrogés), la fierté de posséder une latrine (59,4% des répondants) et la prévention contre les animaux dangereux (50% des répondants). En dépit des efforts de l'UNICEF et ses partenaires ainsi que la présence de certains facteurs favorables à la durabilité, l'équipe d'évaluation a noté quelques cas de relâchement des bonnes pratiques d'hygiène et d'assainissement dans les localités déclarées FDAL, avec un taux de retour à la DAL de 22,5%. Cela est relatif entre autres aux contraintes financières, à la crainte liée à l'effondrement de la dalle, à l'insalubrité/manque de confort et à l'éloignement de la latrine par rapport à la maison d'habitation. Au regard de ce qui précède, la durabilité du programme est jugée moyennement satisfaisante avec une note de 3 sur 5.



³ Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie

Genre, droits humains et équité : le genre est relativement bien pris en compte aussi bien du point de vue de l'organisation institutionnelle que dans la mise en œuvre du programme ATPC de l'UNICEF. Les interventions ATPC ont représenté une solution à certains problèmes affectant l'accès des services d'assainissement aux femmes tels que les croyances traditionnelles (division sexuée du travail, décision au sein du ménage ne relevant pas de la femme), le niveau d'instruction du chef de ménage et l'activité économique pratiquée. Elles ont également favorisé d'une part la promotion de l'entraide communautaire ayant permis à certains ménages vulnérables de disposer de latrine familiale, et d'autre part la gestion de l'hygiène menstruelle. Cependant, la majeure partie des femmes expriment quelques insatisfactions liées à la non séparation homme-femme des latrines (relevée par 80,9% des personnes enquêtées) et au coût élevé des entretien, réparation et renouvellement (cité par 50%). De plus, les ouvrages traditionnels d'assainissement réalisés dans le cadre du programme ATPC de l'UNICEF ne sont pas toujours adaptés à toutes les catégories sociales comme les personnes âgées et les personnes vivant avec un handicap physique. En effet, 35,7% des individus enquêtés reconnaissent que les personnes en situation de handicap ne peuvent pas utiliser leur latrine familiale. Au regard de ce qui précède, la prise en compte du genre, droits humains et équité du programme est jugée moyennement satisfaisante avec une note de 3 sur 5.

7. Leçons apprises

Leçon apprise 1 : L'implication et l'adhésion des autorités locales (coutumières, religieuses et administratives) au processus de mise en œuvre de l'ATPC s'est avérée être un facteur primordial en faveur de la mobilisation et de l'engagement communautaire pour la quête de l'état FDAL qui cesse ainsi d'être une préoccupation individuelle mais devient celle de toute la communauté. L'adhésion des leaders communautaires a facilité la mobilisation et l'engagement des communautés, déclenché et encouragé l'entraide dans le village en faveur des ménages vulnérables pour la réalisation de leurs latrines.

Leçon apprise 2 : Le changement de comportement en faveur de l'adoption des bonnes pratiques d'hygiène, en particulier le lavage des mains à l'eau et au savon, peut être accéléré si l'autorité gouvernementale s'engage et s'implique aux côtés des acteurs opérationnels par l'intensification de sa communication. L'expérience de la COVID-19 au Sénégal a révélé que l'intensification de la communication gouvernementale a contribué fortement à accélérer la prise de conscience par les populations des enjeux de l'adoption des bonnes pratiques d'hygiène.

Leçon apprise 3 : La mise en œuvre de l'ATPC élargi à la nutrition, la santé, la vaccination, l'état civil et la GHM garantit les progrès significatifs en faveur de l'atteinte de l'ODD3⁴ et de l'ODD16⁵. Le paquet d'intervention multisectoriel de l'ATPC élargi concourt à travers les progrès significatifs sur le plan sanitaire à l'atteinte de l'ODD 3 et facilite la communication en faveur de l'enregistrement des naissances (ODD16).

Leçon apprise 4 : L'implication des leaders naturels, formés dans le cadre de l'ATPC, pour la promotion de la vaccination, la nutrition, la Gestion Hygiénique des Menstrues (GHM) et l'enregistrement à l'état civil des enfants permet de dissiper les perceptions négatives, et d'accroître ainsi la demande de ces services par les communautés. Dans le cadre de la mise en œuvre de l'ATPC au Sénégal, les leaders naturels ont mené en plus des activités relatives à l'ATPC, des activités fondamentales à la survie et au développement de l'enfant, à savoir la vaccination, la nutrition, la GHM et l'enregistrement à l'état civil. Cette approche s'avère être efficace en termes d'impact sur les communautés et mérite d'être mise à l'échelle.

Leçon apprise 5 : La participation réelle des femmes et des filles aux activités relatives à l'ATPC contribue à éliminer les barrières qui empêchent cette catégorie de la population d'avoir accès aux services d'assainissement. Les formations, les sensibilisations et la responsabilisation des femmes et des filles dans le cadre de l'ATPC ont accrue leur pouvoir de



⁴ ODD3 - Donner aux individus les moyens de vivre une vie saine et promouvoir le bien-être à tous les âges.

⁵ ODD 16 : Promouvoir l'avènement de sociétés pacifiques et ouvertes à tous aux fins du développement durable, assurer l'accès de tous à la justice et mettre en place, à tous les niveaux, des institutions efficaces, responsables et ouvertes à tous.

décision au sein du ménage et leur considération dans les communautés. Il est essentiel de poursuivre cette dynamique de renforcement des capacités des femmes et leur responsabilisation sur les questions relatives à l'hygiène et l'assainissement.

Leçon apprise 6 : L'intervention du secteur privé à travers la Responsabilité Sociétale des Entreprises (RSE) a permis la réalisation de plusieurs latrines familiales dans des localités où des ouvrages réalisés par les communautés sont sujets à l'effondrement de la dalle.



8. Principales recommandations

À l'issue des analyses, l'équipe d'évaluation formule des recommandations d'ordre stratégique et opérationnel.

Recommandations stratégiques :

Recommandation 1 : Adopter une unité de déclenchement de l'ATPC plus élevée que le village comme la commune ou le département pour un passage rapide à l'échelle. Cette recommandation peut être opérationnalisée en réalisant concomitamment les activités de pré-déclenchement et de déclenchement dans l'ensemble des villages de la commune ou du département. **Destinataires : DA, SNH et UNICEF.**

Recommandation 2 : Intégrer dans l'ATPC des questions relatives aux activités génératrices de revenu (AGR) en vue d'augmenter les capacités financières des communautés pour la construction de latrines durables. Cette recommandation peut être opérationnalisée à travers des activités de formation et de coaching en faveur des communautés sur les AGR comme le jardinage, la transformation ou la commercialisation des produits agrosylvopastoraux, fabrication de savon, fabrication de serviettes hygiéniques réutilisables entre autres. **Destinataires : DA, SNH et UNICEF.**

Recommandation 3 : Renforcer l'approche holistique du WASH dans le programme ATPC en intégrant systématiquement dans la programmation (théorie de changement / cadre logique), la prise en compte de la question de l'accès des populations à l'eau potable dans les localités d'intervention. **Destinataires : DA, SNH, UNICEF.**

Recommandation 4 : Poursuivre la mobilisation de ressources par l'intensification des plaidoyers auprès des PTF et l'établissement des partenariats avec le secteur privé pour une meilleure implication et le financement de la mise à échelle de l'ATPC. **Destinataires : DA, SNH, UNICEF.**

Recommandation 5 : Adopter l'approche Assainissement Total Piloté par les Ecoles (ATPE) en complément de l'ATPC. Cette recommandation peut être opérationnalisée à travers la réalisation des activités de déclenchement dans les écoles, en impliquant les élèves, les enseignants, les comités de gestion scolaire, les parents, le personnel de l'administration scolaire, les leaders communautaires et les autorités locales (collectivités territoriales). **Destinataires : DA, SNH, UNICEF.**

Recommandations opérationnelles :

Recommandation 6 : Encourager les populations à poursuivre les activités communes de nettoyage hebdomadaire (Sét Sétal) pour le maintien de la dynamique communautaire en matière d'hygiène. Cette recommandation peut être mise en œuvre à travers la dotation des communautés en kits de nettoyage et en veillant à ce que les leaders communautaires assurent une communication continue sur les avantages liés aux bonnes pratiques d'hygiène et d'assainissement. **Destinataires : DRA, BRH, ONG de mise en œuvre, UNICEF.**

Recommandation 7 : Renforcer le système d'informations (Suivi-Evaluation) en intégrant dans la base de données WASH, les indicateurs d'effets et de produits des interventions FDAL et en documentant systématiquement les leçons apprises et les bonnes pratiques. Le système aura vocation à collecter, analyser et diffuser des données désagrégées sur le programme ATPC en matière d'eau potable, d'hygiène et d'assainissement et les autres secteurs pris en compte dans l'ATPC élargi. **Destinataires : DA, SNH, UNICEF.**

Recommandation 8 : Doter les DRA et BRH de personnel supplémentaire pour mieux assurer l'animation des séances de déclenchement et le suivi post-déclenchement des villages enrôlés. **Destinataires : DA, SNH.**

REMERCIEMENTS & ENONCE D'INTENTION



Ce rapport a été réalisé avec l'accompagnement des staffs du Bureau Pays de l'UNICEF Sénégal que nous souhaitons ici remercier. Il s'agit de : **Marisa FORACI, Mouhamadou FALL, Racine KANE et de Marie Thérèse Guigui.**

L'analyse et les recommandations de ce rapport ne reflètent pas nécessairement les points de vue du Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF). Le présent rapport est une publication indépendante et les opinions qui y sont n'engagent que les auteurs.

LISTE DES SIGLES ET ABBREVIATIONS

AFD	:	Agence Française de Développement
AGETIP	:	Agence d'Exécution des Travaux d'Intérêt Public
AGR	:	Activités Génératrices de Revenus
AMD	:	Associés en Management public et Développement
ANSD	:	Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie
ASC	:	Agent de Santé Communautaire
ASP	:	Agents de Sécurité de Proximité
ATPC	:	Assainissement Total Piloté par la Communauté
BCI	:	Budget Consolidé d'Investissement
BP	:	Bureau Pays
BRH	:	Brigades régionales d'Hygiènes
BTP	:	Bâtiment et Travaux Publics
CAD	:	Comité d'Aide au Développement
CC-PEPAM	:	Cellule de Coordination du Programme d'Eau Potable et d'Assainissement du Millénaire
CGE	:	Comités de Gestion des Écoles
CLS	:	Comité Local de Suivi
DA	:	Direction de l'Assainissement
DAL	:	Défécation à l'Air Libre
DH	:	Direction de l'Hydraulique
DLM	:	Dispositif de Lavage des Mains
DRA	:	Divisions régionales de l'Assainissement
EDS-C	:	Enquête Démographique et de Santé Continue
EE	:	Équipe d'Évaluation
WASH	:	Eau Hygiène et Assainissement
EHCVM	:	Enquête Harmonisée sur les Conditions de Vie des Ménages
EPCV	:	Enfants Pas Complètement Vaccinés
ERIC	:	Recherche Éthique Impliquant les Enfants
FDAL	:	Fin de la Défécation à l'Air Libre
FG	:	Focus Group
GCR	:	Gros Centres Ruraux
GEROS	:	Global Evaluation Reports Oversight System
GHM	:	Gestion Hygiénique des Menstrues
GNUE	:	Groupe des Nations Unies pour l'Évaluation
ICP	:	Infirmiers Chefs de Poste
JMP	:	Programme Conjoint de l'Eau Hygiène et Assainissement de UNICEF-OMS
KRC	:	Résultat clé pour les enfants
LPSD	:	Lettre de Politique Sectorielle de Développement
MAG	:	Malnutrition Aigüe Globale
MAM	:	Malnutrition Aigüe Modérée
MAS	:	Malnutrition Aigüe Sévère
MHA	:	Ministère de l'Hydraulique et de l'Assainissement
METE	:	Ministère l'Environnement et de la Transition Ecologique
MEN	:	Ministère de l'Éducation nationale
MHA	:	Ministère de l'Hygiène et de l'Assainissement

MSAS	:	Ministère de la Santé et de l'Action sociale
OCDE	:	Organisation de Coopération et de Développement économique
ODD	:	Objectif du Développement Durable
ONAS	:	Office National de l'Assainissement du Sénégal
ONG	:	Organisation Non Gouvernementale
ONU	:	Organisation des Nations Unies
OSC	:	Organisation de la Société Civile
PEPAM	:	Programme d'Eau Potable et d'Assainissement du Millénaire
PM	:	Pour Mémoire
PND	:	Plan national de Développement
PPT	:	Présentation PowerPoint
PTF	:	Partenaire Technique et Financier
QE	:	Question Evaluative
RAS	:	Rien A Signaler
RGPH	:	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
RSE	:	Responsabilité Sociétale des Entreprises
RSE	:	Responsabilité Sociétale des Entreprises
SAGRR	:	Stratégie d'Assainissement dans les Gros Centres Ruraux SAGCR
SNAR	:	Stratégie nationale d'Assainissement en milieu Rural
DRA	:	Division Régional de l'Assainissement
BRH	:	Brigade Régionale d'Hygiène
SNH	:	Service national d'Hygiène
TBS	:	Taux Brut de Scolarisation
ToC	:	Théorie de changement
UEMOA	:	Union économique et monétaire Ouest Africaine
UNEG (GNUE en français)	:	United Nations Evaluation Group (Groupe de Nations Unies pour l'Evaluation en français)
UNICEF	:	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	:	Agence des États-Unis pour le développement international
VAD	:	Visites à Domicile
WASH	:	Eau, Hygiène & Assainissement
WEDC	:	Water, Engineering and Development Centre
WV	:	World Vision

I. INTRODUCTION

I.1. OBJET DE L'ÉVALUATION

Présentation du programme ATPC de l'UNICEF au Sénégal

La présente évaluation porte sur le programme de l'Assainissement Total Piloté par les Communautés (ATPC) du Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF). Les informations relatives à ce programme sont résumées dans le tableau 1 ci-dessous :

Tableau 1 : Informations synoptiques du programme ATPC de l'UNICEF au Sénégal

Titre du programme	Programme ATPC de l'UNICEF
Pays	Sénégal
Partenaire Technique et Financier (PTF)	Bureau pays de l'UNICEF au Sénégal
Budget total	1 125 057 280 FCFA ⁶
Durée	Janvier 2018 - Décembre 2022
Objectif	Contribuer à éradiquer totalement la Défécation à l'Air Libre (DAL) au Sénégal
Composantes (Résultats et approches programmatiques)	<p>Résultats (effets) :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Effet 1 : Les populations vivent dans des communautés certifiées FDAL sur l'année couverte ▪ Effet 2 : Les établissements (écoles et centres de santé) sont dotés de latrines séparées pour les filles et les garçons au cours de l'année <p>Approches programmatiques clés :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Renforcer l'environnement favorable : i) aligner les politiques d'assainissement, les stratégies et les feuilles de routes avec les ODD et les engagements panafricains ; ii) mettre en place et renforcer des mécanismes de coordination ; iii) développer les plans pour renforcer les compétences. ▪ Autonomiser les communautés : i) adapter et modifier l'ATPC basé sur le contexte, ii) institutionnaliser les activités post-certification, iii) travailler à grande échelle, iv) accroître l'engagement et le suivi de la communauté et v) augmenter le partage d'information, et l'apprentissage des bonnes pratiques. ▪ Lever des ressources financières durables : i) améliorer les ressources publiques alloués à l'assainissement, ii) améliorer l'efficacité des dépenses publiques et iii) développer des mécanismes de financement innovants.
Bénéficiaires escomptés	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Communautés (hommes, femmes et enfants)
Partenaires (institutionnels, de mise en œuvre)	<p>Acteurs étatiques/institutionnels :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ministère de l'Hydraulique et de l'Assainissement (MHA) / Direction de l'Assainissement (DA) ▪ Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (MSAS)/Service National d'Hygiène (SNH) ▪ Ministère l'Environnement et de la transition Ecologique (METE) ▪ Ministère de l'Education Nationale (MEN) ▪ Services déconcentrés des ministères concernés (Services régionaux et Services départementaux) <p>Acteurs de mise en œuvre :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Collectivités territoriales (communes)

⁶ Il s'agit du budget affecté à la DA et au SNH pour la mise en œuvre de l'ATPC dans les régions de Kaffrine, Kolda, Sédhiou et Tambacounda calculé sur la base des rapports financier 2018 - 2022.



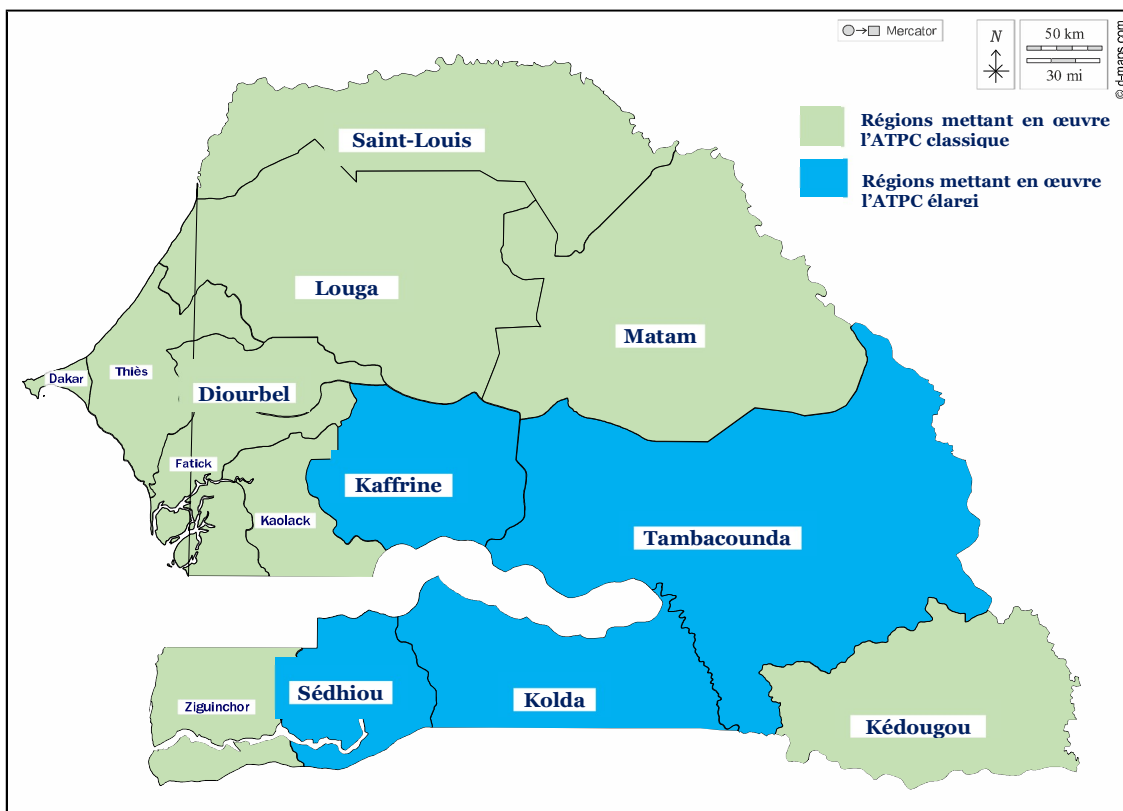
- Organisations de la Société Civile (ONG)/associations

Source : Auteur à partir de la revue documentaire

La mise en œuvre du programme ATPC de l'UNICEF au Sénégal a couvert toutes les 14 régions du pays. Toutefois, l'ATPC élargi au paquet de services relatifs à la nutrition, à la santé de la mère et de l'enfant (PEV/JNV), à l'hygiène menstruelle et à l'état civil, a été expérimenté dans 4 régions à savoir Kaffrine, Kolda, Sédhiou et Tambacounda (voir figure 1 ci-dessous).



Graphique 1 : Zones d'intervention du programme ATPC de l'UNICEF au Sénégal

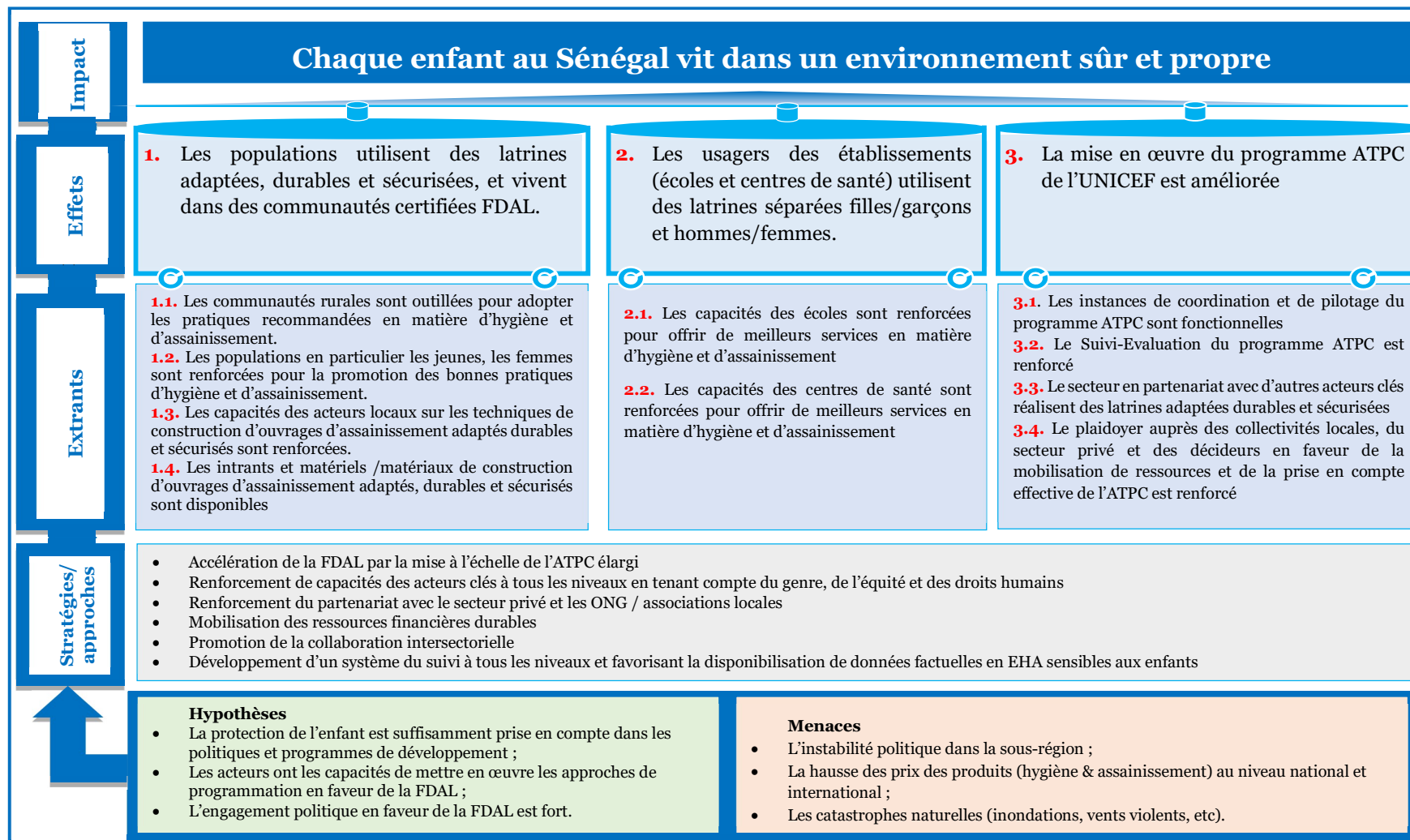


Source : Auteur à partir de d-maps. https://d-maps.com/carte.php?num_car=36251&lang=fr

Théorie de changement (ToC) du programme

Des investigations, il ressort que le programme ATPC de l'UNICEF ne dispose pas d'une ToC spécifique. L'équipe d'évaluation a procédé à la reconstruction de cette ToC sur la base de la revue documentaire et des entretiens avec les acteurs clés (staff de l'UNICEF, acteurs institutionnels, le secteur privé, les ONG et les communautés). De façon schématique, cette théorie se présente comme suit.

Schéma 1: ToC du programme ATPC de l'UNICEF.



Parties prenantes du programme

Les principales parties prenantes et leurs rôles/responsabilités sont décrits dans le tableau ci-dessous :

Tableau 2 : Parties prenantes du programme ATPC de l'UNICEF au Sénégal

Parties prenantes	Rôles/Responsabilités
MHA/DA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Faciliter l'harmonisation de la politique d'assainissement avec la participation active de toutes parties prenantes concernées ; ▪ Plaider au plus haut niveau politique pour atteindre l'objectif FDAL en 2030 ou plus tôt ; ▪ Prendre des mesures pour renforcer la DA afin de la doter de pouvoirs décisionnels, de moyens humains supplémentaires (face à l'insuffisance des ressources centrales et régionales) et financiers et faciliter la réorganisation tant au niveau central qu'au niveau déconcentré ; ▪ Renforcer la base de données existantes à travers les plateformes régionales en place et celles à créer pour une meilleure gestion des questions d'assainissement rural en général et de l'atteinte de la FDAL en particulier ; ▪ Plaider et coordonner auprès des PTF, la mise en œuvre de la feuille de route ; ▪ Fournir des conseils techniques, par le biais des services techniques centraux et régionaux.
MSAS/SNH	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Plaider au plus haut niveau politique pour atteindre l'objectif FDAL en 2030 ou plus tôt ; ▪ Prendre des mesures pour renforcer le SNH afin de le doter de pouvoirs décisionnels, de moyens humains supplémentaires (face à l'insuffisance des ressources humaines aux niveaux central et régional) et financiers et de faciliter la réorganisation (avec la DA) tant au niveau central qu'au niveau déconcentré ; ▪ Impliquer les agents de santé au niveau déconcentré dans le processus de mise en œuvre de l'ATPC et de la stratégie FDAL 2030 ; ▪ Impliquer les agents de santé au niveau déconcentré dans le suivi de statut FDAL ; ▪ Rendre accessible la base de données des villages enrôlés au niveau des structures de santé.
METE	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Plaider au plus haut niveau politique pour atteindre l'objectif FDAL en 2030 ou plus tôt ; ▪ Appliquer les dispositions légales, pour préserver la propreté de l'environnement ; ▪ Faire des provisions séparées pour l'assainissement rural dans le budget national et conseiller l'État à prendre des dispositions adéquates ; ▪ Renforcer le personnel des services techniques d'hygiène et d'assainissement dans le suivi de statut FDAL entre autres sur les dispositions légales de préservation et de protection de l'environnement ; ▪ Conseiller les acteurs du secteur de l'environnement au niveau déconcentré à participer aux processus de mise en œuvre de l'ATPC et de la stratégie FDAL 2030.
MEN	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Assurer la construction d'édicules et des installations d'eau potable, dans toutes les écoles ; ▪ Conseiller les enseignants aux niveaux communautaires à appuyer la mise en œuvre de l'objectif FDAL en participant au plaidoyer de comportement d'hygiène (notamment de la défécation dans les toilettes, du lavage des mains avec du savon...) auprès des élèves et au suivi dans les écoles ; ▪ Conseiller les enseignants à participer aux processus de mise en œuvre de l'ATPC et de la stratégie FDAL 2030.
Collectivités locales	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Participer au financement de la mise en œuvre de la feuille de route de l'ATPC ; ▪ Coordonner et piloter les interventions visant la FDAL dans les villages relevant des communes.
Bureau pays de l'UNICEF au Sénégal	<p>Apporter un appui technique et financier à l'État dans sa politique (engagement) en faveur de l'amélioration de l'accès aux services WASH.</p>
ONG/associations locales	<p>Apporter un accompagnement à la mise en œuvre des activités de l'ATPC (prendre contact avec les autorités du niveau régional et local, prendre rendez-vous et présenter le projet ATPC aux DRA/BRH, renforcer les capacités des acteurs locaux et conduire des opérations de sensibilisation des populations pour une meilleure prise de conscience).</p>

Parties prenantes	Rôles/Responsabilités
Secteur privé (entreprises locales)	Contribuer à la mise en place des latrines améliorées.
Communautés (titulaires de droits)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Participer à la mobilisation communautaire pour la résolution du problème à partir des ressources locales ; ▪ Bénéficier des services WASH ; ▪ Suivi de la mise en œuvre de l'ATPC et son extension.

Source : Auteur à partir de la feuille de route pour l'élimination de la DAL au Sénégal (2019) et du Guide de mise en œuvre de l'ATPC au Sénégal (2020)

I.2. BUT DE L'ÉVALUATION

La présente évaluation a un double but : la redevabilité et l'apprentissage.

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

Les utilisateurs et les principales utilisations des résultats de l'évaluation sont présentés dans le tableau ci-dessous :

Tableau 3 : Utilisateurs et utilisations de l'évaluation

Utilisateurs	Utilisations à faire des conclusions et recommandations
Gouvernement du Sénégal (Ministères de tutelle)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fournir au gouvernement des éléments factuels pour lui permettre d'accélérer la mobilisation de ressources additionnelles en vue de l'atteinte des cibles ODD 2030 définies dans la feuille de route nationale pour la fin de la défécation à l'air libre. ▪ Permettre au Gouvernement d'institutionnaliser l'approche élargie de l'ATPC aux autres thématiques majeurs, comme la santé, la nutrition, la protection de l'enfant, etc.
Section WASH et le reste du Bureau Pays de l'UNICEF au Sénégal	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fournir des preuves au gouvernement sur la pertinence de l'approche ATPC Elargi et contribue à l'amélioration de l'approche pour éradiquer définitivement la défécation à l'air libre dans le pays. ▪ Fournir aussi des éléments de preuve pour alimenter le prochain cycle de programmation du Bureau Pays de l'UNICEF au Sénégal
Staff de l'UNICEF au niveau des différentes sections du Bureau Pays et du Bureau Régional	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tirer les leçons de l'approche ATPC élargie pour mieux toucher les populations dans leurs futures interventions. ▪ Intégrer systématiquement les recommandations de l'usage de cette approche dans leur réponse programmatique
Communautés	Fournir des recommandations spécifiques aux collectivités territoriales, aux ONG locales, les comités ATPC au niveau des collectivités locales, les plateformes WASH (services techniques, etc.) sur la manière d'améliorer l'approche et d'accroître son efficacité et son efficacité lors de la planification. Cela contribuera également à créer des synergies et à renforcer l'appropriation.

Source : Auteur à partir des TdR

I.3. OBJECTIFS DE L'ÉVALUATION

Conformément aux Termes de Référence (TDR), les objectifs de l'évaluation sont les suivants :

- Déterminer la pertinence, l'efficacité, l'efficience, l'impact et la durabilité de l'approche ATPC et son élargissement à des interventions à haut impact, notamment la gestion de l'hygiène menstruelle, la nutrition, la santé (vaccination) et l'enregistrement à l'État civil pour atteindre les femmes et les enfants vulnérables pour accéder et utiliser des services



d'assainissement de qualité et mettre fin à la défécation à l'air libre, y compris la gestion de l'hygiène menstruelle ;

- Identifier les leçons apprises et les bonnes pratiques ayant bien fonctionné dans la mise en œuvre de l'approche ATPC et son élargissement à des interventions à haut impact, notamment sur le Genre avec la gestion de l'hygiène menstruelle avec l'accès aux serviettes hygiéniques réutilisables dans les communautés pour les filles qui ne vont pas à l'école, la vaccination, la nutrition, la santé et l'enregistrement à l'État civil, y compris les résultats inattendus (positifs et négatifs) ;
- Formuler des recommandations clés sur la façon d'améliorer les processus de mise en œuvre et les performances des différents volets mis en œuvre dans le cadre du processus d'apprentissage continu ;
- Contribuer à l'amélioration des stratégies de l'approche — ATPC et son élargissement à des interventions à haut impact notamment la vaccination, la nutrition, la santé et l'enregistrement à l'État civil et au-delà.



I.4. PORTÉE DE L'ÉVALUATION

L'évaluation a une triple portée : portée thématique, portée géographique et portée chronologique.

I.4.1. Portée thématique

L'évaluation se concentre sur l'approche ATPC avec une attention particulière aux étapes clés (pré-déclenchement, déclenchement, surveillance post-déclenchement et surveillance post-FDAL). De manière spécifique, il s'agit :

- Au niveau national d'analyser dans quelle mesure le programme a contribué à : i) créer un environnement habilitant favorable à la mise en œuvre de la feuille de route nationale « Un Sénégal exempt de défécation à l'air libre d'ici 2030 » ; ii) atteindre le résultat de villages FDAL et communes FDAL ; iii) augmenter le niveau de performance du sous-secteur de l'assainissement, iv) mettre en place les conditions de répliquabilité et de passage à l'échelle.
- Au niveau régional, d'apprécier comment le programme a contribué à : i) renforcer les capacités techniques des acteurs au niveau régional, départemental et communautaire ; ii) mettre en place des mécanismes de durabilité post-FDAL ; iii) renforcer les mécanismes de plaidoyer pour la diffusion de l'approche ATPC.
- Au niveau communautaire, d'analyser dans quelle mesure le programme a contribué à : i) stimuler une dynamique de l'engagement et de la surveillance communautaires ; ii) consolider des comportements essentiels (lavage des mains au savon, utilisation des toilettes, consommation d'une eau traitée, salubrité autour des points d'eau et hygiène menstruelle) ; iii) améliorer les conditions de santé (vaccination), de nutrition et enregistrement à l'État civil, des questions relatives au Genre notamment l'hygiène menstruelle et les besoins spécifiques des femmes.

I.4.2. Portée géographique

L'évaluation a couvert les régions de Kolda, Sédhiou, Tambacounda et Kaffrine. La collecte de données a été faite dans un échantillon de villages sélectionnés de ces régions.

I.4.3. Portée chronologique

L'évaluation a couvert l'ensemble des activités mises en œuvre dans le cadre de l'ATPC sur la période allant de janvier 2018 à décembre 2022. En effet, lors de la réunion de démarrage de la mission, l'UNICEF et la partie nationale ont considéré qu'au regard de l'évolution du contexte de l'ATPC au Sénégal et des travaux (Évaluation du projet pilote ATPC en 2010, Rapport de l'état de lieux de l'ATPC au Sénégal en 2019, etc.) existants sur la mise en œuvre

de l'ATPC, il est utile pour plus d'efficacité d'analyser des possibilités de recentrage du périmètre temporel de l'évaluation.



II. CONTEXTE DE L'ÉVALUATION

II.1. BREF APERÇU DU CONTEXTE GLOBAL DU SÉNÉGAL

Situé en Afrique de l'Ouest, le Sénégal s'étend sur une superficie de 196 712 km² et est limité au Nord et au Nord-Est par la Mauritanie, au Sud-Est par le Mali, au Sud par la Guinée et la Guinée-Bissau. Selon le décret du 10 septembre 2008 fixant le ressort territorial et le chef-lieu des régions et des départements et la loi n° 2013-10 du 28 décembre 2013 portant Code général des collectivités locales, le pays est subdivisé en trois (3) paliers de circonscriptions administratives (14 régions, 45 départements et 117 arrondissements) et deux (2) paliers de collectivités territoriales (45 conseils départementaux et 557 communes).

Du point de vue démographique, la population sénégalaise évolue à un rythme annuel moyen de 2,9 % et est évaluée en 2023 à 18 032 473 habitants, avec 49,4 % de femmes, 74,9 % de jeunes de moins de 35 ans et 6,0 % de personnes âgées de 60 ans et plus (ANSD⁷, 2023). La dynamique démographique du pays est donc caractérisée par l'importance de la jeunesse. Les plus faibles concentrations humaines sont observées dans l'Est et le Nord-Est, tandis que les parties les plus peuplées sont l'Ouest, le Centre et le Nord-Ouest (ANSD. RGPH-5, 2023).

Sur le plan économique, le Sénégal est l'une des puissances économiques en Afrique subsaharienne et la deuxième puissance économique de l'Union Economique et Monétaire Ouest Africaine (UEMOA) après la Côte d'Ivoire. Le pays a enregistré une croissance soutenue dépassant régulièrement les 6 %, renforçant sa stabilité sociale et politique. Toutefois, en 2022, des tensions géopolitiques, notamment la crise entre la Russie et l'Ukraine, ont influencé négativement l'économie, entraînant une baisse de la croissance à 4 % (Banque Africaine de Développement, 2023)⁸. Les secteurs secondaire et primaire ont été particulièrement touchés, affectant l'investissement privé et entraînant une inflation historique de 9,7 % (UEMOA, 2022)⁹. En dépit des efforts pour réduire la pauvreté, les résultats du *Rapport d'Enquête harmonisée sur les Conditions de Vie des Ménages (EHCVM) au Sénégal* de l'ANSD (2021) montrent que celle-ci reste un défi majeur, avec une incidence de 37,8 % (soit 53,6 % en milieu rural contre 19,8 % pour le milieu urbain) en 2018-2019. Les régions les plus touchées par la pauvreté sont : Sédhiou (65,7 %), Kédougou (61,9 %), Tambacounda (61,9 %), Kolda (56,6 %), Kaffrine (53,0 %) et Ziguinchor (51,1 %).

Au plan politique, le Sénégal est perçu comme l'un des pays africains les plus stables, avec une histoire de transitions politiques pacifiques depuis son indépendance en 1960 et une instauration progressive de la démocratie dans les régimes successifs. Le Plan Sénégal Emergent élargi à sa deuxième phase a défini la stratégie décennale 2014-2023. Un nouveau cadre de référence des politiques et stratégies nationales de développement intitulé *Stratégie nationale de Développement* est élaboré en 2024 et couvre la période 2025-2029.

En matière de sécurité, le Sénégal est un pays relativement stable, bien qu'il soit confronté à des défis potentiels, notamment les menaces terroristes dans la région du Sahel. Les conflits dans les pays voisins, tels que le Mali et la Mauritanie, ont des répercussions possibles sur sa situation sécuritaire. C'est dans ce cadre que le pays participe activement aux efforts régionaux pour contrer ces menaces et renforce notamment la sécurité maritime face à la piraterie et aux vols à main armée en mer dans le Golfe de Guinée.

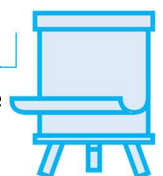
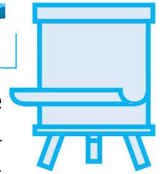
II.2. SITUATION DU WASH AU SÉNÉGAL

Une volonté manifeste des autorités sénégalaises en matière d'amélioration de l'accès des populations aux services WASH

⁷ Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie. *Données du Cinquième Recensement général de la Population et de l'Habitat (RGPH-5)*

⁸ Rapport Pays 2023 Sénégal : Mobiliser les financements du secteur privé en faveur du climat et de la croissance verte

⁹ Note d'analyse du mois de septembre 2022



Le secteur WASH au Sénégal est essentiellement piloté par le MHA à travers ses directions techniques centrales (DA & DH) et services déconcentrés, en collaboration avec d'autres ministères comme le MSAS, le MEN et le METE. Durant ces vingt dernières années, le sous-secteur eau connaît une instabilité institutionnelle, car il a été logé dans différents ministères, entre autres l'agriculture, l'énergie et l'infrastructure, avant de former récemment un ministère avec l'assainissement. L'hygiène, quant à elle, est logée dans le MSAS. Dans le cadre de la mise en œuvre des interventions du secteur WASH, le gouvernement bénéficie de l'appui technique et financier des partenaires au développement (UNICEF, Banque Mondiale, Groupe Services France, Agence Japonaise de Coopération Internationale, Union Européenne, Agence des États-Unis pour le Développement International entre autres) et de l'accompagnement des ONG/associations, du secteur privé (entreprises, bureaux d'études) et des collectivités territoriales. Dans le cas spécifique de l'assainissement, l'accompagnement des partenaires a permis de mettre en œuvre i) l'ATPC classique (sans subvention), l'ATPC hybride (ATPC classique avec subvention ou avec accompagnement ou Sani-marché), iii) l'ATPC avec subvention et le iv) marketing de l'assainissement. L'ATPC classique est presque exclusivement pratiqué par l'UNICEF depuis 2009. Cependant, à partir de 2021, il a accompagné le gouvernement dans la mise en œuvre de l'ATPC élargi à un paquet de services concernant la nutrition, la santé (vaccination) de la mère et de l'enfant, l'hygiène menstruelle et l'état civil dans les régions de Kolda, Sédhiou, Tambacounda et Kaffrine. Les autres acteurs de l'ATPC sont dans des formes d'hybrides toutefois différentes. Les acteurs, leurs zones d'intervention et les types d'ATPC mises en œuvre sont présentés à l'annexe 1.

Le gouvernement sénégalais, avec l'appui de ses partenaires, a entrepris différentes mesures dans le secteur du WASH. Ce sont entre autres : **i)** l'introduction en 2009 de l'approche ATPC suivie de son élargissement en 2021, **ii)** l'adoption de la Loi n° 2009-24 portant Code de l'assainissement, **iii)** l'adoption de la Loi n° 81-13 portant Code de l'eau, **iv)** l'adoption en 2015 de la Stratégie Nationale d'Assainissement en milieu Rural (SNAR) ainsi que de son plan d'action (2016-2025), **v)** l'élaboration en 2019 de la feuille de route pour l'élimination de la DAL au Sénégal d'ici 2030, **vi)** l'initiative sénégalaise en 2016 d'inscrire dans l'agenda du Conseil de Sécurité des Nations Unies la thématique Eau, Paix, Sécurité et **vii)** la déclaration du Forum Mondial de l'Eau tenu à Dakar en 2022. En dépit de ces efforts, des défis restent à relever pour atteindre les objectifs nationaux ainsi que les priorités internationales (ODD 6¹⁰).

Des défis importants à relever en matière d'accès aux services WASH

En matière d'accès à l'eau potable, l'ODD 6.1 vise à « *assurer l'accès universel et équitable à l'eau potable, à un coût abordable d'ici à 2030* ». Au Sénégal, beaucoup n'ont pas encore accès à l'eau potable, en particulier dans les zones rurales. Selon les données du JMP¹¹ (2023), les populations utilisant des sources d'eau améliorées (avec canalisation) sont estimées à 77,3 % (67,0 % en milieu rural et 88,1 % en milieu urbain) en 2022 contre 73,3 % (60,7 % en milieu rural et 87,3 %) en 2018 (voir graphique 2). Selon la même source, au niveau scolaire, l'accès des élèves du primaire aux installations d'eau de boisson est de 78,9 % en 2021 contre 74,7 % en 2018.

Relativement à l'accès aux services d'assainissement et d'hygiène, l'ODD6.2 vise à « *assurer, d'ici à 2030, 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* ». De nombreuses populations sénégalaises, en particulier celles des zones rurales, n'ont pas encore accès aux installations d'assainissement et d'hygiène, engendrant la Défécation à l'Air

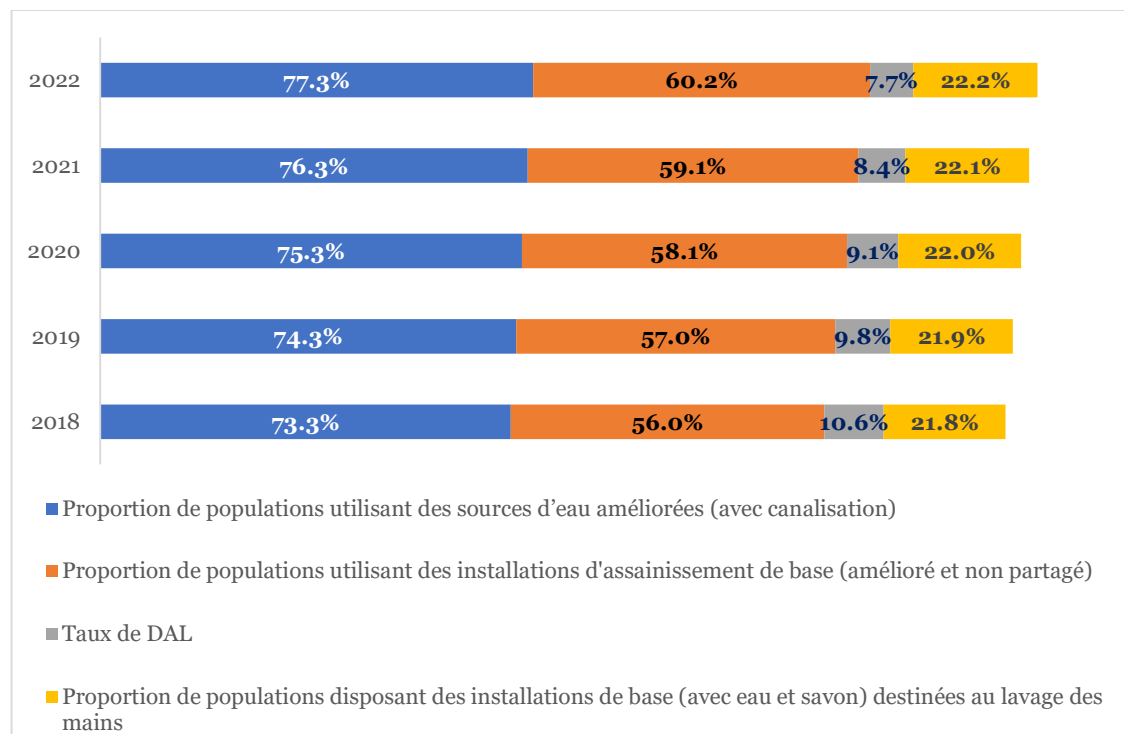
¹⁰ Objectif de Développement Durable n°6 : « garantir l'accès de tous à l'eau et à l'assainissement et assurer une gestion durable des ressources en eau »

¹¹ Programme commun OMS/UNICEF de suivi de l'eau et de l'assainissement. Données issues du site web <https://washdata.org/data/downloads>, consulté le 11 février 2024.

Libre (DAL). En effet, la proportion de populations utilisant des installations d'assainissement de base (amélioré et non partagé) est estimée à 60,2 % (50,6 % en milieu rural et 70,2 % en zone urbaine) en 2022, contre 56,0 % (44,8 % en milieu rural et 68,5 % en milieu urbain) en 2018 (JMP, 2023). Par ailleurs, le pourcentage des personnes utilisant des services d'assainissement améliorés est de 84,1 % en 2021 (contre 79,1 % en 2018) dans les écoles primaires et de 96,3 % en 2021 (contre 95,6 % en 2018) dans les hôpitaux (JMP, 2023). Le taux de DAL au Sénégal est estimé à 7,7 % (14,1 % en milieu rural et 1,1 % en zone urbaine) contre 10,6 % (18,6 % en milieu rural et 1,5 % en milieu urbain) en 2018¹². En 2023, le taux de DAL a connu une baisse relative par rapport au taux de 2022, soit 7,5 % (12,9 % en milieu rural et 0,9 % en zone urbaine) selon l'enquête démographique et de santé continue du Sénégal (EDS-Continue) de 2023.

Quant aux services d'hygiène, la proportion de populations disposant des installations de base (avec eau et savon) destinées au lavage des mains (et à une gestion sûre et hygiénique des menstrues) est évaluée à 22,2 % (10,3 % en milieu rural et 34,6 % en milieu urbain) en 2022, contre 21,8 % (10,3 % en milieu rural et 34,6 % en milieu urbain). En milieu scolaire (primaire), 24,6 % des élèves ont accès à des installations de base (avec eau et savon) destinées au lavage des mains en 2021 comme en 2018, tandis qu'au niveau des hôpitaux, cette proportion s'élève à 94,9 % en 2021 (contre 89,5 % en 2018). L'accompagnement de la mise en œuvre et le renforcement des capacités des acteurs ainsi que la communication ont été identifiés comme priorités dans la Feuille de route « Rendre le Sénégal exempt de défécation à l'air libre d'ici à 2030 » élaborée avec l'appui de l'UNICEF. Leur prise en compte dans les critères et outils d'évaluation permettra d'observer leur degré de mise en œuvre et leur pertinence eu égard aux objectifs de l'évaluation.

Graphique 2 : Progrès en matière de WASH entre 2018 et 2022 au Sénégal



Source : Auteur à partir des données du JMP (2023) issues de <https://washdata.org/data/downloads>

¹² JMP 2023

Effets du nonaccès par tous aux services WASH

Le nonaccès aux services WASH par toutes les populations au Sénégal a des répercussions sur les autres secteurs comme la santé (maladies du péril fécal, dont le choléra, le paludisme, la fièvre typhoïde, la dysenterie, la tuberculose...), la nutrition (malnutrition), l'éducation (abandons scolaires notamment des filles en période de menstrues) et la protection¹³ (violences sexuelles). Selon le Rapport d'état des lieux de l'ATPC au Sénégal, réalisé en 2019 par le MHA avec l'appui de l'UNICEF, la pratique de la DAL, en partie liée aux difficultés d'accès aux services WASH, occasionne un problème sanitaire majeur dans les milieux concernés et contribue de différentes manières, à une lourde charge de morbidité et de mortalité surtout infantile. Cette situation compromet véritablement l'atteinte de l'ODD3 ; ce qui justifie la mise en œuvre entre 2021 et 2022 de l'ATPC élargi à la nutrition, la santé, la vaccination et l'hygiène menstruelle dans les régions de Kolda, Sédhiou, Tambacounda et Kaffrine. L'ATPC élargi constitue le point d'entrée pour l'approche communautaire intégrée du programme pays UNICEF Sénégal permettant ainsi à l'agence à travers ses interventions multisectorielles de fournir un paquet intégré de service de santé et de nutrition mais également de faciliter la communication en faveur de l'enregistrement des naissances, l'hygiène menstruelle et la vaccination. Les résultats ainsi obtenus, contribueront fortement à l'adoption de bonnes pratiques FDAL et entre autres, à l'atteinte des objectifs FDAL de la feuille de route, à savoir la couverture de 11159 villages à l'horizon 2030. De 2021 à 2023, sur 1491 villages des régions de Kolda, Sédhiou, Tambacounda et Kaffrine qui ont déclenché suivant l'ATPC élargi, environ 1371 (92%) ont été déclarés Fin de défécation à l'air libre (FDAL)¹⁴.

¹³ Le programme ATPC a contribué à réduire les violences faites aux femmes et aux filles à travers la réalisation de latrines et le renforcement des capacités des communautés en matière de traitement/conservation d'eau ainsi que de gestion des points d'eau. Cette situation fait qu'elles n'ont plus besoin de parcourir de longue distance pour les besoins de défécation et d'eau pour le ménage, ce qui permet d'éviter des cas d'agressions et de violences.

¹⁴ Base de données de l'ATPC reçu de l'UNICEF Sénégal.

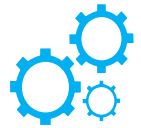
III. CRITÈRES ET QUESTIONS DE L'ÉVALUATION

La présente évaluation a été conduite suivant les six (6) critères du Comité d'Aide au Développement (CAD) de l'Organisation de Coopération et de Développement économique (OCDE) à savoir la pertinence, l'efficacité, l'efficience, l'impact, la durabilité ainsi que le genre, droits humains et équité qui forment un critère transversal.

L'appréciation de chacun de ces critères a été faite à travers 25 questions évaluatives retenues à l'issue de la phase de démarrage. La matrice d'évaluation (Confère annexe 2) précise pour chaque question évaluative, les sous-questions, les indicateurs de mesure, les méthodes de collecte de données, les sources de données et les approches d'analyse. Cette matrice a servi de cadre pour collecter, analyser et évaluer les données et informations afin de répondre aux QE.



IV. MÉTHODOLOGIE



IV.1. APPROCHE D'ÉVALUATION

Trois principales approches spécifiques et complémentaires guidées par les directives, l'éthique et les standards Groupe d'Évaluation des Nations Unies (UNEG) ont été utilisées pour cette évaluation. Il s'agit de :

- **L'approche axée sur la théorie**¹⁵ qui a permis de comprendre les réussites et échecs de l'approche ATPC en examinant les hypothèses initiales, les facteurs contextuels et les mécanismes essentiels ayant contribué à l'atteinte ou non des résultats escomptés.
- **L'approche participative** qui a consisté à impliquer les différentes parties prenantes dans les différentes phases du processus évaluatif à travers les réunions de cadrage, de collecte des données, d'examen et de validation des livrables avec le comité de gestion de l'évaluation.
- **L'approche basée sur le genre (gender mainstreaming) et les droits humains** qui a permis d'apprécier la prise en compte du genre (réduction des inégalités liées au sexe) et des droits humains fondamentaux dans les différentes étapes de la programmation et de la mise en œuvre, de manière transversale (objectifs, résultats, indicateurs et activités).

IV.2. MÉTHODES ET OUTILS DE COLLECTE DES DONNÉES

L'évaluation a utilisé une approche mixte en combinant la collecte des données quantitatives et la collecte des données qualitatives (primaires et secondaire). Les méthodes de collecte des données utilisées dans le cadre de cette évaluation comprennent i) la revue documentaire, ii) la méthode quantitative (enquête quantitative par questionnaire) ainsi que iii) les méthodes qualitatives (entretiens individuels, discussions de groupe ou focus groups, observation directe et cartographie corporelle pour les focus groups avec les enfants).

IV.2.1. Revue documentaire

La revue documentaire s'est faite tout au long du processus évaluatif. Elle a consisté d'une part, en l'exploitation de la documentation pertinente sur l'approche ATPC (rapports d'activité, rapports de situation, etc.) et, d'autre part, en la consultation des bases de données quantitatives obtenues auprès de l'UNICEF et autres parties prenantes clés. L'intérêt de la revue documentaire a été de recueillir des données secondaires permettant d'éclairer le contexte général de conception du programme ATPC, les conditions de mise en œuvre des activités et leur financement, les résultats obtenus et aussi d'alimenter la matrice d'évaluation et les outils de collecte de données. Elle a également permis de faire la triangulation avec les données primaires recueillies auprès des acteurs.

IV.2.2. Méthodes de collecte des données qualitatives

Entretiens individuels : ils ont été effectués au moyen de guides d'entretien semi-directifs en fonction des acteurs, selon le rôle, les responsabilités et le niveau d'implication de chacun d'entre eux. Les guides d'entretien individuels ont été utilisés pour les échanges avec le staff de l'UNICEF, les acteurs institutionnels au niveau central et déconcentré, les autorités administratives locales et les élus locaux, les ONG de mise en œuvre et les leaders communautaires. Les guides d'entretien, constitués de questions ouvertes, ont permis de recueillir les perceptions et les points de vue des informateurs clés. Les entretiens se sont déroulés en présentiel ou en ligne via Teams. Les guides d'entretien utilisés sont présentés à l'annexe 3 (Outils 7 à 12). Au total, 89 entretiens individuels (dont 15 avec les femmes et 74 avec les hommes) ont été conduits par l'équipe d'évaluation appuyée par les agents de collecte de données.



¹⁵ "Theory-driven evaluation" de (Howard 2009) et (Chen 2012)

Discussions de groupe (focus groups): elles ont été organisées au niveau communautaire avec les participants (hommes et femmes). Par le biais de cette méthode, les avis, perceptions et propositions des participants sont recueillis sur i) les besoins différenciés selon le sexe et d'autres critères pertinents, ii) le niveau d'appropriation par les groupes cibles et iii) les conditions de durabilité des acquis au niveau communautaire. Le guide de focus group qui a été utilisé est consigné à l'annexe 3 (l'outil 4). Au total, 30 focus groups (15 avec les hommes et 15 avec les femmes) ont été réalisés.

Cartographie corporelle : des entretiens ont été réalisés avec les enfants à travers l'outil de cartographie corporelle. La cartographie corporelle est un outil adapté pour la participation des enfants, qui leur donne la possibilité de partager librement leurs expériences à travers une communication axée sur les images. Cet outil est fondé sur l'idée que l'enfant exprime mieux et comprend mieux à travers les images que le langage parlé. Ces échanges se sont déroulés dans l'enceinte des écoles et ont permis de recueillir leur feedback sur la prise en compte de leurs besoins spécifiques et les changements induits par la mise en œuvre de l'ATPC. Le guide d'animation qui a été utilisé est consigné à l'annexe 3 (Outils 6). **Au total, 20 sessions de cartographies corporelles (dont 10 sessions avec les garçons et 10 sessions avec les filles) touchant au total 125 enfants de 8 à 17 ans.** Ces enfants ont été sélectionnés de manière aléatoire avec l'appui des leaders communautaires.

Observation directe : des observations directes ont été faites sur les ouvrages d'assainissement et l'environnement des ménages, des centres de santé et dans les écoles. Ces observations ont permis d'apprécier la qualité des réalisations physiques mais aussi de fournir les preuves des changements induits en termes de pratiques de DAL. Les observations ont été réalisées sur la base de deux guides d'observation dont un a porté sur les ménages et leur environnement et l'autre sur la situation de l'hygiène et de l'assainissement dans les écoles et les centres de santé (voir annexe 3, outils 2 & 3).

IV.2.3. Méthode de collecte des données quantitatives

La collecte des données quantitatives a été faite à travers un questionnaire (voir outil 1 de l'annexe 3) pour apprécier l'atteinte des indicateurs d'effets du programme ATPC. Ce questionnaire a été digitalisé à travers la plateforme Kobo Collect pour permettre une collecte mobile des données auprès des ménages dans les zones d'intervention, en vue d'optimiser en temps et en qualité d'informations. Au total, 882 ménages ont été enquêtés.

IV.3. STRATÉGIE D'ÉCHANTILLONNAGE.

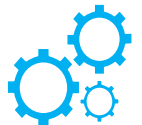
IV.3.1. Enquête quantitative

L'échantillonnage de l'enquête quantitative a été essentiellement aléatoire et stratifié à trois degrés.

- ☛ **Premier degré : Sélection des communes.** Pour chaque région concernée par la mission, un choix aléatoire simple de (2) deux communes a été fait à partir de la liste nominative des communes.
- ☛ **Deuxième degré : Sélection des villages.** Pour chaque commune retenue, un choix aléatoire simple de deux (2) villages (soit 1 village déclaré FDAL et 1 village déclenché non FDAL) a été fait à partir de la liste nominative de villages bénéficiaires de l'intervention.
- ☛ **Troisième degré : Sélection des ménages (hommes et femmes).** Le choix des ménages à enquêter a été fait de façon aléatoire en fonction de leur disponibilité, en collaboration avec les leaders communautaires.

La collecte des données quantitatives auprès des cibles primaires a concerné un échantillon statistiquement représentatif de ménages. La taille optimale qui peut être déterminée par la formule suivante :

$$n = \frac{z_{\alpha}^2 * p (1 - p)}{\epsilon^2} * \alpha \frac{N}{N - 1}$$



Où n désigne la taille de l'échantillon, Z_{α} est le score Z correspondant au niveau de confiance $\alpha=5\%$ souhaité, p est l'estimation de la proportion de la population ayant adopté l'ATPC $p=17,70\%$ (ANSD, rapport sur la population du Sénégal 2020), ϵ est la marge d'erreur tolérable fixée à $2,65\%$, N est la taille de la population des régions concernées ($N=2\,326\,390$). L'application numérique de cette formule donne la taille correspondant à 796 individus ; $n \approx 800$ ménages. L'enquête quantitative par questionnaire, réalisée dans le cadre de cette évaluation, a permis de toucher 882 ménages dans lesquels 629 hommes et 253 femmes ont été interrogés.

IV.3.2. Enquête qualitative

L'échantillonnage pour l'enquête qualitative a été essentiellement raisonné. Cette enquête qualitative a couvert les quatre (4) régions retenues et le choix des personnes à enquêter a été fait en collaboration avec le comité de pilotage de l'évaluation. Le taux de réalisation des entretiens individuels est de 98% (voir tableau ci-dessous).

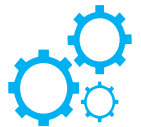
Parties prenantes	Outils de collecte	Prévu	Réalizations			
			Hommes /garçons	Femmes /filles	Total	Taux
Bureau Pays UNICEF	Guide d'entretien individuel	10	4	4	8	80%
État / Niveau central		4	3	1	4	100%
Etat / Niveau déconcentré		8	7	1	8	100%
ONG		2	2	-	2	100%
Structures publiques (Responsables d'école et de centre de santé)		20	16	2	18	90%
Opérateurs privés		8	11	-	11	137,5 %
Acteurs communautaires (chefs de villages, responsable comité ATPC, relais communautaire et ASC)		40	31	7	38	95%
Enfants (filles & garçons)	Cartographie corporelle	20	65	60	20	100%
Ménages (Hommes)	Questionnaire	800	629	253	882	110%
Ménages (hommes & femmes)	Guide Focus-group	28	110	110	30	107%
Total						

Source : Auteur à partir de la collecte quantitative et qualitative

IV.4. ANALYSE ET ASSURANCE QUALITÉ DES DONNÉES

IV.4.1. Méthode d'analyse

Données qualitatives : les entretiens qualitatifs ont fait l'objet de prise de note ou d'enregistrement (avec le consentement éclairé des enquêtés) puis retranscrits. L'équipe d'évaluation a effectué une analyse thématique du contenu des entretiens qualitatifs suivant une approche itérative. Concrètement à partir du discours « verbatim » des répondants les idées significatives ont été repérées, et un codage a été réalisé en catégorisant les idées et mots clés à l'intérieur d'un certain nombre d'opinions ou thèmes d'analyse. L'équipe d'évaluation a ensuite procédé à la description et l'interprétation des opinions exprimées en faisant ressortir leur diversité (analyse horizontale) et leur spécificité (variation) suivant le genre et l'âge des répondants (analyse verticale). Des opérations statistiques de comptage ont permis de hiérarchiser les opinions suivant leur fréquence d'occurrence dans les entretiens. L'analyse qualitative s'est focalisée sur les effets, les facteurs de succès/d'échec, les suggestions et les leçons apprises de la mise en œuvre du programme ATPC. Elle a permis aussi d'illustrer les



changements obtenus par des témoignages sous forme de citations anonymes ou de courts récits de vie. L'analyse qualitative a été faite au moyen du logiciel Nvivo.

Données quantitatives : elles ont été analysées à l'aide de Excel pour générer des tableaux croisés et les statistiques descriptives afin d'obtenir des tendances sur les données disponibles par rapport aux données de référence.

Triangulation des données : l'équipe d'évaluation a procédé à la triangulation en recourant à différentes sources de données et méthodes pour analyser et confirmer les constats. En cas d'avis discordants ou divergents de la part des personnes rencontrées, l'opinion retenue dans l'analyse est celle qui converge vers plus de sources dont celle documentaire.

IV.4.2. Stratégie d'assurance qualité

L'équipe d'évaluation s'est donnée pour objectif de réaliser une évaluation de qualité, répondant aux standards de qualité de l'UNICEF (GEROS) et des Normes et Standards d'évaluation de l'UNEG. Les mesures qui ont sous-tendu le système d'assurance-qualité de l'évaluation sont entre autres :

- L'appui à la coordination de la mission d'évaluation et à l'élaboration des livrables par l'équipe siège (Backstopping). Chaque livrable a été préalablement soumis au contrôle du responsable d'assurance qualité du bureau AMD International avant sa transmission au Bureau pays de l'UNICEF Sénégal ;
- L'assurance qualité des données à deux niveaux. Dans un premier temps, lors de la digitalisation des outils de collecte et dans un second niveau, la supervision de la collecte de données a été faite en temps réel. Cela a consisté à s'assurer que chaque questionnaire sur la plateforme a été entièrement renseigné. En cas de données ou d'informations aberrantes ou de réponses incompréhensibles, l'enquêteur ou l'enquêtrice a été invité(e) à confirmer ou à fournir plus d'explications.
- Triangulation : pour chaque information recherchée, l'équipe d'évaluation a consulté trois sources (document, informateurs clés, bénéficiaires finaux) et utilisé plusieurs méthodes d'analyse. En cas d'avis discordants ou divergents de la part des personnes rencontrées, l'opinion retenue dans l'analyse a été celle qui convergeait vers deux sources dont celle documentaire.

Les livrables de cette évaluation ont fait l'objet d'un processus itératif d'amendement et de validation entre l'équipe d'évaluation et le comité de pilotage. Les discussions et échanges ont contribué à enrichir les analyses et naturellement à stabiliser la qualité des livrables.



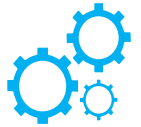
IV.5. CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES ET PRINCIPES DE L'ÉVALUATION

L'évaluation a été menée conformément aux normes, procédures, principes d'éthique de recherche, d'évaluation, de collecte et d'analyse de données de l'UNICEF ainsi qu'aux principes de la Recherche Éthique Impliquant les Enfants. En effet, les normes suivantes ont été respectées :

- **Consentement éclairé** : pour la participation à la collecte des données, le consentement éclairé des répondants a été systématiquement requis. Le consentement éclairé a consisté à fournir à tout participant, les informations utiles lui permettant de prendre une décision éclairée et de participer volontairement à la collecte des données. Un formulaire de consentement a été conçu à cet effet (voir annexe 3).
- **Protocole de protection des données collectées** : les données ont été soigneusement protégées contre les dommages physiques, la falsification, la perte ou le vol. L'équipe d'évaluation s'est conformée aux directives fournies dans le document d'orientation pour la protection des données de recherche de l'UNICEF.
- **Protocole de protection de l'anonymat de personnes enquêtées et la protection de l'identité** : tous les consultants impliqués dans la réalisation de cette évaluation ont veillé à assurer la confidentialité des données à caractère personnel, en

se conformant scrupuleusement aux directives de l'UNICEF. Ainsi, seules les personnes impliquées dans l'évaluation peuvent identifier et relier les répondants aux réponses recueillies et toute personne extérieure à l'équipe est dans l'impossibilité de le faire.

- **Protocole sur la sécurité des personnes participant à l'enquête :** conformément aux directives de l'UNICEF en matière de sécurité des personnes, l'équipe d'évaluation a mené la collecte des données selon les exigences en matière d'intégrité et dans le strict respect des droits humains et de l'égalité des sexes. Elle s'est conformée au principe de « *Ne pas nuire* » en évitant de porter un quelconque préjudice aux participants à la collecte des données.
- **Respect des directives de l'UNEG :** par ailleurs les évaluateurs ont respecté les directives de l'UNEG concernant les codes de conduite des évaluateurs¹⁶ :
 - a. **Indépendance :** les membres de l'équipe d'évaluation sont indépendants et ont mené cette évaluation en toute indépendance et n'ont participé à aucune des activités, de conception et de mise en œuvre des interventions ;
 - b. **Impartialité :** l'équipe d'évaluation a fait preuve d'impartialité à toutes les étapes du processus d'évaluation, en prenant en compte tous les points de vue et en présentant de manière équilibrée les forces et les faiblesses du programme ATPC de l'UNICEF ;
 - c. **Transparence :** l'équipe d'évaluation a communiqué clairement et ouvertement aux intervenants l'objet de l'évaluation, les critères appliqués et l'utilisation prévue des résultats. Elle s'est assurée de prendre en compte le point de vue de toutes les parties ;
 - d. **Divulgateion :** l'équipe d'évaluation n'a manifesté aucune objection à rendre accessible au public les produits de l'évaluation. Ce rapport sert donc de mécanisme par lequel les résultats et les enseignements identifiés dans l'évaluation sont diffusés aux décideurs politiques, au personnel opérationnel, aux bénéficiaires, au grand public et aux autres parties prenantes ;
 - e. **Ethique :** l'équipe a réalisé l'évaluation selon les exigences les plus strictes en matière d'intégrité et dans le respect des croyances, et des us et coutumes locaux, le respect des droits humains et de l'égalité des sexes. Elle s'est conformée de ce fait au strict respect du principe « *Ne pas nuire* » en évitant à tout prix, même non intentionnellement, de porter un quelconque préjudice aux participants de l'enquête. Pour la participation à la collecte des données, le consentement éclairé des répondants a été systématiquement requis. Spécifiquement, pour la collecte des données auprès des enfants dans les écoles, le consentement éclairé des parents a été requis. Le droit des institutions et des individus à fournir des informations en toute confiance a été respecté, les sources des informations et opinions spécifiques figurant dans le présent rapport ne sont pas divulguées.
 - f. **Crédibilité :** cette évaluation a été basée sur des données et des observations qui sont considérées comme fiables et dignes de confiance ;
 - g. **Utilité :** l'équipe d'évaluation s'est efforcée d'être aussi bien informée que possible, et le présent rapport est considéré comme pertinent, opportun et aussi concis que possible. Visant à être le plus bénéfique possible aux parties prenantes, le rapport présente les faits, résultats, conclusions et recommandations ;
 - h. **Conflits d'intérêt :** AMD International rassure que les évaluateurs mobilisés n'aient pas de conflits d'intérêts avec les parties prenantes de cette évaluation.



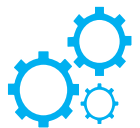
IV.6. LIMITES ET CONTRAINTES DE L'ÉVALUATION

¹⁶ Code de conduite pour l'évaluation dans le système des Nations Unies

Les principales contraintes et les risques ayant pu affecter la bonne conduite de cette évaluation sont résumés dans le tableau ci-dessous avec les mesures d'atténuation adoptées.

Tableau 4 : Limites de l'évaluation et stratégies d'atténuation proposées

Limites et contraintes d'évaluation	Stratégies d'atténuation identifiées
<p>La période de collecte de données a coïncidé avec les vacances scolaires. Cela n'a pas permis d'enquêter les élèves et les enseignants au sein des écoles.</p>	<p>Les stratégies de gestion de ce risque ont consisté à :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Planifier à l'avance les rencontres avec les acteurs concernés selon leur disponibilité. ✓ Conduire les entretiens avec les élèves et les enseignants présents dans les communautés. ✓ S'appuyer sur les élus locaux, les services techniques déconcentrés de l'assainissement et les leaders communautaires pour mobiliser les cibles notamment les enseignants et les enfants. <p><i>Avec l'appui des élus locaux et des leaders communautaires, les enseignants présents et les enfants ont pu être touchés dans les communautés.</i></p>
<p>Le défaut de mémoire aussi bien au niveau des acteurs institutionnels que des titulaires de droits. Certains acteurs institutionnels ainsi que les titulaires de droits avaient des difficultés à se souvenir de leur ressenti des réalisations des périodes lointaines (2018, 2019 et 2020).</p>	<p>La gestion de ce risque a consisté à :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ mettre un accent sur la collecte de données secondaires ✓ recourir aux acteurs institutionnels et aux ONG pour identifier les villages bénéficiaires des interventions de 2018-2022 ✓ inclure dans le guide d'entretien des questions en lien avec les besoins des communautés en 2018, 2019, 2020, 2021 et 2022. <p><i>Avec ces stratégies, l'équipe d'évaluation a pu collecter la plupart des informations sur les périodes concernées.</i></p>
<p>L'absence d'un cadre logique avec des indicateurs SMART prédéfinis précisant les valeurs de base et les valeurs cibles des indicateurs du programme ATPC. Cela n'a pas permis de renseigner les taux de réalisation des cibles des indicateurs.</p>	<p>La stratégie de gestion de ce risque a consisté à apprécier l'évolution des indicateurs sur la période concernée (2018-2022).</p> <p>Avec cette stratégie, l'équipe d'évaluation a pu apprécier l'efficacité du programme ATPC de l'UNICEF.</p>





V. CONSTATS ET CONCLUSIONS PRELIMINAIRES

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

V.1. PERTINENCE

2. La pertinence apprécie dans quelle mesure le programme ATPC de UNICEF Sénégal est aligné avec les priorités nationales et répondent aux besoins des titulaires de droits en matière d'accès aux services d'hygiène et d'assainissement. Il s'agit également, dans le cadre de la pertinence, d'analyser comment le programme ATPC a-t-il été adapté à la COVID-19. L'analyse est structurée autour de deux questions évaluatives rappelées ci-dessous :

QE.1. Dans quelle mesure le programme ATPC répond-il aux besoins de ses bénéficiaires attendus ?

QE.2. Dans quelle mesure le programme ATPC a-t-il été en adéquation avec les orientations politiques du Sénégal ?



© SNH (2022). Séance de déclenchement par le Chef de la BRH par intérim dans un village de Kolda



QE1. Dans quelle mesure le programme ATPC répond-il aux besoins de ses bénéficiaires attendus ?

Constat 1 : En dépit de l'adoption du programme ATPC de l'UNICEF ayant permis d'adresser les besoins en matière d'hygiène et d'assainissement de certains titulaires de droits et acteurs institutionnels interrogés, d'autres affirment que leurs besoins n'ont pas été pris en compte.

De l'identification des besoins des bénéficiaires

3. De la revue de la documentation et des entretiens avec les parties prenantes (acteurs étatiques, staff de l'UNICEF), les besoins prioritaires des titulaires de droits en matière WASH ont été identifiés lors de la conception du programme ATPC de l'UNICEF à travers les études diagnostiques et enquêtes sectorielles menées sur la situation du WASH. Il s'agit entre autres **(i)** de l'état des lieux de l'ATPC réalisé en 2018, **(ii)** de l'enquête sur la situation de référence du WASH réalisé en 2018, **(iii)** des EDS¹⁷ continues annuelles et **(iv)** des Rapports Annuels Conjointes (RAC) du PEPAM¹⁸. Ces études ont permis de mettre en exergue les besoins des titulaires des droits y compris les personnes les plus vulnérables. Les besoins prioritaires identifiés sont entre autres i) l'accès à l'eau potable ; ii) l'accès des populations à des ouvrages d'assainissement (latrines) ; iii) des subventions matérielles et financières pour la construction des latrines familiales ; iv) des sensibilisations sur les bonnes pratiques d'hygiène et d'assainissement et v) le besoin de conseils et de renforcement de leurs connaissances pour se préserver des maladies hydriques.
4. Ces besoins cités correspondent avec ceux exprimés par les titulaires de droits rencontrés lors de la collecte de données (par questionnaire et par focus group) auprès des ménages dans les communautés. En effet les résultats de l'enquête quantitative auprès des ménages révèlent comme besoins par ordre de priorité i) les moyens financiers, matériels et matériaux (agrégats) pour la construction de latrines familiales (cité par 21,3% des répondants), ii) les sensibilisations sur les bonnes pratiques d'hygiène, d'assainissement et de Gestion Hygiénique des Menstrues (GHM) (16,8%), iii) l'accès à des sources d'eau potable (cité par 14,6% des répondants), iv) des formations techniques sur la construction de latrines familiales par eux-mêmes (9,9%) et v) les moyens financiers pour l'entretien (achat de savons, réparation) des latrines (9,2%).
5. À l'image de l'enquête quantitative, les résultats de l'enquête qualitative (focus group) confirment ces besoins. Toutefois certaines femmes rencontrées lors des focus groups mentionnent des besoins spécifiques notamment i) les serviettes hygiéniques et ii) la gestion hygiénique des menstrues.
6. Au niveau des écoles et des centres de santé, les besoins exprimés par les élèves concernent : i) des latrines appropriées, adaptées sécurisées et séparées, ii) de l'eau et iii) des produits d'hygiène (dispositifs de lavage de mains, savons, poubelles, balais, etc.).

« Les enfants avaient besoin de latrines séparées filles-garçons. Les filles avaient besoin de latrines qui leurs étaient propres et différentes de celle des garçons car beaucoup de filles n'avaient pas accès à des toilettes séparées et sécurisées, ce qui les exposait à des risques de violence et de stigmatisation. »

Propos d'un homme

Président de l'association de parents d'élève, résident dans la région de Kaffrine

« Pour les hommes comme pour les femmes nous avons le plus besoin d'eau potable pour nos travaux ménagers, pour les travaux champêtres mais aussi de toilettes. »

Propos d'un homme

Acteur communautaire, résidant dans la région de Tambacounda

« Il n'y avait pas de toilettes et pendant l'hivernage, l'eau de ruissellement venait dans nos puits, donc les besoins primaires ce sont les toilettes et l'abondance d'eau potable. »

Propos d'une femme lors d'un focus group

Leader communautaire dans la région de Kolda

¹⁷ EDS : Enquête Démographique de Santé

¹⁸ PEPAM : Programme Eau Potable et Assainissement pour le Millénaire

« Pour les personnes vulnérables les besoins étaient de sources financières, car ils vivent dans d'extrême précarité. Comme autre besoin ils aimeraient avoir des latrines adaptées à leurs handicaps. »

Propos d'une femme lors d'un focus group

Acteur communautaire, résidant dans la région de Tambacounda

De l'adoption du programme ATPC pour répondre aux besoins des titulaires de droit.

7. L'ATPC est une approche participative qui facilite la prise de conscience, suivie d'une décision collective d'une communauté à s'auto-développer en assainissement. Elle consiste à encourager la communauté à analyser sa propre situation en matière d'assainissement, ses pratiques en matière de défécation et leurs conséquences, suscitant ainsi une action collective visant à atteindre l'état FDAL. Elle se focalise ainsi sur la motivation de la communauté à devenir à abandonner la pratique de la Défécation à l'Air Libre et à devenir « FDAL19 » (Fin de Défécation à l'Air Libre) et de maintenir cet état.
8. Le programme ATPC mis en œuvre par l'UNICEF et ses partenaires opérationnels a permis de répondre au besoin des titulaires permet de prendre en compte les besoins des communautés en général et en particulier ceux des personnes vulnérables à travers la promotion de l'entraide (solidarité) entre les membres de la communauté. Il est constitué de l'ATPC classique et ATPC élargi. L'ATPC classique (sans subvention) est une approche intégrée permettant la réalisation de la FDAL et le maintien de cet état. Elle consiste à encourager la communauté à analyser sa propre situation en matière d'assainissement, ses pratiques en matière de défécation et leurs conséquences, suscitant ainsi une action collective visant à atteindre l'état FDAL. L'ATPC élargi se base sur l'ATPC classique pour offrir un paquet intégré de service de santé et de nutrition mais également de faciliter la communication en faveur de l'enregistrement des naissances, l'hygiène menstruelle et la vaccination.
9. Le programme ATPC tel que mise en œuvre par l'UNICEF et ses partenaires au Sénégal se fonde sur plusieurs principes de base dont le respect garantit une réponse adéquate aux besoins des communautés. Il s'agit du : i) **principe de l'intégration** (indissociabilité des questions d'eau potable, d'hygiène et d'assainissement), ii) **principe de participation** (implication de toute la communauté), iii) **principe de la totalité** (prise en charge des besoins sans considération du statut, du sexe ni d'âge), iv) **principe du renforcement des capacités et d'autonomisation** (priorité accordée aux acteurs locaux dans leur diversité). Les entretiens réalisés avec certains acteurs confirment la prise en compte de ces principes par le programme ATPC lors de la mise en œuvre.

« Oui l'ATPC a permis de répondre aux besoins identifiés. Avec la mise en œuvre du programme, la construction des latrines était effectivement faite. Des formations sur les techniques de lavage des mains opérèrent aussi. Avec le déploiement pour les activités hors site le district nous appuyer pour les déplacements. »

Propos d'un homme

Acteur institutionnel, résidant dans la région de Kaffrine

De l'adoption du programme ATPC pour répondre aux besoins des bénéficiaires indirects (acteurs institutionnels).

10. Des entretiens avec les acteurs institutionnels de l'hygiène et de l'assainissement engagés dans la mise en œuvre des activités du programme, il ressort que le programme ATPC de l'UNICEF a permis d'une part de répondre à leurs besoins en matière de renforcement de compétences sur l'ATPC (connaissances du principe, de ses étapes de mise en œuvre et de ses avantages). Il a permis d'autre part d'adresser en partie le besoin en ressources financières pour la mise en œuvre des activités. Selon l'avis des acteurs institutionnels

¹⁹ La FDAL se définit par rapport à l'ATPC qui se déroule et s'évalue à l'échelle d'une communauté. Ainsi un village FDAL suppose un déclenchement et une certification vis-à-vis de critères prédéfinis pour une communauté donnée.

rencontrés, leurs compétences sur l'ATPC et son élargissement à d'autres secteurs à haut impact (ATPC élargi) ont été renforcées.

Des besoins en matière d'hygiène et d'assainissement non pris en compte malgré l'adoption du programme ATPC de l'UNICEF

11. Des résultats de l'enquête quantitative, il ressort que 53,3% des répondants estiment que leurs besoins n'ont pas été pris en compte. Parmi eux, 25,8% affirment que leurs besoins sont partiellement pris en compte. Les principaux besoins non adressés sont : i) le besoin en eau potable pour la boisson et l'entretien des latrines, ii) les moyens financiers pour la construction et l'entretien des latrines (achat de savons, réparation) et l'achat des dispositifs de lavage des mains, iii) les moyens matériels, et matériaux (agrégats) de construction de latrines familiales et iv) le personnel (maçons) qualifié pour la construction de latrines familiales. Certains besoins insuffisamment adressés ou non adressés (besoin en eau potable, moyens financiers pour la construction et l'entretien des latrines) n'étaient pas pris en charge par le programme ATPC de l'UNICEF. En effet, dans la conception, l'accès à l'eau n'était pas directement intégré dans les interventions et les principes de base de l'ATPC classique excluent la subvention directe aux ménages.
12. Relativement aux acteurs institutionnels, les principaux besoins non pris en compte cités sont : i) les ressources humaines pour le suivi des activités, ii) les moyens financiers pour la mise en œuvre des activités (frais de carburant pour le déplacement dans les villages) et iii) les moyens matériels et logistiques (véhicules pour le déplacement dans les villages, supports de sensibilisation).

« Bien que les actions mises en œuvre aient permis de sensibiliser et d'éduquer la communauté sur les pratiques d'hygiène, elles n'ont pas totalement répondu aux besoins identifiés, car la construction de latrines, qui était un besoin crucial pour la communauté, n'a pas été réalisée. »

Propos d'un homme

Acteur institutionnel, résidant dans la région de Tambacounda

« Les ressources humaines ne suffisent pas. De plus, les moyens matériels et logistiques comme les véhicules pour se déplacer font défaut. On se déplace par équipe avec les agents de la croix rouge et agents de sécurité de proximité (ASP) qu'on utilise en plus de l'équipe départementale. »

Propos d'un homme

Acteur institutionnel, résidant dans la région de Kolda

Constat 2 : à la suite de l'avènement du COVID-19, le programme ATPC de l'UNICEF a été réajusté avec la formulation de nouvelles activités et l'introduction de nouveaux mécanismes de mise en œuvre des activités pour tenir compte de la pandémie. Par ailleurs, le COVID est venu rappeler l'importance des bonnes pratiques d'hygiène sans toutefois impacter les pratiques en matière d'assainissement.

13. Le Sénégal à l'instar des autres pays a été touché par la pandémie du COVID 19. Les premiers cas de COVID 19 ont été détectés en mars 2020. Dès lors, pour stopper la propagation de la maladie, les autorités politiques sénégalaises ont adopté une batterie de mesures sanitaires : (1) la fermeture des frontières, (2) l'instauration de l'état d'urgence, (3) l'instauration d'un couvre-feu, (4) la fermeture des lieux publics et des marchés, (5) le port obligatoire des masques, (6) l'interdiction de rassemblement, (7) la fermeture des lieux de culte (mosquées et églises), (8) la fermeture des écoles et des universités, (9) interdiction des déplacements entre les régions.
14. D'après les échanges avec les acteurs de mise en œuvre, la pandémie du COVID-19 a eu un impact significatif sur la mise en œuvre des interventions de l'ATPC. En effet le respect des mesures barrières instaurées pour stopper la propagation du COVID 19, a impliqué la réadaptation des stratégies de mise en œuvre à travers : i) l'adaptation des méthodes de mobilisation communautaire, de sensibilisation de masse en communication interpersonnelle et à distance (visites à domicile, et émissions radiophoniques) et ii) l'intensification des sensibilisations sur l'hygiène, les bonnes pratiques d'hygiène et la prévention de la maladie (le lavage des mains au savon pendant les moments critiques, la



- nécessité de se doter de dispositifs de lavage des mains « DLM », l'utilisation continue des DLM pour la préservation contre la maladie et la vaccination des groupes vulnérables).
15. Par ailleurs, des entretiens avec les titulaires de droit, il ressort que la pandémie du COVID 19 n'a pas agi sur le volet assainissement (précisément la réalisation des latrines). En effet, les activités de communication sur la maladie n'ont pas établi de lien entre la pandémie et l'utilisation des latrines. La contamination au COVID-19 par voie oro-fécale n'est pas formellement établie, les deux principales voies étant celles des gouttelettes respiratoires et du contact physique (OMS & UNICEF, 2021)²⁰
 16. En revanche, le COVID-19 a accentué les besoins existants en matière de connaissance des enjeux liés aux bonnes pratiques d'hygiène (lavage de main).

QE2. Dans quelle mesure le programme ATPC a-t-il été en adéquation avec les orientations politiques du Sénégal ?

Constat 3 : le programme ATPC de l'UNICEF est parfaitement aligné sur les objectifs nationaux en matière d'hygiène et d'assainissement notamment le Plan d'actions prioritaires Sénégal Emergent (PSE) 2019-2023 et la SNAR.

17. De la revue documentaire, il ressort que le programme ATPC de l'UNICEF est en adéquation avec l'objectif stratégique 4 de l'axe stratégique 2 : capital humain, protection sociale et développement durable du PSE intitulé « améliorer l'accès à l'énergie en milieu rural, à l'eau et à l'assainissement de qualité ». Sur la période 2019-2023, les autorités nationales sénégalaises ambitionnaient à travers l'effet attendu (EA4.2) intitulé « l'accès à l'eau en quantité et en qualité et à l'assainissement est amélioré » de faire passer le taux d'accès à l'assainissement en milieu urbain et rural respectivement de 67% et 42% en 2017 à 86% et 65% en 2023²¹. Le programme ATPC de l'UNICEF contribue à l'atteinte de l'effet attendu EA4.2 à travers la promotion de l'auto-construction des latrines familiales et les sensibilisations en vue de l'abandon des pratiques de DAL. Les acteurs étatiques rencontrés au niveau central et déconcentré lors des entrevues reconnaissent à l'unanimité, l'alignement de l'ATPC au PSE d'autant plus que l'UNICEF adopte une approche d'appui au système national en place. Ces acteurs rencontrés s'accordent à dire que l'UNICEF est l'un des premiers partenaires techniques et financiers dans le sous-secteur de l'hygiène et de l'assainissement.
18. Tout comme le PSE, la SNAR adoptée en 2015 pour améliorer l'accès à des services d'assainissement adéquats en milieu rural a servi de cadre de référence pour le programme ATPC de l'UNICEF. En effet, l'ATPC dont l'objectif principal est d'éliminer la DAL et d'améliorer les conditions sanitaires et hygiéniques des communautés a été retenue dans la mise en œuvre de la SNAR comme porte d'entrée pour tout programme d'assainissement en milieu rural. Les acteurs étatiques rencontrés au niveau central et déconcentré reconnaissent à l'unanimité, la contribution du programme ATPC aux priorités nationales et plus précisément à la SNAR.

Constat 4 : le programme ATPC de l'UNICEF est parfaitement aligné sur les Objectifs de Développement Durable (ODD) en matière d'assainissement (ODD6²²) et précisément sur l'ODD6.2²³ relatif à l'accès aux services d'assainissement et d'hygiène.

19. Dans le domaine de l'assainissement, le pays s'est engagé en faveur de l'ODD 6 et plus précisément l'ODD 6.2 qui vise à assurer un accès universel à l'assainissement et l'hygiène,

²⁰ https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/334037/WHO-2019-nCoV-IPC_WASH-2020.4-fre.pdf

²¹ Plan d'actions prioritaires Sénégal Emergent (PSE) 2019-2023

²² ODD6 : Garantir l'accès de tous à l'eau et à l'assainissement et assurer une gestion durable des ressources en eau

²³ ODD 6.2 : 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 mettant fin à la défécation en plein air et en garantissant des services d'assainissement et d'hygiène adéquats pour tous, tout en accordant une attention particulière aux besoins des femmes, des filles et des personnes vulnérables. Cet engagement au niveau international s'est matérialisé au niveau national à travers l'élaboration i) de la feuille de route « Un Sénégal exempt de défécation d'ici 2030 » assorti d'un guide de mise en œuvre adapté au contexte du Sénégal. La mise en œuvre de l'ATPC contribue à l'atteinte de l'ODD 6.2 à travers la réalisation et l'utilisation de latrines familiales et institutionnelles par les communautés elles-mêmes et les sensibilisations en vue de l'abandon des pratiques DAL.

Conclusions préliminaires sur la pertinence

PERT. 1 : les besoins en matière WASH exprimés par les titulaires de droits avant la mise en œuvre du programme ATPC de l'UNICEF et pris en compte lors de la conception du programme étaient entre autres : i) l'accès à des sources d'eau potable, ii) les moyens financiers, matériels et matériaux (agrégats) pour la construction de latrines familiales, iii) les sensibilisations sur les bonnes pratiques d'hygiène, d'assainissement et de Gestion Hygiénique des Menstrues (GHM), iv) les moyens financiers pour l'entretien des latrines (achat de savons, réparation).

PERT. 2 : l'approche ATPC adoptée et mise en œuvre selon ses principes fondamentaux par l'UNICEF et ses partenaires permet de répondre aux besoins exprimés par les titulaires de droits et les acteurs institutionnels bénéficiaires indirects du programme ATPC de l'UNICEF.

PERT. 3 : Malgré les différents mécanismes mis en place pour garantir la prise en compte des besoins des bénéficiaires, la majorité des titulaires de droits rencontrés (53,3%) estiment que leurs besoins en eau potable et les moyens matériels et financiers pour la construction des latrines, l'entretien des latrines n'ont pas été entièrement pris en compte dans la mise en œuvre du programme. Certains besoins insuffisamment adressés ou non adressés notamment l'accès à l'eau potable et n'était pas pris en charge par le programme ATPC de l'UNICEF lors de la conception mais ont été intégrés dans la mise en œuvre. Par ailleurs, les principes de base de l'ATPC classique excluent la subvention directe aux ménages.

PERT. 4 : l'UNICEF et ses partenaires de mise en œuvre se sont adaptés à la crise sanitaire du COVID-19 et y ont apporté une réponse dans le cadre de la mise en œuvre du programme ATPC en réadaptant la stratégie de mise en œuvre du programme ATPC par l'introduction de nouvelles activités et la révision des modalités de mise en œuvre.



V.2. EFFICACITE



20. L'efficacité du programme ATPC de l'UNICEF a été analysée en appréciant les réalisations des résultats (extraits ou produits) ainsi que les facteurs de succès, les obstacles et les partenariats qui ont contribué à l'atteinte de ces résultats. L'évaluateur s'est également intéressé dans ce critère d'efficacité aux complémentarités multisectorielles et intra-organisationnelles et mesures d'adaptation des actions du programme ATPC pour plus d'efficacité. Ces analyses ont contribué à apporter des réponses aux questions évaluatives ci-après.

QE.3. Dans quelle mesure le programme ATPC a-t-il atteint ses objectifs prévus ?

QE.4. Qu'est-ce qui doit être modifié dans l'approche conceptuelle de la feuille de route 2030 pour mettre fin à la DAL (KRC # 8) et pour augmenter son efficacité et son échelle ?

QE.5. Quels sont les facteurs (internes et externes à l'UNICEF) qui ont le plus contribué à la réalisation des objectifs du programme tels que définis sur la feuille de route 2030 ?

QE.6. Quels sont les facteurs (internes et externes à l'UNICEF) qui ont gêné le plus la réalisation des objectifs du programme ?

QE.7. Quels sont les résultats inattendus (positifs et négatifs) produits par le programme ATPC ?

QE.8. Dans quelle mesure les partenaires stratégiques et les partenariats ont-ils contribué à la réalisation des résultats du programme d'assainissement ?

QE.9. Dans quelle mesure les complémentarités multisectorielles et intra organisationnelles ont-elles soutenu la mise en œuvre et la réussite de la stratégie KRC au niveau du pays ?

QE.10. Quelles actions spécifiques l'UNICEF devraient-elles prendre (par exemple dans la mise en œuvre / plaidoyer) pour mieux adapter l'intervention



© 1- © AMD International Juin. 2024, Entretien avec le chef de la DRA de Tambacounda et 2- © AMD International Juin. 2024, Entretien avec le chef de la BRH de Kaffrine



QE3. Dans quelle mesure le programme ATPC a-t-il atteint ses objectifs prévus ?

Constat 5 : Le niveau de performance des indicateurs du programme ATPC de l'UNICEF estimé sur la base des réalisations est relativement satisfaisant. Cependant, l'absence d'un cadre de résultats précisant les indicateurs de mesure avec les valeurs de références et les valeurs cibles des indicateurs du cadre de performance n'a pas permis de déterminer le taux d'atteinte des cibles des indicateurs d'effets et d'extrants.

21. L'appréciation des résultats atteints par le programme ATPC s'est heurtée à i) l'absence d'un cadre logique et ii) l'incomplétude des valeurs de références et de valeurs cibles des indicateurs. L'évaluateur a procédé à une reconstitution des valeurs de référence sur la base des données d'informations disponibles. Sur la période 2017-2022, quelques indicateurs sont renseignés (voir le tableau ci-après). Les réalisations annuelles pour certains indicateurs ont été renseignées. La situation des indicateurs est résumée dans le tableau ci-après.

Tableau 5 : Niveau d'atteinte des résultats

Résultats attendus	Baseline ²⁴ 2017	Cibles en 2022	Réalizations annuelles				
			2018	2019	2020	2021	2022
Indicateurs du KRC#8							
Ind E1 : Nombre de personnes vivant dans des communautés FDAL	249 755	ND	22 415	22 725	45 293	99 454	116 215
Ind_P.1.1 : Nombre de villages déclenchés	1 369	ND	137	100	144	400	425
Ind_P.1.2 : Nombre de personnes touchées par les sensibilisations	354 558	ND	35 859	27 508	46 179	102 066	126 241
Ind_P.1.3 : Nombre de villages déclarées FDAL	993	ND	91	82	137	380	390
Ind_P.1.4 : Proportion de personnes pratiquant la défécation à l'air libre.	19,7	ND	18,6	17,5	16,4	15,2	14,2
Ind_P.1.5 : Nombre de latrines familiales auto-construites	26 258	ND	1 580	1 305	3 934	9 484	9 445
Autres indicateurs							
Ind_P.1.6 : Nombre de DLM installés	-	ND	1 131	-	10 625	13 400	3461
Ind_P.1.7 : Nombre de puits couverts	-	ND	-	-	-	106	1 068
Ind_P.1.8 : Nombre de ménages traitant l'eau à domicile	-	ND	-	-	-	640	1 044

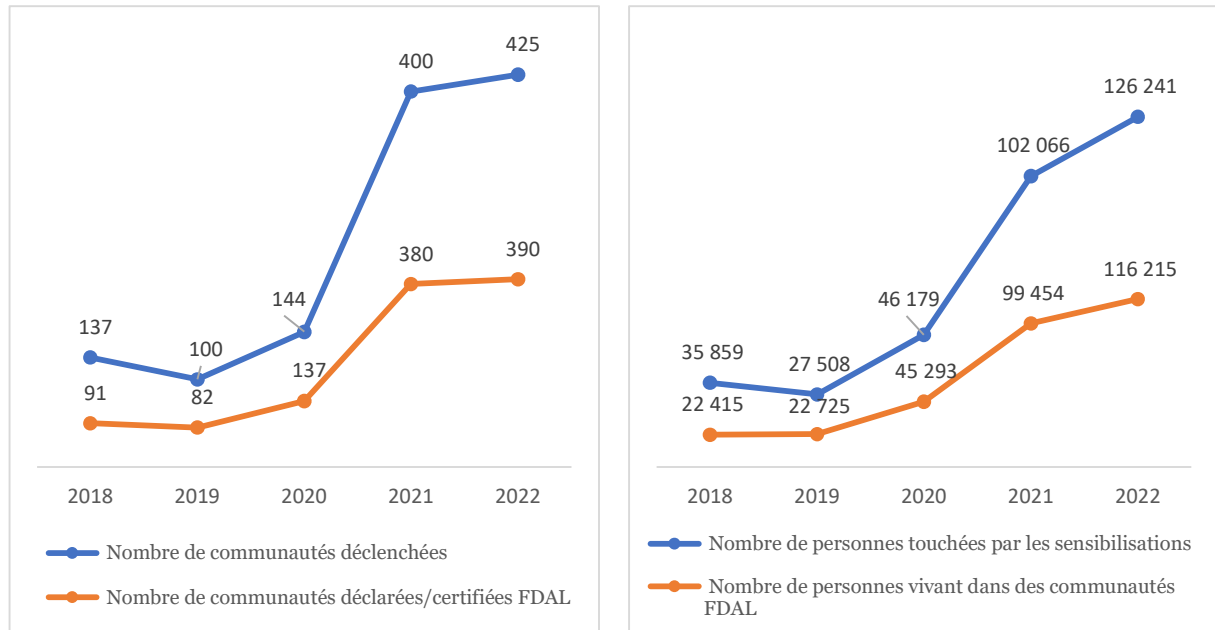
Source : AMD International sur la base des données fournies par UNICEF

22. Au titre du **produit 1.1 intitulé** « Les populations vivent dans des communautés certifiées FDAL », la principale réalisation porte sur l'éradication de la DAL dans toutes les communautés et l'adoption de bonnes pratiques d'hygiène et d'assainissement. Le graphique ci-dessous présente l'évolution des personnes vivant dans des communautés certifiées FDAL. En effet, sur la base des informations obtenues de l'analyse des documents et des bases de données fournies par le bureau pays de l'UNICEF Sénégal, la mise en œuvre sur la période 2018-2022 du programme ATPC de l'UNICEF a permis le déclenchement de 1 206 villages touchant environ 337 853 personnes à travers les activités de sensibilisations. Sur la même période, 1 080 villages déclenchés ont été déclarés FDAL

²⁴ Il s'agit du montant cumulé de 2009 à 2017

soit un taux de déclaration de 90% des villages déclenchés. Par ailleurs, à partir de 2018 correspondant à l'année d'engagement du bureau pays à l'Initiative KRC#8, l'effectif des personnes supplémentaires vivant dans les communautés exemptes de DAL (villages certifiées FDAL), grâce à l'appui de l'UNICEF, a atteint pour l'ensemble des quatre (4) régions (Kaffrine, Kolda, Sédhiou et Tambacounda) 306 102 personnes ; soit une évolution annuelle moyenne de 38,9% sur la période 2018-2022. L'évolution de ces indicateurs est décrite par le graphique ci-dessous.

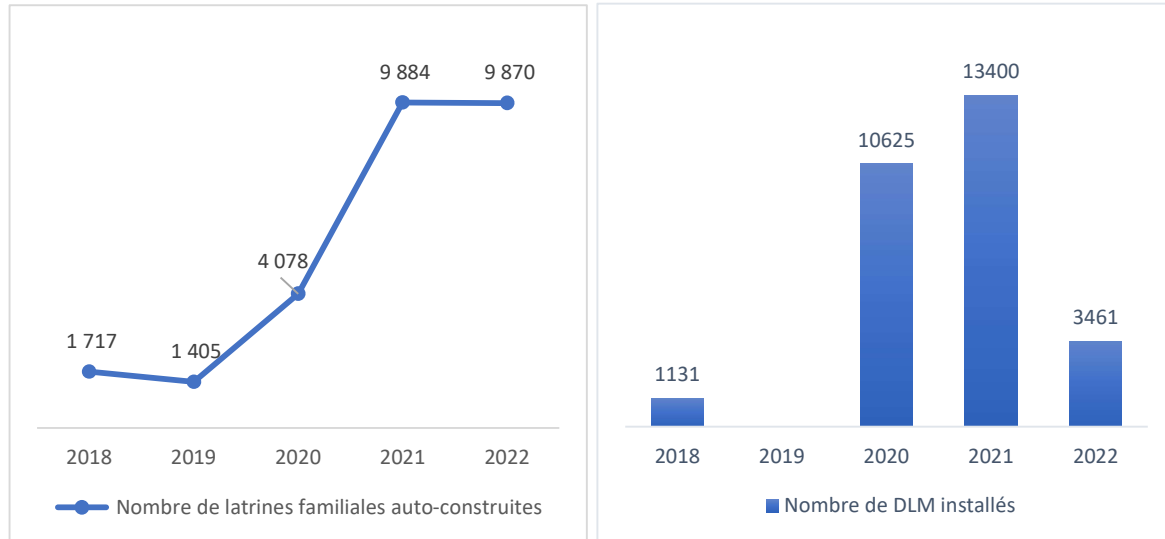
Graphique 3 : Evolution des indicateurs du Produit 1.1 entre 2018 et 2022



Source : Auteur à partir des données de l'UNICEF

23. Le graphique ci-après présente l'évolution du nombre de latrines auto-construites par les ménages et les Dispositifs de la Lavage des Mains (DLM) installés dans les ménages. Sur la période 2018-2022, la réalisation des activités du programme ATPC de l'UNICEF a conduit au changement de comportement des populations vivant dans les zones d'intervention de l'UNICEF à travers l'auto-construction de 20 760 latrines nouvelles et l'installation de 28 617 DLM. Les résultats de l'enquête quantitative auprès des ménages révèlent que 69,4% des 852 ménages interviewés disposent de latrines familiales. Environ 71,9% des ménages disposant de latrines affirment les avoir construites respectivement sur fonds propres et 19,6% déclarent que leurs latrines ont été construites sur la base d'un emprunt contracté auprès d'une institution de microfinance. Parmi les ménages interviewés, 21,2% ont déjà procédé à la rénovation de leurs latrines familiales confortant ainsi le changement de comportement des populations. L'évolution de ces indicateurs est décrite par le graphique ci-dessous.

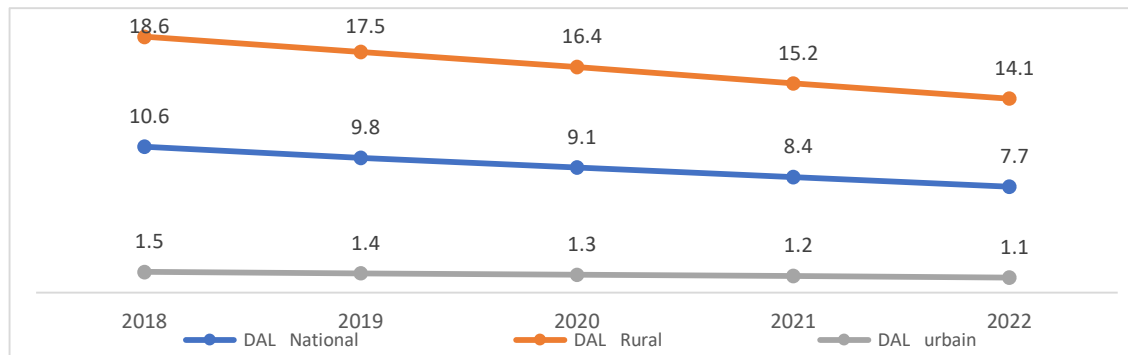
Graphique 4 : Evolution du nombre de latrines auto-construites et de DLM installés



Source : Auteur à partir des données de l'UNICEF

24. Les réalisations en matière de produits se sont traduites en termes d'effets par un recul de la proportion des personnes pratiquant la DAL au niveau national sur la période 2018-2022, mais les progrès restent encore faibles vis-à-vis des résultats escomptés. En effet, cette proportion est passée de 10,6% en 2018 à 7,7% en 2022 (JMP, 2023). Ce taux de DAL au niveau national cache des disparités entre le milieu rural et le milieu urbain comme le montre le graphique ci-dessous.

Graphique 5 : Evolution du taux de DAL au Sénégal entre 2017 et 2022



Source : Auteur à partir des données de JMP (2023)

25. En termes d'effectif, le nombre de personnes ayant quitté la DAL est de 66 817 entre 2017-2018, 70 822 entre 2018-2019, 74 783 entre 2019-2020, 79 178 entre 2020-2021 et 83 978 entre 2021-2022. En retenant un taux de retour à la DAL de 5%²⁵, le nombre total de personnes ayant réellement quitté la DAL entre 2018-2022 est de 356 799 personnes (71 360 par an en moyenne), soit un taux de retrait moyen de 5% selon les données du JMP (2023). Si la tendance se maintient (taux de retour à la DAL de 5%, taux de retrait de 5% et taux de croissance démographique de 2,9%), le nombre total de personnes qui pourraient être retirées de la pratique de la DAL est de 801 915 à l'horizon 2030 au lieu 1 177 301 (situation projetée de 2030 en tenant compte du taux de croissance



²⁵ Ce taux correspond au taux indiqué dans la Feuille de route « Rendre le Sénégal exempt de défécation à l'air libre d'ici à 2030 »

démographique). Ainsi, l'objectif d'un Sénégal exempt de DAL à l'horizon 2030 ne sera pas atteint. Pour que cet objectif de zéro DAL en 2030 se réalise, il faut retirer en moyenne par an 196 217 personnes de la DAL à partir de 2025.

26. Les résultats engrangés par l'UNICEF dans la mise en œuvre des activités du programme ATPC contribuent aux résultats nationaux. Ainsi, sur la période 2018-2022, l'UNICEF a contribué à faire déclarer FDAL 1 080 villages correspondant à 306 102 personnes (soit 290 797 personnes retirées de la pratique de la DAL en tenant compte du taux de retour à la DAL de 5%) selon les données fournies par l'UNICEF. La contribution de l'UNICEF à la réduction du nombre de personnes pratiquant la DAL est donc estimée à 81,5% entre 2018-2022.

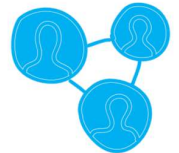
Constat 6 : les programmes d'assainissement communautaire et d'autres programmes d'assainissement utilisés ont contribué à améliorer l'accès aux installations d'assainissement améliorées ou de base (latrines) et à l'eau potable dans les communautés.

De l'accès aux installations d'assainissement

27. L'évaluateur relève que l'accès aux installations d'assainissement est élevé dans l'ensemble des quatre régions considérées. En effet, les données de l'enquête réalisée auprès des ménages dans le cadre de cette mission montrent que 69,4% des personnes interrogées déclarent que leur ménage dispose de latrine(s) contre 30,6% qui n'en ont pas. L'analyse selon les régions révèle que la proportion des ménages affirmant disposer de latrines est de 40,3% pour Kaffrine, 98,1% pour Kolda, 63,1% pour Sédhiou et 90,7% pour Tambacounda. L'observation directe faite par les agents enquêteurs dans les ménages corrobore ces déclarations : sur 840 ménages visités, 622 disposent réellement de latrines, soit une proportion de 74%.
28. Les statistiques de l'ANSD confirment des taux d'accès relativement élevés en matière d'installations d'assainissement dans les zones ciblées. En effet, le taux d'accès moyen aux installations améliorées ou de base (latrines) dans les régions ciblées s'élève à 72,4% en 2023, soit 68,9% pour la région de Kaffrine, 73,8% concernant la région de Kolda, 72,7% pour la région de Sédhiou et 74,1% pour la région de Tambacounda. Le nonaccès aux installations d'assainissement par tous les ménages dans les zones ciblées peut s'expliquer par le fait que, malgré les programmes d'assainissement communautaire et d'autres programmes d'assainissement ayant favorisé la réalisation des latrines, certains ménages ne disposent toujours pas de moyens financiers pour en acquérir.
29. Les acteurs rencontrés s'accordent à dire que les programmes d'assainissement communautaire et d'autres programmes d'assainissement ont favorisé la réalisation des latrines dans les communautés, permettant ainsi à de nombreux ménages d'avoir accès à ces installations. Selon eux, ces programmes ont, non seulement joué sur la demande (sensibilisation), mais également sur l'offre (formation des maçons, disponibilité des matériels et matériaux de construction) de latrines.

De l'accès à l'eau potable

30. Tout comme l'assainissement, l'accès à l'eau potable est relativement élevé dans les zones ciblées par le programme ATPC de l'UNICEF. En effet, environ 78,4% des ménages enquêtés affirment avoir disposé d'eau au point principal d'approvisionnement au moment de l'enquête. Les principaux points d'approvisionnement en eau évoqués par les répondants lors de l'enquête sont l'eau courante ou robinet (cité par 43,0% des répondants) et le puits non protégé (37,2%). Les autres ont cité le puits protégé, le forage, l'eau de pluie et le camion-citerne. À l'échelle régionale, la proportion des ménages affirmant la disponibilité de l'eau au point principal d'approvisionnement au moment de l'enquête varie légèrement entre les régions ciblées : 83,3% pour Kaffrine, 80,2% pour Kolda, 73,3% pour Sédhiou et 74,8% pour Tambacounda.
31. Par ailleurs, la distance entre le principal point d'approvisionnement en eau et le domicile où réside le ménage se situe dans un rayon de 0 m (sur place) selon 60,3% des individus



interrogés, dans un rayon de 500 m pour 29,6% des répondants, dans un rayon de plus de 500 m pour 7,6% des répondants, 2,5% disent ne pas savoir.

32. Les différentes informations obtenues de la collecte concordent avec les statistiques de l'ANSD²⁶ qui montrent que l'accès aux différentes sources d'eau est de 93,9% pour la région de Kaffrine, 96,0% concernant Kolda, 97,7% pour Sédhiou et 93,4% pour Tambacounda. Les sources d'eau considérées sont : le robinet dans le logement, le robinet dans la cour/ parcelle, le robinet public/borne fontaine, le puits à pompe ou forage, le puits protégé, le puits non protégé, la source protégée, la source non protégée, le camion-citerne, la charrette avec petite citerne/ tonneau, l'eau de surface et l'eau minérale/ améliorée. Les entretiens avec les acteurs confirment également l'amélioration de l'accès à l'eau potable dans les communautés par le biais du renforcement des capacités et de sensibilisation sur les techniques de traitement de l'eau, de protection et de préservation des points d'eau.

« Oui, les programmes d'assainissement communautaire et d'autres initiatives mises en œuvre ont contribué à améliorer l'accès à l'eau potable au Sénégal car les communautés dans les villages FDAL procèdent au traitement de l'eau de boisson à domicile par javellisation ou utilisation de l'aquatabs. »

Propos d'un homme

Staff de l'UNICEF, résidant à Dakar

Constat 7 : les programmes d'assainissement communautaire et d'autres programmes d'assainissement utilisés n'ont pas permis d'améliorer significativement l'accès aux DLM dans les communautés.

33. **Les résultats de l'enquête quantitative révèlent que l'accès aux DLM est relativement faible dans les zones ciblées par l'UNICEF dans le cadre de l'ATPC.** En effet, seulement **26,1% des répondants affirment que leur latrine comporte un DLM** contre 73,9% dont leur latrine n'en dispose pas. L'analyse selon les régions indique que 59,5% des répondants à Kaffrine, 31,4% à Kolda, 3,6% à Sédhiou et 15,1% à Tambacounda soulignent que leur latrine dispose d'un DLM. Lors de l'observation directe, les enquêteurs ont pu noter **la présence effective d'un dispositif de lavage des mains (bouilloire, tippy tap, seau) à l'extérieur ou à l'intérieur des latrines, dans seulement 25,4% des ménages visités disposant d'une latrine (158 sur 622).** La principale raison évoquée par les ménages lors de l'enquête quantitative pour expliquer le faible accès aux services d'hygiène est l'insuffisance de moyens financiers.
34. Les données secondaires confirment la faible disponibilité des installations de lavage des mains : le pourcentage de la population disposant d'installation de lavage des mains de base (avec du savon et de l'eau) représente 32,4% pour Tambacounda, 7,6% pour Kolda, 24,6% pour Kaffrine et 17,8% pour Sédhiou (données de l'Enquête Démographique et de Santé Continue 2023).
35. Cette faible disponibilité des DLM peut se justifier par le relâchement des bonnes pratiques d'hygiène par les communautés, relevé par certains acteurs lors des entretiens réalisés. Elle peut également s'expliquer par l'insuffisance de moyens financiers des ménages pour acquérir les DLM.

QE4. Qu'est-ce qui doit être modifié dans l'approche conceptuelle de la feuille de route 2030 pour mettre fin à la DAL (KRC # 8) et pour augmenter son efficacité et son échelle ?

Constat 8 : La feuille de route « Rendre le Sénégal exempt de défécation à l'air libre d'ici à 2030 » souffre de trois faiblesses majeures : i) la non prise en compte des personnes vulnérables, ii) l'absence d'une pleine vision globale (holistique) du WASH (une intervention

²⁶ <https://senegal.opendataforafrica.org/zbehcw/répartition-des-ménages-selon-le-principal-mode-d-appvisionnement-en-eau?accesskey=dcroaoe>. Consulté le 21/09/2024.

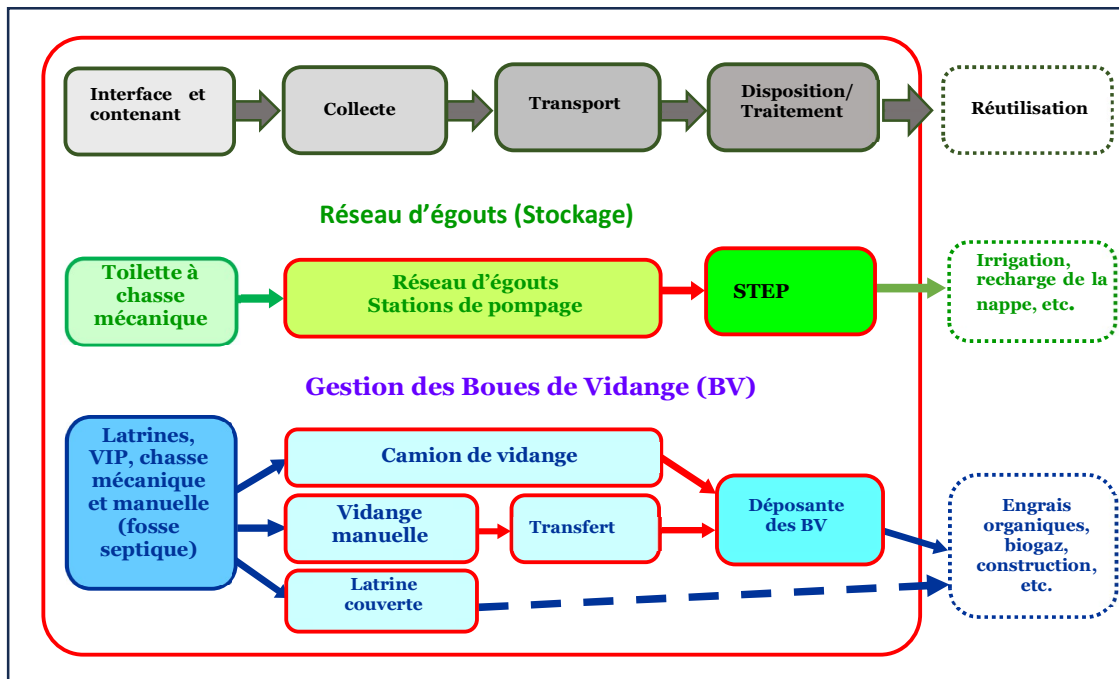
très focalisée sur l'assainissement avec une faible considération des questions d'eau potable) et iii) l'adoption d'une « approche ouvrages » au détriment d'une « approche services » qui permettrait non seulement de boucler la chaîne de valeurs de l'assainissement, mais aussi de développer des services d'assainissement productifs (co-compostage, production de biogaz, d'énergie et de purins).

36. **De la non-prise en compte de l'accès à l'assainissement aux personnes en extrême vulnérabilité, principalement les personnes âgées, les personnes vivant avec un handicap et les femmes veuves :** L'évaluateur note après analyse de la Feuille de route, qu'elle ne précise pas de façon spécifique l'accès à l'assainissement des personnes à besoins spécifiques (personnes vulnérables) dans ses axes d'intervention, principalement dans l'Axe 3 « mise en œuvre ATPC et accompagnement ». Prenant en compte les moyens limités des personnes en situation d'extrême vulnérabilité, des mécanismes de renforcement au profit de ces groupes spécifiques pour la mise en œuvre d'Activités Génératrices de Revenus (AGR) sont nécessaires. L'accompagnement dans la mise en œuvre d'AGR contribuerait à l'amélioration de la situation financière de ces groupes vulnérables, toute chose leur permettant de construire et d'entretenir leurs latrines.
37. **De la priorisation de l'« approche ouvrage » au détriment de « l'approche service » de l'assainissement public :** L'axe 3 de la feuille de route est consacré à la mise en œuvre des activités de l'ATPC classique pour atteindre les résultats fixés dans la Feuille de route conformément à la SNAR. L'ATPC classique vise prioritairement le changement de comportements des populations en faveur de l'utilisation des latrines familiales auto-construites (« Approche ouvrage »). Toutefois, il est souhaitable comme le recommande le ODD 6²⁷, d'adopter une vision élargie du sous-secteur de l'assainissement. Ainsi la Feuille de route devrait intégrer « l'approche service » de l'assainissement avec pour objectif de boucler la chaîne de valeurs de l'assainissement considérant l'intégralité de la chaîne de valeur de l'assainissement allant de l'accès à un système d'assainissement amélioré et la fin de la DAL, à la collecte (vidange des boues), au transport, au traitement et à la réutilisation comme le montre la figure ci-dessous.



²⁷ ODD 6 : Garantir l'accès de tous à l'eau et à l'assainissement et assurer une gestion durable des ressources en eau.

Graphique 6: Chaîne de valeur de l'assainissement



Source : Auteur à partir de la Stratégie d'assainissement dans les gros centres ruraux du Sénégal

38. Ainsi il est primordial pour le programme de prendre en considération le volet relatif à la collecte, aux transports et au traitement des boues de vidange des fosses qui seront pleines dans le court et moyen termes. En effet, toute absence de système de vidange hygiénique (manuel ou mécanique) et de station de traitement des boues de vidange, confortera des pratiques de « dépotages sauvages » de ces boues à proximité des habitations, dans les cours d'eau et les bas-fonds, ce qui serait préjudiciable pour la santé humaine. En plus, l'absence de ces deux maillons de la chaîne de l'assainissement peut être un facteur de démotivation à utiliser des latrines et par conséquent le retour aux pratiques de DAL. Sur le plan opérationnel et connaissant les faibles capacités financières des collectivités, l'évaluateur pense qu'il ne s'agit pas de doter chaque commune rurale d'un système de vidange hygiénique associé à une station de traitement de boue de vidange. Il s'agira plutôt de mutualiser les ressources et de promouvoir la stratégie de l'intercommunalité à partir d'un zonage homogène du point de vue rentabilité socioéconomique de ce service lié aux derniers maillons du service public d'assainissement.

39. **De la non-prise en compte suffisante du lien de cause à effet entre l'eau potable et l'arrêt effectif des maladies diarrhéiques :** La Feuille de route se fonde essentiellement sur la composante assainissement et la composante hygiène du WASH négligeant ainsi la composante eau. Cela laisse craindre que l'un des objectifs initiaux, qui était de lutter contre la prolifération ou la persistance des maladies diarrhéiques au sein des communautés cibles, ne soit pas atteint à moyen terme dans ces communautés. En effet, la disponibilité et le fonctionnement adéquat des services d'eau potable restent une condition nécessaire à l'application des bonnes pratiques d'hygiène et d'assainissement. L'équipe d'évaluation relève que l'approche holistique du WASH devrait prévaloir dans toutes initiatives visant à mettre fin à la défécation à l'air libre.

40. Par ailleurs bien que la feuille de route ne précise pas la prise en compte du genre dans ses axes d'interventions, cependant l'évaluateur note que le genre était partie intégrante dans la mise en œuvre des activités de l'ATPC. En effet la forte mobilisation des femmes dans les activités de sensibilisation et leur implication dans les instances décisionnelles et les structures opérationnelles au niveau communautaire a permis (i) de faciliter l'accès des



femmes et des jeunes filles aux installations d'assainissement et d'hygiène, (ii) de tendre vers une parité numérique entre Hommes et Femmes dans les organisation communautaires de base (comités ATPC, etc.) et les activités de sensibilisation et (iii) de favoriser une meilleure atteinte des résultats escomptés.



QE5. Quels sont les facteurs (internes et externes à l'UNICEF) qui ont le plus contribué à la réalisation des objectifs du programme tels que définis sur la feuille de route 2030 ?

Constat 9 : Le programme ATPC a bénéficié de la conjugaison de facteurs favorables à la réalisation des résultats escomptés à savoir : i) l'existence d'un cadre politique et institutionnel en matière d'assainissement, ii) l'implication des acteurs communautaires, iii) l'engagement des communautés pour le changement et iv) la collaboration entre l'UNICEF et le gouvernement.

41. **L'existence d'un cadre politique en matière d'assainissement :** fort de l'engagement des autorités sénégalaises en faveur du développement, le pays a élaboré et mis en œuvre plusieurs politiques et stratégies spécifiques au sous-secteur de l'hygiène et de l'assainissement qui définissent clairement la vision et les orientations stratégiques et opérationnelles du sous-secteur de l'assainissement, ainsi que le rôle des acteurs. Il s'agit essentiellement de : i) Lettre de Politique Sectorielle de Développement (LPSD) pour le secteur de l'eau et de l'assainissement adoptée en 2016 ; ii) le plan d'action de la SNAR adopté en 2016 couvrant la période 2016-2025 ; iii) la Stratégie d'Assainissement dans les Gros Centres Ruraux (SAGCR) adoptée en 2018; iv) la Feuille de route « un Sénégal exempt de défécation à l'air libre à l'horizon 2030 » élaborée en 2019 et v) le guide de mise en œuvre de l'approche ATPC au Sénégal élaboré en 2020.
42. **L'existence d'un cadre institutionnel de l'assainissement :** Au niveau institutionnel, le Ministère de l'Hydraulique et de l'Assainissement (MHA) assure le lead des interventions relatives au sous-secteur de l'assainissement en collaboration avec le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (MSAS). La Direction de l'Assainissement (DA) et le Service National d'Hygiène (SNH) à travers leurs structures techniques déconcentrées à savoir les Divisions Régionales de l'Assainissement (DRA) et les Brigades Régionales d'Hygiène (BRH), sont en charge de la mise en œuvre et du suivi des activités du programme ATPC.
43. **L'implication des acteurs communautaires dans la mise en œuvre du programme ATPC et le suivi des communautés pour le changement de comportements :** l'implication des acteurs communautaires préalablement renforcés a facilité la mise en œuvre et le suivi des activités du programme ATPC, l'engagement des communautés en faveur de la fin de DAL contribuant ainsi à l'acquisition des connaissances et l'adoption des bonnes pratiques d'hygiène et d'assainissement par les populations. Les acteurs institutionnels rencontrés lors des entretiens ont à l'unanimité confirmé le rôle important des leaders communautaires dans la mise en œuvre et le suivi des activités du programme.
44. **L'engagement des communautés pour le changement de comportements :** la plupart des acteurs institutionnels et des animateurs des ONG ont relevé la mobilisation et la participation des communautés aux activités du programme ATPC de même que leur implication dans le suivi à travers leur adhésion aux structures communautaires de suivi (CLS²⁸ et comité ATPC). Les acteurs communautaires rencontrés confirment la bonne mobilisation des communautés, signe de leur adhésion aux interventions. Par ailleurs, la plupart des acteurs institutionnels rencontrés lors des entretiens ont relevé l'implication des femmes et la présence massive des femmes lors des séances de déclenchement et dans la mise en œuvre à travers leur rôle dans la sensibilisation, la fourniture de l'eau et l'entretien des latrines et des DLM. Elles sont représentées dans les Comités ATPC et les CLS chargés du suivi et du contrôle de l'adoption des bonnes pratiques d'H&A.

²⁸ Comité Local de Suivi

45. **La collaboration entre l'UNICEF et le gouvernement notamment avec les Services Techniques Déconcentrés (STD) des ministères sectoriels dans la mise en œuvre, la supervision et le suivi du programme ATPC de l'UNICEF :** les structures déconcentrées confient avoir été impliquées dans la mise en œuvre des interventions. L'engagement des autorités administratives s'est traduit par leur participation aux missions d'évaluation et de certification, au renforcement des capacités et des compétences des acteurs et à l'appui conseil aux acteurs locaux, régionaux et communautaires.



QE6. Quels sont les facteurs (internes et externes à l'UNICEF) qui ont gêné le plus la réalisation des objectifs du programme ?



Constat 10 : L'atteinte des résultats visés par l'UNICEF à travers son programme ATPC a été entravée par quelques facteurs négatifs parmi lesquels i) la pandémie de la COVID 19, ii) la non harmonisation des approches (ATPC classique et ATPC avec subvention) de mise en œuvre, iii) la non intégration du WASH dans les écoles et iv) le faible pouvoir d'achat des ménages ruraux.

46. **La crise sanitaire liée à la COVID-19 :** l'avènement de la pandémie a ralenti la réalisation de certaines activités en l'occurrence celles relatives au déclenchement qui nécessite le regroupement d'un nombre important de personnes. Elle a aussi entraîné la révision et l'intégration de nouvelles activités (acquisition et distribution de kits contre le COVID-19).
47. **L'incompatibilité des approches mises en œuvre par les acteurs (ATPC classique de l'UNICEF et ATPC avec subvention) :** il ressort des échanges avec les acteurs que la mise en œuvre du programme ATPC de l'UNICEF (ATPC classique) dans les localités ou localités voisines bénéficiaires de projets ATPC « avec subvention » du PEPAM pour la construction des latrines a retardé l'atteinte de l'état FDAL du fait des réticences et de la démotivation de certains leaders communautaires. En effet l'approche classique de l'ATPC mise en œuvre par l'UNICEF est incompatible à la subvention.
48. **La non intégration par l'UNICEF du WASH (réhabilitation des points d'eau et des latrines) dans les écoles :** cela n'a pas permis la mise en œuvre des activités de promotion de l'hygiène menstruelle dans les établissements.
49. **Le faible pouvoir d'achat des ménages ruraux impliquant une faible possibilité de réalisation des latrines durables et d'acquisition de produits d'hygiène de base :** Au niveau des résultats de l'enquête quantitative, l'absence de moyens financiers est citée par 83,7% des titulaires de droits enquêtés comme obstacle à l'auto-construction d'une latrine familiale. La majorité des participant(e)s aux focus groups et les acteurs communautaires rencontrés estiment que le faible pouvoir d'achat des ménages est un frein à l'auto-construction des latrines familiales. Outre ces facteurs, les entretiens et la revue documentaire ont permis d'identifier d'autres contraintes que sont : l'insuffisance des ressources humaines dans les DRA et BRH pour le suivi des communautés déclenchées, la faible implication/responsabilisation des communes (mairies) et l'insuffisance des ressources financières que l'Etat consacre au secteur WASH.

QE7. Quels sont les résultats inattendus (positifs et négatifs) produits par le programme ATPC ?



Constat 11 : La mise en œuvre du programme ATPC de l'UNICEF a induit des résultats non prévus à savoir i) le renforcement de la cohésion, ii) la baisse des violences faites aux femmes et filles, iii) le renforcement du leadership féminin et iv) la réduction du temps accordé aux corvées d'eaux.

50. Il ressort des entretiens avec les staffs de l'UNICEF et des partenaires institutionnels de mise en œuvre ces résultats inattendus résultant de mise en œuvre des activités du programme ATPC :
- **Le renforcement de la cohésion dans les communautés :** de la revue des rapports d'activités et des entretiens sur le programme ATPC, il ressort que les

interventions du programme ATPC ont facilité la coexistence pacifique au sein des communautés à travers la promotion de l'entraide et de la solidarité dans les communautés pour la réalisation de leurs latrines et la réalisation des travaux d'intérêt collectif (nettoyage du village, entretien du point d'eau, évacuation des eaux stagnantes, réalisation d'installations de latrines dans les ménages vulnérables...).

- **La baisse des violences faites aux femmes et filles :** les interventions FDAL, en promouvant la construction des latrines dans les familles (à proximité des domiciles), protègent les filles et les femmes contre les agressions sexuelles. Sur les 852 ménages interviewés, 566 ménages soit 66,4% des ménages affirment que les violences faites aux filles et aux femmes ont baissé avec la mise en œuvre des activités du programme ATPC. Ce pourcentage correspond à 69,4% pour Kaffrine, 71,6% pour Kolda, 36,4% pour Sédhiou et 82,3% pour Tambacounda. L'évaluation n'a pas obtenu des données secondaires auprès des acteurs pour confirmer cette baisse.
- **Le renforcement du leadership féminin :** il ressort des entretiens que les activités mises en œuvre dans le cadre du programme ATPC ont contribué à travers l'implication des femmes dans toutes les étapes de l'ATPC à renforcer le leadership des femmes. Les femmes ont ainsi développé des initiatives locales parmi lesquelles i) l'instauration de tontines et de caisses villageoises entre femmes pour la mise en œuvre d'AGR et ii) l'organisation des séances de set-settal²⁹ de manière systématique.
- **La réduction du temps accordé aux corvées d'eau :** il ressort des interviews la hausse du temps accordé aux corvées d'eau. En effet, des résultats de l'enquête quantitative révèle que 11,4% des répondants soulignent que le temps accordé à la corvée d'eau dans leur village est en hausse par rapport à la situation avant la mise en œuvre du programme. Quelques acteurs interviewés expliquent la hausse du temps accordée à la corvée d'eau par le fait que les besoins d'eau se sont accrus avec la mise en œuvre de l'ATPC. Selon eux, avec la prise de conscience des communautés sur l'importance de l'hygiène (lavage des mains) et l'utilisation des DLM, la consommation de l'eau a augmenté dans certains ménages, ce qui amène les femmes à passer plus de temps dans la recherche de l'eau.



QE8. Dans quelle mesure les partenaires stratégiques et les partenariats ont-ils contribué à la réalisation des résultats du programme d'assainissement ?

Constat 12 : La mise en œuvre efficace des activités en vue de l'atteinte des résultats du programme ATPC a nécessité le recours à 6 catégories de parties prenantes dont les principales réalisations ont concerné la promotion des bonnes pratiques d'hygiène, la réalisation de latrines traditionnelles et améliorées et le renforcement des capacités des communautés dans le secteur WASH. Il s'agit : i) des acteurs institutionnels, ii) des ONG partenaires de mise en œuvre, iii) du secteur privé dans le cadre du RSE, iv) des leaders communautaires, v) des titulaires de droits et vi) des partenaires techniques et financiers.

51. Les résultats engrangés de la mise en œuvre efficace des activités du programme ATPC de l'UNICEF ont été possible grâce aux partenariats et contributions des différentes parties prenantes regroupés en six catégories :

- **Les acteurs institutionnels :** dans le cadre de la relation de coopération entre l'UNICEF et la partie nationale, l'agence a fait appel à des partenariats stratégiques en faisant recours aux acteurs étatiques pour la mise en œuvre des activités du programme ATPC. Il s'agit d'un partenariat stratégique entre l'UNICEF, le Ministère de l'Hydraulique et de l'assainissement (MHA) anciennement ministère de l'Eau et de l'Assainissement (MEA) et le Ministère de Santé et de l'Action Sociale (MSAS) pour la mise en œuvre de l'ATPC par la Direction de l'Assainissement (DA) & le Service



²⁹ Le Set Settal est une activité communautaire d'assainissement de nettoyage des rues du villages afin de rendre l'environnement plus propre et plus sain.

National d'Hygiène (SNH) à travers leurs Directions Régionales respectives et les collectivités territoriales engagés dans le WASH.

- **Les ONG de mise en œuvre :** en plus des acteurs étatiques, quelques ONG (World vision, CASADES etc.) ont implémenté les activités du programme ATPC (pré-déclenchement, déclenchement, suivi), renforcé les capacités des acteurs communautaires et assuré le coaching. Elles ont signé des contrats de partenariat avec les autorités administratives pour l'accompagnement des populations des zones d'intervention. Les agents animateurs de ces ONG ont bénéficié de formation sur la facilitation de l'ATPC en suivant les étapes conceptuelles de mise en œuvre de l'approche.
- **Le secteur privé :** quelques PME dans le cadre du RSE et en partenariat avec UNICEF et la Direction de l'Assainissement ont mis en œuvre l'ATPC permettant ainsi aux populations de bénéficier de sensibilisation sur les bonnes pratiques d'hygiène et d'assainissement, la construction de latrines, la formation de maçons locaux au métier d'assainissement rural. À titre d'exemple, la PME I-CONS en association avec l'UNICEF et la DA a mis en œuvre l'ATPC dans dix (10) villages du département de Medina Yoro Foulah (Kolda) à travers la construction de latrines durables (DLV : Double Latrine Ventilé). C'est le cas aussi pour SENICO qui a mis en œuvre l'ATPC dans la région de Kaffrine association avec l'UNICEF et la DA dans le cadre de sa politique RSE.
- **Les leaders communautaires :** leur apport a consisté à la mobilisation des populations, au suivi et à l'interpellation des communautés. Les leaders en tant que facilitateurs ont constitué des portes d'entrée pour la mobilisation sociale et le portage des activités ATPC grâce à la relation d'influence qui les lie aux ménages.
- **Les ménages ou titulaires de droits :** les titulaires de droits ont d'une manière générale adhéré aux interventions FDAL et facilité la mise en œuvre des activités. L'adoption des bonnes pratiques d'Hygiène et d'Assainissement a été quasi généralisée.
- **Les partenaires techniques et financiers (UNICEF) :** l'UNICEF a contribué à travers le financement du programme ATPC et le plaidoyer et l'accompagnement de la partie nationale en vue de la mise en place d'un environnement favorable à l'hygiène et assainissement. L'UNICEF a contribué aux résultats par la mobilisation et la mise à disposition de ressources dans des délais raisonnables, le renforcement des capacités et le transfert de compétences aux acteurs nationaux ainsi que le plaidoyer auprès des autorités nationales pour un financement conséquent du sous-secteur de l'hygiène et assainissement.

QE9. Dans quelle mesure les complémentarités multisectorielles et intra organisationnelles ont-elles soutenu la mise en œuvre et la réussite de la stratégie KRC au niveau du pays ?



Constat 13 : La conjugaison de la complémentarité intra-organisationnelle (au sein de l'UNICEF : section WASH et autres sections de l'agence), celle interministérielle (MSAS et MHA pour la mise en œuvre & le Suivi-Evaluation du programme) et celle multisectorielle ont contribué significativement aux résultats de la mise en œuvre du programme ATPC de l'UNICEF.

52. De la revue documentaire et des entretiens avec le staff de l'UNICEF et les services techniques de mise en œuvre, des initiatives ont été prises afin d'assurer une complémentarité multisectorielle et intra-organisationnelle dans la mise en œuvre du programme ATPC. Ces initiatives se situent à deux (2) niveaux : la complémentarité intra-organisationnelle et la collaboration interministérielle.

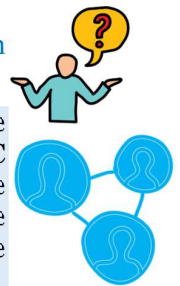
- **La complémentarité intra-organisationnelle (section WASH & autres sections de l'UNICEF) :** cette complémentarité s'est faite à travers la mise en place de cadre de concertation et de coordination entre les différentes sections de l'UNICEF dont la Santé, le WASH, la Nutrition, l'Education et la protection de l'enfant. Ces

complémentarités sectorielles au sein de l'UNICEF (WASH-Santé, WASH-nutrition, WASH-protection de l'enfant, WASH-politique et protection sociale) ont contribué à réaliser les résultats du programme ATPC à travers la mise en œuvre des activités du WASH-NUT et l'ATPC élargie à d'autres secteurs à haut impact notamment la vaccination, la nutrition, l'état-civil, la gestion de l'hygiène menstruelle et le ciblage des Collectivités Territoriales Amies des Enfants (CTAE).

- **La collaboration interministérielle (MHA et MSAS) :** cette collaboration a joué un rôle important dans l'harmonisation de la mise en œuvre des interventions visant la FDAL. Sur le terrain, la collaboration a été effective à travers la participation des services techniques en charge de l'hydraulique, de l'assainissement et de la santé aux activités de déclenchement et aux missions d'évaluation et de certification.
53. L'approche multisectorielle apporte une plus-value en termes de renforcement des acquis de la mise en œuvre des interventions du programme ATPC. En effet, l'introduction de l'ATPC élargi à d'autres types d'interventions sectorielles (vaccination, nutrition, protection, santé) à haut impact permet de répondre à la fois à plusieurs besoins des titulaires de droits et de renforcer les résultats en matière de FDAL.

QE10 : Quelles actions spécifiques, l'UNICEF devrait-il prendre (par exemple dans la mise en œuvre / plaidoyer) pour mieux adapter l'intervention ?

Constat 14 : Les actions spécifiques que l'UNICEF devrait prendre pour une meilleure adaptabilité de son programme ATPC concernent entre autres : i) l'implémentation de l'ATPC dans les écoles, ii) la vulgarisation de l'ATPC élargi, iii) la distribution de fournitures d'hygiène essentielles (kit d'hygiène menstruel), iv) l'amélioration de l'assainissement et de l'hygiène communautaire et v) l'implication des collectivités territoriales dans toutes les étapes de mise en œuvre de l'ATPC.



54. **L'implémentation de l'ATPC dans les écoles :** il s'agit dans le cadre de cette approche de combler le gap en dotant (par réhabilitation ou construction) les écoles de latrines améliorées et durables afin de renforcer les résultats du programme.
55. **La vulgarisation de l'ATPC élargi :** il s'agit de vulgariser les aspects liés à l'ATPC élargi dont l'inscription à l'état civil, la nutrition, la vaccination, l'hygiène menstruelle.
56. **La distribution de fournitures essentielles :** il s'agit entre autres de la distribution d'articles d'hygiène essentiels aux familles touchées par les crises notamment les inondations et des kits d'hygiène menstruelles pour les filles dans les écoles.
57. **L'amélioration du pouvoir d'achat des populations :** il s'agit dans le cadre du suivi Post-FDAL d'accompagner les populations des villages FDAL à travers des activités génératrices de revenus contribuant ainsi à améliorer le pouvoir d'achat des populations, chose pouvant impacter la construction de latrines améliorées. Cela réduit la propagation des maladies et protège la santé des enfants.
58. **L'implication des collectivités territoriales dans toutes les étapes de mise en œuvre de l'ATPC :** Il s'agit de renforcer les capacités et les compétences des collectivités territoriales sur l'ATPC.
59. Outre ces actions spécifiques, les entretiens et la revue documentaire ont permis d'identifier d'autres actions qui pourraient améliorer l'intervention : l'amélioration de la coordination avec les autres acteurs de l'assainissement (Ministère en charge de l'Education, Ministère de l'Environnement et du Développement Durable, collectivités territoriales et organisations à base communautaire), la prise en compte de l'accès à l'eau potable dans l'ATPC à travers la réhabilitation préalable des points d'eau lors de la mise en œuvre des activités et l'augmentation de la période (durée) du suivi post-FDAL.

Conclusions préliminaires sur l'efficacité

EFFICA. 1 : les interventions visant la FDAL de l'UNICEF ont démontré globalement une bonne performance en matière de réalisation de leurs résultats attendus au niveau régional.

Ces résultats obtenus contribuent fortement aux objectifs nationaux en matière d'hygiène et d'assainissement.

EFFICA. 2 : les principaux facteurs ayant favorisé l'atteinte de ces résultats étaient i) l'existence d'un cadre politique et institutionnel en matière d'assainissement, ii) l'implication des acteurs communautaires, iii) l'engagement des communautés pour le changement et iv) collaboration entre l'UNICEF et le gouvernement. En revanche, les facteurs négatifs qui ont affecté la mise en œuvre des interventions sont : i) la pandémie de la COVID 19, ii) la non harmonisation des approches (ATPC classique et ATPC avec subvention) de mise en œuvre, iii) la non intégration du WASH dans les écoles et iv) le faible pouvoir d'achat des ménages ruraux.

EFFICA. 3 : le déroulement de l'ATPC a nécessité six (6) catégories de parties prenantes : i) les acteurs institutionnels, ii) les ONG partenaires de mise en œuvre, iii) le secteur privé dans le cadre du RSE, iv) les leaders communautaires, v) les titulaires de droits et vi) les partenaires techniques et financiers.

EFFICA. 4 : la mise en œuvre du programme ATPC de l'UNICEF a induit des résultats positifs non prévus à savoir i) le renforcement de la cohésion sociale, ii) la baisse des violences faites aux femmes et filles et iii) le renforcement du leadership féminin.

EFFICA. 5 : relativement au Suivi-Evaluation, l'évaluateur a noté quelques insuffisances limitant la mesure du niveau d'atteinte des objectifs du programme. En effet, les valeurs de références et les valeurs cibles des indicateurs du cadre de performance ne sont pas disponibles.

V.3. EFFICIENCE

60. Le critère d'efficacité apprécie l'utilisation des ressources dans le cadre de la mise en œuvre du programme ATPC de l'UNICEF. Il s'agit de voir si les ressources mobilisées (financières, humaines, temporelles, etc.) ont été utilisées de manière optimale pour atteindre les résultats escomptés.

QE.11. Dans quelle mesure les ressources financières, les ressources humaines et les fournitures étaient-elles : - Suffisantes en quantité ? - Adéquates en qualité ? - Distribuées / déployées en temps opportun ?

QE.12. Y avait-il d'autres stratégies alternatives qui auraient pu être mises en place pour atteindre le même niveau de résultat mais à moindre coût ?



© ONG CASADES: Acheminement du matériel par l'équipe dans le cadre du CASADES Projet de renforcement de capacités et de communication pour un changement de comportement favorable à l'hygiène et à l'assainissement piloté par les communautés

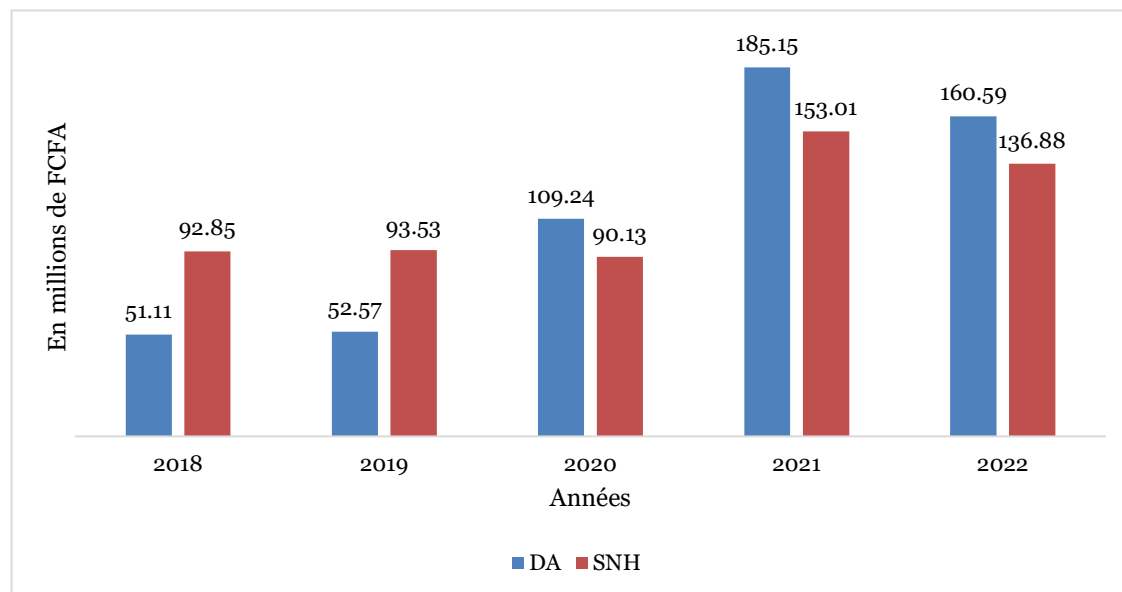


QE11. Dans quelle mesure les ressources financières, les ressources humaines et les fournitures étaient-elles : - Suffisantes en quantité ? - Adéquate en qualité ? - Distribué / déployé en temps opportun ?

Constat 15 : Bien que les ressources humaines, matérielles et financières soient mises à disposition des partenaires de mise en œuvre dans des délais raisonnables, elles n'ont pas été suffisantes pour réaliser tous les extrants et couvrir l'ensemble des besoins identifiés.

61. Sur la période 2018-2022, les ressources que l'UNICEF a mis à la disposition des différentes entités étatiques et leurs partenaires pour la mise en œuvre de l'ATPC dans les régions de Kaffrine, Kolda, Sédhiou et Tambacounda s'élèvent à environ 1 125 057 280 FCFA. Ces ressources sont affectées à la DA pour la réalisation des activités en lien avec l'assainissement (49,7%) et au SNH pour l'exécution des activités relatives à l'hygiène (50,3%). Celles allouées au SNH sont restées supérieures à celles de la DA en 2018 et 2019, mais à partir de 2020, la DA reçoit la plus grande part en matière d'allocation budgétaire de l'UNICEF pour la mise en œuvre de l'ATPC. Le tableau ci-dessous présente les ressources financières allouées à la DA et au SNH sur la période 2018-2022.

Graphique 7: Ressources allouées à la DA et au SNH entre 2018-2022 (en millions de FCFA)



Source : Auteur à partir des rapports financiers 2018-2022 de l'UNICEF

62. Sur la base des rapports d'activités et financiers, les ressources financières mises à la disposition de la DA pour l'exécution du programme ATPC dans les quatre régions concernées ont été presque entièrement consommées. En effet, entre 2018 et 2022, seulement 4 276 400 FCFA³⁰ sur le montant total reçu (558 656 455 FCFA) ont été reversés par la DA, soit un taux d'exécution budgétaire de 99,2%. Le montant spécifique des dépenses totales effectuées par le SNH pour la mise en œuvre de l'ATPC dans les quatre régions concernées n'a pas été fourni dans les rapports examinés dans le cadre de cette évaluation (rapports d'activités et financiers). En l'absence d'un tableau complet du montant dépensé par le SNH, il est donc impossible d'apprécier son taux d'exécution budgétaire sur la période 2018-2022. Lors des entretiens, les acteurs rencontrés, aussi bien au niveau de la DA qu'au niveau du SNH, confirment que les ressources financières

³⁰ Calculé sur la base des rapports d'activités 2018-2022.

mises à leur disposition pour la réalisation des activités de l'ATPC, ont été pratiquement toutes consommées.

63. Tout en révélant que les ressources financières sont décaissées dans des délais raisonnables, la plupart des partenaires de mise en œuvre rencontrés soulignent qu'elles n'ont pas été suffisantes pour répondre à tous les besoins en matière d'ATPC. Cela pourrait s'expliquer d'une part par l'évolution des besoins des titulaires de droits dans le temps (besoins en DLM pendant le COVID, augmentation du nombre de femmes/filles en besoin de serviettes hygiéniques, etc.), et d'autre part, par la prise en compte du Covid-19 dans les interventions pour assurer la continuité du programme ATPC (dotation de masques et gels hydroalcoolique aux animateurs, leaders naturels). Selon ces acteurs, cette situation a directement impacté les capacités des partenaires à réaliser les activités (ou extrants) comme prévu, certaines étant réalisées hors délai et d'autres non réalisées. Les activités impactées concernent le déclenchement de certains villages, la célébration des villages FDAL, le suivi/supervision des activités dans certains villages, le renforcement des capacités des facilitateurs, la dotation des serviettes hygiéniques, les sensibilisations pour l'auto-construction de latrines durables dans certaines localités, entre autres.

« Le budget mobilisé n'est pas suffisant. L'UNICEF Sénégal alloue environ \$ 500,000 par an aux partenaires (Direction Assainissement, Service National de l'Hygiène, Directions Régionales de la Santé) pour la mise en œuvre de l'ATPC. Avec ce budget, les partenaires ne peuvent déclencher qu'environ 600 villages par an. Or, selon la feuille de route qui a été élaborée, il nous faut déclencher environ 1000 villages par an pour atteindre l'objectif FDAL d'ici 2030. Le Partenariat avec des Entreprises du secteur privé nous aide un peu à compenser le déficit (Exemple I-CONS et SENICO) ».

Propos d'un homme

Acteur institutionnel représentant une division régionale, résidant à Kolda.

« Certains extrants n'ont pas été réalisés dans le temps planifié. Les activités qui ont été réalisées hors délai de planification sont : la réalisation de latrines durables, l'achat et la distribution de serviettes hygiéniques, les supervisions, parce que nous n'arrivons pas à mobiliser des fonds supplémentaires. »

Propos d'un homme

Staff de l'UNICEF, résidant à Dakar

64. Concernant les ressources humaines, certains acteurs estiment qu'elles étaient suffisantes, tandis que d'autres déplorent un manque de personnel malgré l'appui de certaines équipes tels que la Croix Rouge et les Agents de Sécurité de Proximité (ASP). Les besoins en ressources humaines évoquées sont entre autres : des acteurs pour le suivi des activités, des formateurs sur la mise en place de DLM tippy tap, des agents pour les sensibilisations sur la GHM. Toutefois, l'équipe d'évaluation ne dispose pas de données secondaires sur les ressources humaines mobilisées par les partenaires pour la mise en œuvre de l'ATPC dans les régions concernées par la mission.



« Les ressources humaines ne suffisent pas. Nous ne sommes que deux. On a besoin de 5 personnes pour le suivi des activités. »

Propos d'un homme

Acteur institutionnel représentant une brigade régionale, résidant à Kolda

65. En ce qui concerne les ressources logistiques/matérielles, elles ont été jugées insuffisantes par bon nombre d'acteurs. Les besoins en ressources matérielles non satisfaites durant la période concernée par cette mission (2018-2022) relevés par les acteurs sont : le manque de moyens de déplacement pour la réalisation des activités, l'insuffisance de bidons et du savon pour les séances de démonstrations avec les dispositifs Tippy Tap.

« Nous n'avons pas de problème de RH, mais le problème c'est plutôt les moyens matériels, on se déplace par équipe, avec les agents de la croix rouge et Agents de sécurité de proximité (ASP) qu'on utilise en plus de l'équipe départemental. Le déplacement pose problème. La BRH a un seul véhicule qui fait la navette. »

Propos d'un homme

Acteur institutionnel représentant une brigade régionale, résidant à Kolda

Constat 16 : Les ressources financières, humaines et matérielles mobilisées ont été pleinement utilisées et n'ont pas été déviées de leurs destinations initiales.

66. De l'avis de la plupart des acteurs, l'utilisation des ressources pour la mise en œuvre du programme ATPC de l'UNICEF dans les quatre régions concernées par cette évaluation a été judicieuse. En effet, selon les acteurs institutionnels, il n'y a pas eu d'anomalies majeures de gestion ou de déviation des ressources relevées par les audits financiers réalisés. En plus, dans la quasi-totalité des rapports d'activités des partenaires de mise en œuvre consultés par l'équipe d'évaluation, il existe un rapport financier qui certifie que toutes les pièces justificatives (reçus et factures) pour le montant concerné ont été dûment vérifiées et classées.



QE12. Y avait-il d'autres stratégies alternatives qui auraient pu être mises en place pour atteindre le même niveau de résultat mais à moindre coût ?

Constat 17 : Il existe des possibilités d'amélioration de l'efficacité du programme ATPC de l'UNICEF en s'appuyant sur l'existence éventuelle d'économies d'échelle.

67. Le fait de la non disponibilité des cibles permettant de déterminer leur taux d'atteinte, il est difficile d'évaluer le rapport coût-efficacité et de comprendre si les mêmes niveaux de résultat auraient pu être atteints en utilisant ces ressources pour différentes alternatives.

68. Cependant, quelques possibilités d'amélioration de l'efficacité du programme existent et peuvent être observées à travers les économies d'échelle dans la mise en œuvre de l'ATPC. En effet, les données disponibles (données de 2021) montrent l'existence probable d'économie d'échelle dans la mise en œuvre de l'ATPC (pré-déclenchement, déclenchement et suivi post déclenchement). L'exploitation du rapport financier 2021 de la DA montre que la hausse du nombre de villages s'accompagne d'une baisse du coût unitaire de mise en œuvre de l'ATPC. Par exemple, pour mettre en œuvre l'ATPC dans 10 villages, la DA a dépensé 313 252,5 FCFA en moyenne par village, alors que la mise en œuvre dans 20 villages a coûté un montant relativement moindre par village (entre 276 150 et 284 950 FCFA). Cette situation peut s'expliquer par le fait que les frais de déplacement, les motivations des acteurs (chauffeurs, superviseurs, leaders naturels, entre autres), les frais de location de salle et de matériel pour les séances de pré-déclenchement, déclenchement et suivi post déclenchement pourraient être réduits pour un nombre élevé de villages. Pour un même nombre de villages concernés par la mise en œuvre dans différentes régions, le coût unitaire est sensiblement le même d'une région à une autre, à l'exemple de Kolda, Kaffrine et Sédhiou. Le tableau ci-dessous présente le coût unitaire de mise en œuvre de l'ATPC en 2021 par la DA.

Tableau 6: Coût unitaire (par village) de mise en œuvre de l'ATPC en 2021 par la DA

Régions	Nombre de villages	Montant dépensé	Coût unitaire
Tambacounda	10	3 132 525	313 252,5
Kolda	20	5 683 000	284 150,0
Kaffrine	20	5 523 000	276 150,0
Sédhiou	20	5 699 000	284 950,0
Total	70	20 037 525	286 250,4



Source : Auteur à partir du rapport financier 2021 de la DA

Conclusions préliminaires sur l'efficacité

EFF. 1 : les ressources mis à la disposition de la DA et du SNH pour la mise en œuvre de l'ATPC dans les régions de Kaffrine, Kolda, Sédhiou et Tambacounda s'élèvent à environ 1 125 057 280 FCFA sur la période 2018-2022.

EFF. 2 : le taux d'exécution budgétaire de la DA est estimé à 99,2% sur la période 2018-2022. Celui du SNH n'a pu être déterminé, car l'équipe d'évaluation s'est heurtée au manque de données secondaires sur les dépenses réalisées entre 2018-2022. Toutefois, les acteurs déclarent que les ressources financières reçues ont été entièrement dépensées. Ces ressources ont été mobilisées dans des délais raisonnables, mais n'ont pas été suffisantes pour répondre à tous les besoins en matière d'ATPC selon les propos des acteurs.

IFF. 3 : l'utilisation des ressources pour la mise en œuvre du programme ATPC de l'UNICEF dans les quatre (4) régions concernées par cette évaluation a faite de façon économe, sans anomalies majeures de gestion ou de déviation des ressources.

IFF. 4 : il existe des possibilités d'amélioration de l'efficacité du programme ATPC de l'UNICEF en s'appuyant sur l'existence éventuelle d'économies d'échelle : la hausse du nombre de villages s'accompagne d'une baisse du coût unitaire de mise en œuvre de l'ATPC.

V.4. IMPACT

1. Le critère d'impact cherche à analyser les changements de comportements des titulaires de droits en matière d'hygiène et d'assainissement liés au programme ATPC de l'UNICEF ainsi que ses effets induits sur la santé, la nutrition, la vaccination et l'enregistrement à l'état civil. Les questions évaluatives ayant guidé cette analyse sont ci-après résumées.

QE.13. Dans quelle mesure le programme ATPC a-t-il contribué à l'amélioration de la santé, de la nutrition, de la vaccination, de l'enregistrement à l'état civil et d'autres résultats connexes par rapport aux conditions / comportements de vie parmi d'autres groupes qui n'étaient pas ciblés par le programme ou qui ont été impliqués dans un type d'intervention différent ?

QE.14. Dans quelle mesure les programmes d'assainissement communautaire et d'autres programmes d'assainissement utilisés dans le domaine ont contribué à créer des communautés libres de défécation en plein air ?



© DRA Kolda. Utilisation d'un DLM Tipitap à Bourouco dans la région de Kolda

QE.13. Dans quelle mesure le programme ATPC a-t-il contribué à l'amélioration de la santé, de la nutrition, de la vaccination, de l'enregistrement à l'état civil et d'autres résultats connexes par rapport aux conditions / comportements de vie parmi d'autres groupes qui n'étaient pas ciblés par le programme ou qui ont été impliqués dans un type d'intervention différent ?

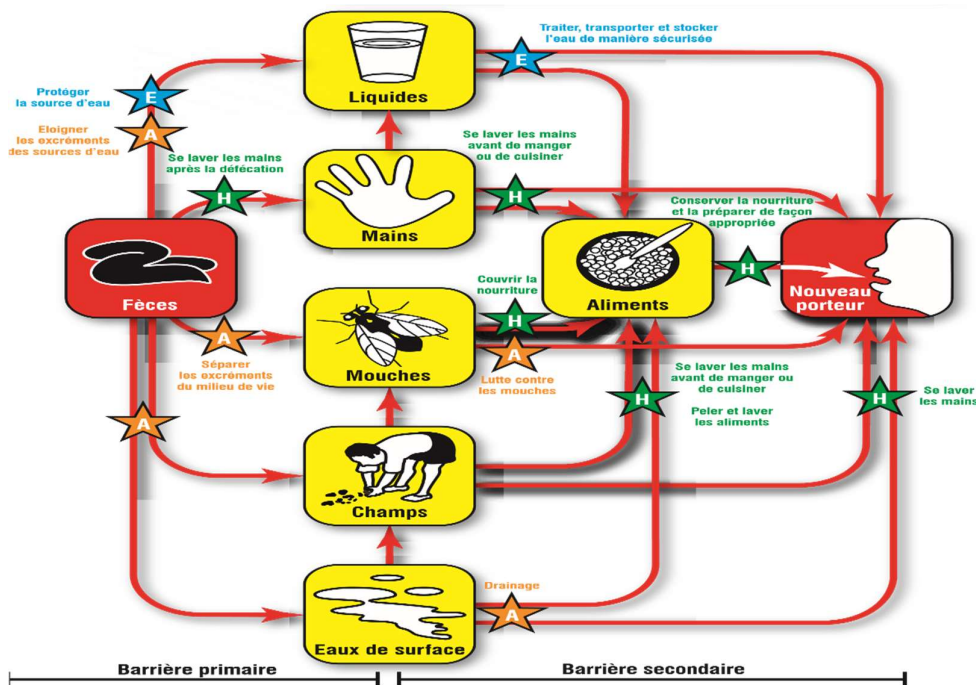


Constat 18 : le programme ATPC de l'UNICEF a réduit les maladies du péril fécal (choléra, fièvre typhoïde, dysenterie, tuberculose) et les maladies vectorielles (paludisme) dans les zones ciblées dans le cadre de l'ATPC élargi par rapport aux zones non ciblées.

69. Les maladies du péril fécal, tout comme les maladies vectorielles, sont dues à des services WASH insuffisants, et notamment à de mauvaises pratiques en matière d'hygiène et d'assainissement. Elles sont causées par des micro-organismes fécaux (présents dans les selles) et des insectes vecteurs présents dans les environnements insalubres (eaux polluées). Les principales voies de contamination des maladies liées aux fèces sont résumées dans le graphique ci-dessous.



Graphique 1 : Voies de transmission féco-orale des maladies



Source: Water, Engineering and Development Centre (WEDC)

70. Dans les zones ciblées par l'UNICEF pour ses interventions relatives à l'ATPC élargi (Kaffrine, Kolda, Sédhiou et Tambacounda), la plupart des acteurs interrogés ont la perception que les maladies liées aux mauvaises conditions de WASH ont significativement baissé dans leur localité depuis la mise en œuvre de l'ATPC. Cette amélioration de la situation sanitaire peut en grande partie être attribuée aux interventions de l'UNICEF, car ce dernier est le principal PTF apportant un appui conséquent en matière d'ATPC dans les régions concernées. En effet, le nombre de villages déclenchés par l'UNICEF³¹ représente 100% du nombre total de villages déclenchés dans la région de Kolda, 100% dans la région de Kaffrine, 96,6% dans la région de Sédhiou et 52,3% dans la région de Tambacounda (*données extraites de la Feuille de route pour rendre le Sénégal exempt de défécation à l'air libre d'ici à 2030*).

³¹ Dans certaines régions, l'UNICEF est intervenu conjointement avec d'autres partenaires dans le cadre du déclenchement des villages.



71. Conformément aux résultats de l'enquête auprès des ménages, **78,6%³² (soit 670 sur 852) des répondants déclarent que la prévalence des maladies notamment du péril fécal dans leur village a baissé** suite à la mise en œuvre du programme ATPC. De même, à la question de savoir, comment appréciez-vous la prévalence des maladies du péril fécal dans votre village par rapport aux villages n'ayant pas bénéficié du programme ATPC, **47,5% des personnes interrogées disent que cette prévalence est faible**, 7,4% indiquent qu'elle est égale, 9,2% soulignent qu'elle est élevée et 35,9% disent ne pas savoir.
72. Les focus groups réalisés dans les communautés confirment les résultats de l'enquête. Selon la majeure partie des répondants, depuis la mise en œuvre du programme ATPC ayant favorisé l'accès aux installations WASH (points d'eau potable, DLM et latrines) et les sensibilisations en matière d'hygiène et assainissement, il y a eu une diminution drastique des maladies. Certains ajoutent même que les dépenses de santé (hospitalisation et achat de médicaments pour les maladies comme le choléra, la diarrhée) ont considérablement baissé.

« Les cas de diarrhée, de choléra ou maladie de mains sales ont beaucoup diminué grâce à la construction de latrines et à la sensibilisation sur l'importance de l'hygiène. Les conditions sanitaires se sont améliorées, ce qui a également contribué à une réduction des maladies. »

Propos d'une femme

Représentant d'un ménage, résidant à Kolda

73. Les propos de la plupart des acteurs rencontrés (acteurs institutionnels, ONG, staff de l'UNICEF et professionnels de santé) corroborent par ailleurs l'idée que les interventions ATPC de l'UNICEF ont contribué à améliorer les indicateurs de santé dans les zones de mise en œuvre. Pour eux, les interventions ont permis, non seulement de réduire la contamination des nappes phréatiques, mais aussi d'aider les populations à maîtriser les techniques de traitement d'eau et de protection des points d'eau comme les puits.

« Nous, Chefs de brigades, allons chaque lundi aux réunions de staff des Equipes-Cadres de District. Nous sommes informés de la diminution des cas de maladies du péril fécal. »

Propos d'un homme

Acteur institutionnel, résidant dans la région de Kolda

« Les ménages ont été formés au traitement, à la conservation de l'eau et à la protection des points d'eau comme les puits, ce qui permet d'éviter les maladies du péril fécal. »

Propos d'un homme

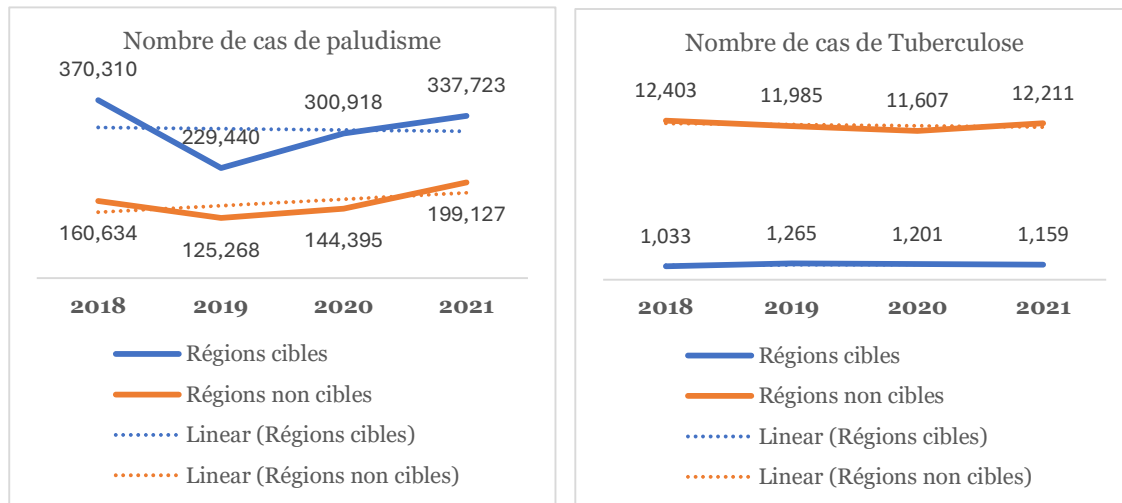
Acteur institutionnel, résidant à Dakar

74. Sur la base des données secondaires produites par l'Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD)³³, dans les régions cibles du programme ATPC de l'UNICEF, le nombre de cas de paludisme enregistrés par exemple, est certes plus élevé que celui des régions non ciblées. Toutefois, l'observation de la courbe de tendance sur la période 2018-2021 montre que le nombre de cas de paludisme enregistrés dans les régions cibles tend à diminuer au fil des années, tandis que dans les autres régions, il a tendance à augmenter. Concernant la tuberculose, le nombre moyen de cas enregistrés dans les régions cibles est moins élevé que celui observé dans les régions non cibles entre 2018 et 2021. Pour les autres maladies comme le choléra, la fièvre typhoïde et la dysenterie, l'équipe d'évaluation n'a pas pu obtenir des données secondaires en vue d'apprécier l'évolution du nombre de cas dans les régions ciblées pour l'ATPC élargi par rapport aux régions non ciblées. Le graphique ci-dessous montre l'évolution du nombre de cas de paludisme et de tuberculose enregistrés dans les régions cibles et non cibles sur la période 2018-2021.

³² Ce pourcentage est de 93,1% pour la région de Kaffrine, 78,4% pour la région de Kolda, 54,0% pour la région de Sédhiou et 79,6% pour la région de Tambacounda.

³³ Site : <https://senegal.opendataforafrica.org/djpopfde/indicateurs-de-morbidite-paludisme-tuberculose-et-vih?accesskey=onwgzxd>. Consulté le 13/09/2024

Graphique 2 : Evolution du nombre de cas de paludisme et de tuberculose enregistrés entre 2018 et 2021



Source : Auteur à partir des données de l'ANSD

Constat 19 : le programme ATPC a impacté positivement la demande de vaccination des enfants par les populations dans les zones ciblées par l'UNICEF pour la mise en œuvre de l'ATPC élargi relativement à celles non ciblées.

75. Dans le cadre de l'ATPC élargi, l'UNICEF Sénégal a mené des interventions relatives à la vaccination des enfants. À ce titre, les animateurs/animateuses, avec l'appui des leaders naturels (chefs de villages, présidentes de groupements de femmes et présidents des ASC), ont effectué des visites à domicile, des causeries et des mobilisations sociales sur l'importance de la vaccination des enfants. Ils ont en outre recensé et mis en relation des enfants pas complètement vaccinés (EPCV). Selon le Rapport technique de la mise en œuvre de l'ATPC dans 80 villages des régions de Tambacounda, Sédhiou, Kolda et Kaffrine portant sur la période du 14 novembre 2022 au 15 janvier 2023³⁴, 1 167 enfants de 0 à 2 ans ont été recensés et parmi eux, 100 n'ont pas été complètement vaccinés.
76. Pour la majeure partie des acteurs rencontrés lors des entretiens, **l'intégration de la vaccination dans l'ATPC a permis d'améliorer les comportements des populations en matière de prise en charge des enfants, et donc de la demande de vaccination dans les zones ciblées par l'UNICEF.**
77. Ainsi, le nombre d'antigènes administrés aux enfants âgés de 12 à 23 mois concernant la Polio3 est passé de 204 en 2020 à 462 en 2021, soit une hausse de 126,5% selon les données de l'ANSD³⁵. Spécifiquement, dans les 14 villages cibles de la commune de Pakour située dans la région de Kolda, 72% des enfants ont été vaccinés (CASADES³⁶, 2022). Selon la même source, dans la commune de Paroumba (région de Kolda), sur l'ensemble des 6 villages bénéficiaires des interventions, tous les enfants non encore vaccinés l'ont été complètement. Cependant, dans les régions non ciblées par le programme ATPC élargi de

³⁴ Rapport produit par la Direction de l'Assainissement.

³⁵ <https://senegal.opendataforafrica.org/jzlevbg/répartition-du-nombre-d-antigènes-administrés-selon-le-sexe-chez-les-enfants-âgés-de-0-à-23-mois?accesskey=srfrapf>. Consulté le 13/09/2024.

³⁶ Comité d'Appui et de Soutien Au Développement Economique et Social. Rapport final produit sur financement de la DA-UNICEF.

l'UNICEF, le nombre d'antigènes administrés aux enfants âgés de 12 à 23 mois concernant la Polio3, est de 1 302 en 2020 et de 2 768 en 2021, soit un accroissement de 112,6%, un peu en deçà de celui enregistré dans les régions ciblées (données de l'ANSD)³⁷.

Constat 20 : la situation nutritionnelle dans les zones ciblées dans le cadre de l'ATPC élargi s'est significativement améliorée grâce aux différentes interventions en matière de WASH dont le programme ATPC de l'UNICEF, comparativement à celle dans les zones non ciblées.

78. Dans le processus de mise en œuvre de l'ATPC au Sénégal, l'UNICEF a introduit des interventions en matière de nutrition à partir de 2021 dans le but d'améliorer la situation nutritionnelle des enfants de moins de 5 ans. De manière concrète, des activités relatives au i) dépistage des enfants victimes de malnutrition aigüe modérée (MAM)/ malnutrition aigüe sévère (MAS), ii) au recensement et orientation des enfants malnutris, iii) aux sensibilisations des parents sur les bonnes pratiques nutritionnelles, ont été mises en œuvre dans les communautés.
79. Les ménages ont une bonne perception de l'impact de l'ATPC sur la nutrition dans leur localité. **Près de 74,2%³⁸ (soit 632 sur 852) des personnes interrogées perçoivent que la prévalence de la malnutrition dans leur village a diminué après la mise en œuvre du programme ATPC par rapport à la situation avant l'intervention.** Cette perception est en phase avec les résultats du rapport d'activité du CASADES (2022) qui montrent que grâce aux interventions de WASH in nutrition financées par l'UNICEF, l'ensemble des enfants malnutris dans les villages cibles des communes de Pakour (14 villages cibles) et de Paroumba (6 villages cibles) ont été référencés, et 73% d'entre eux ont été orientés vers les structures de santé pour une prise en charge concernant la commune de Pakour. Dans le même sens, la Direction de l'Assainissement (2023)³⁹ rapporte que, sur 1 274 enfants de 6 à 59 mois recensés (soit 379 à Tambacounda, 430 à Sédhiou, 310 à Kolda et 155 à Kaffrine), seulement 32 sont atteints de MAM et 2 de MAS. Quant au Service National de l'Hygiène (2022)⁴⁰, il a pu détecter 89 cas de MAM et 49 cas de MAS en 2022.
80. Parmi les personnes enquêtées, **46,4% estiment que la prévalence de la malnutrition dans leur village est faible par rapport aux villages n'ayant pas bénéficié du programme ATPC.** Cependant, un nombre important de répondants (37,8%) disent n'avoir pas d'information sur la prévalence de la malnutrition dans les zones non ciblées pour la comparaison avec la situation de leur localité. L'analyse comparative, faite sur la base des statistiques de l'ANSD⁴¹, révèle qu'entre 2020 et 2021, la prévalence de la malnutrition aigüe globale (MAG) chez les enfants de moins de cinq (5) ans a connu une hausse de 1,2 point aussi bien dans les régions ciblées (3,1% en 2020 et 4,3% en 2021) que dans les régions non ciblées (7,1% en 2020 et 8,3% en 2021). En revanche, le pourcentage d'enfants (0-59 mois) présentant une insuffisance pondérale dans les régions cibles est passé de 5,6% en 2020 à 1,7% en 2021 (soit une baisse de 3,9 points), et la prévalence du retard de croissance chez les enfants (0-59 mois) est passée de 16,7% en 2020 à 0,8% en 2021 (soit une diminution de 15,9 points). Dans les régions non ciblées, ces deux indicateurs se sont accrus entre 2020 et 2021, soit un accroissement de 1 point pour le pourcentage d'enfants (0-59 mois) présentant une insuffisance pondérale et de 0,8 point concernant la prévalence du retard de croissance chez les enfants (0-59 mois).

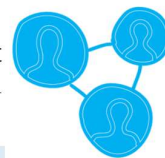
³⁷ <https://senegal.opendataforafrica.org/jzlevbg/répartition-du-nombre-d-antigènes-administrés-selon-le-sexe-chez-les-enfants-âgés-de-0-à-23-mois?accesskey=srfrapf>. Consulté le 13/09/2024.

³⁸ Ce pourcentage est de 83,0% pour la région de Kaffrine, 82,1% pour la région de Kolda, 48,3% pour la région de Sédhiou et 77,4% pour la région de Tambacounda.

³⁹ Rapport technique de la mise en œuvre de l'ATPC dans 80 villages des régions de Tambacounda, Sédhiou, Kolda et Kaffrine portant sur la période du 14 novembre 2022 au 15 janvier 2023.

⁴⁰ Rapports de synthèse des activités ATPCE dans les régions de Kaffrine, Kolda, Matam, Sédhiou, Tambacounda et pour le deuxième trimestre (Trim 2, 3 et 4) 2022.

⁴¹ <https://senegal.opendataforafrica.org/xsitaed/etat-nutritionnel-des-enfants-dans-les-enquêtes-eds?accesskey=bvdpsi>. Consulté le 13/09/2024.



81. Les déclarations des acteurs rencontrés lors des entretiens (individuels et de groupe), aussi bien au niveau central qu'au niveau déconcentré, confirment les résultats de l'enquête quantitative réalisée auprès des ménages. Pour la plupart d'entre eux, la mise en œuvre de l'ATPC au Sénégal a contribué à réduire la malnutrition des enfants dans les localités cibles, et donc améliorer les indicateurs relatifs à la nutrition.

« Des activités de WASH-NUT comme les sensibilisations sur la prévention de la MAS et de la MAM ont été réalisées dans le cadre de l'ATPC au Sénégal. »

Propos d'un homme

WASH Officer d'un Bureau de zone de l'UNICEF au Sénégal

« L'ATPC élargi inclut entre autres la thématique nutrition. Cette prise en compte a eu des effets positifs sur le secteur de la nutrition. Les infirmiers chefs de poste (ICP) de Parumba, Dialagna, Bourouko, et Kéréwane confirment que l'impact de l'ATPC sur la nutrition est la réduction de la MAM et de la MAS. »

Propos d'un homme

Acteur institutionnel, résidant dans la région de Kolda

« Concernant la malnutrition, le taux a fortement baissé, vu que les relais communautaires passent tout leur temps à sensibiliser sur l'allaitement maternel et l'alimentation des enfants et à vérifier le poids des enfants afin de leur donner des vitamines. »

Propos d'une femme lors d'un focus group

Ménagère dans la région de Kaffrine

Constat 21 : Faiblement déroulé dans les écoles sur la période couverte par l'évaluation (2018-2022), le programme ATPC de l'UNICEF a eu peu d'impact sur la fréquentation scolaire des élèves dans les zones ciblées pour l'ATPC élargi.

82. L'approche ATPC au Sénégal, s'est plus intéressée au niveau communautaire, au détriment des écoles. Selon les rapports d'activités consultés par l'équipe d'évaluation, c'est essentiellement dans la région de Kolda (communes de Pakour et Paroumba) que des interventions relatives à l'ATPC ont été déroulées dans les écoles : 15 enseignants formés sur la promotion de l'hygiène et de l'assainissement et 120 élèves sur les bonnes pratiques d'hygiène et d'assainissement (Rapport d'activité CASADES 2022-2023). Pour l'équipe d'évaluation, ces interventions sont moins conséquentes pour avoir un impact significatif sur la fréquentation scolaire des élèves dans la zone d'intervention du programme ATPC élargi de l'UNICEF.

83. Sur la base des statistiques de l'ANSD⁴², l'équipe d'évaluation constate que les indicateurs de performance scolaire ne sont pas meilleurs dans les régions ciblées par le programme ATPC élargi de l'UNICEF relativement aux régions non ciblées. Le Taux Brut de Scolarisation (TBS) au secondaire a une tendance presque constante sur la période 2019-2022 aussi bien pour les régions ciblées que les régions non ciblées par le programme ATPC, avec celui des régions ciblées en deçà de celui observé dans les régions non ciblées. Le constat reste le même pour le TBS des filles. Concernant le taux d'achèvement scolaire au secondaire (taux global et pour les filles), la tendance est légèrement haussière sur la période, à la fois pour les régions ciblées que pour les régions non ciblées, avec toujours celui des régions non ciblées plus élevé que celui des régions ciblées. Le graphique ci-après présente l'évolution du TBS et du taux d'achèvement au secondaire général dans les régions ciblées et non ciblées entre 2019 et 2022.



⁴² <https://senegal.opendataforafrica.org/jhxsicc/indicateurs-de-scolarisation-par-cycle-d-enseignement-par-region-et-par-sexe?accesskey=xmhetfe>. Consulté le 13/09/2024.

Graphique 3 : Evolution du TBS et du taux d'achèvement au secondaire général dans les régions ciblées et non ciblées entre 2019 et 2022



Source : Auteur à partir des données de l'ANSD.

84. Pour certains acteurs rencontrés lors des entretiens, ces interventions ont permis d'assainir l'environnement dans les écoles concernées, d'améliorer la santé et les conditions d'hygiène des élèves, en particulier des filles, et donc les conditions d'apprentissage. En dépit de la faible intervention du programme ATPC dans les écoles, les résultats de l'enquête réalisée auprès des ménages révèlent que 62,7%⁴³ des répondants ont la perception que la fréquentation scolaire des enfants, en particulier des filles, dans leur village, a augmenté après la mise en œuvre du programme ATPC par rapport à la situation avant l'intervention. Cette perception est probablement influencée par d'autres facteurs telle que la croissance démographique: en raison de la croissance démographique, les ménages peuvent avoir l'impression que la fréquentation scolaire s'est accrue. Comparativement aux zones non ciblées, 39,3% estiment que la fréquentation scolaire des enfants est plus élevée dans les zones ciblées, 8,1% disent qu'elle est la même, 17,4% affirment qu'elle est plus faible et 35,2% supposent n'avoir pas suffisamment d'informations pour se prononcer.



⁴³ Ce pourcentage est de 52,8% pour la région de Kaffrine, 74,7% pour la région de Kolda, 41,5% pour la région de Sédhiou et 83,2% pour la région de Tambacounda.

Constat 22 : par le biais des installations d'assainissement (latrines) et de renforcement des capacités des communautés en matière de gestion des points d'eau potable, le programme ATPC de l'UNICEF a réduit les risques d'agression sexuelle, et donc des violences faites aux femmes et aux filles dans les zones ciblées pour la mise en œuvre de l'ATPC élargi par rapport aux zones non ciblées.

85. Dans la société africaine en général et sénégalaise en particulier, les femmes et les filles sont en grande partie responsables des tâches ménagères, notamment le puisage de l'eau, le nettoyage et l'hygiène des enfants. Ces dernières sont exposées à des risques de violence sexuelle, de grossesses non-désirées, de fatigue, de blessures et de lésions musculaires lors des corvées d'eau. En effet, dans certains villages, elles parcourent de longues distances à la recherche d'eau pour les besoins du ménage.
86. Conformément aux résultats de l'enquête quantitative réalisée dans le cadre de cette mission, **66,4% (566 sur 852) des personnes enquêtées indiquent que les interventions ATPC ont contribué à réduire les violences faites aux femmes et aux filles dans les zones ciblées.** Ce pourcentage correspond à 69,4% pour la région de Kaffrine, 71,6% pour Kolda, 36,4% pour Sédhiou et 82,3% pour Tambacounda. Par ailleurs, **48,5% des répondants ajoutent que les violences faites aux femmes et aux filles (sexuelles) dans leur village sont moins élevées par rapport aux villages n'ayant pas bénéficié du programme ATPC,** et 39,1% disent ne pas savoir. Cependant, l'équipe d'évaluation ne dispose pas de données secondaires pour confirmer la réduction des violences faites aux femmes et aux filles dans les zones ciblées par rapport à celles des zones non ciblées.
87. Selon les entretiens, la réduction des violences faites aux femmes et aux filles tient au fait que le programme ATPC de l'UNICEF a favorisé la réalisation de latrines et le renforcement des capacités des communautés en matière de traitement/conservation d'eau ainsi que de gestion des points d'eau. Cette situation fait qu'elles n'ont plus besoin de parcourir de longue distance pour les besoins de défécation et d'eau pour le ménage.

« Avant, les filles avaient peur de sortir la nuit pour aller aux toilettes, car c'était dangereux. Maintenant, avec les latrines à proximité, elles se sentent plus en sécurité. »

Propos d'une femme lors d'un focus group

Ménagère, résidant à Tambacounda

« Les ménages ont été formés sur le traitement, la conservation de l'eau et la protection des points d'eau comme les puits dans le cadre de l'ATPC. »

Propos d'un homme

Acteur institutionnel, résidant à Dakar

« Les violences faites aux femmes ont presque disparu, car les filles ou les femmes n'utilisent plus la forêt pour se soulager ni pour chercher du bois. »

Propos d'un homme lors d'un focus group

Chef de ménage, résidant à Kaffrine



Constat 23 : Le programme ATPC de l'UNICEF a contribué à réduire le temps accordé à la corvée d'eau dans les zones ciblées par rapport à la situation avant l'intervention, et ce temps est plus faible dans les zones ciblées par l'ATPC élargi comparativement aux zones non ciblées.

88. Au Sénégal, le programme ATPC a pris en compte le volet eau potable à travers le renforcement des capacités et l'appui des communautés en matière de protection des puits et de traitement de l'eau de boisson à domicile aux comprimés Aquatabs. Comme l'atteste le *Rapport technique Annuel 2021 de la mise en œuvre de L'ATPC dans les régions de Tambacounda, Sédhiou, Kolda et Kaffrine* de la Direction de l'assainissement, 1 050 femmes ont été formées en 2021 sur les techniques de traitement de l'eau de boisson dans les foyers.
89. Selon **54,6%⁴⁴ (soit 465 sur 852) des ménages rencontrés lors de l'enquête, la prise en compte des interventions en matière d'eau potable a permis**

⁴⁴ Cette proportion correspond à 77,1% pour Kaffrine, 71,0% pour Kolda, 14,8% à Sédhiou et 45,1% à Tambacounda.

d'améliorer l'accès des populations à l'eau potable, et de réduire ainsi le temps que les femmes accordent à la corvée d'eau dans leur localité. **Certains (36,7%) déclarent même que le temps que les femmes accordent à la corvée d'eau dans leur village est plus faible par rapport aux villages n'ayant pas bénéficié du programme ATPC.** Pour d'autres, ce temps est constant (selon 14,0%) ou plus élevé (14,2%), tandis que 35,1% disent ne pas disposer d'information pour la comparaison. Toutefois, le manque de données secondaires sur le temps que les femmes accordent à la corvée d'eau dans les zones ciblées et non ciblées par le programme ATPC de l'UNICEF, ne permet pas à l'équipe d'évaluation de confirmer si le temps accordé à la corvée d'eau a connu une baisse par rapport à la situation avant l'ATPC, et s'il est plus faible par rapport aux zones non ciblées.

90. Lors des entretiens individuels et de groupe, certains acteurs ont également souligné que la mise en œuvre de l'ATPC au Sénégal a réduit le temps consacré à la recherche d'eau pour les besoins du ménage. Ces derniers évoquent le fait qu'en raison de la propreté de l'eau à proximité des domiciles et de la maîtrise des techniques de traitement de l'eau par les communautés, les femmes n'ont plus besoin de parcourir de grandes distances à la recherche d'eau potable. D'autres ajoutent que le gain de temps qui en résulte est réinvesti dans d'autres activités comme les autres tâches ménagères, le commerce, l'agriculture, entre autres.

« Avant le programme, je devais fermer souvent mon stand pour aller chercher de l'eau, ce qui réduisait mes heures de vente. Avec le programme, le temps de collecte a considérablement diminué, me permettant d'ouvrir mon stand plus longtemps et d'augmenter mes ventes. Je peux maintenant investir davantage dans mon commerce et participer à des groupes communautaires. »

Propos d'une femme lors d'un focus group

Ménagère, résidant à Tambacounda

« Grâce aux interventions du programme, la gestion des puits s'est améliorée. Cela n'a pas changé le fait que nous utilisions toujours les puits, mais le temps passé à obtenir de l'eau est devenu plus prévisible et organisé. »

Propos d'une femme lors d'un focus group

Ménagère, résidant à Kolda



Constat 24 : Le programme ATPC de l'UNICEF a impacté positivement les connaissances, les attitudes et les pratiques des populations en matière d'enregistrement des naissances à l'état civil dans les zones ciblées dans le cadre de l'ATPC élargi comparativement à la situation avant la mise en œuvre du programme. Cependant, par rapport aux zones non ciblées, les résultats restent mitigés.

91. Dans sa version élargie, le programme ATPC au Sénégal a intégré le volet enregistrement des faits d'état civil (en particulier les naissances) qui est une question clé affectant la survie et le développement de l'enfant. Ainsi, les animatrices et les superviseurs, formés sur la prise en compte des questions intersectorielles dont l'enregistrement des naissances et décès, ont réalisé des activités de sensibilisation et de dialogue social au profit des communautés. En d'autres termes, ils ont mené des campagnes d'enregistrement des naissances consistant à recueillir les informations sur l'enregistrement des naissances des enfants concernés et à les transmettre aux officiers d'état civil qui certifient les informations et délivrent les certificats de naissance. Dans la région de Kolda (Pakour et Paroumba), les animatrices ont organisé avec l'appui des leaders naturels 380 visites à domicile, 135 causeries et 45 mobilisations sociales touchant ainsi 17 776 dont 11 092 femmes et 6 684 hommes autour des questions clés de survie et de développement de l'enfant dont l'enregistrement des naissances (CASADES⁴⁵, 2022). En outre, certaines mairies ont élaboré des Cahiers de village pour l'enregistrement des naissances et des décès, qu'elles mettent à la disposition des chefs de village qui les remplissent et les acheminent vers le centre d'état civil de rattachement.

⁴⁵ Rapport final produit sur financement de la DA-UNICEF.

92. Selon la perception de **plus de la moitié des personnes enquêtées (55,5%) dans les régions cibles, la prise en compte de l'enregistrement des actes d'état civil s'est traduite par une hausse du taux d'enregistrement dans leur village par rapport à la situation avant l'intervention.** Les autres affirment qu'il est resté constant (10%), en baisse (18,2%) et n'avoir pas d'informations pour répondre (16,3%). Les résultats du rapport final 2022 du CASADES, produit sur financement de la DA et de l'UNICEF, confirment que l'ATPC a eu des effets bénéfiques sur l'enregistrement des naissances. En effet, dans les 14 villages ciblés situés dans la commune de Pakour, 98% des enfants nés durant la période de l'intervention ont été immédiatement déclarés à la mairie, et les enfants qui ne disposaient pas d'extrait de naissance dans 6 villages cibles de la Paroumba sont également déclarés. De plus, sur 5 912 enfants recensés en 2022 dont 2 117 à Tambacounda, 1 617 à Sédhiou, 2 023 à Kolda et 155 à Kaffrine, 3 724 disposent d'extrait de naissance, soit 63%⁴⁶.
93. Comparativement aux zones non ciblées, les déclarations des ménages enquêtés montrent que les résultats en matière d'enregistrement à l'état civil restent mitigés. En effet, **39,4% des répondants affirment que le taux d'enregistrement à l'état civil (naissance, décès) dans leur village est plus élevé par rapport aux villages n'ayant pas bénéficié du programme ATPC**, contre 14,3% qui disent qu'il est plus faible, 10,7% qui soulignent qu'il est le même et 35,6% qui indiquent qu'ils ne savent pas. Toutefois, les données de l'Enquête Démographique et de Santé Continue (EDS-C) 2023 révèlent que le *pourcentage total d'enfants de moins de 5 ans dont la naissance a été enregistrée* est presque le même dans les régions ciblées (77,3%) que dans les régions non ciblées (80,8%), avec un pourcentage légèrement moins élevé dans les zones ciblées.
94. La plupart des acteurs rencontrés lors des entretiens soutiennent que l'ATPC, à travers les sensibilisations sur l'importance de l'enregistrement des faits d'état civil et les facilitations à l'obtention des actes civil, a contribué à améliorer les connaissances, les attitudes et les pratiques des communautés en matière d'enregistrement des faits d'état civil.



« On a beaucoup aidé au relèvement des indicateurs sur l'enregistrement des naissances, à travers la détection rapide des enfants non enregistrés et l'organisation des audiences foraines pour faciliter l'accès aux pièces d'état civil. Dans certains villages FDAL, les enfants non déclarés à l'état civil ont été recensés et les listes transmises aux maires. »

Propos d'un homme

Staff de l'UNICEF, résidant à Dakar

« Je me souviens que les démarches pour enregistrer une naissance ou un décès étaient compliquées et prenaient beaucoup de temps. Avec les améliorations apportées par le programme, nous avons maintenant des services administratifs plus accessibles et efficaces dans notre village. Cela a simplifié les procédures et réduit les erreurs dans les documents officiels. »

Propos d'une femme lors d'un focus group

Ménagère, résidant dans la région de Tambacounda

« Des fiches de recensement sont données aux leaders lors de la phase pré- déclenchement. Il leur est demandé de recenser tous les enfants du village (cela prend beaucoup de temps). Il faut que les enfants sans papier soient répertoriés. Le rôle de la DRA se limite au recensement et au ramassage des fiches lors des suivi faits par les animateurs. »

Propos d'un homme

Acteur institutionnel, résidant dans la région de Kolda



⁴⁶ Direction de l'Assainissement. Rapport technique de la mise en œuvre de l'ATPC dans 80 villages des régions de Tambacounda, Sédhiou, Kolda et Kaffrine (du 14 novembre 2022 au 15 janvier 2023).

QE14. Dans quelle mesure les programmes d'assainissement communautaire et d'autres programmes d'assainissement utilisés dans le domaine ont contribué à créer des communautés libres de défécation en plein air ?

Constat 25 : les programmes d'assainissement communautaire et d'autres programmes d'assainissement ont contribué à améliorer l'utilisation des installations d'assainissement et des DLM dans les communautés, et donc à favoriser la création de communautés libres de défécation en plein air.



95. **L'utilisation des latrines construites est relativement élevée dans les zones ciblées par l'UNICEF dans le cadre de l'ATPC élargi.** En effet, **91,4% des répondants disposant de latrines (soit 540 sur 591) déclarent que tous les membres de leur ménage utilisent effectivement la latrine familiale**, contre 8,6% dont au moins un membre du ménage n'utilise pas la latrine familiale. Suivant les régions, le pourcentage de répondants affirmant que tous les membres de leur ménage utilisent effectivement la latrine familiale est de 97,4% pour Kaffrine, 98,1% pour Kolda, 79,3% pour Sédhiou et 89,3% pour Tambacounda. **99,4% des latrines visitées (618 sur 622) dans le cadre de cette mission présentent des traces ou indices témoignant l'effectivité de leur utilisation.**

96. Pour les membres n'utilisant pas encore de latrine alors que leur ménage en dispose, les principales raisons évoquées par les répondants sont entre autres : i) les enfants sont trop jeunes pour utiliser la latrine, ii) la latrine est non adaptée à l'usage des personnes handicapées/âgées, iii) le manque de sécurité (risque d'effondrement de la dalle) et iv) la fosse est pleine et dégage de mauvaises odeurs. Dans le même sens que les données primaires, les statistiques de l'ANSD confirment quelques cas de pratique de la DAL dans les zones ciblées : le taux de la DAL en 2023 est de 24% à Kaffrine, 25% à Kolda, 25,8% à Sédhiou et 23,9% à Tambacounda.



97. **Quant à l'utilisation des DLM, elle est également élevée dans les zones ciblées par l'UNICEF pour la mise en œuvre de l'ATPC élargi. Près de 91,6% des enquêtés issus de ménages disposant d'une latrine et d'un dispositif de lavage de mains muni d'une bouilloire, tippy tap ou seau à l'extérieur ou à l'intérieur des latrines (151 sur 165 ménages), témoignent que tous les membres de leur ménage utilisent effectivement le DLM à la sortie de la latrine.** Par contre 8,4% des personnes enquêtées affirment qu'au moins un membre de leur ménage n'en utilise pas réellement. Dans les régions de Kaffrine, Kolda, Sédhiou et Tambacounda, les répondants soutenant que tous les membres de leur ménage utilisent effectivement le DLM à la sortie des latrines sont respectivement de 39,9%, 69,5%, 97,3% et 87,4%. L'observation directe a par ailleurs mis en évidence 94,3% (149 sur 158) des ménages disposant de DLM qui présentent des traces ou indices d'utilisation parmi les ménages visités ayant une latrine et un DLM muni du savon ou de la cendre.



Conclusions préliminaires sur l'impact

IMP. 1 : le programme ATPC de l'UNICEF a contribué à améliorer l'état de santé des populations dans les zones ciblées à travers la réduction de la prévalence des maladies du péril fécal (diarrhée, choléra et paludisme) par rapport à la situation avant l'intervention et comparativement aux zones non ciblées.

IMP. 2 : les programmes d'assainissement communautaire et d'autres programmes d'assainissement ont positivement impacté l'utilisation des installations d'assainissement et de DLM dans les communautés.

IMP. 3 : l'équipe d'évaluation relève que la mise en œuvre de l'ATPC en particulier celui élargi a eu un impact positif sur la vaccination, la nutrition, l'enregistrement des naissances et les violences faites aux femmes dans les zones ciblées par rapport à la situation avant l'intervention et comparativement aux zones non ciblées. Elle a contribué à augmenter la

demande de vaccination des enfants et à réduire la malnutrition, les agressions sexuelles et les souffrances des femmes liées à la corvée d'eau.

IMP. 4 : le programme ATPC a eu peu d'impact sur la fréquentation scolaire des enfants dans les zones ciblées par rapport à la situation avant l'intervention et comparativement aux zones non ciblées. Cela s'explique par le fait qu'il a été faiblement déroulé dans les écoles au cours de la période 2018-2022.

V.5. DURABILITE



98. Le critère de durabilité vise à examiner la continuation des bénéfices résultant du programme ATPC de l'UNICEF après interruption de l'intervention. Les questions évaluatives ayant guidé l'analyse de la durabilité ont été organisées autour de trois composantes : i) le renforcement des capacités, ii) la viabilité institutionnelle et financière et le partenariat et iii) la viabilité économique, sociale, technologique et environnementale.

Renforcement des capacités :

QE.15. Dans quelle mesure l'UNICEF a-t-il incorporé des mesures pour que les activités financées par le programme ATPC sans support de l'UNICEF se poursuivent à l'avenir ?

QE19. Quel est le niveau d'appropriation et de durabilité de l'intervention par les bénéficiaires ?

Viabilité institutionnelle, financière et partenariat :

QE.16. Dans quelle mesure les activités du programme ATPC étaient-elles reproduites ?

QE17. Dans quelle mesure le gouvernement a-t-il pris les devants et investi dans la fin de la DAL ? Dans quelle mesure le gouvernement a-t-il mobilisé ou exploité d'autres partenariats et ressources pour mettre fin à la défécation en plein air dans le pays ?

QE18. Dans quelle mesure les mécanismes institutionnels et de prestation de services sont-ils mis en place (par exemple, la coordination au niveau régional, préfectoral et communautaire, partenariat avec des ONG pour la mise en œuvre) ? Ces mécanismes permettent-ils d'obtenir et de maintenir des résultats ?

Viabilité économique, sociale, technologique et environnementale :

QE20. Comment le programme a-t-il amélioré l'hygiène et les conditions d'assainissement de la population en se concentrant sur la durabilité des réalisations au niveau communautaire ?

QE21. Quels sont les déterminants pour la poursuite de l'adhésion aux pratiques FDAL ?

QE22. Quelles sont les principales raisons pour lesquelles les populations reviennent aux pratiques de la DAL ?



© SNH (2022). Set-Setal et sensibilisation des populations par les Chefs de la BRH et de la BDH de Sédhiou et l'équipe de supervision

V.5.1. Renforcement des capacités

QE.15. Dans quelle mesure l'UNICEF a-t-il incorporé des mesures pour que les activités financées par le programme ATPC sans support de l'UNICEF se poursuivent à l'avenir ?



Constat 26 : L'UNICEF a mis en place des mesures ou stratégies pour la continuité des activités financées dans le cadre du programme ATPC. Ces mesures ont consisté à améliorer les connaissances, les attitudes et les pratiques des communautés en matière d'eau, hygiène et d'assainissement ainsi que l'appropriation du programme par les autorités administratives et locales.

99. **Relativement à l'amélioration des connaissances, attitudes et pratiques des communautés**, les mesures ou stratégies adoptées sont principalement le déclenchement sous forme d'assemblées générales villageoises de sensibilisations conviant toutes les composantes des communautés des villages cibles afin de dérouler les outils de l'approche ATPC. Selon les rapports techniques annuels (2018-2022) de la DA, l'un des résultats attendus des activités de déclenchement est d'amener les communautés à mieux connaître les conséquences des mauvaises pratiques d'hygiène et d'assainissement, et d'engager ainsi des actions immédiates visant à mettre fin à la DAL (construction et entretiens des latrines, lavage des mains). Les résultats de l'enquête conduite auprès des ménages révèlent que 77,8% des répondants déclarent que leur communauté a été impliquée dans les activités du Programme ATPC. Cette implication se résumait : i) à la participation à des réunions d'information et de sensibilisation (selon 89,1% des répondants), ii) à la construction de latrines familiales (29,1%), iii) à la participation à des ateliers et séances de formation (23,4%), iv) à des actions de suivi post-déclenchement (12,5%) et v) à des actions de suivi post-certification (8,1%).
100. Outre le déclenchement, l'implication des leaders naturels (chefs de villages, présidentes de groupements de femmes et présidents des ASC)⁴⁷ dans les activités de suivi (post FDAL) et de sensibilisation sous forme de causeries et de visites à domicile (VAD), représente une mesure de renforcement de la continuité des activités financées par l'UNICEF. En effet, elle avait pour objectif principal d'améliorer l'appropriation et l'engagement des communautés en matière d'ATPC. Le nombre de causeries portant sur l'importance du maintien des bonnes pratiques d'hygiène et d'assainissement et les méfaits de la DAL, effectuées par les leaders naturels s'élève à 1 744 (soit 4 en 2018, 850 en 2020 et 890 en 2021) selon les rapports techniques annuels de la DA, et à 253 (212 au deuxième trimestre et 41 au troisième trimestre de 2022) selon les rapports trimestriels 2022 du SNH. Quant au nombre de VAD, il est de 915 (30 en 2018, 375 en 2020, 450 en 2021 et 60 en 2022) conformément aux rapports techniques annuels de la DA.
101. Dans le même sens, l'accompagnement des communautés de Tambacounda, Sédhiou, Kolda et Kaffrine dans l'élaboration et la mise en œuvre de leurs propres plans d'actions, dans le cadre du programme ATPC de l'UNICEF, est perçu par l'équipe d'évaluation comme une mesure de durabilité des activités. Cette mesure visait essentiellement à amener les communautés elles-mêmes à prendre conscience des risques liés à la pratique de la DAL (maladies du périf fécal, maladies vectorielles), à réaliser de nouvelles latrines familiales et à adopter des comportements durables et favorables au WASH. Pour la mise en œuvre des plans d'actions, les populations ont bénéficié de l'accompagnement technique de la Direction Régionale de l'Assainissement (DRA) sur les techniques de potabilisation de l'eau de boisson, la confection de DLM, le recensement des enfants malnutris et enfants non déclarés, la sensibilisation sur la GHM (DA, 2021)⁴⁸.



⁴⁷ Conformément aux rapports techniques annuels de la DA, plus 700 leaders naturels en 2020 et 770 en 2021 ont participé à la mise en œuvre des activités.

⁴⁸ Rapport technique 2021 de la mise en œuvre de l'ATPC dans 90 villages des régions de Tambacounda, Sédhiou, Kolda, Kaffrine et Louga.

102. **S'agissant de l'appropriation du programme ATPC par les autorités administratives et locales**, l'UNICEF a confié la mise en œuvre des activités relatives à l'ATPC aux Directions Régionales de l'Assainissement (DRA) et aux Brigades Régionales d'Hygiène (BRH) des régions bénéficiaires, appuyées par les animateurs locaux et sous la supervision de la DA et du SNH. Pour l'équipe d'évaluation, cette situation permet une appropriation réelle des autorités sénégalaises en matière d'ATPC. L'UNICEF a par ailleurs organisé des plaidoyers auprès des autorités au niveau central, régional et local pour l'augmentation du budget alloué à l'assainissement rural et la prise en compte effective de l'ATPC, en particulier du suivi-post FDAL, dans les plans d'action des ministères et les plans régionaux et communaux de développement. Au niveau des institutions publiques comme les écoles, la mise en place et la responsabilisation des Comités de Gestion des Ecoles (CGE) constituent une mesure favorable à la continuité des activités, car les membres sont formés sur l'adoption et le maintien des bonnes pratiques d'hygiène et d'assainissement en général, et de la GHM en particulier.

QE.19. Quel est le niveau d'appropriation et de durabilité de l'intervention par les bénéficiaires ?



Constat 27 : les stratégies ou mesures adoptées par l'UNICEF en matière de durabilité ont favorisé l'appropriation des activités du programme ATPC par les titulaires de droits ainsi que leur engagement à mettre fin à la DAL.

103. **La revue documentaire, l'enquête réalisée auprès des ménages et les entretiens témoignent d'un niveau relativement élevé d'appropriation du programme ATPC par les titulaires de droits.** Selon les rapports techniques annuels de la DA, la mise en œuvre de l'ATPC a permis à plus de 63 000 personnes en 2020 et 85 000 personnes en 2021 dans les régions de Tambacounda, Sédhiou, Kolda, Kaffrine et Louga, de prendre réellement conscience des méfaits de la DAL.

104. La plupart des ménages interrogés (729 sur les 852, soit 85,6%) déclarent être conscients des risques liés à la DAL et de la nécessité d'abandonner cette pratique. Les avantages de l'abandon de la DAL, évoqués par les répondants, sont : i) la prévention contre les maladies hydro-fécales (selon 71,1% des ménages déclarant être conscients des risques liés à la DAL), ii) la préservation de l'intimité/la dignité (51,3%), iii) la prévention contre les animaux dangereux comme les serpents et scorpions (50%) et iv) la prévention contre les violences physiques ou sexuelles (35,2% des répondants). Les entretiens réalisés avec les différents acteurs confirment l'amélioration de l'appropriation du programme par les titulaires de droits.

« L'ATPC encourage la participation active des bénéficiaires et des décideurs tout au long du processus pour assurer une appropriation durable des activités d'assainissement dans la communauté. »

Propos d'un homme

Staff de l'UNICEF, résidant à Dakar

105. **L'appropriation du programme ATPC par les titulaires de droits s'est matérialisée par un fort degré d'engagement de leur part, avec des actions concrètes tendant à mettre fin à la DAL.** Outre les efforts considérables dans la construction, la clôture, la couverture et l'utilisation des latrines, les populations ont régulièrement organisé des opérations de nettoyage (Set Setal) en vue d'assainir leur communauté. En effet, les rapports techniques annuels de la DA indiquent que près de 1 687 opérations de nettoyage ont été effectuées dans les régions de Tambacounda, Sédhiou, Kolda et Kaffrine entre 2018 et 2022 (soit 32 en 2018, 400 en 2020, 575 en 2021 et 680 en 2022). Dans le même temps, le rapport du deuxième trimestre de 2022 du SNH faisait ressortir 125 Set Setal (105 à Kolda et 20 à Kaffrine).



106. Une autre preuve d'engagement des communautés est l'existence d'actions ou d'initiatives locales permettant d'abandonner la pratique de la DAL ou de maintenir le

statut FDAL. Parmi ces actions ou initiatives, il y a la mise en place des comités locaux de suivi ou comités ATPC (citée par 479 ménages, soit 56,2% lors de l'enquête) et l'utilisation des moyens de contraintes comme les amendes, pénalités, sanctions au niveau communautaire (selon 17,5% des répondants). Les propos de la plupart des acteurs communautaires interrogés lors des entretiens confirment que des mesures sont prises au niveau communautaire pour accélérer l'abandon de la DAL et garantir le maintien du statut FDAL dans les communautés. Pour eux, ces mesures sont principalement : les campagnes de sensibilisation, les sanctions ou amendes imposées par les sages du village, le nettoyage collectif, entre autres.

« Le comité local de suivi a appliqué des sanctions sociales, une amende pour dissuader la pratique de la DAL. »

Propos d'un homme

Chef de village, résidant dans la région de Kaffrine

« Les hommes sont engagés principalement dans la construction et l'entretien des latrines, ainsi que dans la sensibilisation communautaire. Les femmes, quant à elles, sont souvent impliquées dans la gestion des latrines et l'éducation sur l'hygiène au sein de la famille et de la communauté. »

Propos d'un homme

Relais communautaire, résidant dans la région de Tambacounda

Constat 28 : en dépit du niveau d'appropriation et d'engagement relativement élevé des titulaires de droits, quelques cas de relâchement des bonnes pratiques d'hygiène et d'assainissement (retour à la DAL, abandon du lavage des mains) sont constatés dans les communautés.

107. L'enquête réalisée dans le cadre de cette mission a révélé l'existence de pratiques de DAL dans les localités FDAL visitées. En effet, parmi les 550 ménages enquêtés dans les villages déclarés FDAL, 124 avouent faire leurs besoins à l'aire libre (buissons, forêt, champs, cours d'eau, plage), soit un taux de retour à la DAL de 22,5%. Cette pratique touche l'ensemble des 4 régions enquêtées : le taux de retour à la DAL est 57,7% à Kaffrine, 4,4% à Kolda, 8,5% à Sédhiou et 8,5% à Tambacounda. Concernant les enfants à bas âge, 27,6% des individus enquêtés dans les villages déclarés FDAL révèlent que dans leur ménage, les enfants défèquent à l'air libre (dans la cour et la nature). Cette proportion est de 56,5% pour Kaffrine, 1,5% pour Kolda, 35,9% pour Sédhiou et 10,1% pour Tambacounda.

108. Les principaux facteurs qui conduisent au retour des pratiques de la DAL après la certification FDAL sont :

- ☞ **Les contraintes financières** pour l'entretien, la réparation et le renouvellement (citées par 50% des ménages enquêtés dans les 4 régions). En rappel, le coût moyen en FCFA de réalisation d'une latrine est d'environ 50 016 à Sédhiou, 112 462 à Tambacounda, 34 864 à Kolda et 112 638 à Kaffrine selon les résultats de l'Enquête Wash, réalisée en 2022 par l'ANSD.
- ☞ **La crainte** liée à l'effondrement de la dalle ou de la chute dans la fosse (relevée par 36,5% des répondants). Cette crainte est parfois justifiée au regard de la faible qualité des matériaux (traditionnels) utilisés dans la construction des latrines, les intempéries (fortes pluies ou inondations) et le manque d'information sur la durée d'amortissement des dalles. Les résultats de l'observation directe faite dans cette évaluation montrent que 25% (soit 207 sur 840) des latrines visitées sont endommagées, mais toujours utilisables, et 27% des latrines sont ruinées et dans un état non utilisable.
- ☞ **L'insalubrité/manque de confort** (soulignée par 21,4% des personnes enquêtées) : l'insalubrité des latrines, leurs mauvaises odeurs ou leur inadaptation aux besoins des personnes spécifiques (femmes, filles et handicapées) peuvent conduire les utilisateurs à les abandonner et à se retrouver en plein air pour leurs besoins. L'observation directe a révélé que 26,7% (soit 224 sur 840) des latrines visitées ont leur intérieur sale (présence de fèces et mouches) et 41,4% d'entre elles dégagent des odeurs.
- ☞ **L'éloignement de la latrine par rapport à la maison/manque d'éclairage** (évoqué par 19,2% des ménages ayant participé à l'enquête) : la longue



distance à parcourir ou la peur liée au manque d'éclairage à supporter pour accéder à la latrine pour ses besoins peut pousser l'utilisateur à préférer la DAL. L'observation directe a montré que 11% des latrines visitées sont situées à plus de 50 mètres par rapport aux concessions.

109. Les déclarations des acteurs lors des entretiens confirment les principales causes de retour à la DAL évoquées ci-dessus par les ménages enquêtés.
110. Outre les facteurs provoquant le retour à la DAL, la revue documentaire, les entretiens, les focus groups et l'enquête réalisée auprès des ménages, ont permis à l'équipe d'évaluation d'identifier des facteurs pouvant conduire à l'abandon des bonnes pratiques d'hygiène (lavage des mains) dans les communautés. Ces facteurs sont essentiellement : i) le manque de ressources financières pour acheter le DLM ainsi que le savon et l'eau de javel, ii) le manque d'eau potable⁴⁹ et iii) la pression des influenceurs négatifs.

« Le lavage des mains va disparaître faute d'eau de javel. »

Propos d'un homme

Agent de santé, résidant dans la région de Kolda

V.5.2. Viabilité institutionnelle, financière et partenariat

QE.16. Dans quelle mesure les activités du programme ATPC étaient-elles reproduites ?

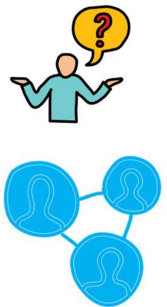
Constat 35 : les activités du programme ATPC de l'UNICEF sont pour la plupart reproduites par les acteurs institutionnels et les autres partenaires de mise en œuvre.

111. Selon les entretiens réalisés auprès des acteurs institutionnels et du staff de l'UNICEF, les activités ou approches du programme ATPC sont reprises dans les plans d'actions des structures étatiques (MHA et services déconcentrés), étant donné que la mise en œuvre de l'ATPC est confiée aux services déconcentrés (DRA et BRH) dans les régions bénéficiaires. Les acteurs soulignent par ailleurs que les résultats engrangés ainsi que les leçons apprises de la mise en œuvre de l'ATPC depuis son démarrage en 2009 au Sénégal, ont alimenté l'élaboration de documents nationaux d'orientation du sous-secteur hygiène et assainissement. Les principaux documents élaborés sont : i) la Stratégie Nationale d'Assainissement en milieu Rural (SNAR) adoptée en 2015 suivie de son plan d'action 2016-2025, ii) la Feuille de route *Rendre le Sénégal exempt de défécation à l'air libre d'ici à 2030* élaborée en 2019 et iii) le Guide de mise en œuvre de l'approche ATPC au Sénégal élaboré en 2020.
112. Concernant les ONG nationales/associations locales partenaires de mise en œuvre de l'ATPC, elles adhèrent et s'engagent à mettre en œuvre les activités ou approches du programme ATPC conformément à leurs cahiers de charge. Lors des entretiens, certains de ces acteurs affirment avoir réellement inscrit les activités ou approches du programme ATPC dans leurs plans d'actions. Par exemple, l'entreprise I-CONS, en partenariat avec l'UNICEF pour la mise en œuvre de l'ATPC, a inscrit dans son plan d'actions RSE 2022-2024, les activités suivantes : i) la construction de 50 latrines adaptées, ii) la formation de 10 maçons locaux aux métiers de l'assainissement rural et iii) la sensibilisation des populations sur les bonnes pratiques d'hygiène (3600 personnes).

Constat 29 : Les approches adoptées par l'UNICEF pour la mise en œuvre des activités du programme ATPC au Sénégal, ainsi que d'autres facteurs contextuels (insuffisance des ressources financières), ne permettent pas une mise à l'échelle rapide.

113. Sur la base de la revue documentaire et des entretiens avec les acteurs, il ressort que la mise en œuvre de l'ATPC au Sénégal est faite suivant l'approche village FDAL, en ce sens

⁴⁹ Selon l'enquête WASH 2022, le nombre de jours de coupures d'eau par mois est de 7 pour Kaffrine, 2 pour Kolda, 3 pour Sédhiou et 9 pour Tambacounda.



que l'unité géographique de déclenchement retenue est le village. Si cette approche a l'avantage de permettre le déclenchement dans les localités les plus reculées, l'équipe d'évaluation trouve qu'elle ne favorise pas le déclenchement simultané de plusieurs villages, comme c'est le cas dans d'autres pays (Togo, Tchad, Guinée et Guinée-Bissau, entre autres). En effet, ces pays ont retenu des unités géographiques de déclenchement plus grandes comme le canton, la commune ou la préfecture qui regroupent plusieurs villages. Dans ces cas, le pilotage du processus de l'ATPC, depuis le déclenchement jusqu'au suivi post-FDAL, se fait soit au niveau cantonal, communal ou préfectoral.

114. Par ailleurs, l'UNICEF a adopté l'approche ATPC sans subvention au Sénégal. Pour l'équipe d'évaluation, cette approche est conforme à celle suggérée par Kar et Chambers (2008) dans le *Manuel de l'Assainissement Total Piloté par la Communauté*. En effet, ces auteurs soulignent que toute approche qui serait dictée par les formateurs ou fondée sur une subvention est susceptible de saper l'ATPC, alors que toute approche ATPC déclenchée de manière systématique, combinée à la fois à une politique de « non subvention de matériel » et à une approche de non intervention du facilitateur, peut impulser une action locale collective et rapide de la part des communautés pour atteindre l'état FDAL. Cependant, l'équipe d'évaluation estime que dans un contexte comme celui du Sénégal où la majeure partie des populations dans les régions bénéficiaires vivent en dessous du seuil de pauvreté, l'ATPC sans subvention ne permet pas de maintenir durablement le statut FDAL sans une prise en compte du renforcement des capacités financières des communautés. Ce renforcement peut se faire à travers par exemple des formations sur les activités génératrices de revenu (AGR) comme entre autres le jardinage, la transformation des céréales et la fabrication de savon en faveur des communautés.
115. Outre ces approches, quelques facteurs ont été soulevés lors des discussions de groupe et des entretiens individuels comme défis à relever et contraintes au passage à l'échelle du programme ATPC. Ces facteurs sont : i) le fait que l'assainissement au Sénégal n'est pas une compétence transférée aux collectivités territoriales, ii) le fait que d'autres acteurs pratiquent l'ATPC avec subvention dans les communautés et iii) l'insuffisance des ressources financières des ménages pour se procurer des matériaux de construction durables et d'une technologie adaptée au type de sols.



QE.17. Dans quelle mesure le gouvernement a-t-il pris les devants et investi dans la fin de la DAL ? Dans quelle mesure le gouvernement a-t-il mobilisé ou exploité d'autres partenariats et ressources pour mettre fin à la défécation en plein air dans le pays ?



Constat 30 : L'apport financier de l'Etat pour la FDAL est relativement insuffisant, mais des efforts sont déployés dans la mobilisation des ressources auprès des PTF pour mettre fin à la DAL au Sénégal.

116. De manière générale, le secteur WASH au Sénégal bénéficie du financement de l'État. Ce financement est généralement consacré à la construction et à la maintenance des infrastructures, à la formation du personnel et à la sensibilisation des communautés. Entre 2018 et 2022, le budget annuel du gouvernement pour le secteur WASH a connu une hausse de 31,72% passant de 338,94 millions de dollars à 496,42 millions de dollars. En 2021, le budget annuel du gouvernement pour le secteur WASH représente 89% du financement annuel disponible (559,41 millions de dollars) pour atteindre les objectifs nationaux (ONU-EAU, 2023)⁵⁰.
117. De manière spécifique, le budget annuel du gouvernement pour le financement de l'assainissement est passé de 40,27 millions de dollars en 2018 à 122,66 millions de dollars en 2021, soit une hausse de 67,17 %. De même, le financement dédié à l'eau potable a connu une augmentation de 11,24 %, passant de 298,06 millions de dollars en 2018 à 335,81 millions de dollars en 2021. Concernant l'hygiène, en 2018, le budget du gouvernement pour son financement s'élevait à 0,34 million de dollars.

⁵⁰ <https://glaas.who.int/glaas/data>, consulté le 12 février 2024

118. Lors des entretiens, quelques acteurs ont déploré l'absence de ligne budgétaire dédiée exclusivement à la mise en œuvre des activités relatives à l'ATPC. Pour ces activités, l'Etat bénéficie du soutien financier des PTF dont l'UNICEF. Entre 2018 et 2022, les ressources mobilisées auprès de l'UNICEF pour la mise en œuvre de l'ATPC dans les régions ciblées pour l'ATPC élargi, s'élèvent à 1 125 057 280 FCFA⁵¹. Sur la somme totale mobilisée, une part de 49,7% est transférée à la DA et les 50,3% restants au SNH. Le gouvernement bénéficie en outre de la contribution financière du secteur privé pour la mise en œuvre de l'ATPC. Toutefois, le manque de données ne permet pas à l'équipe d'évaluation d'apprécier la part contributive du secteur privé au financement de l'ATPC dans les régions concernées.

QE.18. Dans quelle mesure les mécanismes institutionnels et de prestation de services sont-ils mis en place (par exemple, la coordination au niveau régional, préfectoral et communautaire, partenariat avec des ONG pour la mise en œuvre) ? Ces mécanismes permettent-ils d'obtenir et de maintenir les résultats ?



Constat 31 : Des mécanismes institutionnels et de prestation de services sont mis en place au niveau central, régional, préfectoral et communautaire, et permettent de soutenir l'atteinte et le maintien des résultats

119. Les mécanismes institutionnels et de prestation de services mis en place ont consisté à renforcer le cadre institutionnel et à responsabiliser les acteurs institutionnels et les communautés dans la mise en œuvre et le suivi de l'ATPC. En ce qui concerne **le renforcement du cadre institutionnel**, les principaux mécanismes adoptés sont :

- L'élaboration en 2019 de la Feuille de route *Rendre le Sénégal exempt de défécation à l'air libre d'ici à 2030* par la DA avec l'appui financier de l'UNICEF. L'objectif est de doter le Ministère de l'Hydraulique et de l'Assainissement (MHA) d'un outil adapté et consensuel, permettant d'avancer rapidement et d'assurer un suivi des actions et des réformes à mettre en œuvre au niveau du secteur de l'assainissement ;
- L'élaboration en 2020 du *Guide de mise en œuvre de l'approche Assainissement Total Piloté par la Communauté au Sénégal* par la DA avec l'appui financier de l'UNICEF dont le but est d'harmoniser la démarche de mise en œuvre de l'ATPC au Sénégal ;
- La réalisation, par la DA et du SNH, des missions périodiques de supervision dans toutes les régions concernées l'ATPC, avec pour objectif de suivre la mise en œuvre des activités ATPC par les DRA et les BRH, et de constater l'état de réalisation des plans d'action des villages. L'une des valeurs ajoutées de ces missions de supervision a été d'avoir formulé des recommandations pour adresser les risques de durabilité des réalisations en matière de WASH. Par exemple, ces supervisions ont abouti à la formulation des recommandations suivantes : i) accompagner les communautés à maintenir leur environnement propre à travers les Set Setal hebdomadaires, ii) accompagner les communautés à mettre une haie de protection autour des points d'eau et assurer la salubrité autour, iii) accompagner les communautés à installer des comités d'hygiène ATPC, iv) intégrer la dimension WASH dans les écoles et les aspects liés à l'hygiène menstruelle, v) mettre à contribution les organisations de femmes dans les villages, pour une meilleure appropriation des résultats de l'ATPC.

120. Quant aux mécanismes liés à la responsabilisation des acteurs institutionnels et communautaires dans la mise en œuvre et le suivi de l'ATPC, ce sont :

- La désignation des DRA et BRH pour la mise en œuvre opérationnelle des activités relatives à l'ATPC dans les régions bénéficiaires, avec l'appui des animateurs locaux ;
- La mise en place des Comités Locaux de Suivi (CLS) dans les villages pour l'exécution et le suivi de l'ATPC. Le CLS est conjointement assuré par le responsable du service

⁵¹ Rapports financiers de mise en œuvre de l'ATPC 2018-2021.

d'hygiène et d'assainissement de la Commune avec l'Infirmier Chef de Poste (ICP) concerné dans les villages déclenchés ;

- La création des comités départementaux (SDA et BDH)⁵² et des comités régionaux (délégations régionales, DRA et BRH) ainsi que l'implication de la DA et du SNH dans le suivi des activités de l'ATPC au niveau départemental, régional et national ;
- L'implication des ménages, des CLS, des acteurs de mise en œuvre, des maçons, des collectivités territoriales, des ICP, des DRA/BRH, de la DA/SNH et des PTF dans le suivi post FDAL et le maintien du statut FDAL.



Constat 32 : Dans le cadre de la mise en œuvre du programme ATPC de l'UNICEF au Sénégal, trois types de partenariats, renforçant chacun la durabilité des interventions, sont mis en œuvre : i) le partenariat entre l'UNICEF et le gouvernement (MHA), ii) le partenariat entre l'UNICEF et le secteur privé et iii) le partenariat entre le MHA et les ONG nationales ou associations locales.

121. Comme indiqué plus haut, la **contractualisation de l'UNICEF avec les acteurs institutionnels** (MHA et services déconcentrés) pour la mise en œuvre et le suivi des activités de l'ATPC renforce l'appropriation du programme par ces derniers. Elle peut être analysée comme un transfert de compétences ou de savoir-faire en matière d'ATPC, favorisant surtout le maintien des résultats. Cela est relevé par la quasi-totalité des acteurs rencontrés lors des entretiens (staff de l'UNICEF et acteurs institutionnels).

« Les mécanismes de partenariat sont transparents, bien définis et alignés sur les objectifs communs. Ils offrent des incitations et des contraintes pour que les parties prenantes travaillent ensemble de manière efficace et durable. »

Propos d'un homme

Staff de l'UNICEF, résidant à Dakar

122. **Le partenariat entre l'UNICEF et le secteur privé** s'inscrit dans le cadre de la RSE, et vise à réduire les maladies causées par la DAL à travers la construction de latrines adaptées, la formation des maçons locaux aux métiers de l'assainissement rural et la sensibilisation des populations sur les bonnes pratiques d'hygiène et d'assainissement. Par exemple, un partenariat a été noué dans ce sens entre l'UNICEF et l'entreprise I-Cons dont les propos d'un représentant est rapporté ci-dessous.

« Nous avons conclu un partenariat qui a abouti à la signature d'une convention pour la construction de latrines durables (50 DLV (double- latrine ventilée) à 10 millions 500 mille) entre Nov. 2022 et juin 2023 dans la région de Kolda. »

Propos d'un homme

Un Représentant de l'entreprise BTP I-Cons, résidant à Dakar

123. Pour l'équipe d'évaluation, cette forme de partenariat favorise, non seulement l'atteinte des résultats en matière d'ATPC, mais également le maintien de ces résultats, car elle permet de construire des latrines plus durables grâce aux maçons formés, et suscite chez les acteurs du privé, l'enjeu de l'ATPC et l'intérêt de financer des activités y afférentes. Ce partenariat a permis d'obtenir des résultats satisfaisants dans la lutte contre la DAL dans la région de Kolda sur la période 2022-2023 : 10 villages impactés, 50 latrines construites, 3 600 personnes sensibilisées sur les bonnes pratiques d'hygiène et 10 jeunes locaux formés sur la construction des latrines⁵³. Certains acteurs interrogés soutiennent que cette collaboration est une belle approche de viabilité des interventions, en raison des sensibilisations des populations sur les bonnes pratiques d'hygiène et de la formation des jeunes locaux sur la construction de latrines durables.

⁵² Il s'agit d'une division départementale d'Assainissement et de la brigade départementale d'Hygiène.

⁵³ <https://www.forumsesn.org/2023/08/23/rse-l-entreprise-i-cons-et-unicef-sénégal-bilan-positif-de-leur-partenariat/>

124. Quant au **partenariat entre le MHA et les ONG partenaires**⁵⁴, il a consisté à déléguer certaines activités relatives à l'ATPC à certaines ONG nationales ou associations locales en fonction de leur avantage comparatif. L'équipe d'évaluation estime que ce partenariat a un double avantage en termes de durabilité du programme ATPC de l'UNICEF. D'une part, il permet de recourir aux expertises nationales et locales en raison des connaissances avérées des ONG et associations du contexte et des facteurs socio-économiques et culturels, et d'autre part, il facilite le transfert des compétences techniques vers ces organisations nationales et locales.



V.5.3. Viabilité économique, sociale, technologique et environnementale

QE.20. Comment le programme a-t-il amélioré l'hygiène et les conditions d'assainissement de la population en se concentrant sur la durabilité des réalisations au niveau communautaire ?



Constat 33 : L'amélioration des pratiques d'hygiène et d'assainissement des populations liée au programme ATPC de l'UNICEF comporte des risques de non durabilité.

125. Comme démontré plus haut, le programme ATPC de l'UNICEF a engendré une amélioration des pratiques d'hygiène et d'assainissement des communautés dans les régions bénéficiaires (*Voir la réponse à la question évaluative QE.14*). Toutefois, quelques facteurs susceptibles de nuire à la durabilité de ces bonnes pratiques ont été identifiés sur la base de l'enquête, les entretiens individuels et de groupe et la revue documentaire. Ces facteurs sont d'ordre économique, social, technologique et environnemental et se présentent comme suit :

- **La qualité des matériaux et matériels utilisés dans la construction semble assez faible, et limite par conséquent la durabilité des infrastructures.** De l'entretien avec les acteurs institutionnels et les ménages, il ressort que les dalles sont généralement faites en bois et les superstructures résistent peu aux intempéries surtout en saison pluvieuse. Cette situation peut s'expliquer principalement par la non disponibilité des matériaux et articles de construction et d'équipement des latrines (relevée par 556 ménages enquêtés soit 65,3%) ;
- **L'insuffisance de moyens financiers** pour la construction/réhabilitation ou réfection des latrines et l'acquisition de DLM muni du savon (citée par 713 ménages soit 83,7%) ;
- **La faible solidarité ou entraide communautaire** qui ne favorise pas la construction de latrine à moindre coût (soulignée par 26,8% des ménages) ;
- **L'absence de compétences techniques (maçons expérimentés)** pour la construction de latrines durables dans certains villages (citée par 155 ménages soit 18,2%) ;
- **L'insuffisance de personnes formées sur la confection des DLM et du savon**, ce qui ne permet pas de disponibiliser ces articles à moindre coût ;
- **Le faible accès à l'eau dans certains villages** qui ne favorise pas les bonnes pratiques d'hygiène ;
- **Les intempéries (inondations ou fortes pluies)** qui influencent négativement la durabilité des latrines construites.



QE.21. Quels sont les déterminants pour la poursuite de l'adhésion aux pratiques FDAL ?

Constat 34 : Il existe des facteurs d'ordre social, technique et financier qui militent en faveur du maintien des pratiques FDAL après la certification.

⁵⁴ Par exemple, la DA a financé le l'ONG Comité d'appui et de soutien au développement économique et social (CASADES), pour la mise en œuvre d'activités ATPC.

126. Sur la base de l'enquête réalisée auprès des ménages, les entretiens individuels et de groupe et la revue documentaire, les principales raisons de la poursuite de l'adhésion aux pratiques FDAL sont entre autres :

- **La disponibilité des maçons expérimentés pour la construction des latrines dans les villages :** 78,2% des ménages enquêtés (666 sur 852) soulignent que leur village dispose aujourd'hui de matériaux et articles pour la construction et l'équipement des latrines ;
- **La préservation de l'intimité** (relevée par 60,0% des ménages interrogés) : avec la déforestation dans certaines zones, le risque de se faire surprendre en plein air lors de ses besoins est élevé, ce qui incite les populations à utiliser les latrines et à maintenir le statut FDAL ;
- **La fierté de posséder une latrine** (relevée par 506 ménages soit 59,4%) : elle est liée au fait qu'utiliser les latrines des autres peut paraître gênant ;
- **La prévention contre les animaux dangereux** comme les serpents et les scorpions (citée par 50% des ménages enquêtés) ;
- **La commodité ou le confort de la latrine :** citée par 38,7% des personnes enquêtées ;
- **La prévention contre les violences physiques ou sexuelles** (citée par 36,7% des ménages enquêtés) : lorsque les femmes ou les filles s'éloignent des concessions pour leurs besoins, elles peuvent être victimes d'agressions sexuelles ou de rapt ;
- **La prévention contre les maladies hydro-fécales** (citée par 36,3%, soit par 309 sur 852) des ménages enquêtés : au regard des conséquences comme la mort, l'augmentation des dépenses de santé et le ralentissement de l'activité économique liées à ces types de maladies, les populations cherchent simplement à les éviter ;
- **La prise de conscience** grâce aux sensibilisations sur l'hygiène, la GHM et l'assainissement.

« C'est un moyen de préserver la dignité humaine et l'estime de soi. »

Propos d'une femme lors d'un focus group

Ménagère, résidant à Sédhiou

« Pour éviter la honte, car à tout moment d'autres personnes peuvent te surprendre en train de faire la DAL. »

Propos d'un homme lors d'un focus group

Chef de ménage, résidant à Kolda

« C'est pour éviter des rencontres avec les animaux et des personnes violentes. »

Propos d'un homme lors d'un focus group

Chef de ménage, résidant à Sédhiou

QE.22. Quelles sont les principales raisons pour lesquelles les populations reviennent aux pratiques DAL ?

Voir réponse à la question QE.19.

Conclusions préliminaires sur la durabilité

DUR. 1 : Dans le cadre du programme ATPC, l'UNICEF a mis en place des mesures ou stratégies qui ont favorisé l'appropriation des activités du programme par les titulaires de droits ainsi que leur engagement à mettre fin à la DAL.

DUR. 2 : les activités du programme ATPC de l'UNICEF sont reproduites par les acteurs institutionnels et les autres partenaires de mise en œuvre.

DUR. 3 : trois types de partenariats, renforçant chacun la durabilité des interventions, sont mis en œuvre : i) le partenariat entre l'UNICEF et le gouvernement (MHA), ii) le partenariat entre l'UNICEF et le secteur privé et iii) le partenariat entre le MHA et les ONG nationales ou associations locales.



DUR. 4 : l'équipe d'évaluation note l'existence de facteurs favorisant le maintien des pratiques FDAL après la certification ont été identifiées, comme entre autres la disponibilité des maçons expérimentés pour la construction des latrines dans les villages, la préservation de l'intimité, la prévention contre les animaux dangereux comme les serpents et les scorpions, la prévention contre les violences physiques ou sexuelles et la commodité ou le confort de la latrine.

DUR. 5 : quelques cas de relâchement des bonnes pratiques d'hygiène et d'assainissement (retour à la DAL, abandon du lavage des mains) dans les localités déclarées FDAL existent. Cela est relatif entre autres aux contraintes financières, à la crainte liée à l'effondrement de la dalle, à l'insalubrité/manque de confort et l'éloignement de la latrine par rapport à la maison d'habitation.

DUR. 6 : les approches adoptées par l'UNICEF pour la mise en œuvre des activités du programme ATPC au Sénégal, ainsi que d'autres facteurs contextuels (insuffisance des ressources financières), ne favorisent pas une mise à l'échelle rapide.

V.6. GENRE, DROITS HUMAINS ET EQUITE



127. L'analyse du critère transversal « genre, droits humains et d'équité » a consisté à apprécier comment les approches basées sur le genre, les droits humains et l'équité ont été prises en compte dans la mise en œuvre du programme ATPC de l'UNICEF. Il s'est agi concrètement d'examiner les principaux enjeux genre dans le sous-secteur hygiène et assainissement (participation et degré d'implication dans la prise de décisions, GHM et perceptions-rôles-stéréotypes) et dans quelle mesure le programme a contribué à éliminer les obstacles qui empêchaient les filles et les femmes d'accéder aux services d'assainissement.

QE.23. Dans quelle mesure les principes du genre et des actions étaient-ils dûment intégrés dans la mise en œuvre de l'ATPC ?

QE.24. Dans quelle mesure l'ATPC a-t-il abordé les obstacles/barrières qui empêchent l'accès des filles et des femmes aux services d'assainissement ?

QE.25. Dans quelle mesure les résultats équitables ont-ils été obtenus avec les programmes d'assainissement communautaire (par sexe, selon le degré de vulnérabilité des populations etc.) ?



© AMD International : Intérieur d'une latrine dans la région de Tambacounda,

QE.23. Dans quelle mesure les principes du genre et des actions étaient-ils dûment intégrés dans la mise en œuvre de l'ATPC ?



Constat 35 : Le programme ATPC de l'UNICEF a relativement bien intégré les principes du genre dans la mise en œuvre des activités.

128. L'UNICEF s'est engagé à faire de l'égalité des genres un objectif clé de ses partenariats stratégiques. Ainsi, dans le cadre de ses projets et programmes, il exige une tolérance zéro à ses partenaires de mise en œuvre pour la discrimination basée sur le genre, l'exploitation sexuelle, les abus et le harcèlement (UNICEF, 2022)⁵⁵. Du point de vue de l'organisation institutionnelle, la chargée du genre et du développement de l'UNICEF Sénégal travaille avec toutes les sections y compris la section WASH pour la prise en compte effective du genre dans les interventions ATPC au Sénégal.
129. Dans la mise en œuvre du programme ATPC dans les régions bénéficiaires, les principes du genre ont été pris en compte, selon les déclarations de la majeure partie des acteurs rencontrés lors des entretiens. Pour ces acteurs, aucun cas de discrimination basée sur le genre, d'exploitation sexuelle, d'abus ou de harcèlement n'a été constaté lors de la mise en œuvre des activités. Par ailleurs, les femmes ont été associées au déroulement des activités relatives à l'ATPC. Conformément aux données disponibles, parmi les relais communautaires mobilisés par le SNH pour la mise en œuvre des activités de l'ATPC à Kaffrine courant troisième et quatrième trimestre de 2022, figurent environ 39,3% de femmes, soit 24 sur 61⁵⁶. Cependant, les données portant sur *le nombre de leaders naturels ayant participé à la mise en œuvre et au suivi des activités ATPC par région bénéficiaire et par année* ne sont pas désagrégées pour permettre à l'équipe d'évaluation d'apprécier la représentativité des femmes.
130. Les acteurs interviewés témoignent également que les femmes et les filles ont bénéficié des interventions relatives à l'ATPC (sensibilisations, formations), parfois mieux ou au même titre que les hommes. Par exemple, des sessions spécifiques de formation et de sensibilisation ont été organisées à l'endroit des filles et des femmes sur les techniques de traitement de l'eau de boisson dans les foyers et la GHM dans les communautés et les écoles. En 2021, 1 050 femmes issues des régions de Tambacounda, Sédhiou, Kolda et Kaffrine ont été formées sur les techniques de traitement de l'eau de boisson dans les foyers (DA, 2021)⁵⁷. De même, les activités de sensibilisation découlant des plans d'action des comités mis en place dans le cadre du *Projet de renforcement des capacités et de communication pour un changement de comportement favorable à l'hygiène et à l'assainissement piloté par les communautés* ont permis de toucher 17 776 personnes dont 62,4% de femmes. L'équipe constate toutefois que certains indicateurs renseignés, comme *le nombre de personnes sensibilisées dans le cadre de l'ATPC et le nombre de personnes formées dans le cadre de l'ATPC*, ne sont pas parfois désagrégés pour permettre une appréciation de la prise en compte réelle des femmes dans la mise en œuvre des activités.

QE.24. Dans quelle mesure l'ATPC a-t-il abordé les obstacles/barrières qui empêchent l'accès des filles et des femmes aux services d'assainissement ?

Constat 36 : Le programme ATPC de l'UNICEF contribue à surmonter les obstacles/barrières d'ordre culturel, économique et social qui empêchent l'accès des filles et des femmes aux services d'assainissement.



⁵⁵ Politique de l'UNICEF en matière de genre.

⁵⁶ Rapports de synthèse des activités ATPC dans les régions de Kaffrine, Kolda, Matam, Sédhiou, Tambacounda, troisième et quatrième trimestre 2022

⁵⁷ Rapports techniques annuels 2021 de la mise en œuvre de l'ATPC dans les régions de Tambacounda, Sédhiou, Kolda Louga Kaffrine et Kaffrine

131. Sur la base de la revue documentaire et des déclarations des acteurs interviewés, l'équipe d'évaluation a identifié des barrières qui empêchent l'accès des filles et des femmes aux services d'assainissement dans les communautés, et pour lesquelles le programme ATPC constitue une solution. Ces barrières sont d'ordre culturel, économique et social, et sont entre autres :

- **La prise de décision au sein du ménage ainsi que le contrôle sur les biens ne relèvent pas de la femme :** Les femmes et les filles n'avaient pas de pouvoir en matière de décision concernant l'utilisation des ressources du ménage, même si elles contribuaient au bonheur du ménage. De même, elles n'étaient pas autorisées à posséder des terres et n'avaient donc aucune influence sur l'emplacement des ressources telles que les ouvrages d'assainissement au sein de la communauté. L'équipe d'évaluation estime qu'à travers la participation des filles et des femmes au processus de construction des latrines familiales, le programme ATPC a contribué en partie à surmonter cette barrière. En effet, la plupart des focus groups réalisés avec les femmes confirment l'implication progressivement des femmes dans les prises de décisions des ménages concernant l'hygiène et l'assainissement. Près de 74,1% des hommes enquêtés dont leur ménage dispose d'au moins une latrine (332 sur 448), affirment avoir impliqué leurs femmes dans la décision de construction de la latrine. Cette situation est confirmée par certaines femmes rencontrées. Sur les 153 femmes enquêtées dont leur ménage dispose de latrine familiale, 82 (soit 53,6%) confient avoir été impliquées dans la décision de construction de la latrine. Cette décision porte généralement sur le choix même de construire la latrine, le choix du lieu d'implantation, le choix du type de latrine ou le choix des matériaux de construction.

« *Moi ma femme a non seulement participé au choix du lieu, mais s'occupe aussi de l'entretien.* »

Propos d'un homme lors d'un focus group

Chef de ménage, résidant à Sédhiou

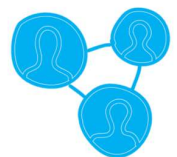
- **La division sexuée du travail :** Les femmes étaient considérées comme responsables de toutes les tâches ménagères, toute chose qui les empêchait de participer à d'autres activités communautaires sur l'hygiène et l'assainissement. Toutefois, à travers la prise en compte des filles/ femmes parmi les leaders naturels responsables de la mise en œuvre et du suivi de l'ATPC, les femmes et les filles sont désormais perçues comme des actrices majeures en matière de promotion des bonnes pratiques d'hygiène et d'assainissement au niveau communautaire.

« *Nous avons organisé des réunions où les femmes peuvent exprimer leurs besoins et leurs préoccupations concernant les toilettes.* »

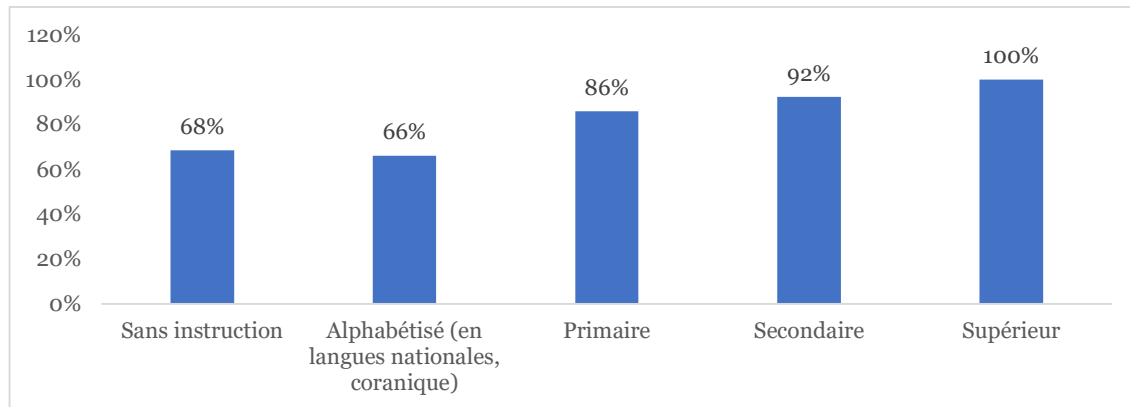
Propos d'un homme lors d'un focus group

Chef de ménage résidant à Tambacounda

- **La gestion des menstrues est une chasse gardée des femmes :** Les hommes étaient considérés comme n'ayant aucun rôle à jouer dans le soutien aux femmes et aux filles pendant leurs menstruations. Grâce aux formations/sensibilisations sur la GHM reçues dans le cadre du programme ATPC de l'UNICEF, les filles majeures et les femmes acceptent de recourir aux hommes pour l'achat des serviettes hygiéniques concernant leurs menstrues.
- **Le niveau d'instruction du chef de ménage :** L'enquête réalisée auprès des ménages montre que la disponibilité de la latrine dans le ménage varie en fonction du niveau d'instruction du chef de ménage. La proportion des ménages dont le chef de ménage est sans instruction ou alphabétisée est la plus faible, tandis que celle des ménages dont le chef de ménage à un niveau d'instruction supérieur est la plus élevée. Le graphique ci-dessous montre la proportion des ménages affirmant posséder au moins une latrine en fonction du niveau d'instruction du chef de ménage.



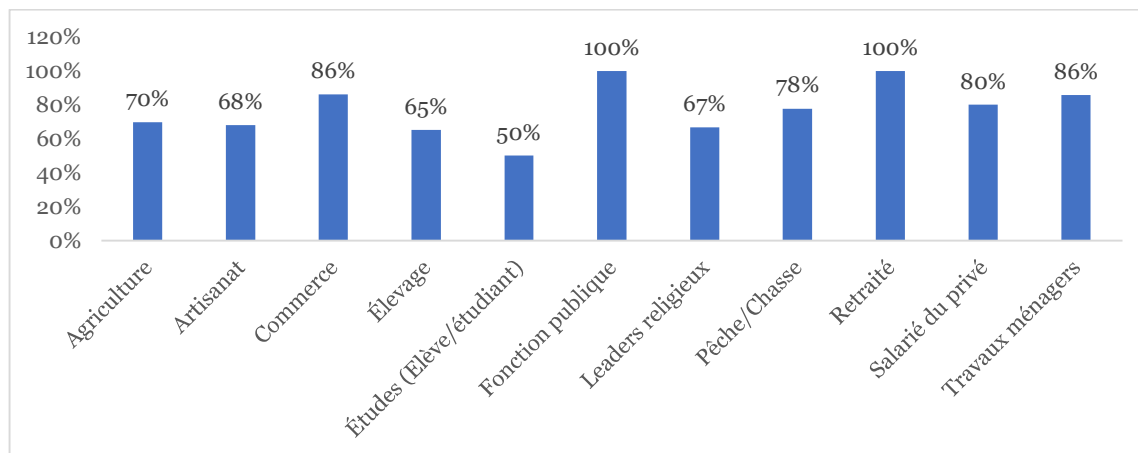
Graphique 8: Proportion des ménages affirmant posséder au moins une latrine en fonction du niveau d'instruction du chef de ménage



Source : Auteur à partir des données de l'enquête conduite en mai 2024

- L'activité économique pratiquée par le chef du ménage : Les données de l'enquête réalisée auprès des ménages dans le cadre de cette mission révèlent des disparités en termes de proportion des ménages affirmant disposer des latrines attribuables aux types d'activité économique pratiqués par les chefs de ménage. La proportion est de 100% pour les ménages dirigés par un fonctionnaire ou un retraité. En revanche, elle est la plus faible concernant les ménages gérés par un étudiant ou un éleveur. Le graphique ci-dessous montre la proportion des ménages affirmant posséder au moins une latrine en fonction du type d'activité économique du chef de ménage.

Graphique 9: Proportion des ménages affirmant posséder au moins une latrine en fonction du niveau d'instruction du chef de ménage



Source : Auteur à partir des données de l'enquête conduite en mai 2024

QE.25. Dans quelle mesure les résultats équitables ont-ils été obtenus avec les programmes d'assainissement communautaire (par sexe, selon le degré de vulnérabilité des populations etc.) ?

Constat 37 : Les ouvrages traditionnels d'assainissement réalisés dans le cadre du programme ATPC de l'UNICEF ne sont pas toujours adaptés à toutes les catégories sociales. Certaines catégories sociales comme les personnes âgées, les personnes vivant avec un handicap physique et les femmes en état de grossesse ne sont pas souvent prises en compte dans leur réalisation.



132. La solidarité et l'entraide communautaire (organisation des communautés pour les travaux de fouilles, la recherche des agrégats et le maçonnerie), promues lors des déclenchements et dans le suivi post déclenchement, ont un impact en matière de construction de latrines dans les communautés, notamment au profit des ménages vulnérables (ménages dirigés par des femmes veuves ou ayant au moins une personne handicapée). En effet, l'enquête réalisée auprès des ménages dans le cadre de cette évaluation révèle que 74% des personnes enquêtées issues de ménages vulnérables disposent de latrines familiales, contre 26% qui n'en disposent pas.
133. Cependant, l'enquête auprès des ménages montre également que les latrines construites ne sont généralement pas adaptées aux personnes à capacités limitées (personnes âgées et handicapées). Sur les 591 ménages disposant de latrines, 211 soit 35,7% reconnaissent que les personnes en situation de handicap ne peuvent pas utiliser leur latrine familiale et 93 soit 15,7% estiment que les personnes âgées ne peuvent pas non plus les utiliser. Lors de l'observation directe effectuée, il n'a pas été mis en exergue des formes spécifiques de latrines traditionnelles adaptées à ces personnes. Toutes les latrines observées étaient constituées d'une simple fosse recouverte d'une dalle et possédant un trou de défécation et d'une cabine assurant l'intimité.
134. Lors des focus groups et des entretiens, les propos de certains acteurs confirment la non-adaptation des latrines familiales à catégories sociales comme les personnes âgées, les personnes vivant avec un handicap physique et les femmes en état de grossesse, même si la plupart indiquent que ces catégories utilisent tout de même les latrines familiales existantes pour les besoins.

« Les toilettes ne sont pas toujours adaptées aux femmes même si des efforts sont faits pour construire des latrines dans le domicile. »

Propos d'une femme

Staff de l'UNICEF, résidant à Dakar

Conclusions préliminaires sur le genre, droits humains et équité

GDHE.1 : Le genre est relativement bien pris en compte aussi bien du point de vue de l'organisation institutionnelle que dans la mise en œuvre du programme ATPC de l'UNICEF.

GDHE.2 : Les obstacles/ barrières qui empêchent l'accès des filles et des femmes aux services d'assainissement sont d'ordre culturel, économique et social. Le programme ATPC de l'UNICEF a permis de surmonter ces obstacles/ barrières à travers l'implication effective des femmes et des filles aux activités de l'ATPC.

GDHE.3 : Grâce notamment à la promotion de l'entraide communautaire, un nombre relativement important de ménages vulnérables disposent de latrines familiales. En revanche, les ouvrages traditionnels d'assainissement réalisés dans le cadre du programme ATPC de l'UNICEF ne sont pas toujours adaptés à toutes les catégories sociales comme les personnes âgées et les personnes vivant avec un handicap physique.



IV. LEÇONS APPRISSES



Selon l'UNICEF les leçons apprises sont définies comme des idées inattendues et/ou générant des recommandations pour des programmes futures. Rendu au terme de ses investigations, l'équipe d'évaluation a retenu les leçons suivantes :

Leçon apprise 1 : L'implication et l'adhésion des autorités locales (coutumières, religieuses et administratives) au processus de mise en œuvre de l'ATPC s'est avérée être un facteur primordial en faveur de la mobilisation et de l'engagement communautaire pour la quête de l'état FDAL qui cesse ainsi d'être une préoccupation individuelle mais devient celle de toute la communauté. L'adhésion des leaders communautaires a facilité la mobilisation et l'engagement des communautés, déclenché et encouragé l'entraide dans le village en faveur des ménages vulnérables pour la réalisation de leurs latrines.

Leçon apprise 2 : Le changement de comportement en faveur de l'adoption des bonnes pratiques d'hygiène en particulier le lavage des mains à l'eau et au savon peut être accéléré si l'autorité gouvernementale s'engage et s'implique aux côtés des acteurs opérationnels par l'intensification de sa communication. L'expérience de la COVID-19 au Sénégal a révélé que l'intensification de la communication gouvernementale a contribué fortement à accélérer la prise de conscience par les populations des enjeux de l'adoption des bonnes pratiques d'hygiène.

Leçon apprise 3 : La mise en œuvre de l'ATPC élargi à la nutrition, la santé, la vaccination et la GHM garantit les progrès significatifs en faveur de l'atteinte de l'ODD3⁵⁸ et de l'ODD16⁵⁹. Le paquet d'intervention multisectoriel de l'ATPC élargi concourt à travers les progrès significatifs sur le plan sanitaire à l'atteinte de l'ODD3 et facilite la communication en faveur de l'enregistrement des naissances (ODD16).

Leçon apprise 4 : L'implication des leaders naturels, formés dans le cadre de l'ATPC, pour la promotion de la vaccination et de l'enregistrement à l'état civil des enfants permet de dissiper les perceptions négatives, et d'accroître ainsi la demande de ces services par les communautés. Dans le cadre de la mise en œuvre de l'ATPC au Sénégal, les leaders naturels ont mené en plus des activités relatives à l'ATPC, des activités fondamentales à la survie et au développement de l'enfant, à savoir la vaccination et l'enregistrement à l'état civil. Cette approche s'avère être efficace en termes d'impact sur les communautés et mérite d'être mise à l'échelle.

Leçon apprise 5 : La participation réelle des femmes et des filles aux activités relatives à l'ATPC contribue à éliminer les barrières qui empêchent cette catégorie de la population d'avoir accès aux services d'assainissement. Les formations, les sensibilisations et la responsabilisation des femmes et des filles dans le cadre de l'ATPC ont accru leur pouvoir de décision au sein du ménage et leur considération dans les communautés. Il est essentiel de poursuivre cette dynamique de renforcement des capacités des femmes et leur responsabilisation sur les questions relatives à l'hygiène et l'assainissement.

Leçon apprise 6 : L'intervention du secteur privé à travers la Responsabilité Sociale de l'Entreprise (RSE) a permis la réalisation de plusieurs latrines familiales dans des localités où des ouvrages réalisés par les communautés sont sujets à l'effondrement de la dalle.

⁵⁸ ODD3 - Donner aux individus les moyens de vivre une vie saine et promouvoir le bien-être à tous les âges.

⁵⁹ ODD 16 : Promouvoir l'avènement de sociétés pacifiques et ouvertes à tous aux fins du développement durable, assurer l'accès de tous à la justice et mettre en place, à tous les niveaux, des institutions efficaces, responsables et ouvertes à tous.

VII. CONCLUSIONS FINALES ET RECOMMANDATIONS

VII.1. CONCLUSIONS FINALES

Au terme du processus évaluatif de l'approche ATPC de l'UNICEF dans les régions prioritaires du Sénégal, l'équipe d'évaluation est parvenue aux conclusions suivantes :

PERTINENCE

Le programme ATPC de l'UNICEF s'est fondée lors de sa conception sur une identification et analyse préliminaire des besoins prioritaires en matière WASH des titulaires de droits qui ont été intégrés et pris en compte dans la mise en œuvre des activités du programme. Les besoins identifiés étaient entre autres : i) l'accès à des sources d'eau potable, ii) les moyens financiers, matériels et matériaux (agrégats) pour la construction de latrines familiales, iii) les sensibilisations sur les bonnes pratiques d'hygiène, d'assainissement et de Gestion Hygiénique des Menstrues (GHM), iv) les moyens financiers pour l'entretien des latrines (achat de savons, réparation). Pour répondre aux besoins prioritaires exprimés par les populations, l'UNICEF et les structures administratives partenaires ont adopté et mis en œuvre l'approche ATPC dans sa version classique (sans subvention) qui encourage les communautés à analyser et améliorer leurs pratiques d'hygiène et d'assainissement tout en promouvant l'entraide et la solidarité envers les personnes vulnérables. Les valeurs de solidarité et d'entraide promues à travers l'approche ATPC ont certes permis aux personnes vulnérables de se doter de latrines familiales. Cependant les besoins spécifiques exprimés n'ont pas été satisfaits.

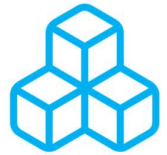
La mise en œuvre de l'ATPC s'est heurtée à la pandémie de la COVID 19 qui a touché le pays. Se faisant, l'UNICEF et ses partenaires de mise en œuvre se sont adaptés à la crise sanitaire de la COVID-19 et y ont apporté une réponse dans le cadre de la mise en œuvre du programme ATPC en réadaptant la stratégie de mise en œuvre du programme par l'introduction de nouvelles activités et la révision des modalités de mise en œuvre. Malgré l'adoption et la mise en œuvre de l'ATPC pour répondre aux besoins exprimés, la majorité des titulaires de droits estiment que leurs besoins en eau potable en moyens matériels et financiers pour la construction et l'entretien des latrines et en personnel qualifié (maçons) pour la construction de ces dernières n'ont pas été entièrement pris en compte dans la mise en œuvre du programme.

Au regard de ce qui précède, la pertinence du programme ATPC de l'UNICEF est moyennement satisfaisante avec une note de 3 sur 5.

Note d'appréciation	1	2	3	4	5
Appréciation	Très insatisfaisant	Insatisfaisant	Moyennement satisfaisant	Satisfaisant	Très satisfaisant

EFFICACITE

L'analyse de la performance du programme ATPC s'est heurté à l'incomplétude des valeurs cibles des indicateurs. Toutefois la performance est jugée globalement bonne. Sur la période 2018-2022, 1 206 ont été déclenchés et 1 080 sont déclarés FDAL soit un taux de déclaration de 90% des villages déclenchés. Le nombre de personnes pratiquant la DAL en 2022 est estimé à 1 334 447 contre 1 710 025 en 2017. Au cours de la période, les interventions ont permis l'auto-construction de 20 760 latrines nouvelles et l'installation de 28 617 Dispositif de Lavage des Mains (DLM). Cette situation a favorisé un retrait de la DAL de 356 799 personnes entre 2018 et 2022, en tenant compte du taux de retour à la DAL de 5% (JMP, 2023). La contribution de l'UNICEF à la réduction du nombre de personnes pratiquant la DAL est évaluée à 81,5% entre 2018-2022 (1 080 villages déclarés, correspondant à 306 102 personnes, soit 290 797 personnes retirées de la pratique de la DAL en tenant compte du taux de retour de 5%). Relativement au Suivi-Evaluation, l'évaluateur a noté quelques insuffisances limitant la



mesure du niveau d'atteinte des objectifs du programme. En effet, les valeurs de références et les valeurs cibles des indicateurs du cadre de performance ne sont pas disponibles.

Les principaux facteurs ayant favorisé la mise en œuvre du programme ATPC de l'UNICEF sont : i) l'existence d'un cadre politique et institutionnel en matière d'assainissement, ii) l'implication des acteurs communautaires, iii) l'engagement des communautés pour le changement et iv) la collaboration entre l'UNICEF et le gouvernement. A contrario, d'autres facteurs ont constitué pour le programme des difficultés à la mise en œuvre. Les difficultés majeures rencontrées sont entre autres : i) la pandémie de la COVID 19, ii) la non harmonisation des approches (ATPC classique et ATPC avec subvention) de mise en œuvre, iii) la non intégration du WASH dans les écoles et iv) le faible pouvoir d'achat des ménages ruraux.

Le déroulement des activités de l'ATPC a nécessité le recours à 6 catégories de parties prenantes : i) les acteurs institutionnels, ii) les ONG partenaires de mise en œuvre, iii) le secteur privé dans le cadre du RSE, iv) les leaders communautaires, v) les titulaires de droits et vi) les partenaires techniques et financiers. Par ailleurs, la feuille de route dont relève le programme ATPC, souffre de trois faiblesses majeures : la non-prise en compte de l'accès à l'assainissement aux personnes en extrême vulnérabilité, l'adoption d'une « approche ouvrages » au détriment d'une « approche service » et l'absence d'une vision globale (holistique) du WASH (une intervention très focalisée sur l'assainissement avec une faible considération des questions relatives à l'eau potable). En effet, l'intervention s'est focalisée sur le changement de comportement en promouvant notamment l'utilisation des latrines familiales auto-construites (approches ouvrages) sans toutefois boucler la chaîne de valeurs de l'assainissement avec le développement des services de vidange, de traitement des boues de vidange et autres services d'assainissement productifs (co-compostage, production de biogaz, d'énergie et de purins).

Au regard de ce qui précède, l'efficacité du programme ATPC de l'UNICEF est moyennement satisfaisante avec une note de 3 sur 5.

Note d'appréciation	1	2	3	4	5
Appréciation	Très insatisfaisant	Insatisfaisant	Moyennement satisfaisant	Satisfaisant	Très satisfaisant

EFFICIENCE

Les ressources mises à la disposition de la DA et du SNH pour la mise en œuvre de l'ATPC dans les régions de Kaffrine, Kolda, Sédhiou et Tambacounda s'élèvent à environ 1 125 057 280 FCFA. Ces ressources sont allouées de la manière suivante : 49,7% au profit de la DA pour la réalisation des activités en lien avec l'assainissement et 50,3% pour le compte du SNH dans le cadre de l'exécution des activités relatives à l'hygiène. Ces ressources ont été décaissées dans des délais raisonnables aux dires de la majeure partie des acteurs. Par ailleurs, les ressources mises à la disposition des partenaires de mise en œuvre ont été utilisées de manière économe et n'ont pas été déviées de leurs destinations initiales. Il existe en outre des possibilités d'amélioration de l'efficacité du programme ATPC de l'UNICEF en s'appuyant sur l'existence éventuelle d'économies d'échelle : la hausse du nombre de villages s'accompagne d'une baisse du coût unitaire de mise en œuvre de l'ATPC.

Le taux d'exécution budgétaire de la DA est estimé à 99,2% sur la période 2018-2022. Celui du SNH n'a pu être déterminé, car l'équipe d'évaluation s'est heurtée au manque de données secondaires sur les dépenses réalisées entre 2018-2022. Toutefois, les acteurs déclarent que les ressources financières reçues ont été entièrement dépensées.

Au regard de ce qui précède, l'efficacité du programme ATPC de l'UNICEF est jugée satisfaisante avec une note de 4 sur 5.



Note d'appréciation	1	2	3	4	5
Appréciation	Très insatisfaisant	Insatisfaisant	Moyennement satisfaisant	Satisfaisant	Très satisfaisant

IMPACT

Le programme ATPC de l'UNICEF a contribué à améliorer l'état de santé des populations dans les zones ciblées à travers la réduction de la prévalence des maladies du péril fécal (diarrhée, choléra, tuberculose et paludisme) par rapport à la situation avant l'intervention et comparativement aux zones non ciblées. Il a également eu un effet positif sur la vaccination, la nutrition et les violences faites aux femmes dans les zones ciblées par rapport à la situation avant l'intervention et comparativement aux zones non ciblées. Le programme a contribué à l'augmentation de la demande de vaccination des enfants et à la réduction de la malnutrition, des agressions sexuelles et des souffrances des femmes liées à la corvée d'eau.

Les programmes d'assainissement communautaire et d'autres programmes d'assainissement ont impacté positivement l'utilisation des installations d'assainissement améliorées ou de base (latrines) et d'hygiène (DLM) dans les communautés.

Au regard de ce qui précède, l'impact du programme ATPC de l'UNICEF est satisfaisant avec une note de 4 sur 5.

Note d'appréciation	1	2	3	4	5
Appréciation	Très insatisfaisant	Insatisfaisant	Moyennement satisfaisant	Satisfaisant	Très satisfaisant

DURABILITE

L'UNICEF a mis en place des mesures ou stratégies qui ont favorisé l'appropriation des activités du programme par les titulaires de droits ainsi que leur engagement à mettre fin à la DAL. Ces facteurs sont notamment : le déclenchement sous forme d'assemblées générales villageoises, l'implication des leaders naturels, l'accompagnement des communautés dans l'élaboration et la mise en œuvre de leurs propres plans d'actions. Les activités définies dans le programme ATPC de l'UNICEF sont reproduites par les acteurs institutionnels et les autres partenaires de mise en œuvre.

Les trois types de partenariats dont i) le partenariat entre l'UNICEF et le gouvernement (MHA), ii) le partenariat entre l'UNICEF et le secteur privé et iii) le partenariat entre le MHA et les ONG nationales ou associations locales, mis en œuvre renforce la durabilité des interventions. Des facteurs d'ordre social, technique et financier favorisant le maintien des pratiques FDAL après la certification ont été identifiées par l'équipe d'évaluation. Il s'agit entre autres de la disponibilité des maçons expérimentés pour la construction des latrines dans les villages, la préservation de l'intimité, la fierté de posséder une latrine, la prévention contre les animaux dangereux comme les serpents et les scorpions, la prévention contre les violences physiques ou sexuelles et la commodité ou le confort de la latrine.

Cependant, les approches adoptées par l'UNICEF pour la mise en œuvre des activités du programme, ainsi que d'autres facteurs contextuels (insuffisance des ressources financières), ne favorisent pas une mise à l'échelle rapide des interventions ATPC au Sénégal. L'équipe d'évaluation a en outre identifié quelques cas de relâchement des bonnes pratiques d'hygiène et d'assainissement (retour à la DAL, abandon du lavage des mains) dans les localités déclarées FDAL. Cela est relatif entre autres aux contraintes financières, à la crainte liée à l'effondrement de la dalle, à l'insalubrité/manque de confort et l'éloignement de la latrine par rapport à la maison d'habitation.

Au regard de ce qui précède, la durabilité du programme ATPC de l'UNICEF est moyennement satisfaisante avec une note de 3 sur 5.



Note d'appréciation	1	2	3	4	5
Appréciation	Très insatisfaisant	Insatisfaisant	Moyennement satisfaisant	Satisfaisant	Très satisfaisant

GENRE, DROITS HUMAINS ET EQUITE

Le genre est relativement bien pris en compte aussi bien du point de vue de l'organisation institutionnelle que dans la mise en œuvre du programme ATPC de l'UNICEF. Les obstacles/barrières qui empêchent l'accès des filles et des femmes aux services d'assainissement sont d'ordre culturel, économique et social. Les principales barrières sont : les croyances traditionnelles (division sexuée du travail, décision au sein du ménage ne relevant pas de la femme), le niveau d'instruction du chef de ménage et l'activité économique pratiquée par le chef du ménage. Un autre aspect positif relevé concerne la promotion de l'entraide communautaire qui a permis à certains ménages vulnérables de disposer de latrine familiale.

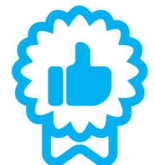
Bien que les interventions ATPC aient représenté une solution à certains problèmes affectant l'accès des services d'assainissement aux femmes, ces dernières expriment quelques insatisfactions liées à la non séparation homme-femme des latrines (relevée par 80,9% des personnes enquêtées), à l'insalubrité et manque de confort (citée par 21,4%), au risque d'effondrement de la dalle (indiqué par 35,6%), au manque d'éclairage (souligné par 19,2%), au coût élevé des entretiens, réparations et renouvellement (cité par 50%). De plus, les ouvrages traditionnels d'assainissement réalisés dans le cadre du programme ATPC de l'UNICEF ne sont pas toujours adaptés à toutes les catégories sociales comme les personnes âgées et les personnes vivant avec un handicap physique.

Au regard de ce qui précède, la prise en compte du genre, des droits humains et de l'équité dans la mise en œuvre du programme ATPC de l'UNICEF est jugée moyennement satisfaisante avec une note de 3 sur 5.

Note d'appréciation	1	2	3	4	5
Appréciation	Très insatisfaisant	Insatisfaisant	Moyennement satisfaisant	Satisfaisant	Très satisfaisant

VII.2. RECOMMANDATIONS

Les recommandations formulées ci-dessous découlent des constats, conclusions et leçons apprises de cette évaluation. Elles sont d'ordre stratégique et opérationnel. Elles ont été discutées et validées par le groupe de référence de cette évaluation.



Recommandations stratégiques :

Recommandation 1 : Adopter une unité de déclenchement de l'ATPC plus élevée que le village comme la commune ou le département pour un passage rapide à l'échelle. Cette recommandation peut être opérationnalisée en réalisant concomitamment les activités de pré-déclenchement et de déclenchement dans l'ensemble des villages de la commune ou du département. **Destinataires : DA, SNH et UNICEF.**

Recommandation 2 : Intégrer dans l'ATPC des questions relatives aux activités génératrices de revenu (AGR) en vue d'augmenter les capacités financières des communautés pour la construction de latrines durables. Cette recommandation peut être opérationnalisée à travers des activités de formation et de coaching en faveur des communautés sur les AGR comme le jardinage, la transformation ou commercialisation des produits agrosylvopastoraux, fabrication de savon, entre autres. **Destinataires : DA, SNH et UNICEF.**

Recommandation 3 : Renforcer l'approche holistique du WASH dans le programme ATPC en intégrant systématiquement dans la programmation (théorie de changement / cadre

logique), la prise en compte de la question de l'accès des populations à l'eau potable dans les localités d'intervention. **Destinataires : DA, SNH, UNICEF.**

Recommandation 4 : Poursuivre la mobilisation de ressources par l'intensification des plaidoyers auprès des PTF et l'établissement des partenariats avec le secteur privé pour une meilleure implication et le financement de la mise à échelle de l'ATPC. **Destinataires : DA, SNH, UNICEF.**

Recommandation 5 : Adopter l'approche Assainissement Total Piloté par les Ecoles (ATPE) en complément de l'ATPC. Cette recommandation peut être opérationnalisée à travers la réalisation des activités de déclenchement dans les écoles, en impliquant les élèves, les enseignants, les comités de gestion scolaire, les parents, le personnel de l'administration scolaire, les leaders communautaires et les autorités locales (collectivités territoriales). **Destinataires : DA, SNH, UNICEF**

Recommandations opérationnelles :

Recommandation 6 : Encourager les populations à poursuivre les activités communes de nettoyage hebdomadaire (Sét Sétal) pour le maintien de la dynamique communautaire en matière d'hygiène. Cette recommandation peut être mise en œuvre à travers la dotation des communautés en kits de nettoyage et en veillant à ce que les leaders communautaires assurent une communication continue sur les avantages liés aux bonnes pratiques d'hygiène et d'assainissement. **Destinataires : DRA, BRH, ONG partenaires de mise en œuvre, UNICEF.**



Recommandation 7 : Renforcer le système d'informations (Suivi-Evaluation) en intégrant dans la base de données WASH, les indicateurs d'effets (avec données de base et les cibles) et de produits des interventions FDAL et en documentant systématiquement les leçons apprises et les bonnes pratiques. Le système aura vocation à combler le gap d'information sur le programme. Il s'agira de collecter, analyser et diffuser des données désagrégées sur le programme ATPC en matière d'eau potable, d'hygiène et d'assainissement et les autres secteurs pris en compte dans l'ATPC élargi. **Destinataires : DA, SNH, UNICEF.**

Recommandation 8 : Doter les DRA et BRH de personnel supplémentaire pour mieux assurer l'animation des séances de déclenchement et le suivi post-déclenchement des villages enrôlés. **Destinataires : DA, SNH.**

Recommandation 9 : Renforcer le système de suivi/supervision dans les villages enrôlés au-delà du trimestre de mise en œuvre pour accompagner les communautés dans le processus de changement de comportement en planifiant des sessions de supervision périodiques sur la base d'outils spécifiques. **Destinataires : DA, SNH, UNICEF.**

Recommandation 10 : Partager et utiliser les données sanitaires issues de l'ATPC élargi aux fins de prise de décision au niveau des Direction Régionales de la Santé (DRS) et Equipes-Cadre de District (ECD). **Destinataires : DA, SNH, UNICEF.**

Recommandation 11 : Impliquer les Inspections d'Académie (IA) et Inspections de l'Education et de la Formation (IEF) dans la planification et la mise en œuvre de l'ATPC pour une meilleure appropriation de l'approche par le système éducatif. **Destinataires : DA, SNH et UNICEF.**

Recommandation 12 : Renouer avec les cérémonies de certification car constituant un facteur motivant pour maintenir l'état FDAL et suscitant la compétition entre villages. **Destinataires : DA, SNH et UNICEF.**

Recommandation 13 : Promouvoir la prise en compte du genre, de l'équité et des droits humains dans la réalisation des installations d'assainissement. Cette recommandation peut être opérationnalisée à travers l'accentuation de la communication/sensibilisation des communautés sur la nécessité de disposer de latrines familiales séparées hommes/femmes, des latrines adaptées aux personnes à besoins spécifiques (femmes enceintes, personnes âgées

et personnes en situation de handicap). **Destinataires : DA, SNH, ONG partenaires, entreprises privées partenaires et UNICEF.**

BIBLIOGRAPHIE



- Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD). (2024). *Sénégal : Enquête Démographique et de Santé Continue (EDS Continue) 2023*. Dakar: ANSD.
- All systems go Africa. (2022). *L'égalité des sexes dans les systèmes WASH : le pourquoi et le comment*. Accra.
- Banque Mondiale. (2018). *Définition d'une stratégie globale pour le développement et la gestion de services d'assainissement dans les Gros Centres Ruraux : Stratégie d'Assainissement dans les Gros Centres Ruraux (SAGCR)*. Dakar: Banque mondiale.
- CONCERN Worldwide. (2020). *Note technique: Pourquoi doit-on aborder le genre dans les programmes WASH (Eau, Assainissement et Hygiène) ?*
- Kar, K., & Chambers, R. (2008). *Manuel de l'assainissement Total piloté par la communauté*. Plan International UK.
- Ministère de l'eau et de l'assainissement . (2018). *Rapport technique de la mise en oeuvre de l'ATPC dans 70 villages des régions de Tambacounda, Sédhiou, Kolda et Kaffrine*. Dakar: Direction de l'Assainissement.
- Ministère de l'eau et de l'assainissement . (2020). *Rapport annuel d'activités 2020 et perspectives 2021*. Dakar: Direction de l'assainissement .
- Ministère de l'eau et de l'assainissement . (2021). *Rapport technique de la mise en oeuvre de l'ATPC dans 90 villages des régions de Tambacounda, Sédhiou, Kolda, Kaffrine et Louga*. Dakar: Direction de l'Assainissement .
- Ministère de l'eau et de l'assainissement . (2022). *Rapport technique annuel 2020 de la mise en oeuvre de l'ATPC dans les région de Tambacounda, Sédhiou, Kolda, Louga et Kaffrine et*. Dakar: Direction de l'Assainissement.
- Ministère de l'eau et de l'assainissement . (2022). *Rapport technique annuel 2021 de la mise en oeuvre de l'ATPC dans les régions de Tambacounda, Sédhiou, Kolda et Kaffrine*. Dakar: Direction de l'Assainissement .
- Ministère de l'eau et de l'assainissement . (2023). *Rapport technique de la mise en oeuvre de l'ATPC dans 80 villages des régions de Tambacounda, Sédhiou, Kolda et Kaffrine*. Dakar: Direction de l'Assainissement .
- Ministère de l'eau et de l'assainissement . (2023). *Rapport technique de la mise en oeuvre de l'ATPC dans 90 villages des régions de Tambacounda, Sédhiou, Kolda, Kaffrine*. Dakar: Direction de l'Assainissement .
- Ministère de l'eau et de l'assainissement (Sénégal). (2020). *Rapport d'activés 2019 et perspectives 2020*. Dakar: Direction de l'Assainissement.
- Ministère de l'eau et de l'assainissement (Sénégal). (Septembre 2022). *Rapport de l'enquête sur l'accès à l'eau, à l'assainissement et à l'hygiène au Sénégal-WASH 2*. Dakar: CPCSP.
- Ministère de l'eau et de l'Assainissement. (2020). *Guide de mise en oeuvre de l'approche Assainissement total piloté par la communauté au Sénégal*. Dakar: Direction de l'assainissement.
- Ministère de l'hydraulique et de l'assainissement (Sénégal). (2019). *Rendre le Sénégal exempt de défécation à l'air libre d'ici à 2030. Assainissement total piloté par la communauté (ATPC) : Bilan et statut FDAL pour un changement durable de comportements des populations en milieu rural*. Dakar: UNICEF.

- Ministère de l'hydraulique et de l'assainissement. (2016). *Lettre de Politique sectorielle de Développement 2016-2025*. Dakar.
- Ministère de l'urbanisme et de l'assainissement (Sénégal). (2010). *Projet pilote : Assainissement total piloté par les communautés (ATPC) de Bani Israël*. Dakar: Direction de l'assainissement.
- PEPAM. (2018). *Enquête sur la situation de référence de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène : WASH_Sénégal2017*. Dakar: ANSD.
- STUDI International / SACI. (s.d.). *Étude d'élaboration de la nouvelle stratégie nationale de développement de l'assainissement liquide au Sénégal*. Rapport de mission 2, orientation stratégique.
- UNICEF. (2023). *Projet de renforcement de capacités et de communication pour un changement de comportement favorable à l'hygiène et à l'assainissement piloté par les communautés : Mise en oeuvre de l'ATPC élargi dans la région de Kolda, Commune de Pakour et Paroumba*. Dakar: UNICEF.
- UNICEF. (Avril 2019). *Note d'orientation : Elimination de la défécation à l'air libre*.
- UNICEF. (s.d.). *Politique de l'UNICEF en matière de genre*. Unicef.

ANNEXES

Annexe 1 : Acteurs et leurs zones d'intervention

N°	Région	Programme	Acteurs	ATPC unique	ATPC hybride	Acteurs subvention unique	Acteurs marketing de l'assainissement unique
1	Dakar	UNICEF	DA/SNH				
2	Diourbel	GSF	Eau Vive/SCIEPS				
3	Diourbel	PASEPAR/ENABEL	Eau Vive/GRET				
4	Diourbel	CHILD FUND	CHILD FUND				
5	Fatick	PASEPAR/ENABEL	WORLD VISION				
6	Fatick	UNICEF	DA/SNH				
7	Kaffrine	UNICEF	DA/SNH				
8	Kaolack	UNICEF	DA/SNH				
	Kaolack	PASEPAR/ENABEL	PLAN INTERNATIONAL				
9	Kédougou	GSF	Eve/La Lumière				
10	Kédougou	HyGiass	DA/SNH				
11	Kédougou	UNICEF	DA/SNH				
12	Kédougou	USAID	CRS				
13	Kolda	PEPAM UE	WORLD VISION				
14	Kolda	UNICEF	DA/SNH				
15	Kolda	USAID	CRS				
16	Louga	UNICEF	DA/SNH				
17	Matam	UNICEF	DA/SNH				
18	Matam	GSF	CASADES				
19	Matam	USAID	CRS				
20	Saint Louis	UNICEF	DA/SNH				

N°	Région	Programme	Acteurs	ATPC unique	ATPC hybride	Acteurs subvention unique	Acteurs marketing de l'assainissement unique
21	Sédhiou	PEPAM UE	PADSER/EAA-WESWA				
22	Sédhiou	UNICEF	DA/SNH				
23	Sédhiou	USAID	CRS				
24	Sédhiou	UNICEF	DA/SNH				
25	Sédhiou	USAID	CRS				
26	Tambacounda	UNICEF	DA/SNH				
27	Tambacounda	GSF	MSA				
28	Tambacounda	HyGiass	DA/SNH				
29	Tambacounda	USAID	CRS				
30	Tambacounda	PEPAM UE	Eau Vive /GRDR				
31	Thiès	UNICEF	DA/SNH				
32	Ziguinchor	USAID	CRS				
33	Ziguinchor	UNICEF	DA/SNH				

Annexe 2 : Matrice d'évaluation

Questions d'évaluations	Sous-Questions	Indicateurs clés	Sources de données	Méthodes de collecte	Méthodes d'analyse
PERTINENCE					
QE1. Dans quelle mesure le programme ATPC répond-il aux besoins de ses bénéficiaires attendus ?	SQ.1.1 : Quels étaient les besoins prioritaires en matière de WASH des titulaires de droits y compris les personnes vulnérables (indigents, personnes en situation de handicap, enfants et femmes des ménages vulnérables) ?	Ind.1.1.1 : Types de besoins en matière de WASH identifiés	<ul style="list-style-type: none"> • Documents de l'ATPC (guide de mise en œuvre de l'ATPC, feuille de route pour l'élimination de la DAL) • Rapports d'activités 	<ul style="list-style-type: none"> • Analyse documentaire • Entretien individuel • Focus groups • Cartographie corporelle • Administration de questionnaire 	<ul style="list-style-type: none"> • Statistiques descriptives • Analyse de contenus • Triangulation des sources/méthodes
	SQ.1.2 : En quoi le programme ATPC dans sa conception adresse les besoins en matière d'assainissement au Sénégal des titulaires de droits y compris les personnes vulnérables ?	Ind.1.2.1 Degré de cohérence du programme ATPC (planification ou conception) avec les besoins des titulaires de droits	<ul style="list-style-type: none"> • Documents de S&E du programme ATPC • Acteurs institutionnels • Collectivités locales/ territoriales • Partenaires de mise en œuvre (ONG nationales et locales, Opérateurs privés) • Leaders communautaires • Titulaires de droits 		
	SQ.1.3 : Dans quelle mesure les besoins prioritaires des titulaires de droits y compris les personnes vulnérables ont été pris en compte dans la mise en œuvre du programme ATPC ?	<p>Ind.1.3.1 : Degré de pertinence des approches/ stratégies et modalités de mise en œuvre de l'ATPC dans le ciblage des groupes les plus vulnérables</p> <p>Ind.1.3.2 : Types de besoins en matière</p>			

Questions d'évaluations	Sous-Questions	Indicateurs clés	Sources de données	Méthodes de collecte	Méthodes d'analyse
		de WASH pris en compte dans la mise en œuvre du programme ATPC			
	SQ.1.4 : Dans quelle mesure les stratégies ont été ajustées pour prendre en compte les situations de vulnérabilité liées à la Covid-19 ?	Ind.1.4.1 Degré d'ajustement des stratégies de mise en œuvre de l'ATPC			
QE2. Dans quelle mesure le programme ATPC a-t-il été en adéquation avec les orientations politiques du Sénégal ?	SQ.2.1 : Dans quelle mesure le programme ATPC s'alignent-il sur les priorités globales (internationales) en matière d'assainissement auxquelles le Sénégal adhère (ODD) ?	Ind.2.1.1 : Degré d'alignement du programme ATPC aux priorités globales en matière d'assainissement	<ul style="list-style-type: none"> • Documents de l'ATPC (guide de mise en œuvre de l'ATPC, feuille de route pour l'élimination de la DAL) • Document portant sur les ODD 	<ul style="list-style-type: none"> • Analyse documentaire • Entretien individuel 	<ul style="list-style-type: none"> • Analyse de contenus • Triangulation des sources/méthodes
	SQ2.2. : Dans quelle mesure le programme ATPC s'alignent-il sur le Plan National de Développement (PND) du Sénégal ?	Ind.2.2.1 : Degré d'alignement du programme par rapport au PND du Sénégal	<ul style="list-style-type: none"> • Document du PND • SNAR et son plan d'actions • Rapports activités • Documents de S&E 		
	SQ.2.3. Dans quelle mesure le programme ATPC cadre avec les priorités nationales en matière de WASH déclinées dans les politiques nationales	Ind.2.3.1 : Degré de cohérence du programme ATPC avec les priorités nationales en matière de WASH	<ul style="list-style-type: none"> • Acteurs institutionnels et collectivités locales/territoriales • Partenaires de mise en œuvre (ONG nationales et locales, 		

Questions d'évaluations	Sous-Questions	Indicateurs clés	Sources de données	Méthodes de collecte	Méthodes d'analyse
	d'assainissement (Stratégie Nationale de l'Assainissement Rural-SNAR) ?		Opérateurs privés)		
EFFICACITE					
QE3. Dans quelle mesure le programme ATPC a-t-il atteint ses objectifs prévus ?	SQ.3.1 : Dans quelle mesure les extrants prévus en quantité et en qualité ont été réalisés dans le cadre du programme ATPC ?	Ind.3.1.1 : Taux d'atteinte des cibles des indicateurs d'extrants	<ul style="list-style-type: none"> • Documents (guide de mise en œuvre de l'ATPC, feuille de route pour l'élimination de la DAL) • Rapports activités • Documents de S&E • Acteurs institutionnels et collectivités locales/territoriales • Partenaires de mise en œuvre (ONG nationales et locales) • Leaders communautaires 	<ul style="list-style-type: none"> • Analyse documentaire • Entretien individuel 	<ul style="list-style-type: none"> • Statistiques descriptives • Analyse de contenus • Triangulation des sources/méthodes
	SQ.3.2 : Quels sont les résultats qui contribuent le plus à l'atteinte des objectifs et résultats nationaux et régionaux ?	Ind. 3.2.1 : Nature et nombre des résultats contribuant le plus à l'atteinte des objectifs nationaux et régionaux			
QE4. Qu'est-ce qui doit être modifié dans l'approche conceptuelle de la feuille de route 2030 pour mettre fin à la DAL (KRC # 8) et pour augmenter son	SQ.4.1 : Que faut-il modifier dans la Théorie du changement (ToC) ou logique d'intervention de la feuille de route pour augmenter son efficacité et son échelle	Ind.4.1.1. Description des éléments de la ToC de la feuille de route à réajuster pour augmenter son efficacité et son échelle	<ul style="list-style-type: none"> • Documents relatifs à l'ATPC • Rapports activités • Documents de S&E du programme • Acteurs institutionnels et collectivités locales/ 	<ul style="list-style-type: none"> • Analyse documentaire • Entretien individuel • Administration de questionnaire • Observation directe 	<ul style="list-style-type: none"> • Analyse de contenus • Statistiques descriptives • Triangulation des sources/méthodes

Questions d'évaluations	Sous-Questions	Indicateurs clés	Sources de données	Méthodes de collecte	Méthodes d'analyse
efficacité et son échelle ?			<ul style="list-style-type: none"> territoriales Partenaires de mise en œuvre (ONG nationales et locales) Leaders communautaires Titulaires de droits 	<ul style="list-style-type: none"> Focus group Cartographie corporelle 	
QE5. Quels sont les facteurs (internes et externes à l'UNICEF) qui ont le plus contribué à la réalisation des objectifs du programme tels que définis sur la feuille de route 2030 ?	SQ.5.1 : Quels sont les facteurs internes (forces) qui ont contribué à la réalisation des objectifs ?	Ind.5.1.1 : Description des facteurs internes ayant contribué à la réalisation des objectifs ?	<ul style="list-style-type: none"> Documents relatifs à l'ATPC Rapports activités Documents de S&E du programme Acteurs institutionnels et collectivités Partenaires de mise en œuvre (ONG nationales et locales) Leaders communautaires Titulaires de droits 	<ul style="list-style-type: none"> Analyse documentaire Entretien individuel Administration de questionnaire Observation directe Focus group Cartographie corporelle 	<ul style="list-style-type: none"> Analyse de contenus Statistiques descriptives Triangulation des sources/méthodes
	SQ.5.2 : Quels sont les facteurs externes à l'UNICEF (opportunités) ayant contribué à la réalisation des objectifs du programme ?	Ind.5.2.1 : Description des facteurs externes ayant contribué à la réalisation des objectifs du programme			
QE6. Quels sont les facteurs (internes et externes à l'UNICEF) qui ont gêné le plus la réalisation des objectifs du programme ?	SQ.6.1 : Quels sont les facteurs internes à l'UNICEF (faiblesses) qui ont gêné le plus la réalisation des objectifs du programme ?	Ind.6.1.1 : Description des faiblesses	<ul style="list-style-type: none"> Documents, rapports activités et système de S&E Acteurs institutionnels et collectivités Partenaires de mise en œuvre (ONG 	<ul style="list-style-type: none"> Analyse documentaire Entretien individuel Administration de questionnaire Observation directe 	<ul style="list-style-type: none"> Analyse de contenus Statistiques descriptives Triangulation des sources/méthodes
	SQ. 6.2 : Quels sont les facteurs externes à l'UNICEF (menaces) qui ont gêné le plus	Ind.6.2.1 : Description des menaces			

Questions d'évaluations	Sous-Questions	Indicateurs clés	Sources de données	Méthodes de collecte	Méthodes d'analyse
	la réalisation des objectifs du programme ?		nationales et locales) • Leaders communautaires • Titulaires de droits	• Focus group • Cartographie corporelle	
QE7. Quels sont les résultats inattendus (positifs et négatifs) produits par le programme ATPC ?	SQ. 7.1 : Quels sont les résultats positifs inattendus produits par le programme ATPC ?	Ind.7.1.1 : Description des effets positifs inattendus	• Documents, rapports activités et système de S&E • Acteurs institutionnels et collectivités • Partenaires de mise en œuvre (ONG nationales et locales) • Leaders communautaires • Titulaires de droits	• Analyse documentaire • Entretien individuel • Administration de questionnaire • Observation directe • Focus group • Cartographie corporelle	• Analyse de contenus • Statistiques descriptives • Triangulation des sources/méthodes
	SQ. 7.2 : Quels sont les résultats négatifs inattendus produits par le programme ATPC ?	Ind.7.2.1 : Description des effets négatifs inattendus			
QE8. Dans quelle mesure les partenaires stratégiques et les partenariats ont-ils contribué à la réalisation des résultats du programme d'assainissement ?	SQ.8.1 : Quels sont les principaux acteurs, les liens de partenariat entre eux et leurs rôles respectifs dans l'atteinte des résultats ?	Ind.8.1.1 : Description des rôles des partenaires	• Documents relatifs à l'ATPC • Rapports activités • Documents de S&E • Acteurs institutionnels et collectivités • Partenaires de mise en œuvre (ONG nationales et locales)	• Analyse documentaire • Entretien individuel	• Analyse de contenus • Triangulation des sources/méthodes •
	SQ.8.2 : Dans quelle mesure les partenariats développés ont contribué à la réalisation des résultats ?	Ind.8.2.1 : Qualité des partenariats mis en place			
	SQ.8.3 : Quelles sont les principales réalisations des partenaires ?	Ind.8.3.1 : Description des réalisations des partenaires stratégiques			

Questions d'évaluations	Sous-Questions	Indicateurs clés	Sources de données	Méthodes de collecte	Méthodes d'analyse
<p>QE9. Dans quelle mesure les complémentarités multisectorielles et intra organisationnelles ont-elles soutenu la mise en œuvre et la réussite de la stratégie KRC au niveau du pays ?</p>	<p>SQ.9.1 : Comment les complémentarités sectorielles au sein de l'UNICEF (WASH-Santé, WASH-Education, WASH-nutrition, WASH-protection) ont-elles contribué à réaliser les résultats du KRC8 ?</p>	<p>Ind.9.1 : Nombre et type d'activités mises en œuvre conjointement : WASH-Santé, WASH-Education, WASH-nutrition, WASH-protection</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Documents, rapports activités et système de S&E • Acteurs institutionnels • Collectivités locales/ territoriales • Partenaires de mise en œuvre (ONG nationales et locales, Opérateurs privés) 	<ul style="list-style-type: none"> • Analyse documentaire • Entretien individuel 	<ul style="list-style-type: none"> • Analyse de contenus • Triangulation des sources/ méthodes
	<p>SQ.9.2 : Quelle est la valeur ajoutée des activités conjointes à l'atteinte des résultats ?</p>	<p>Ind.9.2.1 : Contribution des activités conjointes à l'atteinte des résultats</p>			
<p>QE10 : Quelles actions spécifiques l'UNICEF devraient-elles prendre (par exemple dans la mise en œuvre / plaidoyer) pour mieux adapter l'intervention ?</p>	<p>SQ10.1 : Quelles actions spécifiques l'UNICEF devraient-elles prendre (par exemple dans la mise en œuvre / plaidoyer) pour mieux adapter l'intervention ?</p>	<p>Ind.10.1.1 : Description des actions spécifiques de l'UNICEF en matière de plaidoyer et de stratégie de mise en œuvre du programme ATPC</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Documents relatifs à l'ATPC • Rapports activités • Documents de S&E • Acteurs institutionnels • Collectivités locales/ territoriales • Partenaires de mise en œuvre (ONG nationales et locales, Opérateurs privés) 	<ul style="list-style-type: none"> • Analyse documentaire • Entretien individuel 	<ul style="list-style-type: none"> • Analyse de contenus • Triangulation des sources/méthodes
EFFICIENCE					
<p>QE11. Dans quelle mesure les ressources financières, les</p>	<p>SQ.11.1 : Quel sont les sources de financement du programme ATPC ?</p>	<p>Ind.11.1.1 : Description des sources de financement du</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Documents relatifs à l'ATPC • Rapports activités 	<ul style="list-style-type: none"> • Analyse documentaire • Entretien 	<ul style="list-style-type: none"> • Analyse de contenus • Statistiques

Questions d'évaluations	Sous-Questions	Indicateurs clés	Sources de données	Méthodes de collecte	Méthodes d'analyse
ressources humaines et les fournitures étaient-elles : - Suffisantes en quantité ? - Adéquates en qualité ? - Distribués / déployés en temps opportun ?		programme ATPC	<ul style="list-style-type: none"> • Documents de S&E • Acteurs institutionnels et collectivités • Partenaires de mise en œuvre (ONG nationales et locales) 	individuel	descriptives <ul style="list-style-type: none"> • Triangulation des sources/méthodes
	SQ.11.2 : Dans quelle mesure les ressources (financières, matérielles et humaines) ont-elles été mobilisées tels que prévues ?	Ind.11.2.1 : Taux de mobilisation des ressources financières Ind.11.2.2 : Taux de mobilisation des ressources matérielles Ind.11.2.3 : Taux de mobilisation des ressources humaines Ind.11.2.4 : Description des contraintes liées à la mobilisation des ressources			
	SQ.11.3 : Dans quelle mesure le budget mobilisé a-t-il été suffisant pour réaliser tous les extrants et couvrir les besoins identifiés ?	Ind.11.3.1 : Gap de ressources financières pour réaliser tous les extrants			
	SQ.11.4 : Les extrants ont-ils été réalisés dans le temps planifié ?	Ind.11.4.1 : Comparaison entre délais de réalisation des extrants et délais			

Questions d'évaluations	Sous-Questions	Indicateurs clés	Sources de données	Méthodes de collecte	Méthodes d'analyse
		prévus			
	SQ. 11.5 : Dans quelle mesure les ressources (financières, humaines et matérielles) mobilisées ont été pleinement utilisées ?	Ind.11.5.1 : Description des contraintes liées à l'utilisation des ressources			
	SQ. 11.6 : Dans quelle mesure les inputs et extrants ont été réalisés aux meilleurs prix ?	Ind.11.6.1 : Comparaison des couts unitaires			
QE12. Y avait-il d'autres stratégies alternatives qui auraient pu être mises en place pour atteindre le même niveau de résultat mais à moindre coût ?	SQ. 12.1 : Quelles sont les stratégies alternatives qui permettraient d'atteindre le même niveau de résultat au meilleur coût ?	Ind.12.1.1 : Description des stratégies alternatives et leurs couts respectifs	<ul style="list-style-type: none"> • Documents relatifs à l'ATPC • Rapports activités • Documents de S&E • Acteurs institutionnels et collectivités • Partenaires de mise en œuvre (ONG nationales et locales) 	<ul style="list-style-type: none"> • Analyse documentaire • Entretien individuel 	<ul style="list-style-type: none"> • Analyse de contenus • Statistiques descriptives • Triangulation des sources/méthodes
IMPACT					
QE13. Dans quelle mesure le programme ATPC a-t-il contribué à l'amélioration de la santé, de la nutrition, de la vaccination, de l'enregistrement à	SQ.13.1 : Dans quelle mesure le programme ATPC de l'UNICEF a-t-il réduit les maladies du péril fécal dans les zones ciblées par rapport aux zones non ciblées ?	Ind.13.1.1 : Comparaison de la prévalence des maladies du péril fécal entre zones non ciblées et zones ciblées	<ul style="list-style-type: none"> • Documents relatifs à l'ATPC • Rapports activités • Documents de S&E • Acteurs institutionnels et collectivités 	<ul style="list-style-type: none"> • Analyse documentaire • Entretien individuel • Administration de questionnaire • Observation 	<ul style="list-style-type: none"> • Analyse de contenus • Statistiques descriptives • Triangulation des sources/méthodes

Questions d'évaluations	Sous-Questions	Indicateurs clés	Sources de données	Méthodes de collecte	Méthodes d'analyse	
l'état civil et d'autres résultats connexes par rapport aux conditions / comportements de vie parmi d'autres groupes qui n'étaient pas ciblés par le programme ou qui ont été impliqués dans un type d'intervention différent ?		Ind.13.1.2 : % des personnes interrogées estimant que le programme ATPC a réduit les maladies du péril fécal dans les zones ciblées	<ul style="list-style-type: none"> • Partenaires de mise en œuvre (ONG nationales et locales) • Leaders communautaires • Titulaires de droits 	directe <ul style="list-style-type: none"> • Focus groups • Cartographie corporelle • Observation directe 		
	SQ. 13.2 : Dans quelle mesure le programme ATPC de l'UNICEF a-t-il amélioré la nutrition dans les zones ciblées par rapport aux zones non ciblées	Ind.13.2.1 : Comparaison de la prévalence de la malnutrition entre zones non ciblées et zones ciblées				
	SQ.13.3 : Dans quelle mesure le programme ATPC de l'UNICEF a amélioré la fréquentation scolaire des enfants en particulier des filles dans les zones ciblées par rapport aux zones non ciblées ?	Ind.13.2.2 : % des personnes interrogées estimant que le programme ATPC a amélioré l'état nutritionnel des groupes de populations ciblés				Ind.13.3.1 : Comparaison du taux de fréquentation scolaire des enfants (dont les filles) entre zones non ciblées et zones ciblées

Questions d'évaluations	Sous-Questions	Indicateurs clés	Sources de données	Méthodes de collecte	Méthodes d'analyse
		<p>Ind.13.3.2 : % des personnes interrogées estimant que le programme ATPC a amélioré la fréquentation scolaire des enfants en particulier des filles dans les zones ciblées</p>			
	<p>SQ.13.4 : Dans quelle mesure le programme ATPC de l'UNICEF a réduit les violences faites aux femmes et aux filles dans les zones ciblées par rapport aux zones non ciblées ?</p>	<p>Ind.13.4.1 : Comparaison du taux de violences faites aux filles et femmes entre zones non ciblées et zones ciblées</p> <p>Ind.13.4.2 : % des personnes interrogées estimant que le programme ATPC a réduit les violences faites aux filles et aux femmes dans les zones ciblées</p>			
	<p>SQ.13.5 : Dans quelle mesure le programme ATPC de</p>	<p>Ind.13.5.1 : Comparaison du</p>			

Questions d'évaluations	Sous-Questions	Indicateurs clés	Sources de données	Méthodes de collecte	Méthodes d'analyse
	l'UNICEF a réduit le temps que les femmes accordent aux corvées d'eau dans les zones ciblées par rapport aux zones non ciblées ?	<p>temps moyen de la corvée d'eau entre zones non ciblées et zones ciblées</p> <p>Ind.13.5.2 : % des personnes interrogées estimant que le programme ATPC a réduit le temps de la corvée d'eau dans les zones ciblées</p>			
	SQ.13.6 : Dans quelle mesure le programme ATPC de l'UNICEF a-t-il amélioré l'enregistrement des naissances et des décès dans les zones ciblées par rapport aux zones non ciblées ?	<p>Ind.13.6.1 : Comparaison du taux d'enregistrement des naissances entre zones non ciblées et zones ciblées</p> <p>Ind.13.6.2 : Comparaison du taux d'enregistrement des décès entre zones non ciblées et zones ciblées</p> <p>Ind.13.6.3 : % des personnes</p>			

Questions d'évaluations	Sous-Questions	Indicateurs clés	Sources de données	Méthodes de collecte	Méthodes d'analyse
		interrogées estimant que le programme ATPC a amélioré l'enregistrement à l'état civil dans les zones ciblées			
<p>QE14. Dans quelle mesure les programmes d'assainissement communautaire et d'autres programmes d'assainissement utilisés dans le domaine ont contribué à créer des communautés libres de défécation en plein air</p>	<p>SQ.14.1 : Les programmes d'assainissement communautaire et d'autres programmes d'assainissement utilisés ont-ils contribué à améliorer l'accès aux installations d'assainissement améliorées ou de base (latrines) ?</p>	<p>Ind.14.1.1 : Taux d'accès aux installations d'assainissement</p> <p>Ind.14.1.2 : % des personnes interrogées estimant que les programmes d'assainissement communautaire ont amélioré l'accès aux installations d'assainissement (latrines)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Documents relatifs à l'ATPC • Rapports activités • Documents de S&E • Acteurs institutionnels et collectivités • Partenaires de mise en œuvre (ONG nationales et locales) • Leaders communautaires • Titulaires de droits 	<ul style="list-style-type: none"> • Analyse documentaire • Entretien individuel • Administration de questionnaire • Observation directe • Focus group • Cartographie corporelle 	<ul style="list-style-type: none"> • Analyse de contenus • Statistiques descriptives • Triangulation des sources/méthodes
	<p>SQ.14.2 : Les programmes d'assainissement communautaire et d'autres programmes d'assainissement utilisés ont-ils contribué à améliorer l'utilisation des installations d'assainissement (latrines) ?</p>	<p>Ind.14.2.1 : Taux d'utilisation des installations d'assainissement (latrines)</p> <p>Ind.14.2.2 : % des personnes interrogées estimant que les programmes</p>			

Questions d'évaluations	Sous-Questions	Indicateurs clés	Sources de données	Méthodes de collecte	Méthodes d'analyse
		d'assainissement communautaire ont amélioré l'utilisation des installations d'assainissement (latrines)			
	SQ.14.3 : Les programmes d'assainissement communautaire et d'autres programmes d'assainissement utilisés ont-ils contribué à améliorer l'accès aux dispositifs de lavage des mains (DLM) ?	Ind.14.3.1 : Taux d'accès aux DLM Ind.14.3.2 : % des personnes interrogées estimant que les programmes d'assainissement communautaire ont amélioré l'accès aux DLM			
	SQ.14.4 : Les programmes d'assainissement communautaire et d'autres programmes d'assainissement utilisés ont-ils contribué à améliorer l'utilisation des dispositifs de lavage des mains (DLM) ?	Ind.14.4.1 : Taux d'utilisation des DLM Ind.14.4.2 : % des personnes interrogées estimant que les programmes d'assainissement communautaire ont amélioré l'utilisation des DLM			
	SQ.14.5 : Les programmes	Ind.14.5.1 : Taux			

Questions d'évaluations	Sous-Questions	Indicateurs clés	Sources de données	Méthodes de collecte	Méthodes d'analyse
	d'assainissement communautaire et d'autres programmes d'assainissement utilisés ont-ils contribué à améliorer l'accès à l'eau potable ?	d'accès à l'eau potable Ind.14.5.2 : % des personnes interrogées estimant que les programmes d'assainissement communautaire ont amélioré l'accès à l'eau potable			
DURABILITE					
QE15. Dans quelle mesure l'UNICEF a-t-il incorporé des mesures pour que les activités financées par le programme ATPC sans support de l'UNICEF se poursuivent à l'avenir ?	SQ.15.1 : Quelles sont les mesures prises ou stratégies mises en place par l'UNICEF pour la continuité des activités ?	Ind.15.1.1 : Description des stratégies de continuité des activités	<ul style="list-style-type: none"> • Documents relatifs à l'ATPC • Rapports d'activités • Documents de S&E • Acteurs institutionnels et collectivités • Partenaires de mise en œuvre (ONG nationales et locales) • Leaders communautaires 	<ul style="list-style-type: none"> • Analyse documentaire • Entretien individuel 	<ul style="list-style-type: none"> • Analyse de contenus • Triangulation des sources/méthodes
	SQ.15.2 : Dans quelle mesure les stratégies identifiées sont-elles favorables à la durabilité des acquis du programme ?	Ind.15.2.1 : Description des dimensions des stratégies favorables à la durabilité des acquis			
QE16. Dans quelle mesure les activités du programme ATPC étaient-elles reproduites ?	SQ.16.1 : Les activités ou approches du programme ATPC sont-elles reprises dans les plans d'action des structures de l'administration publique?	Ind.16.1.1 : Description des activités ou approches du programme ATPC reprises dans le plan	<ul style="list-style-type: none"> • Documents relatifs à l'ATPC • Rapports d'activités • Documents de S&E • Acteurs institutionnels et 	<ul style="list-style-type: none"> • Analyse documentaire • Entretien individuel 	<ul style="list-style-type: none"> • Analyse de contenus • Triangulation des sources/méthodes

Questions d'évaluations	Sous-Questions	Indicateurs clés	Sources de données	Méthodes de collecte	Méthodes d'analyse
		<p>d'action des structures de l'administration publique</p> <p>Ind.16.1.2 : Types de difficultés rencontrées dans la répliation des activités ou approches par le gouvernement</p>	<p>collectivités</p> <ul style="list-style-type: none"> • Partenaires de mise en œuvre (ONG nationales et locales) 		
	<p>SQ.16.2 : Les activités ou approches du programme ATPC sont-elles reprises dans les plans d'action des autres partenaires ?</p>	<p>Ind.16.2.1 : Description des activités ou approches du programme ATPC reprises dans le plan d'action des autres partenaires</p> <p>Ind.16.2.2 : Types de difficultés rencontrées dans la répliation des activités ou approches par les partenaires</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Documents relatifs à l'ATPC • Rapports d'activités • Documents de S&E • Acteurs institutionnels et collectivités • Partenaires de mise en œuvre (ONG nationales et locales) 	<ul style="list-style-type: none"> • Analyse documentaire • Entretien individuel 	<ul style="list-style-type: none"> • Analyse de contenus • Triangulation des sources/méthodes
	<p>SQ.16.3 : Dans quelle mesure l'UNICEF a-t-il pris les mesures pour favoriser la mise</p>	<p>Ind.16.3.1 : Description des approches favorisant</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Documents relatifs à l'ATPC 	<ul style="list-style-type: none"> • Analyse documentaire 	<ul style="list-style-type: none"> • Analyse de contenus

Questions d'évaluations	Sous-Questions	Indicateurs clés	Sources de données	Méthodes de collecte	Méthodes d'analyse
	à l'échelle du programme ATPC ?	la mise à l'échelle Ind.16.3.2 : Description des contraintes de passage à l'échelle du programme ATPC	<ul style="list-style-type: none"> • Rapports d'activités • Documents de S&E • Acteurs institutionnels et collectivités • Partenaires de mise en œuvre (ONG nationales et locales) 	<ul style="list-style-type: none"> • Entretien individuel 	<ul style="list-style-type: none"> • Triangulation des sources/méthodes
QE17. Dans quelle mesure le gouvernement a-t-il pris les devants et investi dans la fin de la DAL ? Dans quelle mesure le gouvernement a-t-il mobilisé ou exploité d'autres partenariats et ressources pour mettre fin à la défécation en plein air dans le pays ?	SQ.17.1 : Quelles sont les initiatives envisagées ou en cours des autorités nationales et locales en matière de FDAL ?	Ind.17.1.1 : Description des initiatives des autorités nationales et locales pour mettre fin à la DAL	<ul style="list-style-type: none"> • Documents relatifs à l'ATPC • Rapports activités • Documents de S&E • Acteurs institutionnels et collectivités • Partenaires de mise en œuvre (ONG nationales et locales) 	<ul style="list-style-type: none"> • Analyse documentaire • Entretien individuel 	<ul style="list-style-type: none"> • Analyse de contenus • Triangulation des sources/méthodes
	SQ.17.2 : Quelles sont les actions envisagées ou en cours des autorités nationales et locales pour la mobilisation des ressources en matière de FDAL ?	Ind.17.2.1 : Description des initiatives de mobilisation des ressources des autorités au niveau national et local en matière de FDAL			
	SQ.17.3 : Quel est le volume des ressources financières mobilisées par le Gouvernement en faveur de la FDAL ?	Ind.17.3.1 : Montant des ressources mobilisées par le Gouvernement Ind.17.3.2 : Types de facteurs affectant la			

Questions d'évaluations	Sous-Questions	Indicateurs clés	Sources de données	Méthodes de collecte	Méthodes d'analyse
		capacité du Gouvernement à mobiliser des ressources en faveur de la FDAL			
QE18. Dans quelle mesure les mécanismes institutionnels et de prestation de services sont-ils mis en place (par exemple, la coordination au niveau régional, préfectoral et communautaire, partenariat avec des ONG pour la mise en œuvre) ? Ces mécanismes permettent-ils d'obtenir et de maintenir des résultats ?	SQ.18.1 : Quels sont les mécanismes institutionnels mis en place pour soutenir l'atteinte et le maintien des résultats ?	Ind.18.1.1 : Description des mécanismes institutionnels mis en place pour soutenir le maintien des résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Documents de l'ATPC • Rapports d'activités • Acteurs institutionnels et collectivités • Partenaires de mise en œuvre (ONG nationales et locales) 	<ul style="list-style-type: none"> • Analyse documentaire • Entretien individuel 	<ul style="list-style-type: none"> • Analyse de contenus • Triangulation des sources/méthodes
	SQ.18.2 : Dans quelle mesure les mécanismes de partenariat obligent ou incitent les parties prenantes (acteurs institutionnels, ONG nationales et locales), à atteindre et à maintenir les résultats ?	Ind.18.2.1 : Description des mécanismes obligatoires ou incitatifs mis en place en lien avec l'atteinte et le maintien des résultats			
QE19. Quel est le niveau d'appropriation et de durabilité de l'intervention par les bénéficiaires ?	SQ.19.1 : Dans quelle mesure les bénéficiaires se sont-ils appropriés les activités du programme ATPC visant à mettre fin à la DAL ?	Ind.19.1.1 : % des personnes interrogées connaissant quelques risques encourus avec les pratiques DAL	<ul style="list-style-type: none"> • Documents de l'ATPC • Rapports d'activités • Documents de S&E • Acteurs institutionnels et collectivités 	<ul style="list-style-type: none"> • Analyse documentaire • Entretien individuel • Administration de questionnaire • Observation 	<ul style="list-style-type: none"> • Analyse de contenus • Statistiques descriptives • Triangulation des sources/méthodes
	SQ.19.2 : En quoi les acteurs	Ind.19.2.1 :			

Questions d'évaluations	Sous-Questions	Indicateurs clés	Sources de données	Méthodes de collecte	Méthodes d'analyse
	communautaires sont-ils engagés dans des actions allant dans le sens de la FDAL ?	Description des actions des acteurs communautaires allant dans le sens de la FDAL	<ul style="list-style-type: none"> • Partenaires de mise en œuvre (ONG nationales et locales) • Leaders communautaires • Titulaires de droits 	directe <ul style="list-style-type: none"> • Focus group • Cartographie corporelle 	
QE20. Comment le programme a-t-il amélioré l'hygiène et les conditions d'assainissement de la population en se concentrant sur la durabilité des réalisations au niveau communautaire ?	SQ.20.1 : Quels sont les changements en matière de pratiques d'hygiène au niveau communautaire susceptibles de perdurer ?	Ind.20.1.1 : Description des pratiques d'hygiène des communautés susceptibles de perdurer	<ul style="list-style-type: none"> • Documents de l'ATPC • Rapports activités • Documents de S&E • Acteurs institutionnels et collectivités • Partenaires de mise en œuvre (ONG nationales et locales) • Leaders communautaires • Titulaires de droits 	<ul style="list-style-type: none"> • Analyse documentaire • Entretien individuel • Administration de questionnaire • Observation directe • Focus group • Cartographie corporelle • Observation directe 	<ul style="list-style-type: none"> • Analyse de contenus • Statistiques descriptives • Triangulation des sources/méthodes
	SQ.20.2 : Quels sont les changements en matière d'assainissement au niveau communautaire susceptibles de perdurer ?	Ind.20.2.1 : Description des changements en matière d'assainissement susceptibles de perdurer			
QE21. Quels sont les déterminants pour la poursuite de l'adhésion aux pratiques FDAL ?	SQ.21.1 : Quels sont les facteurs garantissant le maintien des pratiques FDAL après la certification ?	Ind.21.1.1 : Description des facteurs déterminants du maintien des pratiques FDAL	<ul style="list-style-type: none"> • Documents de l'ATPC • Rapports d'activités • Documents de S&E • Acteurs institutionnels et collectivités • Partenaires de mise en œuvre (ONG 	<ul style="list-style-type: none"> • Analyse documentaire • Entretien individuel • Administration de questionnaire • Focus group • Cartographie corporelle 	<ul style="list-style-type: none"> • Analyse de contenus • Statistiques descriptives • Triangulation des sources/méthodes

Questions d'évaluations	Sous-Questions	Indicateurs clés	Sources de données	Méthodes de collecte	Méthodes d'analyse
			nationales et locales) • Leaders communautaires • Titulaires de droits	• Observation directe	
QE22 : Quelles sont les principales raisons pour lesquelles les populations reviennent aux pratiques DAL ?	SQ.22.1 : Quels sont les facteurs socio-culturels qui expliquent le retour aux pratiques DAL ?	Ind.22.1.1 : Description des facteurs socio-culturels de retour aux pratiques DAL	• Documents de l'ATPC • Rapports d'activités • Documents de S&E • Acteurs institutionnels et collectivités • Partenaires de mise en œuvre (ONG nationales et locales) • Leaders communautaires • Titulaires de droits	• Analyse documentaire • Entretien individuel • Administration de questionnaire • Guide de focus group • Cartographie corporelle • Observation directe	• contenus • Statistiques descriptives • Triangulation des sources/méthodes
	SQ22.2 : L'approche de communication du programme favorise-t-elle une meilleure appropriation des acteurs et une visibilité du programme ? Les initiatives de communication sanitaire et de promotion de l'ATCP ont-elles été menées conformément au contexte local ?	Ind.22.1.2 : Actions de visibilité du programme			
Genre, droits humains et équité					
QE23 . Dans quelle mesure les principes du genre et des actions étaient-ils dûment intégrés dans la mise en œuvre de l'ATPC ?	SQ.23.1 : Dans quelle mesure le programme ATPC est-il informé par des analyses genre sensibles aux droits, qui identifient les causes sous-jacentes des inégalités entre femmes, filles, hommes, garçons dans les secteurs liés à la WASH ?	Ind.23.1.1 : Existence d'analyses genre pour informer le programme ATPC Ind23.1.2 : Types de mesures prises pour l'intégration des dimensions genre dans la	• Documents de l'ATPC • Rapports d'activités • Documents de S&E • Acteurs institutionnels et collectivités • Partenaires de mise en œuvre (ONG	• Analyse documentaire • Entretien individuel • Administration de questionnaire • Focus group • Cartographie corporelle	• Analyse de contenus • Statistiques descriptives • Triangulation des sources/méthodes

Questions d'évaluations	Sous-Questions	Indicateurs clés	Sources de données	Méthodes de collecte	Méthodes d'analyse
		conception et la mise en œuvre du programme ATPC	nationales et locales) <ul style="list-style-type: none"> • Leaders communautaires • Titulaires de droits 	<ul style="list-style-type: none"> • Observation directe 	
	SQ.23.2 : Le programme ATPC a-t-il collecté systématiquement des données désagrégées par sexe ?	Ind.23.2.1 : Niveau de désagrégation des données par genre			
	SQ.23.3 : Dans quelle mesure le programme ATPC a mis en place des mécanismes de reddition des comptes ?	Ind.23.3.1 : Description des mécanismes de redevabilité			
	SQ.23.4 : Qu'est ce qui a été mis en place pendant l'intervention pour permettre à toutes les parties prenantes notamment aux femmes de participer à la prise de décision ?	Ind.23.4.1 : Description des mécanismes mis en place pour permettre à toutes les parties prenantes notamment aux femmes de participer à la prise de décision			
QE24. Dans quelle mesure l'ATPC a-t-il abordé les obstacles/barrières qui empêchent l'accès des filles et des femmes aux services	SQ.24.1 : De quelle manière les interventions ou approches ont instauré le principe d'égalité des sexes dans l'accès aux services d'assainissement ?	Ind.24.1.1 : Proportion de femmes et filles bénéficiaires des services d'assainissement Ind.24.1.2 : Types	<ul style="list-style-type: none"> • Documents de mise en œuvre de l'ATPC • Rapports activités • Documents de S&E • Acteurs institutionnels et collectivités 	<ul style="list-style-type: none"> • Analyse documentaire • Entretien individuel • Administration de questionnaire • Focus group 	<ul style="list-style-type: none"> • Analyse de contenus • Statistiques descriptives • Triangulation des sources/méthodes

Questions d'évaluations	Sous-Questions	Indicateurs clés	Sources de données	Méthodes de collecte	Méthodes d'analyse
d'assainissement ?		d'actions ou mesures prises au niveau communautaire pour instaurer les principes d'égalité dans l'accès aux services d'assainissement	<ul style="list-style-type: none"> • Partenaires de mise en œuvre (ONG nationales et locales) • Leaders communautaires • Titulaires de droits 	<ul style="list-style-type: none"> • Cartographie corporelle • Observation directe 	
QE25. Dans quelle mesure les résultats équitables ont-ils été obtenus avec les programmes d'assainissement communautaire (par sexe, selon le degré de vulnérabilité des populations etc.)	SQ.25.1 : En quoi le programme a instauré le principe d'équité dans l'accès aux services d'assainissement ?	<p>Ind.25.1.1 : Proportion des personnes vulnérables (femmes, jeunes, handicapées) ayant été ciblées</p> <p>Ind.25.1.2 : Proportion des personnes vulnérables (femmes, jeunes, handicapées) ayant accès aux services d'assainissement</p> <p>Ind.25.1.3 : Types d'actions ou mesures prises au niveau communautaire pour instaurer les principes d'équité</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Documents de l'ATPC, • Rapports d'activités • Documents de S&E • Acteurs institutionnels et collectivités • Partenaires de mise en œuvre (ONG nationales et locales) • Leaders communautaires • Titulaires de droits 	<ul style="list-style-type: none"> • Analyse documentaire • Entretien individuel • Administration de questionnaire • Focus group • Cartographie corporelle • Observation directe 	<ul style="list-style-type: none"> • Analyse de contenus • Statistiques descriptives • Triangulation des sources/méthodes

Questions d'évaluations	Sous-Questions	Indicateurs clés	Sources de données	Méthodes de collecte	Méthodes d'analyse
		dans l'accès aux services d'assainissement			

Annexe 3 : Outils de collecte de données



Formulaire de consentement éclairé et d'autorisation de droit à l'image

Bonjour. Nous vous remercions pour votre accueil et votre disponibilité. Je m'appelle..... Nous sommes là dans le cadre de l'évaluation du programme « Assainissement Total piloté par la Communauté (ATPC) mis en œuvre par l'UNICEF et ses partenaires. Cette évaluation est réalisée par le Cabinet d'Études "Associés en Management public et Développement" (AMD International) basé au Burkina Faso, que je représente. Nous aimerions nous entretenir avec vous sur ce sujet suivant une enquête visant à dresser le bilan de l'état d'avancement et des réalisations dans la mise en œuvre du programme ATPC de l'UNICEF de 2018 à 2022 et mesurer les progrès accomplis par rapport aux résultats attendus. L'enquête se présentera sous forme de questions-réponses avec des prises de vue sur vos infrastructures/dispositifs d'eau, d'hygiène et d'assainissement.

Nous tenons à vous rassurer sur la confidentialité des informations que nous aurons à recueillir avec votre consentement selon notre politique de protection des données à caractère personnel. En effet, votre nom ne sera pas cité aucunement. Votre importante participation à cette évaluation est libre et non rémunérée et permettrait de soutenir l'analyse de la performance du programme. Nous n'attendons pas de vous une réponse particulière et sollicitons de vous des réponses qui reflètent au mieux la réalité. Sentez-vous libre de répondre aux questions à votre rythme. N'hésitez pas à nous poser des questions, nous y répondrons volontiers et dans les limites maîtrisées. Vous pouvez également interrompre votre participation à cette enquête à tout moment si vous estimez que notre démarche ne rencontre pas votre agrément.

Nos échanges dureront entre 30 à 45 mn. Je sollicite votre accord de principe pour commencer l'interview si vous acceptez de participer à cette enquête.

Je soussigné(e), Monsieur/Madame

Localité :

Fonction :

Structure :

Contact :

Considérant, l'objectif qui est de fournir à la fois aux donateurs (responsabilité verticale) et aux titulaires de droits (responsabilité horizontale) des preuves solides et arguments d'aide à la décision sur la mesure dans laquelle les programmes/les interventions dans chacune des localités concernées ont produit les résultats escomptés.

Considérant, les principales parties prenantes engagées dans la présente enquête, le Bureau Pays de UNICEF au Sénégal, les départements ministériels en charge de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène, les collectivités territoriales, les ONG et les associations.

	OUI	NON
✓ Je marque mon consentement éclairé pour participer à l'évaluation ;		
✓ Je marque mon consentement éclairé pour l'enregistrement de l'entretien ;		
✓ Je marque mon consentement pour la prise de photo des infrastructures d'eau, d'hygiène et d'assainissement de mon ménage et de ma personne ;		

Ces dispositions sont portées à ma connaissance, dans le cadre de l'application de la législation relative au respect de la vie privée.

J'accorde cette autorisation à titre gracieux.

Fait, à..... Le :

Pour servir et valoir ce que de droit

Signature/Empreinte



Outil 1 : Questionnaire Ménages (Chef de ménage ou représentant du chef de ménage et épouse du chef de ménage)

Questionnaire adressé aux Ménages		
Section	Questions & Modalités de réponse	Code
CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ		
Lire - Expliquer et Faire signer le formulaire de consentement		
Section 01	INFORMATIONS SUR LA COLLECTE	IC
IC. 01	Date de l'interview	
IC. 02	Nom & Prénom(s) de l'enquêteur	
IC. 03	Heure de début de l'interview	
IC. 04	Heure de fin de l'interview	
IC. 05	Points GPS de la localité	
Section 02	PROFIL DU MÉNAGE	
	<i>Caractéristiques socio-démographiques</i>	CSD
CSD. 01	Région	
CSD. 03	Commune	
CSD. 04	Village	
CSD. 05	Nom & Prénom(s) du répondant	
CSD. 06	Statut du répondant	QCU
	<i>Chef du ménage</i>	1
	<i>Épouse du chef du ménage</i>	2

Questionnaire adressé aux Ménages		
Section	Questions & Modalités de réponse	Code
	<i>Enfant du chef de ménage</i>	3
	<i>Autre à préciser</i>	99
CSD. 07	Sexe du répondant	QCU
	<i>Masculin</i>	1
	<i>Féminin</i>	2
CSD. 08	Âge du répondant en année [<i>âge au dernier anniversaire</i>]	
CSD. 09	Quel est votre statut matrimonial ? (<i>Encadrez la réponse correspondante</i>)	QCU
	<i>Marié(e)</i>	1
	<i>Veuf (ve)</i>	2
	<i>Divorcé(e)</i>	3
	<i>Célibataire</i>	4
	<i>Autre à préciser</i>	99
CSD. 10	Combien d'épouses avez-vous ?	Nbre
CSD. 11	Quel est le nombre de personnes vivant dans le ménage par sexe ?	Nbre
	<i>Dont sexe masculin</i>	Nombre
	<i>Dont sexe féminin</i>	Nombre
CSD. 12	Quel est le nombre de personnes vivant dans le ménage par tranche d'âge ?	Nbre
	<i>De 0 à 10 ans</i>	Nombre
	<i>De 11 à 18 ans</i>	Nombre
	<i>De 19 à 24 ans</i>	Nombre
	<i>De 25 à 64 ans</i>	Nombre

Questionnaire adressé aux Ménages		
Section	Questions & Modalités de réponse	Code
	<i>De plus de 65 ans</i>	Nombre
CSD. 13	Avez-vous au sein de votre ménage au moins un enfant vivant avec un handicap ?	QCU
	<i>Oui</i>	
	<i>Non</i>	
CSD. 14	Combien de personnes dans votre ménage vivent avec un handicap ?	Nombre
	Dont moteur	Nombre
	Dont visuel	Nombre
	Dont auditif	Nombre
	Dont mental	Nombre
	Autre (à préciser)	Nombre
CSD. 15	Quel est votre niveau d'instruction scolaire ?	QCU
	<i>Supérieur</i>	1
	<i>Secondaire</i>	2
	<i>Primaire</i>	3
	<i>Alphabétisé</i>	4
	<i>Sans instruction</i>	5
CSD. 16	Quelle est votre activité principale ?	QCU
	<i>Travaux ménagers</i>	1
	<i>Agriculture</i>	2
	<i>Élevage</i>	3
	<i>Pêche</i>	4

Questionnaire adressé aux Ménages		
Section	Questions & Modalités de réponse	Code
	<i>Commerce</i>	5
	<i>Artisanat</i>	6
	<i>Fonction publique</i>	7
	<i>Salarié du privé</i>	8
	<i>Études (Elève/étudiant)</i>	9
	Retraité	10
	Guide religieux	11
	<i>Autre (à préciser)</i>	99
CSD. 17	De quelle ethnie êtes-vous ?	Texte
CSD. 18	De quelle religion êtes-vous ?	QCU
	<i>Musulman(e)</i>	1
	<i>Chrétien(ne)</i>	2
	<i>Animiste</i>	3
	<i>Autre à préciser</i>	99
CPPA	Connaissance de la population par rapport au Programme ATPC de l'UNICEF dans leurs localités	PM
CPPA. 1	Avez-vous déjà entendu parler du Programme ATPC de l'UNICEF ?	QCU
	Oui	1
	Non	2
CPPA. 2	Si oui, comment avez-vous entendu parler du Programme ATPC de l'UNICEF ?	QCM
	Réunions/animations communautaires	1
	Radio/TV	2

Questionnaire adressé aux Ménages		
Section	Questions & Modalités de réponse	Code
	Affiches/Brochures	3
	Voisins/Amis	4
	Écoles	5
	Autre à préciser	6
CPPA. 3	Connaissez-vous les objectifs du Programme ATPC de l'UNICEF ?	QCU
	Oui	1
	Non	2
	Partiellement	3
CPPA. 4	Selon vous, quels sont les objectifs du Programme ATPC ?	QCM
	Éradiquer la défécation à l'air libre	1
	Améliorer l'accès à l'eau potable	2
	Augmenter la scolarisation des enfants	3
	Sensibiliser sur la GHM	4
	Autre à préciser	5
CPPA. 5	Votre communauté a-t-elle été impliquée dans des activités du Programme ATPC ?	QCU
	Oui	1
	Non	2
	Ne sais pas	88
CPPA. 6	Si oui, de quelle manière avez-vous ou votre ménage a participé aux activités du Programme ATPC ?	QCM
	Participation à des réunions d'information et sensibilisations	1
	Construction de latrines familiales	2

Questionnaire adressé aux Ménages		
Section	Questions & Modalités de réponse	Code
	Participation à des ateliers de formation	3
	Engagement dans des actions de suivi post-certification	4
	Engagement dans des actions de suivi post-déclenchement	5
	Aucune participation	99
Section 03	PERTINENCE	PM
PER. 01	Quels étaient vos besoins prioritaires en matière de WASH avant les interventions FDAL dans votre communauté ? SQ.1.1	QCM
	<i>Sensibilisations sur les bonnes pratiques d'hygiène, d'assainissement et de GHM</i>	1
	<i>Compétences techniques pour la construction de latrine familiale</i>	2
	<i>Moyens financiers pour la construction de latrine familiale</i>	3
	<i>Moyens financiers pour l'entretien des latrines (achat de savons, réparation)</i>	4
	<i>Accès à des sources d'eau potable</i>	5
	<i>Moyens financiers pour acquérir des dispositifs de lavage des mains (DLM)</i>	6
	<i>Moyens financiers pour acquérir des serviettes hygiéniques</i>	7
	<i>Ne sait pas</i>	8
	<i>Autres à préciser</i>	99
PER. 02	Pensez-vous que vos besoins prioritaires d'hygiène et d'assainissement ont été pris en compte à travers la mise en œuvre du programme ATPC de l'UNICEF ? SQ.1.3	QCU
	<i>Oui</i>	1
	<i>Non</i>	2

Questionnaire adressé aux Ménages		
Section	Questions & Modalités de réponse	Code
PER. 03	Quels sont vos besoins qui n'ont pas été pris en compte à travers la mise en œuvre du programme ATPC de l'UNICEF ? SQ.1.3	QCM
	<i>Sensibilisations sur les bonnes pratiques d'hygiène, d'assainissement et de GHM</i>	1
	<i>Compétences techniques pour la construction de latrine familiale</i>	2
	<i>Moyens financiers pour la construction de latrine familiale</i>	3
	<i>Moyens financiers pour l'entretien des latrines (achat de savons, réparation)</i>	4
	<i>Accès à des sources d'eau potable</i>	5
	<i>Moyens financiers pour acquérir des dispositifs de lavage des mains (DLM)</i>	6
	<i>Moyens financiers pour acquérir des serviettes hygiéniques</i>	7
	<i>Autres à préciser</i>	99
PER.04	Quel a été l'impact de la pandémie de la COVID 19 sur vos besoins en matière WASH ? SQ.1.4	
	<i>Augmentation des besoins en matière d'hygiène (dispositif de lavage de main, savon, Gel hydroalcoolique et autres produits d'hygiène y inclus les serviettes hygiéniques)</i>	1
	<i>Diminution des besoins en matière d'hygiène (dispositif de lavage de main, savon, Gel hydroalcoolique et autres produits d'hygiène)</i>	2
	<i>Augmentation des besoins en matière d'assainissement (construction de latrines)</i>	3
	<i>Diminution des besoins en matière d'assainissement (construction de latrines)</i>	4
	<i>Autres à préciser</i>	99
Section 04	EFFICACITÉ	EFCA
EFCA. 01	Avez-vous pris conscience des risques liés à la DAL ? SQ.5.2	QCU
	<i>Oui</i>	1

Questionnaire adressé aux Ménages		
Section	Questions & Modalités de réponse	Code
	<i>Non</i>	2
EFCA. 02	Si oui, selon vous, pourquoi doit-on abandonner la DAL ? SQ.5.2	QCM
	<i>Éviter les maladies hydro-fécales</i>	1
	<i>Éviter les violences physiques ou sexuelles</i>	2
	<i>Éviter les animaux dangereux (serpent, scorpions, etc.)</i>	3
	<i>Préserver l'intimité/la dignité</i>	4
	<i>Ne sais pas</i>	90
	<i>Autres à préciser</i>	99
EFCA. 03	Selon vous, quels sont les facteurs qui ont favorisé la construction et l'utilisation des latrines dans votre localité ? SQ.5.1 & SQ.5.2	QCM
	<i>Us, coutumes ou tradition</i>	1
	<i>Appuis techniques (formations) et financiers de l'État, des collectivités, des ONG ou autres acteurs</i>	2
	<i>Entraide communautaire</i>	3
	<i>Sensibilisations sur l'hygiène, l'assainissement et la GHM</i>	4
	<i>Disponibilité des matériels et des matériaux de construction</i>	5
	<i>Autres à préciser</i>	99
EFCA. 04	Quelles sont les activités et approches qui vous ont le plus marqué et qui ont provoqué le changement de comportement en matière de DAL et de lavage des mains ? SQ.5.1 & SQ.5.2	QCM
	<i>Émissions radio/télé</i>	1
	<i>Théâtre-forum</i>	2
	<i>Caravanes</i>	3
	<i>Visites à domicile</i>	4
	<i>Mobilisation sociale à la place du village</i>	5

Questionnaire adressé aux Ménages		
Section	Questions & Modalités de réponse	Code
	<i>Visite des lieux de défécation</i>	6
	<i>Exposition aux expériences de contamination</i>	7
	<i>Calcul des dépenses médicales</i>	8
	<i>Prise d'engagements publics</i>	9
	<i>Autre (préciser)</i>	99
EFCA. 05	Selon vous, quels sont les facteurs qui ne favorisent pas la construction et l'utilisation des latrines dans votre localité ? SQ.6.1 & SQ.6.2	QCM
	<i>Us, coutumes ou tradition</i>	1
	<i>Absence de compétences techniques (maçons expérimentés) pour la construction des latrines</i>	2
	<i>Absence d'entraide communautaire</i>	3
	<i>Faible accessibilité des matériels et matériaux de construction</i>	4
	<i>Pauvreté (Manque de moyens financiers)</i>	5
	<i>Autres à préciser</i>	99
EFCA. 06	Quelles sont les personnes qui vous ont le plus influencé et motivé à changer de comportements en matière de DAL et à construire votre latrine ? SQ.5.1 & SQ.5.2	QCM
	<i>Élus locaux</i>	1
	<i>Chef de village</i>	2
	<i>Leaders religieux</i>	3
	<i>Relais communautaires et Groupement de Promotion féminine (GPF)</i>	4
	<i>Animateurs ou facilitateurs de la collectivité ou des ONG/Associations</i>	5
	<i>Agents de santé</i>	6
	<i>Agents de l'éducation</i>	7
	<i>Mon (ma) Conjoint(e)</i>	8

Questionnaire adressé aux Ménages		
Section	Questions & Modalités de réponse	Code
	<i>Mes enfants</i>	9
	<i>Voisins/ami(e)s</i>	90
	<i>Autre (préciser)</i>	99
EFCA. 07	Votre village dispose-t-il aujourd'hui d'au moins un maçon expérimenté pour la construction des latrines ? SQ.8.3	QCU
	<i>Oui</i>	1
	<i>Non</i>	2
	<i>Ne sait pas</i>	
EFCA. 08	Votre village dispose-t-il aujourd'hui de matériaux et articles pour la construction et l'équipement des latrines ? SQ.8.3	QCU
	<i>Oui</i>	1
	<i>Non</i>	2
EFCA. 09	À qui avez-vous fait appel pour la construction de votre latrine familiale ? SQ.3.1 & SQ.8.3	QCU
	<i>Maçon expérimenté</i>	1
	<i>Personne-ressource (non expérimentée)</i>	2
	<i>Soi-même (chef de ménage & membres du ménage)</i>	3
	<i>Travail collectif (appui communautaire)</i>	4
	<i>Ne sait pas</i>	90
EFCA. 10	Avez-vous déjà réfectionné la superstructure de votre toilette/latrine ? SQ.3.1 & SQ.8.3	QCU
	<i>Oui</i>	1
	<i>Non</i>	2

Questionnaire adressé aux Ménages		
Section	Questions & Modalités de réponse	Code
EFCA. 11	Si Oui, quand l'avez-vous réfectionné ? SQ.3.1 & SQ.8.3	Année
EFCA. 12	Quand comptez-vous effectuer la prochaine réfection de la superstructure de votre toilette/latrine ? SQ.3.1 & SQ.8.3	Année
Section 05	EFFICIENCE	EFCI
EFCI. 01	Combien avez-vous dépensé pour construire votre latrine familiale ? SQ.11.6	Valeur
EFCI. 02	Ce coût est-il accessible pour la plupart des ménages de votre village ? SQ.11.6	QCU
	<i>Oui</i>	1
	<i>Non</i>	2
EFCI. 03	Comment avez-vous financé la construction de votre latrine ? SQ.11.1	QCM
	<i>Ressources propres du ménage</i>	1
	<i>Emprunt (microfinance ou individu)</i>	2
	<i>Aide d'une ONG</i>	3
	<i>Subvention de l'État/Collectivité</i>	4
	<i>Autre à préciser</i>	99
EFCI. 04	Combien avez-vous dépensé pour construire votre dispositif de lavage des mains (DLM) ? SQ.11.6	Valeur
EFCI. 05	Existe-t-il aujourd'hui des institutions de microfinance prêtes à accompagner financièrement les ménages dans la construction des latrines ? SQ.11.1	QCU
	<i>Oui</i>	1
	<i>Non</i>	2

Questionnaire adressé aux Ménages		
Section	Questions & Modalités de réponse	Code
EFCI. 06	Où avez-vous trouvé les matériaux pour la construction de votre latrine familiale ? SQ12.1	QCU
	<i>Dans le village (Niveau local)</i>	1
	<i>Dans un village voisin</i>	2
	<i>En ville</i>	3
	<i>Ne sait pas</i>	90
	<i>Autre à préciser</i>	99
EFCI. 07	Êtes-vous satisfait(e) de la qualité des matériaux que vous avez achetés ? SQ12.1	QCU
	<i>Oui</i>	1
	<i>Non</i>	2
	<i>Pas d'avis</i>	
Section 06	IMPACT	IMP
IMP. 01	Selon vous, est-ce que la prévalence des maladies du péril fécal (choléra, paludisme, fièvre typhoïde, dysenterie, tuberculose, etc.) dans votre village a changé après la mise en œuvre du programme ATPC par rapport à la situation avant l'intervention ? SQ.13.1	QCU
	<i>Baisse</i>	1
	<i>Hausse</i>	2
	<i>Constance</i>	3
	<i>Ne sait pas</i>	90
IMP. 02	Comment appréciez-vous la prévalence des maladies du péril fécal (choléra, paludisme, fièvre typhoïde, dysenterie, tuberculose, etc.) dans votre village par rapport aux villages n'ayant pas bénéficié du programme ATPC ? SQ.13.1	QCU
	<i>Faible</i>	1

Questionnaire adressé aux Ménages		
Section	Questions & Modalités de réponse	Code
	<i>Élevée</i>	2
	<i>Égale</i>	3
	<i>Ne sait pas</i>	90
IMP. 03	Selon vous, est-ce que la prévalence de la malnutrition dans votre village a changé après la mise en œuvre du programme ATPC par rapport à la situation avant l'intervention ? SQ.13.2	QCU
	<i>Baisse</i>	1
	<i>Hausse</i>	2
	<i>Constance</i>	3
	<i>Ne sait pas</i>	90
IMP. 04	Comment appréciez-vous la prévalence de la malnutrition dans votre village par rapport aux villages n'ayant pas bénéficié du programme ATPC ? SQ.13.2	QCU
	<i>Faible</i>	1
	<i>Élevée</i>	2
	<i>Égale</i>	3
	<i>Ne sait pas</i>	90
IMP. 05	Selon vous, est-ce que la fréquentation scolaire des enfants en particulier des filles dans votre village a changé après la mise en œuvre du programme ATPC par rapport à la situation avant l'intervention ? SQ.13.3	QCU
	<i>Baisse</i>	1
	<i>Hausse</i>	2
	<i>Constance</i>	3
	<i>Ne sait pas</i>	90

Questionnaire adressé aux Ménages		
Section	Questions & Modalités de réponse	Code
IMP. 06	Comment appréciez-vous la fréquentation scolaire des enfants en particulier des filles dans votre village par rapport aux villages n'ayant pas bénéficié du programme ATPC ? SQ.13.3	QCU
		<i>Faible</i> 1
		<i>Élevée</i> 2
		<i>Égale</i> 3
		<i>Ne sait pas</i> 90
IMP. 07	Selon vous, est-ce que les violences faites aux femmes et aux filles (sexuelles) dans votre village ont changé après la mise en œuvre du programme ATPC par rapport à la situation avant l'intervention ? SQ.13.4	QCU
		<i>Baisse</i> 1
		<i>Hausse</i> 2
		<i>Constance</i> 3
		<i>Ne sait pas</i> 90
IMP. 08	Comment appréciez-vous la situation des violences faites aux femmes et aux filles (sexuelles) dans votre village par rapport aux villages n'ayant pas bénéficié du programme ATPC ? SQ.13.4	QCU
		<i>Faibles</i> 1
		<i>Élevées</i> 2
		<i>Égales</i> 3
		<i>Ne sait pas</i> 90
IMP. 09	Selon vous, est-ce que le temps que les femmes accordent aux corvées d'eau dans votre village a changé après la mise en œuvre du programme ATPC par rapport à la situation avant l'intervention ? SQ.13.5	QCU
		<i>Baisse</i> 1
		<i>Hausse</i> 2

Questionnaire adressé aux Ménages		
Section	Questions & Modalités de réponse	Code
	<i>Constance</i>	3
	<i>Ne sait pas</i>	90
IMP. 10	Comment appréciez-vous le temps que les femmes accordent aux corvées d'eau dans votre village par rapport aux villages n'ayant pas bénéficié du programme ATPC ? SQ.13.5	QCU
	<i>Faible</i>	1
	<i>Élevé</i>	2
	<i>Égale</i>	3
	<i>Ne sait pas</i>	90
IMP. 11	Selon vous, est-ce que le taux d'enregistrement à l'état civil (naissance, décès) dans votre village a changé après la mise en œuvre du programme ATPC par rapport à la situation avant l'intervention ? SQ.13.6	QCU
	<i>Baisse</i>	1
	<i>Hausse</i>	2
	<i>Constance</i>	3
	<i>Ne sait pas</i>	90
IMP. 12	Comment appréciez-vous le taux d'enregistrement à l'état civil (naissance, décès) dans votre village par rapport aux villages n'ayant pas bénéficié du programme ATPC ? SQ.13.5	QCU
	<i>Faible</i>	1
	<i>Élevé</i>	2
	<i>Égale</i>	3
	<i>Ne sait pas</i>	90
IMP. 13	Depuis 2020, qu'avez-vous constaté dans votre village avec la pandémie de la COVID-19 en matière d'hygiène et d'assainissement ? SQ.16.1	QCM
	<i>Beaucoup de sensibilisation sur l'hygiène, l'assainissement et la GHM</i>	1

Questionnaire adressé aux Ménages		
Section	Questions & Modalités de réponse	Code
	<i>Beaucoup de construction de latrines par les ménages</i>	2
	<i>Beaucoup de construction de latrines dans les lieux publics (école, centre de santé, marchés, lieux de culte)</i>	3
	<i>Mise en place de DLM dans les lieux publics</i>	4
	<i>Mise en place de DLM dans les lieux publics (école, centre de santé, marchés, lieux de culte)</i>	5
	<i>Rien n'a changé</i>	6
	<i>Ne sait pas</i>	90
	<i>Autre à préciser</i>	99
IMP. 14	L'eau est-elle disponible au point principal d'approvisionnement au moment de l'enquête? SQ.14.5 (constat avant d'encercler la réponse)	QCU
	<i>Oui</i>	1
	<i>Non</i>	2
	<i>Ne sait pas</i>	90
IMP. 15	Quelle est la principale source d'approvisionnement en eau du ménage ? SQ.14.5	QCU
	<i>Eau courante (Robinet)</i>	1
	<i>Forage</i>	2
	<i>Puits protégé</i>	3
	<i>Puits non protégé</i>	4
	<i>Eau de pluie</i>	5
	<i>Camion-citerne</i>	6
	<i>Eaux de surface (rivière/barrage/lac/mare)</i>	7
	<i>Autre à préciser</i>	99
	<i>Ne sait pas</i>	90

Questionnaire adressé aux Ménages		
Section	Questions & Modalités de réponse	Code
IMP. 16	À quelle distance se situe le principal point d'approvisionnement en eau du ménage ? SQ.14.5	QCU
	<i>Sur place</i>	1
	<i>Dans un rayon de 500 m</i>	2
	<i>Dans un rayon de plus de 500 m</i>	3
	<i>Ne sait pas</i>	90
IMP. 17	Avez-vous suffisamment d'eau pour les besoins suivants ? SQ.14.5	QCM
	<i>Boisson</i>	1
	<i>Entretien de la latrine familiale</i>	2
	<i>Alimentation du dispositif de lavage des mains</i>	3
	<i>Autre à préciser</i>	99
IMP. 18	Où avez-vous l'habitude de faire vos besoins (lieu de défécation) ? SQ14.2	QCM
	<i>Air libre (buissons, forêt, champs, cours d'eau, plage, etc.)</i>	1
	<i>Latrine familiale</i>	2
	<i>Latrine des voisins</i>	3
	<i>Latrine communautaire (école, marché, mosquée, église, centre de santé)</i>	4
IMP. 19	Est-ce que le ménage dispose de latrine ?	QCU
	<i>Oui</i>	1
	<i>Non</i>	2
IMP. 20	<i>Si oui prise d'image de latrine familiale</i>	Photos
IMP. 21	Est-ce que votre latrine familiale dispose d'un dispositif de lavage des mains (DLM) ? SQ.14.3 (constat avant d'encercler la réponse)	QCU

Questionnaire adressé aux Ménages		
Section	Questions & Modalités de réponse	Code
	<i>Oui</i>	1
	<i>Non</i>	2
IMP. 22	<i>Si oui, prise d'image du dispositif de lavage des mains (DLM)</i>	Photos
IMP. 23	Si Oui, est-ce que le DLM comporte les éléments suivants : SQ.14.3 (constat avant d'encercler la réponse)	QCM
	<i>Eau</i>	1
	<i>Savon</i>	2
	<i>Cendres</i>	3
	<i>Autres à préciser</i>	99
IMP. 24	Combien de toilettes/latrines familiales disposez-vous ? SQ.14.1 (constat avant d'encercler la réponse)	QCM
	<i>1 latrine</i>	1
	<i>2 latrines</i>	2
	<i>Plus de 2 latrines</i>	3
	<i>Aucune latrine</i>	4
IMP. 25	Depuis quand (Année de construction) la latrine familiale existe-t-elle ? SQ.14.1	Année
IMP. 26	Combien de personnes utilisent la latrine familiale ? SQ.14.2	Nombre
IMP. 27	Est-ce que tous les membres du ménage utilisent effectivement la latrine familiale ? SQ.14.2	QCU
	<i>Oui</i>	1
	<i>Non</i>	2

Questionnaire adressé aux Ménages		
Section	Questions & Modalités de réponse	Code
IMP. 28	Sinon, pourquoi certains dans le ménage n'utilisent-ils pas la latrine familiale ? SQ.14.2	QCM
	<i>N'aime pas déféquer dans une latrine</i>	1
	<i>Latrine non adaptée (Personnes handicapées/âgées)</i>	2
	<i>Fosse pleine</i>	3
	<i>Manque de sécurité (Risque d'effondrement de la dalle, etc.)</i>	4
	<i>Insalubrité et mauvaises odeurs</i>	5
	<i>Décision du chef de famille</i>	6
	<i>Autres à préciser</i>	99
IMP. 29	Est-ce que tous les membres du ménage utilisent effectivement le dispositif de lavage des mains à la sortie des latrines ? SQ.14.4	QCU
	<i>Oui</i>	1
	<i>Non</i>	2
Section 07	DURABILITÉ	DUR
DUR. 01	Selon vous, quels sont les facteurs qui vous amènent à abandonner complètement la Défécation à l'air libre (DAL) et de rester dans un statut FDAL ? SQ.21.1	QCM
	<i>Fierté de posséder une latrine ou de ressembler aux autres</i>	1
	<i>Commodité et confort de la latrine</i>	2
	<i>Préservation de l'intimité et de la dignité</i>	3
	<i>Protection contre les violences (sexuelles, physique...) et les dangers de la nature</i>	4
	<i>Croyances culturelles ou religieuses</i>	5
	<i>Sensibilisations & Visites de suivi, de contrôle et de conseil</i>	6

Questionnaire adressé aux Ménages		
Section	Questions & Modalités de réponse	Code
	<i>Poursuite des sensibilisations sur l'H&A</i>	7
	<i>Santé (Protection contre les maladies hydro-fécales)</i>	8
	<i>Récompenses/incitations</i>	9
	<i>Contraintes (amendes, pénalités, sanctions au niveau communautaire)</i>	10
	<i>Absence ou disparition des buissons pour pratiquer la DAL</i>	11
	<i>Ne sait pas</i>	90
	<i>Autre à préciser</i>	99
DUR. 02	Quels sont les facteurs qui vous conduisent à retourner aux pratiques de DAL après la certification FDAL ? SQ.22.1	QCM
	<i>Insalubrité (odeurs) et manque de confort</i>	1
	<i>Crainte pour sa sécurité (effondrement de la dalle, chute dans la fosse)</i>	2
	<i>Éloignement de la maison/manque d'éclairage</i>	3
	<i>Contraintes financières (coût des entretiens, réparations et renouvellement)</i>	4
	<i>Partage avec des tiers (manque de séparation)</i>	5
	<i>Croyances culturelles ou religieuses</i>	6
	<i>Cessation du soutien/subvention</i>	7
	<i>Pression des influenceurs négatifs</i>	8
	<i>Ne sait pas</i>	90
	<i>Autre à préciser</i>	99
DUR. 03	Quels sont les facteurs qui vous conduisent à abandonner les bonnes pratiques en matière d'hygiène (lavage des mains) ? SQ.20.1	QCM
	<i>Contraintes financières (Achat du DLM, du savon)</i>	1
	<i>Pression des influenceurs négatifs</i>	2
	<i>Manque d'eau potable</i>	3

Questionnaire adressé aux Ménages		
Section	Questions & Modalités de réponse	Code
	<i>Ne sait pas</i>	90
	<i>Autre à préciser</i>	99
DUR. 04	Quels sont les principaux facteurs qui vous incitent à construire des latrines familiales durables ? SQ.20.2	QCM
	<i>État du terrain/sol local</i>	1
	<i>Disponibilité de terrain, matériaux, main-d'œuvre</i>	2
	<i>Disponibilité en eau</i>	3
	<i>Qualité de la construction initiale</i>	4
	<i>Conseils techniques, savoir</i>	5
	<i>Existence de subventions/aide</i>	6
	<i>Caractère abordable, faible coût</i>	7
	<i>Soutien des autres membres de la communauté</i>	8
	<i>Ne sait pas</i>	90
	<i>Autre à préciser</i>	99
DUR. 05	Pensez-vous que votre village sera en mesure de maintenir durablement ses acquis en matière d'abandon des pratiques DAL (statut FDAL) ? SQ20.2	QCU
	<i>Oui</i>	1
	<i>Non</i>	2
DUR. 06	Si non, pourquoi ? SQ20.2	Texte
DUR. 07	Quels sont les moments critiques de lavage des mains ? SQ19.1	QCM
	<i>Avant de préparer à manger</i>	1
	<i>Avant de manger</i>	2
	<i>Avant de donner à manger aux enfants (allaitement y compris)</i>	3

Questionnaire adressé aux Ménages		
Section	Questions & Modalités de réponse	Code
	<i>Après être allée aux toilettes</i>	4
	<i>Après avoir nettoyé les selles du bébé</i>	5
	<i>Ne sait pas</i>	90
	<i>Autres à préciser</i>	99
DUR. 08	Comment assurez-vous l'entretien de votre latrine familiale ? SQ19.1	QCM
	<i>Nettoyage régulier (balai, gants, détergent, etc.)</i>	1
	<i>Dépôt de cendres pour élimination des odeurs</i>	2
	<i>Couverture de la fosse par un couvercle</i>	3
	<i>Maintenance de la superstructure</i>	4
	<i>Ne sait pas</i>	90
	<i>Autres à préciser</i>	99
DUR. 09	Existe-t-il des actions ou initiatives locales permettant d'abandonner la pratique de DAL ou de maintenir le statut FDAL ? SQ19.2	QCM
	<i>Mise en place du comité Local de Suivi du village (comités ATPC)</i>	1
	<i>Contraintes (amendes, pénalités, sanctions au niveau communautaire)</i>	2
	<i>Autres à préciser</i>	99
Section 08	GENRE, DROITS HUMAINS & ÉQUITÉ (QUESTIONS SPÉCIFIQUES À L'ÉPOUSE DU CHEF DE MÉNAGE)	GDHE
GDHE. 01	Avez-vous été impliquée dans la décision de construction de la latrine familiale SQ.23.4	QCU
	<i>Oui</i>	1
	<i>Non</i>	2
GDHE. 02	Si Oui, quel était votre niveau d'implication ? SQ.23.4	

Questionnaire adressé aux Ménages		
Section	Questions & Modalités de réponse	Code
	<i>J'ai juste été informée</i>	1
	<i>Participation au choix du lieu d'implantation</i>	2
	<i>Participation au choix du type de latrine</i>	3
	<i>Participation au choix des matériaux de construction</i>	4
	<i>Autre à préciser</i>	99
GDHE. 03	Vos avis ont-ils été pris en compte par le chef de ménage dans la construction de la latrine familiale ? SQ.23.4	QCU
	<i>Oui, entièrement</i>	1
	<i>Oui, partiellement</i>	2
	<i>Non</i>	3
GDHE. 05	Quelles personnes s'occupent au quotidien de l'entretien de la latrine familiale et du DLM ? SQ.24.1	QCM
	<i>L'homme (chef de ménage)</i>	1
	<i>La femme (épouse du chef de ménage)</i>	2
	<i>Les garçons</i>	3
	<i>Les filles</i>	4
	<i>Tout le monde</i>	5
	<i>Autre à préciser</i>	99
GDHE. 06	Selon vous, la latrine familiale satisfait-elle à vos besoins sur les points suivants ? SQ 25.1	QCU
	<i>a. Séparation homme-femme</i>	
	<i>Oui</i>	1
	<i>Non</i>	2
	<i>b. Sécurité/sureté</i>	

Questionnaire adressé aux Ménages		
Section	Questions & Modalités de réponse	Code
	<i>Oui</i>	1
	<i>Non</i>	2
	<i>c. Espace suffisant</i>	
	<i>Oui</i>	1
	<i>Non</i>	2
	<i>d. Salubrité (caractère hygiénique)</i>	
	<i>Oui</i>	1
	<i>Non</i>	2
	<i>e. Proximité</i>	
	<i>Oui</i>	1
	<i>Non</i>	2
	<i>f. Éclairage</i>	
	<i>Oui</i>	1
	<i>Non</i>	2
	<i>g. Intimité (disponibilité de portes)</i>	
	<i>Oui</i>	1
	<i>Non</i>	2
GDHE. 07	Est-ce que vous pouvez utiliser la latrine familiale à tout moment, surtout en cas de grossesse ? SQ 25.1	QCU
	<i>Oui</i>	1
	<i>Non</i>	2
GDHE. 08	Votre latrine familiale est-elle séparée homme et femme ? SQ 24.1	QCU
	<i>Oui</i>	1
	<i>Non</i>	2

Questionnaire adressé aux Ménages		
Section	Questions & Modalités de réponse	Code
GDHE. 09	Les personnes handicapées peuvent-elles utiliser votre latrine familiale ? SQ 25.1	QCU
	<i>Oui</i>	1
	<i>Non</i>	2
GDHE. 10	Les personnes âgées peuvent-elles utiliser votre latrine familiale ? SQ 25.1	QCU
	<i>Oui</i>	1
	<i>Non</i>	2
GDHE. 11	Si non, disposez-vous des compétences techniques pour adapter votre latrine aux personnes handicapées ou personnes âgées ? SQ 25.1	QCU
	<i>Oui</i>	1
	<i>Non</i>	2
GDHE. 12	Si non, disposez-vous des moyens financiers pour adapter votre latrine aux personnes handicapées ou personnes âgées ? SQ 25.1	QCU
	<i>Oui</i>	1
	<i>Non</i>	2
GDHE. 13	Où les enfants à bas âge de votre ménage défèquent-ils ?	QCM
	<i>À l'air libre (dans la cour et la nature)</i>	1
	<i>Dans un pot</i>	2
	<i>Latrine familiale</i>	3
	<i>Autre à préciser</i>	99

Outil 2 : Guide d'observation du ménage et son environnement

Guide d'observation du ménage et son environnement			
Section 01	INDENTIFICATION	ID	Commentaire
ID.01	Date de l'observation		
ID.02	Heure de début de l'observation		
ID.03	Nom & Prénom de l'enquêteur		
ID.04	Région		
ID.05	Commune		
ID.06	Village		
ID.07	Nom & Prénom du chef de ménage [<i>Répondant au questionnaire</i>]		
Section 01	GESTION DU CADRE DE VIE	CDV	Commentaire
CDV.01	Existe-t-il des flaques d'eau (eau stagnante) dans la concession ?	QCU	
	<i>Oui</i>	1	
	<i>Non</i>	2	
CDV.02	Existe-t-il des supports de gestion des déchets solides (balais, poubelle, bac à ordures) ?		
	<i>Oui</i>	1	
	<i>Non</i>	2	
CDV.03	La cour est-elle propre ?		
	<i>Oui</i>	1	

Guide d'observation du ménage et son environnement			
Section 01	IDENTIFICATION	ID	Commentaire
		<i>Non</i>	2
Section 02	SITUATION DES LATRINES	LAT	Commentaire
LAT.01	Existe-t-il de latrines dans le ménage ?	QCU	
		<i>Oui</i>	1
		<i>Non</i>	2
LAT.02	Quels sont les types de latrines disponibles dans le ménage ?	QCU	
	<i>Toilettes à chasse d'eau manuelle ou mécanique</i>	1	
	<i>Latrines à fosse avec dalle</i>	2	
	<i>Latrines à fosse sans dalle</i>	3	
	<i>Latrines suspendues</i>	4	
	<i>Latrines à seau</i>	5	
LAT.03	Les latrines sont-elles effectivement utilisées ? [<i>Traces, indices</i>]	QCU	
		<i>Oui</i>	1
		<i>Non</i>	2
LAT.04	L'intérieur de la latrine est-il propre ? [<i>Présence de fèces & mouches</i>]	QCU	
		<i>Propre</i>	1
		<i>Assez propre</i>	2
		<i>Sale</i>	3
LAT.05	Existe-t-il un couvercle de fermeture du trou de chute ?	QCU	
		<i>Oui</i>	1

Guide d'observation du ménage et son environnement			
Section 01	IDENTIFICATION	ID	Commentaire
		<i>Non</i>	2
LAT.06	Les latrines dégagent-elles des odeurs ?	QCU	
		<i>Oui</i>	1
		<i>Non</i>	2
LAT.07	La latrine permet-elle d'assurer l'intimité des usagers ? (Clôture & porte)	QCU	
		<i>Oui</i>	1
		<i>Non</i>	2
LAT.08	Quel est l'état de la latrine ?	QCU	
		<i>En ruine et non utilisable</i>	1
		<i>Endommagée, mais utilisable</i>	2
		<i>En bon état de fonctionnalité</i>	3
LAT.09	À quelle distance moyenne se situe la latrine par rapport aux utilisateurs ?	QCU	
		<i>Moins de 25 m</i>	1
		<i>Entre 25 et 50 m</i>	2
		<i>Plus de 50 m</i>	3
LAT.09	La latrine est-elle construite avec des matériaux durables/conventionnels (Ciment, fer, etc.) ?	QCU	
		<i>Superstructure en matériaux durables (ciment, fer, etc.)</i>	1
		<i>Dalle en matériaux durables (ciment, fer, etc.)</i>	2

Guide d'observation du ménage et son environnement			
Section 01	IDENTIFICATION	ID	Commentaire
LAT.10	Y a-t-il au moins une toilette/latrine utilisable qui soit accessible aux personnes vulnérables (personnes handicapées, personnes âgées) ?	QCU	
	<i>Oui</i>	1	
	<i>Non</i>	2	
Section 03	GESTION DES EXCRÉTAS	ENF	Commentaire
ENF. 01	Y'a-t-il des fèces près de la latrine ou dans la cour ?	QCU	
	<i>Oui</i>	1	
	<i>Non</i>	2	
ENF. 02	Existe-t-il un pot de défécation des enfants en bas âge	QCU	
	<i>Oui</i>	1	
	<i>Non</i>	2	
Section 04	SITUATION DU DISPOSITIF DE LAVAGE DES MAINS	DLM	Commentaire
DLM. 01	Existe-t-il dans le ménage un dispositif de lave-mains (bouilloire, tipi tap, seau,...) au sortir des latrines ou à l'intérieur ?	QCU	
	<i>Oui</i>	1	
	<i>Non</i>	2	
DLM. 02	Y'a-t-il du savon ou de la cendre près du dispositif de lavage des mains ?	QCU	
	<i>Oui</i>	1	
	<i>Non</i>	2	

Guide d'observation du ménage et son environnement			
Section 01	IDENTIFICATION	ID	Commentaire
DLM. 03	Le dispositif de lave-mains <i>est-il effectivement utilisé ?</i> [Traces, indices]	QCU	
	<i>Oui</i>	1	
	<i>Non</i>	2	
Section 04	GESTION DU CADRE DE VIE	CDV	Commentaire
CDV.01	Existe-t-il des flaques d'eau (eau stagnante) dans la concession ?	QCU	
	<i>Oui</i>	1	
	<i>Non</i>	2	
CDV.02	Existe-t-il des supports de gestion des déchets solides (balais, poubelle, bac à ordures) ?		
	<i>Oui</i>	1	
	<i>Non</i>	2	
CDV.03	La cour est-elle propre ?		
	<i>Oui</i>	1	
	<i>Non</i>	2	

Outil 3 : Guide d'observation des écoles et centres de santé

Guide d'observation des Écoles & Centres de santé			
SECTION 01	IDENTIFICATION	ID	Commentaire
ID.01	Date d'observation		
ID.02	Heure de début de l'observation		
ID.03	Nom & Prénom de l'enquêteur		
ID.04	Région		
ID.05	Commune		
ID.06	Village		
ID.06	Type de structure observée (école ou centre santé)		
ID.07	Nom & Prénom du Responsable d'école ou du centre de santé		
ID.08	Contact du Responsable		
SECTION 02	SITUATION DES LATRINES	LAT	Commentaire
LAT.01	Quelle est la principale source d'approvisionnement en eau de l'école/centre de santé ?	QCU	
	<i>Eau courante (Robinet)</i>	1	
	<i>Forage</i>	2	
	<i>Puits protégé (couvert)</i>	3	
	<i>Puits non protégé</i>	4	
	<i>Eau de pluie</i>	5	

Guide d'observation des Écoles & Centres de santé			
SECTION 01	IDENTIFICATION	ID	Commentaire
	<i>Camion-citerne</i>	6	
	<i>Eaux de surface (rivière/barrage/lac/mare)</i>	7	
	<i>Aucune source d'approvisionnement en eau</i>	8	
LAT.02	Existe-t-il des latrines dans l'école/centre de santé ?	QCU	
	<i>Oui</i>	1	
	<i>Non</i>	2	
LAT.03	Quels sont les types de latrines disponibles dans l'école/centre de santé ?	QCU	
	<i>Toilettes à chasse d'eau manuelle ou mécanique</i>	1	
	<i>Latrines à fosse avec dalle</i>	2	
	<i>Latrines à fosse sans dalle</i>	3	
	<i>Latrines suspendues</i>	4	
	<i>Latrines à seau</i>	5	
LAT.04	Combien de toilettes/latrines destinées aux usagers (élèves/patients) sont actuellement utilisables ?	Nbre	
	<i>Nombre total</i>		
	<i>Nombre de latrines réservées aux filles</i>		
	<i>Nombre de latrines réservées aux garçons</i>		
LAT.05	Quel est l'état de propreté/hygiène à l'intérieur de la latrine ? [<i>Présence de fèces & mouches & fortes odeurs</i>]	QCU	
	<i>Propre</i>	1	
	<i>Assez propre</i>	2	
	<i>Sale</i>	3	

Guide d'observation des Écoles & Centres de santé			
SECTION 01	IDENTIFICATION	ID	Commentaire
LAT.06	Y'a-t-il des fèces près des latrines, dans la cour de l'école/centre de santé ou aux alentours ?	QCU	
	<i>Oui</i>	1	
	<i>Non</i>	2	
LAT.07	La latrine permet-elle d'assurer l'intimité des usagers ? (Clôture & porte)	QCU	
	<i>Oui</i>	1	
	<i>Non</i>	2	
LAT.08	Quel est l'état physique des latrines ?	QCU	
	<i>En ruine et non utilisable</i>	1	
	<i>Endommagée, mais utilisable</i>	2	
	<i>En bon état de fonctionnalité (fonctionnel)</i>	3	
LAT.09	Y a-t-il au moins une toilette/latrine utilisable qui soit accessible aux personnes handicapées (personnes malvoyantes, personnes à mobilité réduite) ?	QCU	
	<i>Oui</i>	1	
	<i>Non</i>	2	
SECTION 03	SITUATION DES DISPOSITIFS DE LAVAGE DES MAINS	DLM	Commentaire
DLM. 01	Existe-t-il un dispositif de lave-mains fonctionnel (bouilloire, tipi tap, seau,) au sortir des latrines ou à l'intérieur ?	QCU	
	<i>Oui</i>	1	
	<i>Non</i>	2	

Guide d'observation des Écoles & Centres de santé			
SECTION 01	IDENTIFICATION	ID	Commentaire
DLM. 02	Y'a-t-il du savon/eau de javel près du dispositif de lavage des mains ?	QCU	
	<i>Oui</i>	1	
	<i>Non</i>	2	
SECTION 04	GESTION HYGIÉNIQUE DES MENSTRUES	ENF	Commentaire
GHM. 01	Les femmes/filles disposent-elles d'au moins une latrine spacieuse pour pouvoir se changer à l'aise et de gérer leur hygiène menstruelle ?	QCU	
	<i>Oui</i>	1	
	<i>Non</i>	2	
GHM. 02	Des poubelles fermées sont-elles installées dans les toilettes des femmes/filles pour qu'elles puissent jeter les produits d'hygiène menstruelle ?	QCU	
	<i>Oui</i>	1	
	<i>Non</i>	2	
GHM. 03	L'école/centre de santé met-elle à disposition des femmes/filles des produits de gestion de l'hygiène menstruelle (serviettes hygiéniques, etc.) ?	QCU	
	<i>Oui</i>	1	
	<i>Non</i>	2	

Outil 4 : Guide pour focus group hommes/femmes dans les zones ciblées par les interventions FDAL

Identification

Date et heure de l'entretien :

Région :

Commune :

Village :

Nom & Prénom(s) de l'agent de collecte :

Répondants	Nom & Prénom	Sexe	Âge	Vulnérabilité	Contact
------------	--------------	------	-----	---------------	---------

Participant 1 :

Participant 2 :

Participant 3 :

Participant 4 :

Participant 5 :

Participant 6 :

Participant 7 :

Participant 8 :

Participant 9 :

Participant 10 :

Participant 11 :

Participant 12 :

Pertinence

1. Êtes-vous au courant du programme ATPC de l'UNICEF visant à mettre fin à la DAL dans votre village ?
2. Comment les besoins prioritaires des hommes, des femmes et des enfants en matière de WASH ou de FDAL avant la mise en œuvre du programme ATPC de l'UNICEF ont-ils été identifiés dans votre village ? Quels étaient ces besoins ? **SQ.1.1**
3. Quels sont les besoins qui ont été pris en compte dans la mise en œuvre des activités du programme ATPC ? **SQ.1.3**

4. Quelles sont les activités mises en œuvre pendant la COVID-19 qui ont permis de répondre au mieux à vos besoins en matière de FDAL ? Comment cela a-t-il modifié vos pratiques ? **SQ.1.4**

Efficacité

5. Quelles sont les activités FDAL qui vous ont le plus marqué et qui ont provoqué une prise de conscience et un changement de comportement à votre niveau en faveur de la FDAL ? Quelles activités auriez-vous aimé voir dérouler autrement ? Comment ? **SQ.4.1**
6. Quels sont les principaux facteurs explicatifs de la pratique de la DAL dans votre village ? **SQ. 6.2**
7. Avez-vous déjà pris part à des activités en lien avec la FDAL ? Quel était votre rôle ? Et qu'avez-vous retenu ? **SQ.8.1**

Efficiace

8. Dites-nous, comment financez-vous la construction de vos latrines familiales ? Si les ressources proviennent d'une source extérieure, sont-elles suffisantes ? Pensez-vous avoir utilisé les ressources mises à votre disposition de façon optimale (sans gaspillage) ? **SQ.11.1, SQ.11.3 et SQ.11.5**
9. Quelles techniques utilisez-vous pour construire vos latrines familiales à moindre coût ? **SQ.12.1**

Impact

10. À la suite de la mise en œuvre du programme ATPC de l'UNICEF, quels sont les principaux changements (positifs ou négatifs) que vous avez observés dans votre village relativement :
- aux maladies du péril fécal (choléra, paludisme, etc.) ? **SQ.13.1**
 - à la nutrition ? **SQ.13.1**
 - à la fréquentation scolaire des enfants en particulier des filles ? **SQ.13.3**
 - aux violences (viols) faites aux femmes et aux filles ? **SQ.13.4**
 - au temps que les femmes accordent aux corvées d'eau ? **SQ.13.4**
 - à l'enregistrement des naissances et des décès ? **SQ.13.5**

Durabilité

11. Dans quelle mesure vous vous êtes approprié les activités du programme ATPC visant à mettre fin à la DAL dans votre village ? **SQ.19.1**
12. Quelles sont les pratiques ou initiatives que vous avez prises au niveau communautaire pour réduire fortement la pratique de la DAL ? **SQ.19.2**
13. Qu'est-ce qui vous motive à abandonner la DAL et à rester durablement dans la FDAL ? **SQ.21.1**
14. Selon vous, quels sont les principaux facteurs qui expliquent le retour aux pratiques de la DAL ?

Genre, équité et droits humains

15. Dites-nous, en quoi le programme ATPC de l'UNICEF a-t-il contribué à instaurer le principe d'égalité des sexes d'une part, et le principe d'équité d'autre part, dans l'accès aux services d'assainissement ? **SQ.24.1 et SQ.24.2**
16. Quel est le niveau d'implication des femmes dans le choix de matériel, design, toilette, localisation, entretien ?



Outil 5 : Guide pour focus group hommes/femmes dans les zones non ciblées pour l'ATPC élargi ou ayant bénéficié d'autres types d'interventions en matière FDAL

Identification

Date et heure de l'entretien :

Région :

Commune :

Village :

Nom & Prénom(s) de l'agent de collecte :

Répondants	Nom & Prénom	Sexe	Âge	Vulnérabilité	Contact
------------	--------------	------	-----	---------------	---------

Participant 1 :

Participant 2 :

Participant 3 :

Participant 4 :

Participant 5 :

Participant 6 :

Participant 7 :

Participant 8 :

Participant 9 :

Participant 10 :

Participant 11 :

Participant 12 :

1. Quelle est la situation actuelle de la pratique de la DAL dans votre village ?
2. Quels sont les besoins en matière d'hygiène et d'assainissement dans votre village :
 - Concernant les hommes ?
 - Concernant les femmes ?

- Concernant les enfants (moins de 18 ans) ?
 - Concernant les personnes vulnérables (personnes handicapées, enfants en situation de rues, personnes déplacées internes, femmes, veuves/divorcées, etc.) ?
3. Selon vous, qu'est-ce qui explique la pratique de la DAL au sein de votre village ? Qu'est-ce qui est fait actuellement dans le village pour lutter contre cette pratique, et améliorer la situation en matière d'hygiène et d'assainissement ? Est-ce que cela fonctionne-t-il ? Comment ?
 4. D'après vous, comment est-ce que la pratique de la DAL affecte-t-elle vos conditions de vie sur le plan :
 - des maladies du péril fécal (choléra, paludisme, etc.) ? **SQ.13.1**
 - De la nutrition ? **SQ.13.2**
 - de la fréquentation scolaire des enfants en particulier des filles ? **SQ.13.3**
 - des violences (viols) faites aux femmes et aux filles ? **SQ.13.4**
 - du temps que les femmes accordent aux corvées d'eau ? **SQ.13.5**
 - de l'enregistrement des naissances et des décès ? **SQ.13.6**
 5. Pensez-vous que la mise en œuvre d'un programme ATPC, à l'image de celui de l'UNICEF, dans votre village, contribuerait-elle à améliorer les conditions de vie ci-dessus indiquées ? **SQ.13.1 - SQ.13.6**

Outil 6 : Cartographie corporelle pour collecte de données auprès des enfants

Identification

Date et heure de l'entretien :

Localité :

Nom & Prénom de l'agent de collecte :

Répondants	Nom & Prénom	Sexe	Âge	Vulnérabilité	Contact
Participant 1					
Participant 2					
Participant 3					
...					
Participant n					

Questions

1. Quelle est la situation actuelle en matière d'assainissement (présence des latrines et du dispositif de lavage de mains, etc.) dans votre milieu ou dans votre école ?
2. Quelle est la situation actuelle en matière d'assainissement (propriété de la cour, des salles de classe, lavage régulier des mains, etc.) dans votre milieu ou dans votre école ?
3. Existe-t-il des activités visant à mettre fin à la DAL dans votre milieu ou dans votre école ? Si Oui, quelles sont ces activités ?
4. Quels étaient vos besoins en matière d'assainissement (présence des latrines et du dispositif de lavage de mains, etc.) avant la mise en œuvre du programme ATPC visant à mettre fin à la défécation à l'air libre ?
5. Vos besoins ont-ils été pris en compte dans le cadre des interventions du programme ATPC ? Si Non, lesquels de vos besoins n'ont pas été pris en compte ?
6. Selon vous pourquoi faut-il abandonner la DAL ?
7. Quelles sont les activités FDAL qui vous ont le plus marqué et qui ont provoqué une prise de conscience et un changement de comportement à votre niveau en faveur de la FDAL ?
8. Quels sont les changements positifs et négatifs que vous avez observés dans votre environnement et sur votre vie suite aux interventions ou approches FDAL ?
 1. Sur la fréquentation scolaire, en particulier celle des filles ?
 2. Sur la fréquence des maladies diarrhéiques ?
 3. Sur la sécurité des enfants et la protection des filles contre les violences sexuelles notamment ?
9. Quelles sont les pratiques ou les initiatives que vous avez prises pour éliminer la DAL ou maintenir le statut FDAL dans votre école ?

10. Quels sont les principaux facteurs qui peuvent vous pousser à pratiquer la DAL ?



Outil 7 : Guide d'entretien auprès des acteurs communautaires

Identification

Date et heure de l'entretien

Nom & Prénom du consultant/Enquêteur

Nom & Prénom du répondant

Sexe du répondant

Fonction du répondant

Localité

Contact

Pertinence

1. Quel est votre rôle dans le cadre de la mise en œuvre des interventions FDAL au niveau communautaire ? Quel a été votre degré d'implication ?
2. Quels étaient les besoins des hommes, femmes, jeunes filles et enfants en matière d'hygiène et d'assainissement (fin de défécation à l'air libre) avant la mise en œuvre du programme ATPC ? **SQ.1.1**
3. Quelles sont les actions qui ont été mises en œuvre pour la prise en compte des besoins prioritaires des titulaires de droits (hommes, femmes et enfants) au moment de la mise en œuvre du programme ATPC ? **SQ.1.3**
4. Ces actions mises en œuvre ont-elles réellement permis de répondre aux besoins identifiés ? Comment ? **SQ.1.2**
5. Quels sont les besoins qui ont été pris en compte par ces actions ? **SQ.1.3**
6. Quels étaient les besoins des personnes vulnérables (indigents, personnes en situation de handicap, enfants et femmes des ménages vulnérables) en matière d'hygiène et d'assainissement (fin de défécation à l'air libre) avant la mise en œuvre du programme ATPC ? **SQ.1.1**
7. Quelles sont les actions qui ont été mises en œuvre pour la prise en compte des besoins spécifiques des personnes vulnérables (indigents, personnes en situation de handicap, enfants et femmes des ménages vulnérables) au moment de la mise en œuvre du programme ATPC ? **SQ.1.3**
8. Ces actions spécifiques mises en œuvre ont-elles réellement permis de répondre aux besoins identifiés ? Comment ? **SQ.1.2**
9. Quels sont les besoins spécifiques qui ont été pris en compte par les actions spécifiques mises en œuvre ? **SQ.1.3**
10. Quels sont les besoins nouveaux en matière d'hygiène et d'assainissement (Fin de défécation à l'air libre) liés au COVID-19 ? **SQ.1.4**
11. Les actions mises en œuvre en réponse à la COVID-19 permettent-elles de répondre aux besoins nouveaux ? **SQ.1.4**

12. Les actions mises en œuvre en réponse à la COVID-19 permettent-elles d'atteindre les résultats attendus en matière de FDAL ? **SQ.1.4**

Effacité

13. Quelles sont les pratiques ou initiatives de votre communauté qui ont permis de réduire fortement le nombre de personnes pratiquant la DAL ?
14. Quels facteurs favorables (forces et opportunités) ont facilité la réalisation des objectifs en matière FDAL ? Quels sont les facteurs les plus importants ? **SQ.5.1** et **SQ.5.2**
15. Quels facteurs défavorables (faiblesses et menaces) qui ont entravé la réalisation des objectifs en matière FDAL ? Citez les facteurs les plus importants ? **SQ.6.1** et **SQ.6.2**
16. Avez-vous observé des effets positifs en termes d'amélioration de la situation de la DAL au sein des communautés ciblées ? Si oui, lesquels ? **SQ.7.1**
17. Avez-vous observé des effets négatifs inattendus ayant affecté l'état d'assainissement et d'hygiène des femmes, des enfants et des plus vulnérables de la communauté ? Si oui, lesquels ? **SQ.7.2**

Effcience

18. Quelles solutions les ménages de votre communauté ont-elles trouvé pour construire à moindre coût leur latrine et mettre en place leur dispositif de lavage des mains ? **SQ.11.1**
19. Quelle appréciation faites-vous de la disponibilité des compétences (personnes qualifiées) et des matériaux de construction au niveau local ainsi que de la qualité ? **SQ.11.1**
20. Selon vous, quelles pourraient être les stratégies alternatives à moindre coût pour atteindre les mêmes résultats en matière FDAL ? **SQ.12.1**
21. Comment ces stratégies alternatives permettraient-elles de réduire les coûts de mise en œuvre des activités ? **SQ.12.1**

Impact

22. À la suite de la mise en œuvre du programme ATPC de l'UNICEF, quels sont les principaux changements observables dans votre communauté relativement :
- aux maladies du péril fécal (choléra, paludisme, etc.) ? **SQ.13.1**
 - à la nutrition ? **SQ.13.1**
 - à la fréquentation scolaire des enfants en particulier des filles ? **SQ.13.3**
 - aux violences (viols) faites aux femmes et aux filles ? **SQ.13.4**
 - au temps que les femmes accordent aux corvées d'eau ? **SQ.13.4**
 - à l'enregistrement des naissances et des décès ? **SQ.13.5**
23. Selon vous, les programmes d'assainissement communautaire et d'autres programmes d'assainissement utilisés ont-ils contribué à améliorer l'accès aux installations d'assainissement améliorées ou de base (latrines) ? **SQ.14.1**
24. Selon vous, les programmes d'assainissement communautaire et d'autres programmes d'assainissement utilisés ont-ils contribué à améliorer l'utilisation des installations d'assainissement améliorées ou de base (latrines) ? **SQ.14.2**
25. À votre avis, les programmes d'assainissement communautaire et d'autres programmes d'assainissement utilisés ont-ils contribué à améliorer l'accès aux dispositifs de lavage des mains (DLM) ? **SQ.14.3**

26. À votre avis, les programmes d'assainissement communautaire et d'autres programmes d'assainissement utilisés ont-ils contribué à améliorer l'utilisation des dispositifs de lavage des mains (DLM) ? **SQ.14.4**
27. Selon vous, les programmes d'assainissement communautaire et d'autres programmes d'assainissement utilisés ont-ils contribué à améliorer l'accès à l'eau potable ? **SQ.14.5**
28. Comment les programmes ont-ils contribué à une meilleure gestion de l'hygiène menstruelle ?
29. Comment les pratiques en lien avec la DAL ont-elles évolué dans votre communauté ? Quelles sont les pratiques actuelles de votre communauté en matière d'hygiène et d'assainissement ? **SQ.14.1, SQ.14.2, SQ.14.3 et SQ.14.4**

Durabilité

30. Avez-vous mis en place des normes sociales et des mécanismes communautaires suffisamment contraignants ou incitatifs pour accélérer l'abandon de la défécation à l'air libre et garantir le maintien des résultats en matière FDAL ? Si oui, quels sont ces normes sociales et mécanismes ? **SQ.15.1 et SQ.15.2**
31. Quel est votre degré d'engagement en tant qu'acteur communautaire dans les actions allant dans le sens de la FDAL ? Pouvez-vous nous donner des exemples concrets d'actions qui traduisent cet engagement ? **SQ.19.2**
32. En quoi les hommes et les femmes de votre communauté sont-ils engagés dans les actions allant dans le sens de la FDAL ? **SQ.19.1**
33. Quelles sont les actions ou initiatives durables menées par les hommes et les femmes de votre communauté en faveur de la FDAL ? En quoi ces actions ou initiatives sont-elles durables ? **SQ.19.1**
34. Quels sont les changements en matière de pratiques d'hygiène au niveau communautaire susceptibles de perdurer ? **SQ.20.1**
35. Quels sont les changements en matière d'assainissement au niveau communautaire susceptibles de disparaître ? **SQ.20.2**
36. Dans votre communauté, quels sont les facteurs qui vous motivent à abandonner la DAL et à rester FDAL après la certification ? **SQ.21.1**
37. Pour quelles raisons les populations pratiquent-elles la DAL ? **SQ.21.1**
38. Quelles sont les contraintes (facteurs socio-culturels) qui expliquent ou qui pourront ramener la communauté aux pratiques DAL ? **SQ.22.1**
39. Quelles sont les mesures d'accompagnement post FDAL que vous utilisez dans la communauté après la certification ? **SQ.22.1**
40. Le coût de construction et d'entretien des latrines ainsi que la disponibilité des matériaux sont-ils pour votre communauté des facteurs déterminants pouvant ramener la communauté aux pratiques DAL ? Comment ? **SQ.22.1**
41. Quelles sont les croyances socio-culturelles favorables à la DAL ? **SQ.22.1**
42. Y a-t-il dans votre communauté des groupes de pression et d'influenceurs opposés à la DAL ? **SQ.21.1**

Genre et droits humains, équité

43. Les femmes, les filles et les personnes vulnérables ont-elles été impliquées dans la conduite des activités FDAL dans votre communauté ? Si oui, de quelle manière leur implication a-t-elle été effective ? **SQ.23.4**
44. Comment ont-elles été associées à la prise de décision au niveau communautaire et familial sur les solutions d'assainissement adoptées ? **SQ.23.4**
45. Les normes sociales et les mécanismes communautaires mis en place pour assurer le suivi et le maintien des résultats prennent-ils en compte les femmes et les plus vulnérables de la communauté ? **SQ.24.1**
46. Comment le programme ATPC dans sa mise en œuvre, a-t-il instauré le principe d'équité dans l'accès aux services d'assainissement ? **SQ.25.1**
47. Avez-vous observé un manque d'équité dans l'accès aux services d'assainissement ? Si oui, dites-nous pourquoi. **SQ.25.1**
48. Quelles actions avez-vous mises en place pour instaurer et faciliter le principe d'équité dans l'accès aux services d'assainissement ? **SQ.25.1**
49. En quoi les résultats atteints en matière FDAL améliorent-ils la situation des femmes, des filles et des plus vulnérables de votre communauté (en matière d'égalité des sexes, d'équité, etc.) ? Pouvez-vous nous citer des changements concrets ? **SQ.25.1**

Autres informations sur l'environnement

Infrastructures du village

Type d'infrastructures	Existence Oui/Non	Fonctionnalité oui/Non	Existence d'un dispositif de lavage de main
École Maternelle			
École primaire			
École coranique			
Établissement secondaire			
Centre d'alphabétisation			
Centre de santé			
Mosquée			
Eglise			
Marché			
Terrain de football			

Outil 8 : Guide d'entretien pour le staff de l'UNICEF et les PTF

Identification

Date et heure de l'entretien

Nom & Prénom du consultant

Nom & Prénom du répondant

Sexe du répondant

Fonction du répondant

Structure

Contact

Pertinence

1. Comment les besoins prioritaires en matière d'assainissement (fin de la défécation à l'air libre) des bénéficiaires (hommes, femmes et enfants) ont-ils été identifiés avant la mise en œuvre du programme ? **SQ.1.1**
2. Quels étaient ces besoins prioritaires identifiés ? **SQ.1.1**
3. En quoi le programme ATPC dans sa conception adresse les besoins en matière d'assainissement au Sénégal des titulaires de droits y compris les personnes vulnérables ? **SQ.1.2**
4. Quelles sont les actions qui ont été mises en œuvre pour la prise en compte des besoins prioritaires des titulaires de droits (hommes, femmes et enfants) au moment de la conception du programme ATPC de l'UNICEF ? **SQ.1.2**
5. Ces actions étaient-elles réellement cohérentes avec les besoins identifiés ? Ont-elles fait l'objet d'une planification stratégique ? **SQ.1.2**
6. Quelles sont les actions qui ont été mises en œuvre pour la prise en compte des besoins prioritaires des titulaires de droits (hommes, femmes et enfants) au moment de la mise en œuvre du programme ATPC de l'UNICEF ? **SQ.1.3**
7. Quels sont les besoins qui ont été pris en compte par ces actions ? **SQ.1.3**
8. Comment les besoins spécifiques des personnes vulnérables (femmes, chefs de ménage, femmes veuves avec des enfants, personnes en situation de handicap, personnes âgées) ont-ils été identifiés dans la conception et la programmation des interventions et approches FDAL ? **SQ.1.1**
9. Comment ces besoins ont-ils été pris en compte dans le cadre de la mise en œuvre ? **SQ.1.1**
10. Dans quelle mesure pensez-vous que les stratégies d'intervention du programme étaient-elles appropriées pour promouvoir une prise de conscience collective de la nécessité de mettre fin à la DAL et d'adopter les bonnes pratiques d'hygiène ? **SQ.1.2**
11. Dans quelle mesure les stratégies de l'approche ATPC ont-elles été ajustées pour prendre en compte les situations de vulnérabilité liées à la Covid-19 ? **SQ.1.4**

12. Quelles ont été les modifications (*révision, addition ou suppression d'activités*) engendrées par la réponse à la Covid-19 en matière de programmation et de mise en œuvre des interventions de l'approche ATPC ? **SQ.1.4**
13. Dans quelle mesure le programme ATPC de l'UNICEF s'aligne-t-il sur l'ODD6 ? **SQ.2.1**
14. Dans quelle mesure le programme ATPC s'aligne-t-il sur le Plan National de Développement (PND) du Sénégal ? **SQ.2.2**
15. Dans quelle mesure le programme ATPC cadre avec les priorités nationales en matière de WASH déclinées dans les politiques nationales d'assainissement (Stratégie Nationale de l'Assainissement Rural-SNAR) ? **SQ.2.3**

Effacité

16. Dans quelle mesure les extraits prévus en quantité et en qualité ont-ils été réalisés dans le cadre du programme ATPC ? **SQ3.1**
17. Selon vous, quels sont les résultats qui contribuent le plus à l'atteinte des objectifs nationaux et régionaux concernant l'assainissement ? De quelle manière ? **SQ.3.2**
18. Selon vous, lesquelles des approches et les stratégies utilisées ont le mieux fonctionné ? Quelles sont celles qui ont le moins fonctionné ou qui vous sont apparues moins facilitatrices/prometteuses pour atteindre les résultats du programme et pourquoi. ? **SQ.4.1**
19. Que faut-il modifier dans la Théorie du changement (ToC) ou logique d'intervention de la feuille de route pour augmenter son efficacité et son échelle ? **SQ.4.1**
20. Quels sont les facteurs internes favorables (forces) qui ont contribué à la réalisation des objectifs ? Pourquoi ? **SQ.5.1**
21. Quels sont les facteurs externes à l'UNICEF (opportunités sur le plan social, culturel, économique et politique) ayant contribué à la réalisation des objectifs du programme ATPC ? Pourquoi ? **SQ.5.2**
22. Quels sont, selon vous, les facteurs internes à l'UNICEF (faiblesses) qui ont gêné le plus la réalisation des objectifs du programme ? Pourquoi ? **SQ.6.1**
23. Quels sont les facteurs externes à l'UNICEF (menaces sur le plan économique, politique, institutionnel et socio-culturel) qui ont gêné le plus la réalisation des objectifs du programme ? Pourquoi ? **SQ.6.2**
24. Suite à la mise en œuvre du programme ATPC, quels sont selon vous les résultats positifs inattendus produits par le programme ATPC ? **SQ.7.1**
25. Suite à la mise en œuvre du programme ATPC, quels sont selon vous les résultats négatifs inattendus produits par le programme ATPC ? **SQ.7.2**
26. Quels sont les principaux acteurs, les liens de partenariat entre eux et leurs rôles respectifs dans l'atteinte des résultats ? **SQ.8.1**
27. Dans quelle mesure les partenariats développés ont-ils contribué à la réalisation des résultats ? **SQ.8.2**
28. Quelles sont les principales réalisations des partenaires ? **SQ.8.3**
29. Comment les complémentarités sectorielles au sein de l'UNICEF (WASH-Santé, WASH-

Education, WASH-nutrition, WASH-protection) ont-elles contribué à réaliser les résultats du KRC8 ? **SQ.9.1**

30. Quelles sont les approches multisectorielles qui ont amené des changements notables pour les femmes, les enfants et les groupes les plus vulnérables ? Donnez quelques exemples **SQ.9.1**
31. Quelle est la valeur ajoutée des activités conjointes à l'atteinte des résultats ? **SQ.9.1**
32. Quelles actions spécifiques l'UNICEF devrait-elles prendre (par exemple dans la mise en œuvre/plaidoyer) pour mieux adapter l'intervention ? **SQ.10.1**

Efficienc

33. Quelles sont les sources de financement du programme ATPC ? Quel volume de ressources avez-vous pu mobiliser sur les prévisions initiales. ? **SQ.11.1**
34. Les financements, les ressources humaines et matérielles du programme ATPC, ont-ils été obtenus et décaissés dans les délais prévus ? Quelles ont été les difficultés à ce niveau ? **SQ.11.2**
35. Le budget mobilisé a-t-il été suffisant pour réaliser tous les extrants et couvrir les besoins identifiés ? Quelles sont les activités qui n'ont pas été réalisées en raison de l'insuffisance des ressources ? Comment est-ce que cette insuffisance de ressources a été compensée ? **SQ.11.3**
36. Les extrants ont-ils été réalisés dans le temps planifié ? Quelles sont les activités qui ont été réalisées hors délai de planification ? Pourquoi ? **SQ.11.4**
37. Est-ce que toutes les ressources (financières, humaines et matérielles) mobilisées ont été pleinement utilisées ? Si non, lesquelles ont été sous-employées ou non utilisées ? **SQ.11.5**
38. Dans quelle mesure les inputs et extrants ont-ils été réalisés aux meilleurs prix ? **SQ.11.6**
39. Selon vous, quelles pourraient être les stratégies alternatives qui permettraient d'atteindre le même niveau de résultat au meilleur coût ? Comment ces stratégies alternatives permettraient-elles de réduire les coûts de mise en œuvre des activités ? **SQ.12.1**

Impact

40. À la suite de la mise en œuvre du programme ATPC de l'UNICEF, quels sont les principaux changements observables dans les zones de mise en œuvre du programme par rapport aux zones non ciblées qui vous ont été remontés relativement :
 - aux maladies du péril fécal (choléra, paludisme, etc.) ? **SQ.13.1**
 - à la nutrition ? **SQ.13.1**
 - à la fréquentation scolaire des enfants en particulier des filles ? **SQ.13.3**
 - aux violences (viols) faites aux femmes et aux filles ? **SQ.13.4**
 - au temps que les femmes accordent aux corvées d'eau ? **SQ.13.4**
 - à l'enregistrement des naissances et des décès ? **SQ.13.5**
41. Selon vous, les programmes d'assainissement communautaire et d'autres programmes d'assainissement mis en œuvre ont-ils contribué à améliorer l'accès aux installations d'assainissement améliorées ou de base (latrines) ? **SQ.14.1**
42. Selon vous, les programmes d'assainissement communautaire et d'autres programmes d'assainissement mis en œuvre ont-ils contribué à améliorer l'utilisation des installations d'assainissement améliorées ou de base (latrines) ? **SQ.14.2**

43. À votre avis, les programmes d'assainissement communautaire et d'autres programmes d'assainissement mis en œuvre ont-ils contribué à améliorer l'accès aux dispositifs de lavage des mains (DLM) ? **SQ.14.3**
44. À votre avis, les programmes d'assainissement communautaire et d'autres programmes d'assainissement exécutés ont-ils contribué à améliorer l'utilisation des dispositifs de lavage des mains (DLM) ? **SQ.14.4**
45. Selon vous, les programmes d'assainissement communautaire et d'autres programmes d'assainissement exécutés ont-ils contribué à améliorer l'accès à l'eau potable ? **SQ.14.5**

Durabilité

46. Quelles sont les mesures prises ou stratégies mises en place par l'UNICEF pour la continuité des activités ? **SQ.15.1**
47. En quoi les stratégies identifiées sont-elles favorables à la durabilité des acquis du programme ATPC ? **et SQ15.2**
48. Quelles sont les activités ou approches du programme ATPC qui sont reprises dans les plans d'action des structures de l'administration publique et des autres partenaires ? **SQ.16.1 & SQ.16.2**
49. Quels sont les difficultés rencontrées pour la répliquabilité des activités ou approches du programme ATPC de l'UNICEF ? **SQ.16.1 & SQ.16.2**
50. Quelles sont les approches efficaces les plus aptes à l'échelle ? ou encore Quelles sont les contraintes de passage à l'échelle de chaque approche ? **SQ.16.3**
51. Quelles sont les mesures prises pour favoriser la mise à l'échelle du programme ATPC ? **SQ.16.3**
52. Quels sont les contraintes ou difficultés pour le passage à l'échelle du programme ATPC ? **SQ.16.3**
53. Quelles sont les initiatives envisagées ou en cours des autorités nationales et locales en matière de FDAL (p. ex. politiques, stratégies, plans, normes et lignes directrices sectorielles) ? **SQ.17.1**
54. Quelles actions (initiatives) envisagées ou en cours ont été prises par les autorités politiques au niveau national et autorités locales pour mobiliser les ressources nécessaires au financement des activités en matière de FDAL ? **SQ.17.2**
55. De quelle manière le gouvernement contribue-t-il à garantir la durabilité des activités en faveur de la FDAL ? Quel est le volume des ressources financières (part du budget) mobilisé par le Gouvernement en faveur de la FDAL ? **SQ.17.3**
56. Quels sont les mécanismes institutionnels mis en place pour soutenir l'atteinte et le maintien des résultats ? **SQ.18.1**
57. Est-ce que les mécanismes de partenariat sont suffisamment contraignants ou incitatifs pour les parties prenantes (acteurs institutionnels, ONG nationales et locales) pour atteindre et maintenir les résultats ? Si oui, comment ? **SQ.18.2**
58. Est-ce que les bénéficiaires se sont approprié les activités du programme ATPC visant à mettre fin à la DAL ? Si oui, comment ? **SQ.19.1**
59. En quoi les acteurs communautaires sont-ils engagés dans des actions allant dans le sens de la FDAL ? **SQ.19.2**
60. Suite à la mise en œuvre du programme ATPC, quels sont selon vous les facteurs garantissant le maintien du statut FDAL après la certification ? **SQ.21.1**
61. Quels sont les facteurs socio-culturels qui expliquent le retour à la DAL ? **SQ.22.1**

62. Quelle est la stratégie de communication mise en œuvre par le programme ATPC ? Dans quelle mesure est-elle efficace ? **SQ.22.2**
63. Quelles sont les faiblesses et les forces de cette stratégie ? **SQ.22.2**
64. Êtes-vous satisfaits de la visibilité donnée aux actions de programme dans le processus de mise en œuvre ? **SQ.22.2**
65. Quels sont les éléments d'amélioration ? **SQ.22.2**
66. Quelles leçons tirez-vous de la stratégie de communication mise en œuvre ? **SQ.22.2**

Genre et droits humains, équité

67. Le programme ATPC dans sa conception s'est-elle reposée sur une analyse préalable des causes des inégalités ? Quels types de mesures ont été prises lors de la conception et la mise en œuvre pour garantir l'intégration des questions de genre, d'équité et de droits humains, notamment de la situation particulière des plus vulnérables (femmes, chefs de ménage, femmes veuves avec des enfants, femme vivant avec un handicap) ? **SQ.23.1**
68. L'UNICEF dans le cadre du programme ATPC a-t-il collecté systématiquement des données désagrégées par sexe ? **SQ.23.2**
69. Comment UNICEF dans le cadre du programme ATPC a contribué par ses actions à la mise en place (ou renforcement) des mécanismes de reddition des comptes et de transparence des détenteurs d'obligation (structure de l'administration publique) ? **(SQ23.3)**
70. Le processus de prise de décision pour la mise en œuvre du programme a-t-il été participatif (composition de l'équipe de gestion de l'intervention par exemple) ? Qu'est-ce qui a été mis en place pendant l'intervention pour permettre à toutes les parties prenantes notamment les femmes et les personnes en situation de vulnérabilité (femmes chef de ménage, femmes veuves avec des enfants, femme vivant avec un handicap) de participer à la prise de décision ? **SQ.23.4**
71. Quels types de mesures ont été prises lors de la conception et la mise en œuvre du programme (au niveau communautaire) pour garantir l'intégration des questions de genre, d'équité et de droits humains, notamment de la situation particulière des plus vulnérables (femmes chef de ménage, femmes veuves avec des enfants, femme vivant avec un handicap, enfant vivant en situation de rue) ? **SQ.24.1**
72. En quoi le programme a-t-il instauré le principe d'équité dans l'accès aux services d'assainissement ? **SQ.28.1**
73. D'éventuelles situations de manque d'équité vous ont-elles été remontées dans le cadre de la mise en œuvre des interventions ? Comment les avez-vous abordées ? **SQ.28.1**

Outil 9 : Guide d'entretien pour acteurs institutionnels ministériels au niveau central et déconcentré

Identification

Date et heure de l'entretien

Nom & Prénom du consultant ou agent de collecte

Nom & Prénom du répondant

Sexe du répondant

Fonction du répondant

Région

Structure

Contact

Pertinence

1. Quel a été votre niveau d'implication et le rôle spécifique que vous avez joué dans le cadre de la planification et la mise en œuvre du programme ATPC de l'UNICEF ?
2. Comment les besoins prioritaires en matière d'assainissement (fin de la défécation à l'air libre) des bénéficiaires (hommes, femmes et enfants) ont-ils été identifiés avant la mise en œuvre du programme ? **SQ.1.1**
3. Quels étaient ces besoins identifiés ? **SQ.1.1**
4. Quels sont les actions qui ont été mises en œuvre pour la prise en compte des besoins prioritaires des titulaires de droits (hommes, femmes et enfants) au moment de la conception du programme ATPC de l'UNICEF ? **SQ.1.2**
5. Ces actions étaient-elles réellement cohérentes avec les besoins identifiés ? **SQ.1.2**
6. Quels sont les actions qui ont été mises en œuvre pour la prise en compte des besoins prioritaires des titulaires de droits (hommes, femmes et enfants) au moment de la mise en œuvre du programme ATPC de l'UNICEF ? **SQ.1.3**
7. Quels sont les besoins qui ont été pris en compte par ces actions ? **SQ.1.3**
8. Comment les besoins spécifiques en matière de WASH (fin de la défécation à l'air libre) des personnes vulnérables (indigents, personnes en situation de handicap, enfants et femmes des ménages vulnérables) ont-ils été identifiés avant la mise en œuvre du programme ? **SQ.1.1**
9. Quels étaient ces besoins spécifiques des personnes vulnérables ? **SQ.1.1**
10. Quelles sont les actions qui ont été mises en œuvre pour la prise en compte des besoins spécifiques des personnes vulnérables (indigents, personnes en situation de handicap, enfants et femmes des ménages vulnérables) au moment de la conception du programme ATPC de l'UNICEF ? **SQ.1.2**
11. Ces actions spécifiques étaient-elles réellement cohérentes avec les besoins spécifiques identifiés ? **SQ.1.2**
12. Quelles sont les actions qui ont été mises en œuvre pour la prise en compte des besoins spécifiques des personnes vulnérables (indigents, personnes en situation de handicap,

- enfants et femmes des ménages vulnérables) au moment de la mise en œuvre du programme ATPC de l'UNICEF ? **SQ.1.3**
13. Quels sont les besoins spécifiques qui ont été pris en compte par les actions spécifiques mises en œuvre ? **SQ.1.3**
 14. Quelles ont été les modifications (révision, addition ou suppression d'activités) engendrées par la réponse à la Covid 19 en matière de programmation et de mise en œuvre du programme ATPC de l'UNICEF ? **SQ.1.4**
 15. Comment ces modifications ont-elles affecté l'atteinte des résultats attendus dans le cadre du KRC#8 (Fin de Défécation à l'air libre) ? **SQ.1.4**
 16. Dans quelle mesure le programme ATPC s'aligne-t-il sur les priorités globales (internationales) en matière d'assainissement auxquelles le Sénégal a adhéré (ODD) ? **SQ.2.1**
 17. Dans quelle mesure le programme ATPC s'aligne-t-il sur le Plan National de Développement (PND) du Sénégal ? **SQ.2.2**
 18. Dans quelle mesure le programme ATPC cadre-t-il avec les priorités nationales en matière de WASH déclinées dans les politiques nationales d'assainissement (Stratégie Nationale de l'Assainissement Rural-SNAR) ? **SQ.2.3**
 19. Quelles ont été les adaptations majeures apportées (outre la réponse à la COVID-19) pour que le programme ATPC continue à adresser les besoins en matière de FDAL des populations en général, et des groupes les plus vulnérables en particulier ?

Efficacité

20. Selon vous, quels sont les extrants/produits significatifs obtenus suite à la mise en œuvre du programme ATPC de l'UNICEF ? **SQ.3.1**
21. Quels sont les résultats visibles du programme ATPC de l'UNICEF qui ont contribué le plus à l'atteinte des objectifs ou résultats nationaux et régionaux ? **SQ.3.2**
22. Quelles sont les stratégies ou approches efficaces du programme ATPC de l'UNICEF les plus aptes à l'échelle ? ou encore quelles sont les contraintes de passage à l'échelle de chaque stratégie ou approche ? **SQ.4.1**
23. Quels sont, selon vous, les facteurs internes (forces) à l'UNICEF qui ont contribué à la réalisation des objectifs ou résultats du programme ATPC ? **SQ.5.1**
24. Quels sont, selon vous, les facteurs externes (opportunités) à l'UNICEF (au plan social, culturel, économique et politique) qui ont contribué à la réalisation des objectifs ou résultats du programme ATPC ? **SQ.5.2**
25. Selon vous, quels sont les facteurs internes (faiblesses) à l'UNICEF qui ont gêné la réalisation des objectifs ou résultats du programme ATPC ? **SQ.6.1**
26. Selon vous, quels sont les facteurs externes (menaces) à l'UNICEF (au plan social, culturel, économique et politique) qui ont gêné la réalisation des objectifs ou résultats du programme ATPC ? **SQ.6.2**
27. Quels sont les résultats positifs inattendus produits par le programme ATPC de l'UNICEF ? **SQ.7.1**
28. Quels sont les résultats négatifs inattendus produits par le programme ATPC de l'UNICEF ? **SQ.7.2**
29. Quels sont les partenariats stratégiques existants relativement à la FDAL ? Quels sont les mécanismes de collaboration mis en place dans le cadre de programme ATPC de l'UNICEF ? **SQ.8.1**

30. Dans quelle mesure les partenariats développés ont-ils contribué à la réalisation des résultats dans le cadre du programme ATPC de l'UNICEF ? **SQ.8.2**
31. En quoi avez-vous développé entre les différents départements ministériels des complémentarités multisectorielles pour mettre fin à la DAL ? Avez des exemples concrets d'approches multisectorielles fonctionnelles et quels sont les résultats générés ? **SQ.8.2, SQ.8.3 et SQ.9.1**
32. Quelles actions spécifiques l'UNICEF devraient-elles prendre (par exemple dans la mise en œuvre/plaidoyer) pour mieux adapter l'intervention ? **SQ10.1**

Efficiace

33. Quelles sont les sources de financement du programme ATPC de l'UNICEF ? **SQ.11.1**
34. Quelles sont les activités qui n'ont pas été réalisées en raison de l'insuffisance des ressources financières ? Comment est-ce que cette insuffisance de ressources financières a été compensée ? **SQ.11.3**
35. Quelles sont les activités qui ont été réalisées hors délai de planification ? Pourquoi ? **SQ.11.4**
36. Est-ce que toutes les ressources humaines et matérielles ont été pleinement utilisées ? Si non, lesquelles ont été sous-employées ou non utilisées ? **SQ. 11.5**
37. Dans quelle mesure les inputs et extrants ont-ils été réalisés aux meilleurs prix ? **SQ. 11.6**
38. Selon vous quelles pourraient être les stratégies alternatives à moindre coût pour atteindre les mêmes résultats ? Comment ces stratégies alternatives permettraient-elles de réduire les coûts de mise en œuvre des activités ? **SQ. 12.1**

Impact

39. À la suite de la mise en œuvre du programme ATPC de l'UNICEF, quels sont les principaux changements observables dans les zones de mise en œuvre du programme par rapport aux zones non ciblées qui vous ont été remontés relativement :
- aux maladies du péril fécal (choléra, paludisme, etc.) ? **SQ.13.1**
 - à la nutrition ? **SQ.13.1**
 - à la fréquentation scolaire des enfants en particulier des filles ? **SQ.13.3**
 - aux violences (viols) faites aux femmes et aux filles ? **SQ.13.4**
 - au temps que les femmes accordent aux corvées d'eau ? **SQ.13.4**
 - à l'enregistrement des naissances et des décès ? **SQ.13.5**
40. Selon vous, les programmes d'assainissement communautaire et d'autres programmes d'assainissement exécutés ont-ils contribué à améliorer l'accès aux installations d'assainissement améliorées ou de base (latrines) ? **SQ.14.1**
41. Selon vous, les programmes d'assainissement communautaire et d'autres programmes d'assainissement exécutés ont-ils contribué à améliorer l'utilisation des installations d'assainissement améliorées ou de base (latrines) ? **SQ.14.2**
42. À votre avis, les programmes d'assainissement communautaire et d'autres programmes d'assainissement mis en œuvre ont-ils contribué à améliorer l'accès aux dispositifs de lavage des mains (DLM) ? **SQ.14.3**

43. À votre avis, les programmes d'assainissement communautaire et d'autres programmes d'assainissement mis en œuvre ont-ils contribué à améliorer l'utilisation des dispositifs de lavage des mains (DLM) ? **SQ.14.4**
44. Selon vous, les programmes d'assainissement communautaire et d'autres programmes d'assainissement mis en œuvre ont-ils contribué à améliorer l'accès à l'eau potable ? **SQ.14.5**

Durabilité

45. Quelles sont les mesures prises ou stratégies mises en place par votre structure pour la continuité des activités ? **SQ.15.1** et **SQ.15.2**
46. Les activités ou approches du programme ATPC sont-elles reprises dans les plans d'action des structures de l'administration publique et des autres partenaires ? Quelles sont les activités ou approches du programme ATPC reprises ? **SQ.16.1** & **SQ.16.2**
47. Quels sont les difficultés rencontrées pour la répliquabilité des activités ou approches du programme ATPC de l'UNICEF ? **SQ.16.1** & **SQ.16.2**
48. Quelles sont les approches efficaces les plus aptes à l'échelle ? ou encore Quelles sont les contraintes de passage à l'échelle de chaque approche ? **SQ.16.3**
49. Quelles sont les mesures prises pour favoriser la mise à l'échelle du programme ATPC ? **SQ.16.3**
50. Quels sont les contraintes ou difficultés pour le passage à l'échelle du programme ATPC ? **SQ.16.3**
51. Quelles sont les initiatives envisagées ou en cours les autorités nationales et locales en matière de FDAL ? **SQ.17.1**
52. Quelles sont les actions envisagées ou en cours par les autorités nationales et locales pour la mobilisation des ressources en matière de FDAL ? **SQ.17.2**
53. Quel est le volume des ressources financières mobilisées par le gouvernement ou la part budgétaire annuelle de l'État en faveur de la FDAL ? **SQ.17.3**
54. Quels sont les mécanismes institutionnels mis en place par le gouvernement pour soutenir l'atteinte et le maintien des résultats de FDAL ? **SQ.18.1**
55. Dans quelle mesure les mécanismes de partenariat incitent-ils les parties prenantes (acteurs institutionnels, ONG nationales et locales) à atteindre et à maintenir les résultats du programme ATPC de l'UNICEF ? **SQ.18.2**
56. Dans quelle mesure les bénéficiaires se sont-ils approprié les activités du programme ATPC de l'UNICEF visant à mettre fin à la DAL ? **SQ.19.1**
57. En quoi les acteurs communautaires sont-ils engagés dans des actions allant dans le sens de la FDAL ? **SQ.19.2**
58. Quels sont les changements en matière de pratiques d'hygiène au niveau communautaire susceptibles de perdurer ? **SQ.20.1**
59. Quels sont les changements en matière d'assainissement au niveau communautaire susceptibles de disparaître ? **SQ.20.2**
60. Quels sont les facteurs garantissant le maintien des pratiques FDAL (statut FDAL) après la certification ? **SQ.21.1**
61. Pour quelles raisons les populations pratiquent-elles la DAL ? **SQ.22.1**
62. Quels sont les facteurs socio-culturels qui expliquent le retour aux pratiques de DAL ? **SQ.22.1**

63. Quelle est la stratégie de communication mise en œuvre par le programme ATPC ? Dans quelle mesure est-elle efficace ? **SQ.22.2**
64. Quelles sont les faiblesses et les forces de cette stratégie ? **SQ.22.2**
65. Êtes-vous satisfaits de la visibilité donnée aux actions du programme dans le processus de mise en œuvre ? **SQ.22.2**
66. Quels sont les éléments d'amélioration ? **SQ.22.2**
67. Quelles leçons tirez-vous de la stratégie de communication mise en œuvre ? **SQ.22.2**

Genre et droits humains, équité

68. Existe-t-il au Sénégal des analyses/études portant sur les inégalités entre femmes, filles, hommes, garçons dans les secteurs liés au WASH, ayant permis à l'UNICEF d'améliorer la conception ou la mise en œuvre de son programme ATPC ? **SQ.23.1**
69. Le programme ATPC a-t-il collecté systématiquement des données désagrégées par sexe ? **SQ.23.2**
70. Comment l'UNICEF a-t-il contribué par ses actions au renforcement des mécanismes de reddition des comptes et de transparence des structures administratives en matière de WASH ou de FDAL ? **SQ.23.3**
71. Selon vous, comment les mécanismes mis en place par l'UNICEF ont-ils permis à toutes les parties prenantes notamment aux femmes de participer à la prise de décision ? **SQ.23.4**
72. Comment l'UNICEF de par ses actions dans le cadre du programme ATPC, a-t-il instauré le principe d'égalité des sexes dans l'accès aux services d'assainissement ? **SQ.24.1**
73. Comment l'UNICEF de par ses actions dans le cadre du programme ATPC, a-t-il instauré le principe d'équité dans l'accès aux services d'assainissement ? **SQ.25.1**

Outil 10 : Guide d'entretien pour responsables des services publics (établissements scolaires, centre de santé)

Identification

Date et heure de l'entretien

Nom & Prénom du consultant
(interviewer)

Nom & Prénom du répondant

Sexe du répondant

Fonction du répondant

Structure

Localité

Contact

Pertinence

1. Quel a été votre niveau d'implication et le rôle spécifique que vous avez joué dans le cadre de la planification et la mise en œuvre du programme ATPC de l'UNICEF ? Comment votre établissement/structure a-t-il été ciblé par l'intervention ?
2. Comment les besoins spécifiques des personnes vulnérables fréquentant votre établissement/structure en matière d'atteinte et de maintien de la situation FDAL ont-ils été identifiés ? **SQ.1.1**
3. Quels étaient les besoins des femmes, jeunes filles et enfants en matière de WASH (fin de la défécation à l'air libre) avant la mise en œuvre du programme ? **SQ.1.1**
4. Comment ces besoins sont-ils pris en compte dans votre établissement/structure ? **SQ.1.1**
5. Quels étaient les besoins des personnes vulnérables (personnes âgées, personnes handicapées, personnes discriminées, personnes déplacées, personnes seules et sans ressources, etc.) en matière de WASH (atteinte de la fin de la défécation à l'air libre) avant la mise en œuvre du programme ? **SQ.1.1**
6. Comment ces besoins sont-ils pris en compte dans votre établissement/structure ? **SQ.1.1**
7. Quelles sont les actions qui ont été mises en œuvre pour la prise en compte des besoins spécifiques des personnes vulnérables fréquentant votre établissement/structure en matière d'atteinte et de maintien de la situation FDAL ont été identifiés et traités dans l'intervention ? **SQ.1.1**
8. Quelles sont les actions (approches et stratégies FDAL implémentées) qui ont été mises en œuvre dans votre établissement/structure ? **SQ.1.2**
9. Selon vous, ces approches étaient-elles appropriées pour promouvoir une prise de conscience collective de la nécessité de mettre fin à la DAL et adopter les bonnes pratiques d'hygiène ? **SQ.1.2**

10. Quelles sont les actions qui adressent les besoins des bénéficiaires/usagers fréquentant votre établissement/structure (notamment les femmes, jeunes filles et enfants) en matière d'atteinte et de maintien du statut FDAL ? **SQ.1.2**
11. La COVID-19 a-t-elle fait émerger d'autres besoins et priorités en lien avec la FDAL ? Si Oui, lesquels ? **SQ.1.4**
12. Ces besoins et priorités ont-elles trouvé réponse dans l'intervention ? Comment ? **SQ.1.4**

Effacité

13. Selon vous, quels sont les résultats significatifs en termes d'accès aux services d'hygiène et d'assainissement obtenus par votre établissement/structure suite à la mise en œuvre du programme ATPC de l'UNICEF ? **SQ.3.1**
14. En quoi l'intervention a-t-elle contribué aux résultats obtenus ? **SQ.3.1**
15. Quels sont, selon vous, les facteurs internes (vos forces) favorables qui ont particulièrement facilité l'atteinte des résultats du programme ATPC ? Pourquoi ? **SQ.5.1**
16. Quels sont, selon vous, les facteurs externes (opportunités sur le plan social, culturel, économique et politique) qui ont particulièrement facilité l'atteinte des résultats du programme ATPC ? Pourquoi ? **SQ.5.2**
17. Selon vous, quels sont les facteurs internes (vos faiblesses) qui ont gêné la réalisation des résultats du programme ATPC ? **SQ.6.1**
18. Selon vous, quels sont les facteurs externes (menaces sur le plan social, culturel, économique et politique) qui ont gêné la réalisation du programme ATPC ? **SQ.6.2**
19. Suite à la mise en œuvre du programme ATPC, quels sont les résultats positifs inattendus produits par le programme ATPC ? **SQ.7.1**
20. Suite à la mise en œuvre du programme ATPC, quels sont les résultats négatifs inattendus produits par le programme ATPC ? **SQ.7.2**

Efficiency

21. Quelles stratégies avez-vous employées pour minimiser les coûts en matière d'offre de services d'hygiène et d'assainissement dans votre établissement/structure ?
22. Selon vous quelles pourraient être les stratégies alternatives à moindre coût pour atteindre les mêmes résultats ? **SQ.12.1**
23. Comment ces stratégies alternatives permettraient-elles de réduire les coûts de mise en œuvre des activités ? **SQ.12.1**

Impact

24. Suite aux interventions et approches FDAL mises en œuvre, quelles sont les bonnes pratiques d'hygiène et d'assainissement les plus adoptées par les bénéficiaires/usagers fréquentant votre établissement/structure ?
25. Comment les indicateurs d'hygiène et d'assainissement ont-ils évolué ? Veuillez nous fournir les valeurs des indicateurs y relatifs pendant les cinq dernières années.
26. Comment la prévalence des maladies liées au péril fécal a-t-elle évolué à la suite de la mise en œuvre du programme ATPC (Fin de défécation à l'air libre) ? Comment le programme ATPC y a contribué ? **SQ.13.1** ;

27. Comment l'état nutritionnel des enfants a-t-il évolué à la suite de la mise en œuvre du programme ATPC (Fin de défécation à l'air libre)? Le niveau de la malnutrition (malnutrition aigüe, modérée) a-t-il diminué dans la zone d'intervention et comment l'intervention y a-t-elle contribué ? **SQ.13.2** ;
28. Le programme ATPC (interventions et approches en faveur de la fin de défécation à l'air libre) a-t-il contribué à modifier les taux d'absentéisme des filles dans votre école/structure ? Si oui, comment ? **SQ.13.3**
29. Le programme ATPC (interventions et approches en faveur de la fin de défécation à l'air libre) a-t-il contribué à réduire les violences sexuelles faites aux femmes qui pratiquaient la DAL dans la zone d'intervention ? **SQ.13.4**
30. Comment l'enregistrement à l'état civil des naissances et des décès a-t-il évolué à la suite de la mise en œuvre du programme ATPC (Fin de défécation à l'air libre) **SQ.13.6**
31. Le programme ATPC a-t-il permis d'améliorer l'accès aux installations d'assainissement améliorées ou de base (latrines) dans votre école/structure ? **SQ.14.1**
32. Le programme ATPC a-t-il permis d'améliorer l'utilisation des installations d'assainissement améliorées ou de base (latrines) dans votre école/structure ? **SQ.14.2**
33. Le programme ATPC a-t-il permis d'améliorer l'accès aux dispositifs de lavage des mains (DLM) dans votre école/structure ? **SQ.14.3**
34. Le programme ATPC a-t-il permis d'améliorer l'utilisation des dispositifs de lavage des mains (DLM) dans votre école/structure ? **SQ.14.4**
35. Le programme ATPC a-t-il permis d'améliorer l'accès à des installations d'eau potable dans votre école/structure ? **SQ.13.5, SQ.14.5**

Durabilité

36. Quelles sont les mesures prises ou stratégies mises en place par votre école/structure pour garantir la continuité des activités FDAL ? **SQ.15.1** et **SQ.15.2**
37. Quelles sont les activités ou approches ou bonnes pratiques du programme ATPC qui ont été capitalisées et reprises par votre école/structure ? Quelles sont les activités ou approches du programme ATPC reprises ? **SQ.16.1** & **SQ.16.2**
38. Quels appuis avez-vous reçus dans le cadre de l'intervention qui permet d'assurer la prise de conscience sur la question ? **SQ.16.1** & **SQ.16.2**
39. Quels sont les difficultés rencontrées pour la répliquabilité des activités ou approches du programme ATPC de l'UNICEF ? **SQ.16.1** & **SQ.16.2**
40. Quelles sont les approches efficaces les plus aptes à l'échelle ? ou encore Quelles sont les contraintes de passage à l'échelle de chaque approche ? **SQ.16.3**
41. Quelles sont les mesures prises pour favoriser la mise à l'échelle du programme ATPC ? **SQ.16.3**
42. Quels sont les contraintes ou difficultés pour le passage à l'échelle du programme ATPC ? **SQ.16.3**
43. Quels nouveaux instruments de gouvernance en faveur de la FDAL ont été établis ou mis à jour (programme d'activités, règlement intérieur, etc.) grâce à l'intervention ? **SQ.17.1**
44. De quelle manière le gouvernement contribue-t-il à garantir la durabilité des activités en faveur de la FDAL ? **SQ.17.1**
45. Quelles sont les actions envisagées ou en cours des autorités nationales et locales pour la mobilisation des ressources en matière de FDAL ? **SQ.17.2**

46. Quel est le volume des ressources financières mobilisées par le gouvernement ou la part budgétaire annuelle de l'État en faveur de la FDAL ? **SQ.17.3**
47. Quels sont les mécanismes institutionnels mis en place par le gouvernement pour soutenir l'atteinte et le maintien des résultats de FDAL ? **SQ.18.1**
48. Dans quelle mesure les mécanismes de partenariat incitent-ils les parties prenantes (acteurs institutionnels, ONG nationales et locales) à atteindre et à maintenir les résultats du programme ATPC de l'UNICEF ? **SQ.18.2**
49. Quelles sont les mesures d'accompagnement post FDAL mises en place pour assurer la pérennité des acquis ? **SQ.19.1**
50. Quels sont les facteurs garantissant le maintien des pratiques FDAL (statut FDAL) par les bénéficiaires/usagers fréquentant votre école/structure ? **SQ.21.1**
51. Quels facteurs pourraient pousser les bénéficiaires/usagers fréquentant votre école/structure à retourner à la DAL ? **SQ.22.1**

Genre et droits humains, équité

52. Quels types de mesures ont été prises lors de la mise en œuvre pour garantir l'intégration des questions de genre, d'équité et de droits humains, notamment de la situation particulière des plus vulnérables ? (*Par exemple, latrines respectant la séparation fille-garçon, adaptées aux personnes handicapées ou aux tous petits, éducation à la gestion du cycle menstruel, disponibilité d'eau et de savon dans un endroit privé pour la gestion des cycles menstruels, dispositif d'élimination des déchets des menstrues, etc.*) **SQ.23.4 ; SQ.24.1**
53. Comment l'UNICEF de par ses actions dans le cadre du programme ATPC, a-t-il instauré le principe d'équité dans l'accès aux services d'hygiène et d'assainissement dans votre école/structure ? **SQ.25.1**
54. Avez-vous observé un manque d'équité dans l'accès aux services d'hygiène et d'assainissement dans votre école/structure ? Si oui, dites-nous pourquoi ? Comment avez-vous abordé cette situation ? **SQ.25.1**
55. Dans quelle mesure l'intervention contribue-t-elle à l'amélioration de l'égalité entre filles & garçons dans votre école en matière d'accès à l'assainissement et l'hygiène ? (*Par exemple, qui sont responsables de l'entretien des latrines, du remplissage des dispositifs de lavage des mains dans l'école ?*) **SQ.24.1**
56. Est-ce que votre intervention s'organise de manière participative ? Qu'est-ce qui est fait pour encourager la participation de la communauté dans son ensemble et la femme en particulier ? **SQ.23.4**

Outil 11 : Guide d'entretien pour ONG partenaire de mise en œuvre

Identification

Date et heure de l'entretien

Nom & Prénom du consultant
(interviewer)

Nom & Prénom du répondant

Sexe du répondant

Fonction du répondant

Structure

Localité

Contact

Pertinence

1. Comment les besoins des communautés en matière d'atteinte et de maintien de la situation FDAL ont-ils été identifiés avant la mise en œuvre du programme ? **SQ.1.1**
2. Quels étaient ces besoins ? **SQ.1.1**
3. Quelles sont les actions qui ont été mises en œuvre pour la prise en compte des besoins prioritaires des titulaires de droits (hommes, femmes et enfants) au moment de la conception du programme ATPC de l'UNICEF ? **SQ.1.2**
4. Ces actions étaient-elles réellement cohérentes avec les besoins identifiés ? **SQ.1.2**
5. Quelles sont les actions qui ont été mises en œuvre pour la prise en compte des besoins prioritaires des titulaires de droits (hommes, femmes et enfants) au moment de la mise en œuvre du programme ATPC de l'UNICEF ? **SQ.1.3**
6. Quels sont les besoins qui ont été pris en compte par ces actions ? **SQ.1.3**
7. Comment les besoins spécifiques en matière de WASH (fin de la défécation à l'air libre) des personnes vulnérables (indigents, personnes en situation de handicap, enfants et femmes des ménages vulnérables) ont-ils été identifiés avant la mise en œuvre du programme ? **SQ.1.1**
8. Quels étaient ces besoins spécifiques des personnes vulnérables ? **SQ.1.1**
9. Quelles sont les actions qui ont été mises en œuvre pour la prise en compte des besoins spécifiques des personnes vulnérables (indigents, personnes en situation de handicap, enfants et femmes des ménages vulnérables) au moment de la conception du programme ATPC de l'UNICEF ? **SQ.1.2**
10. Ces actions spécifiques étaient-elles réellement cohérentes avec les besoins spécifiques identifiés ? **SQ.1.2**
11. Quelles sont les actions qui ont été mises en œuvre pour la prise en compte des besoins spécifiques des personnes vulnérables (indigents, personnes en situation de handicap, enfants et femmes des ménages vulnérables) au moment de la mise en œuvre du programme ATPC de l'UNICEF ? **SQ.1.3**

12. Quels sont les besoins spécifiques qui ont été pris en compte par les actions spécifiques mises en œuvre ? **SQ.1.3**
13. Quelles ont été les modifications (révision, addition ou suppression d'activités) engendrées par la réponse à la Covid-19 en matière de programmation et de mise en œuvre du programme ATPC de l'UNICEF ? **SQ.1.4**
14. Comment ces modifications ont-elles affecté l'atteinte des résultats attendus dans le cadre du KRC#8 ? **SQ.1.4**
15. Dans quelle mesure le programme ATPC s'aligne-t-il sur les priorités globales (internationales) en matière d'assainissement auxquelles le Sénégal adhère (ODD) ? **SQ.2.1**
16. Dans quelle mesure le programme ATPC s'aligne-t-il sur le Plan Sénégal Emergent (PSE) ? **SQ2.2**
17. Dans quelle mesure le programme ATPC cadre-t-il avec les priorités nationales en matière de WASH déclinées dans les politiques nationales d'assainissement (la lettre de politique sectorielle et la Stratégie Nationale de l'Assainissement Rural-SNAR) ? **SQ.2.3**
18. Quelles ont été les adaptations majeures apportées (outre la réponse à la COVID-19) pour que le programme ATPC continue à adresser les besoins en matière de FDAL des populations en général, et des groupes les plus vulnérables en particulier ?

Efficacité

19. Selon vous, quels sont les extrants/produits significatifs obtenus suite à la mise en œuvre du programme ATPC de l'UNICEF ? Pourquoi ? **SQ.3.1**
20. Quels sont les résultats visibles du programme ATPC de l'UNICEF qui ont contribué le plus à l'atteinte des objectifs ou résultats nationaux et régionaux ? **SQ.3.2**
21. Quelles sont les stratégies ou approches efficaces du programme ATPC de l'UNICEF qui ont le mieux fonctionné et qui sont les plus aptes à la mise à l'échelle ? ou encore quelles sont les contraintes de passage à l'échelle de chaque stratégie ou approche ? **SQ.4.1**
22. Quels sont, selon vous, les facteurs internes (forces) à l'UNICEF qui ont contribué à la réalisation des objectifs ou résultats du programme ATPC ? **SQ.5.1**
23. Quels sont, selon vous, les facteurs externes (opportunités) à l'UNICEF (au plan social, culturel, économique et politique) qui ont contribué à la réalisation des objectifs ou résultats du programme ATPC ? **SQ.5.2**
24. Selon vous, quels sont les facteurs internes (faiblesses) à l'UNICEF qui ont gêné la réalisation des objectifs ou résultats du programme ATPC ? **SQ.6.1**
25. Selon vous, quels sont les facteurs externes (menaces) à l'UNICEF (au plan social, culturel, économique et politique) qui ont gêné la réalisation des objectifs ou résultats du programme ATPC ? **SQ.6.2**
26. Quels sont les résultats positifs inattendus produits par le programme ATPC de l'UNICEF ? **SQ.7.1**
27. Quels sont les résultats négatifs inattendus produits par le programme ATPC de l'UNICEF ? **SQ.7.2**
28. Quels sont les partenariats stratégiques existants relativement à la FDAL ? Quels sont les mécanismes de collaboration mis en place dans le cadre de programme ATPC de l'UNICEF ? **SQ.8.1**
29. Dans quelle mesure les partenariats développés ont-ils contribué à la réalisation des résultats dans le cadre du programme ATPC de l'UNICEF ? **SQ.8.2**

30. En quoi avez-vous développé dans ces partenariats stratégiques des complémentarités multisectorielles pour mettre fin à la DAL ? Avez des exemples concrets d'approches multisectorielles fonctionnelles et quels sont les résultats générés ? **SQ.8.2, SQ.8.3 et SQ.9.1**
31. Quelles actions spécifiques l'UNICEF devrait-elle prendre (par exemple dans la mise en œuvre/plaidoyer) pour mieux adapter l'intervention ? **SQ10.1**

Efficiences

32. Quelles sont les sources de financement du programme ATPC de l'UNICEF ? Quel volume de ressources avez-vous pu mobiliser sur les prévisions initiales ? **SQ.11.1**
33. Les financements ont-ils été obtenus et décaissés dans les délais prévus ? Quelles ont été les difficultés à ce niveau ? **SQ.11.2**
34. Le budget mobilisé a-t-il été suffisant pour réaliser tous les extrants et couvrir les besoins identifiés ? Quelles sont les activités qui n'ont pas été réalisées en raison de l'insuffisance des ressources financières ? Comment est-ce que cette insuffisance de ressources financières a été compensée ? **SQ.11.3**
35. Quelles sont les activités qui ont été réalisées hors délai de planification ? Pourquoi ? **SQ.11.4**
36. Est-ce que toutes les ressources humaines et matérielles ont été pleinement utilisées ? Si non lesquelles ont été sous-employées ou non utilisées ? **SQ. 11.5**
37. Dans quelle mesure les inputs et extrants ont-ils été réalisés aux meilleurs prix ? **SQ. 11.6**
38. Selon vous, quelles pourraient être les stratégies alternatives à moindre coût pour atteindre les mêmes résultats ? Comment ces stratégies alternatives permettraient-elles de réduire les coûts de mise en œuvre des activités ? **SQ. 12.1**

Impact

39. À la suite de la mise en œuvre du programme ATPC de l'UNICEF, quels sont les principaux changements observables dans les zones de mise en œuvre du programme par rapport aux zones non ciblées qui vous ont été remontés relativement :
- aux maladies du péril fécal (choléra, paludisme, etc.) ? **SQ.13.1**
 - à la nutrition ? **SQ.13.1**
 - à la fréquentation scolaire des enfants en particulier des filles ? **SQ.13.3**
 - aux violences (viols) faites aux femmes et aux filles ? **SQ.13.4**
 - au temps que les femmes accordent aux corvées d'eau ? **SQ.13.4**
 - à l'enregistrement des naissances et des décès ? **SQ.13.5**
40. Selon vous, les programmes d'assainissement communautaire et d'autres programmes d'assainissement exécutés ont-ils contribué à améliorer l'accès aux installations d'assainissement améliorées ou de base (latrines) ? **SQ.14.1**
41. Selon vous, les programmes d'assainissement communautaire et d'autres programmes d'assainissement exécutés ont-ils contribué à améliorer l'utilisation des installations d'assainissement améliorées ou de base (latrines) ? **SQ.14.2**
42. À votre avis, les programmes d'assainissement communautaire et d'autres programmes d'assainissement exécutés ont-ils contribué à améliorer l'utilisation des dispositifs de lavage des mains (DLM) ? **SQ.14.4**
43. À votre avis, les programmes d'assainissement communautaire et d'autres programmes d'assainissement exécutés ont-ils contribué à améliorer l'utilisation des dispositifs de lavage des mains (DLM) ? **SQ.14.4**

44. Selon vous, les programmes d'assainissement communautaire et d'autres programmes d'assainissement exécutés ont-ils contribué à améliorer l'accès à l'eau potable ? **SQ.14.5**

Durabilité

45. Quelles sont les mesures prises ou stratégies mises en place par votre structure pour la continuité des activités ? **SQ.15.1**

46. En quoi les stratégies identifiées sont-elles favorables à la durabilité des acquis du programme ATPC ? **SQ.15.2**

47. Les activités ou approches du programme ATPC sont-elles reprises dans les plans d'action des structures de l'administration publique et des autres partenaires ? **SQ.16.1 & SQ.16.2**

48. Quelles sont les activités ou approches du programme ATPC reprises ? **SQ.16.1 & SQ.16.2**

49. Quels sont les difficultés rencontrées pour la répliquabilité des activités ou approches du programme ATPC de l'UNICEF ? **SQ.16.1 & SQ.16.2**

50. Quelles sont les approches efficaces les plus aptes à l'échelle ? ou encore Quelles sont les contraintes de passage à l'échelle de chaque approche ? **SQ.16.3**

51. Quelles sont les mesures prises pour favoriser la mise à l'échelle du programme ATPC ? **SQ.16.3**

52. Quels sont les contraintes ou difficultés pour le passage à l'échelle du programme ATPC ? **SQ.16.3**

53. Quelles sont les initiatives envisagées ou en cours par les autorités nationales et locales en matière de FDAL ? **SQ.17.1**

54. Quelles sont les actions envisagées ou en cours par les autorités nationales et locales pour la mobilisation des ressources en matière de FDAL ? **SQ.17.2**

55. Quel est le volume des ressources financières mobilisées par le gouvernement ou la part budgétaire annuelle de l'État en faveur de la FDAL ? **SQ.17.3**

56. Quels sont les mécanismes institutionnels mis en place par le gouvernement pour soutenir l'atteinte et le maintien des résultats de FDAL ? **SQ.18.1**

57. Dans quelle mesure les mécanismes de partenariat incitent-ils les parties prenantes (acteurs institutionnels, ONG nationales et locales) à atteindre et à maintenir les résultats du programme ATPC de l'UNICEF ? **SQ.18.2**

58. Dans quelle mesure les bénéficiaires se sont-ils appropriés les activités du programme ATPC de l'UNICEF visant à mettre fin à la DAL ? **SQ.19.1**

59. En quoi les acteurs communautaires sont-ils engagés dans des actions allant dans le sens de la FDAL ? **SQ.19.2**

60. Quels sont les changements en matière de pratiques d'hygiène au niveau communautaire susceptibles de perdurer ? **SQ.20.1**

61. Quels sont les changements en matière d'assainissement au niveau communautaire susceptibles de perdurer ? **SQ.20.2**

62. Quels sont les facteurs garantissant le maintien des pratiques FDAL (statut FDAL) après la certification ? **SQ.21.1**

63. Pour quelles raisons les populations pratiquent-elles la DAL ? **SQ.22.1**

64. Quels sont les facteurs socio-culturels qui expliquent le retour aux pratiques de DAL ? **SQ.22.1**

65. Quelle est la stratégie de communication mise en œuvre par le programme ATPC ? Dans quelle mesure est-elle efficace ? **SQ.22.2**

66. Quelles sont les faiblesses et les forces de cette stratégie ? **SQ.22.2**

67. Êtes-vous satisfaits de la visibilité donnée aux actions de programme dans le processus de mise en œuvre ? **SQ.22.2**
68. Quels sont les éléments d'amélioration ? **SQ.22.2**
69. Quelles leçons tirez-vous de la stratégie de communication mise en œuvre ? **SQ.22.2**

Genre et droits humains, équité

70. Existe-t-il au Sénégal des analyses/études portant sur les inégalités entre femmes, filles, hommes, garçons dans les secteurs liés au WASH, ayant permis à l'UNICEF d'améliorer la conception ou la mise en œuvre de son programme ATPC ? **SQ.23.1**
71. Le programme ATPC a-t-il collecté systématiquement des données désagrégées par sexe ? **SQ.23.2**
72. Comment l'UNICEF a-t-il contribué par ses actions au renforcement des mécanismes de reddition des comptes et de transparence des structures administratives en matière de WASH ou de FDAL ? **SQ.23.3**
73. Selon vous, comment les mécanismes mis en place par l'UNICEF ont-ils permis à toutes les parties prenantes notamment aux femmes de participer à la prise de décision ? **SQ.23.4**
74. Comment l'UNICEF de par ses actions dans le cadre du programme ATPC, a-t-il instauré le principe d'égalité des sexes dans l'accès aux services d'hygiène et d'assainissement ? **SQ.24.1**
75. Comment l'UNICEF de par ses actions dans le cadre du programme ATPC, a-t-il instauré le principe d'équité dans l'accès aux services d'hygiène et d'assainissement ? **SQ.25.1**

Outil 12 : Guide d'entretien pour opérateurs privés (IMF & Artisans locaux)

Identification

Date et heure de l'entretien

Nom & Prénom de l'agent de collecte

Nom & Prénom du répondant

Sexe du répondant

Fonction du répondant

Structure

Contact

Questions

1. Êtes-vous au courant de la mise en œuvre de l'approche ATPC dans votre localité ? Avez-vous été associé à ces interventions et quel rôle y avez-vous joué ? Quel a été votre degré d'implication ?
2. Quelle place la fourniture de produits et services d'assainissement et d'hygiène occupe-t-elle par rapport à vos activités en tant qu'artisan local/IMF (*en termes de temps consacré et de chiffres d'affaires*) ? En quoi ce secteur est-il rentable ?
3. Quels étaient les besoins des communautés en matière d'atteinte et de maintien de la situation FDAL avant la mise en œuvre du programme ? **SQ.1.1**
4. Quels sont les actions qui ont été mises en œuvre pour la prise en compte des besoins prioritaires des titulaires de droits (hommes, femmes et enfants) au moment de la mise en œuvre du programme ATPC de l'UNICEF ? **SQ.1.3**
5. Quels sont les besoins qui ont été pris en compte par ces actions ? **SQ.1.3**
6. Comment les besoins spécifiques en matière de WASH (fin de la défécation à l'air libre) des personnes vulnérables (indigents, personnes en situation de handicap, enfants et femmes des ménages vulnérables) ont-ils été identifiés avant la mise en œuvre du programme ? **SQ.1.1**
7. Quels étaient ces besoins spécifiques des personnes vulnérables ? **SQ.1.1**
8. Quels sont les actions qui ont été mises en œuvre pour la prise en compte des besoins spécifiques des personnes vulnérables (indigents, personnes en situation de handicap, enfants et femmes des ménages vulnérables) au moment de la mise en œuvre du programme ATPC de l'UNICEF ? **SQ.1.3**
9. Quels sont les besoins spécifiques qui ont été pris en compte par les actions spécifiques mises en œuvre ? **SQ.1.3**
10. Quelle appréciation faites-vous de la situation du marché de l'assainissement et de l'hygiène dans votre localité du point de vue de l'offre ? **SQ.1.1 & SQ.1.3**
 - 3.1. Quels types de fournisseurs (maçons, boutiquiers, quincaillers, vendeurs d'agrégats de construction, etc.) et quels types de produits et services d'hygiène et

- d'assainissement (maçonnerie, matériaux de construction, articles...) existe-t-il dans votre localité ?
- 3.2. Quelle appréciation faite vue du nombre des fournisseurs ainsi que de la quantité et qualité des produits offerts par rapport aux besoins des populations ?
 - 3.3. En ce qui vous concerne précisément l'assainissement, quelles facilités offrez-vous à vos clients (*par exemple les conditions d'octroi des crédits aux ménages et aux artisans, possibilité de crédits de matériaux auprès des quincaillers, etc.*)
11. Quelle appréciation faites-vous de la situation du marché de l'assainissement et de l'hygiène dans votre localité du point de vue de l'offre et de la demande ?
 - 4.1. Quels sont vos principaux clients et quels sont les produits et services les plus demandés ?
 - 4.2. Quelle appréciation faites-vous de l'importance de la demande adressée à vos produits et services ?
 12. Quels sont les obstacles/barrières à la promotion, la construction et l'utilisation des latrines et des produits/articles d'hygiène et d'assainissement dans votre localité ? **SQ.22.1**
 13. Avez-vous reçu des appuis dans le cadre de l'intervention pour participer à la promotion de l'assainissement dans votre localité ? **SQ.16.1 & SQ.16.2**
 - 6.1. Si Oui, en quoi cela-t-il consisté et comment appréciez-vous ces appuis ? En quoi les appuis reçus vous permettent-ils de participer efficacement à la promotion des latrines et des produits d'assainissement pour accélérer l'abandon des pratiques de DAL ? Dites-nous concrètement comment vous procédez maintenant pour intéresser les ménages à la construction des latrines par exemple ?
 - 6.2. Sinon, quels appuis auriez-vous aimé avoir pour renforcer votre activité et contribuer aux efforts en vue de mettre fin à la DAL ?
 14. Comment l'avènement de la COVID-19 a-t-il affecté votre activité ? **SQ.1.4**
 15. Selon vous, qu'est-ce qui peut/doit être fait pour dynamiser le marché de l'hygiène et de l'assainissement et contribuer à mettre fin à la DAL en matière de :
 - ☞ Renforcement de la chaîne d'approvisionnement en matériaux et produits ;
 - ☞ Promotion et de vulgarisation des latrines au niveau communautaire ;
 - ☞ Financement des ménages et des opérateurs privés du secteur