

Évaluation finale du projet
« Renforcement des services d'hygiène et d'assainissement de base et
amélioration des pratiques d'hygiène nutritionnelle en milieu familial dans
8 régions du Burkina Faso »



Rapport final – Mars 2016

PRO CONSULT. SARL

Ouagadougou (siège social)

Sis au secteur 14, 1200 logements

villa n° 889, Rue 14.76. 12 BP 10 Ouagadougou 12

Téléphone (+226) 50363665

RCCM : BFOUA2009B2956 - IFU : 00023422N

E-mail : bureauproconsult@gmail.com

Table des matières

LISTE DES TABLEAUX.....	4
LISTE DES ABBREVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES	5
RESUME	6
INTRODUCTION.....	11
1 OBJET DE L’EVALUATION	12
1.1 Objectifs du projet.....	12
1.2 Résultats attendus de la mise en œuvre du projet.....	12
1.3 Stratégie de mise en œuvre du projet.....	13
1.4 Acteurs pré-identifiés et leurs rôles.....	13
1.5 Zones géographiques d’intervention du projet.....	14
1.6 Budget du projet	14
2 CONDUITE DE L’EVALUATION	15
2.1 But, objectifs et champ d’application de l’évaluation.....	15
2.2 Gestion de l’évaluation	15
2.3 Méthodologie de l’évaluation	16
2.3.1 La collecte des données.....	16
2.3.2 L’échantillon	17
2.3.3 Le traitement et l’analyse des données.....	18
2.4 Compétences et éthique de l’équipe d’évaluateurs	18
2.5 Difficultés rencontrées	18
3 ANALYSE DE L’EFFICACITE DE LA MISE EN ŒUVRE DU PROJET	20
3.1 Efficacité du mode opératoire appliqué dans le cadre du projet.....	20
3.2 Efficacité de la mise en œuvre du volet Hygiène et assainissement.....	22
3.2.1 L’examen de la réalisation des activités	23
3.2.2 Le niveau d’atteinte des résultats	24
3.3 Efficacité de la mise en œuvre du volet Santé/Nutrition	30
3.3.1 L’examen de la réalisation des activités	30
3.3.2 Le niveau d’atteinte des résultats	31
3.4 Efficacité des modalités d’intervention dans l’atteinte des résultats escomptés	32
3.4.1 L’examen du protocole.....	32
3.4.2 L’examen de la conduite de la mise en œuvre du volet Hygiène et Assainissement,.....	36
3.4.2.1 L’implication des acteurs.....	36
3.4.2.2 L’information et la mobilisation sociale	37
3.4.2.3 Le renforcement des capacités des acteurs	37
3.4.2.4 La gestion de la subvention.....	37
3.4.2.5 La planification et le suivi de la réalisation des travaux	38
3.4.2.6 La certification de l’état FDAL des villages	38
3.4.3 L’examen de la conduite de la mise en œuvre du volet Santé/Nutrition	39
3.4.4 L’efficacité des mécanismes de gestion financière inhérente à la mise en œuvre du projet et à l’atteinte des résultats attendus.....	40

3.4.5	L'efficacité des mécanismes de suivi du projet inhérente à la mise en œuvre du projet et l'atteinte des résultats.....	40
3.4.6	L'efficacité du projet dans l'implication des jeunes, des femmes et des populations vulnérables et dans la prise en compte de leurs besoins	42
3.5	<i>Principaux déterminants de la mise en œuvre</i>	42
3.5.1	Les facteurs ayant favorisé les réalisations du projet	42
3.5.2	Les facteurs ayant limité les réalisations du projet	43
3.5.3	Les principaux goulots d'étranglement	43
3.5.3.1	Les principaux goulots d'étranglement au niveau du contexte	43
3.5.3.2	Les principaux goulots d'étranglement au niveau de la demande	44
3.5.3.3	Les principaux goulots au niveau de l'offre et la qualité de services	44
3.6	<i>Effets résultant de la mise en œuvre du projet</i>	45
3.6.1	Les principaux effets directs	45
3.6.2	Les effets inattendus	47
4	ANALYSE DE LA DURABILITE DES ACQUIS DU PROJET	48
4.1	<i>Mesures prises pour assurer la durabilité des résultats</i>	48
4.1.1	Les mesures prises pour le fonctionnement durable du comité villageois d'hygiène et d'assainissement	48
4.1.2	Les mesures prises pour assurer de façon durable l'utilisation et de l'entretien des latrines familiales	48
4.1.3	Les mesures prises pour assurer la pérennisation du statut de FDAL.....	49
4.2	<i>Appropriation des interventions et des acquis du projet</i>	50
4.3	<i>Mécanismes mis en place par le projet pour la pérennisation des acquis</i>	52
4.4	<i>Facteurs déterminants la durabilité des acquis du projet</i>	53
4.4.1	Les facteurs favorables	53
4.4.2	Les menaces.....	54
4.5	<i>Opportunités et dispositions nécessaires à prendre pour le passage à d'autres zones d'intervention</i>	55
4.5.1	Les opportunités à valoriser	55
4.5.2	Les dispositions nécessaires à prendre pour une réussite dans d'autres zones d'intervention.....	57
4.5.2.1	Sur le plan technique.....	57
4.5.2.2	Sur le plan managérial.....	58
4.5.3	La sortie de la zone actuelle	58
5	LECONS APPRISES	59
6	CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	60
ANNEXES	64
	<i>Annexe 1 : Termes de référence</i>	64
	<i>Annexe 2 : Plan de sondage et d'échantillonnage</i>	65
	<i>Annexe 3 : Outils à produire dans le cadre du suivi et évaluation du projet</i>	71
	<i>Annexe 4 : Note de stratégie relative à l'évaluation sur le volet Santé/Nutrition</i>	72
	<i>Annexe 5 : Liste des personnes interviewées</i>	74
	<i>Annexe 6 : Niveau d'importance des opérations composant les activités</i>	75
	<i>Annexe 7 : Outils de collecte de données</i>	78
6.1.1	Guide d'entretien avec l'UNICEF	78

6.1.2	Guide d'entretien avec APS.....	78
6.1.3	Guide d'entretien avec les communes.....	80
6.1.4	Guide d'entretien - Leaders (CVD, personnes ressources).....	81
6.1.5	Guide d'entretien avec la DGAEUE et les DRARHASA.....	81
6.1.6	Guide d'entretien avec les Districts sanitaires / CSPS.....	82
6.1.7	Questionnaire - Ménages sans latrines.....	83
6.1.8	Guide d'entretien avec les mères d'enfants malnutris.....	85
	<i>Annexe 8 : Profils des consultants.....</i>	<i>88</i>
	<i>Annexe 9 : Bibliographie.....</i>	<i>89</i>

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	: Régions couvertes par le projet de 2014-2015.....	14
Tableau 2	: Récapitulatif des contributions au cout de mise en œuvre du projet 2014-2015.....	14
Tableau 3	: Cibles, outils et modalités de collecte.....	17
Tableau 4	: Chaîne et rôles des différents acteurs.....	21
Tableau 5	: Effectivité de réalisation des opérations.....	23
Tableau 6	: Niveau de réalisation des outputs.....	25
Tableau 7	: Répartition des opérations pour lesquelles il est impossible d'apprécier la production output.....	28
Tableau 8	: Niveau d'atteinte des résultats attendus.....	29
Tableau 9	: Effectivité de la réalisation des activités dans le volet Santé/Nutrition.....	31
Tableau 10	: Niveau d'atteinte des résultats du volet Santé / Nutrition.....	32
Tableau 11	: Observations sur la pertinence des résultats attendus en lien avec leur indicateur.....	33
Tableau 12	: Régions retenues en fonction des volets du projet.....	66
Tableau 13	: Provinces retenues en fonction des volets du projet.....	66
Tableau 14	: Répartition des villages en fonction du statut d'assainissement.....	66
Tableau 15	: Echantillon de communes, villages et de ménages retenu.....	67
Tableau 16	: Effectifs d'enfants malnutris dans les provinces retenues.....	67
Tableau 17	: Echantillon prévu de mères d'enfants malnutris retenu.....	68
Tableau 18	: Echantillon total initial retenu pour l'enquête et niveau de réalisation.....	69
Tableau 19	: Echantillon de remplacement et niveau de réalisation.....	70

LISTE DES ABBREVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES

Sigles	Significations
AEPA	Approvisionnement en eau potable et assainissement
CSPS	Centre de santé et de promotion sociale
CVD	Comité villageois de développement
DGAEUE	Direction générale de l'assainissement eau usée et excréta
DRAH	Direction régionale de l'agriculture et de l'hydraulique
DRARHASA	Direction régionale de l'agriculture, des ressources hydrauliques, de l'assainissement et de la sécurité alimentaire
DRS	Direction régionale de la santé
ICP	Infirmier chef de poste
IEC	Information - éducation - communication
OCDE	Organisation pour la coopération et le développement économique
OMD	Objectifs du millénaire pour le développement
ONG	Organisation non gouvernementale
PDC AEPA	Plan de développement communal du secteur de l'approvisionnement en eau potable et assainissement
PN-AEPA	Programme national d'approvisionnement en eau potable et d'assainissement
RGPH	Recensement général de la population et de l'habitat
UNICEF	Fonds des Nation Unies pour l'Enfance
VIP	Ventilated improved Pit (latrines à fosse ventilée)
WASH	Water sanitation and health en français, eau hygiène et assainissement
ATPC	Assainissement total porté par les communautés
GAR	Gestion axée sur les résultats
ATPL	Assainissement total porté par les leaders
APS	Association pour la paix et la solidarité
FDAL	Fin de la défécation à l'air libre
DAL	Défécation à l'air libre
VAD	Visite à Domicile
CAV/Q	Comité d'assainissement villageois ou de quartier
APE	Association des parents d'élèves
AME	Association des mères d'élèves
AUE	Association des usagers de l'eau
ENA	Enquête nationale d'assainissement
CREN	Centre de réhabilitation et d'éducation nutritionnelle
COGES	Comité de Gestion
CAP	Connaissances, attitudes, pratiques

RESUME

Le projet « *Renforcement des services d'hygiène et d'assainissement de base et amélioration des pratiques d'hygiène nutritionnelles en milieu familial dans 8 régions du Burkina Faso* » a été mis en œuvre de juillet 2014 à juin 2015, soit sur une durée de 12 mois, pour un budget total de 416.788.130¹ FCFA, sur la base d'un 6^{ème} protocole entre l'UNICEF et l'APS, dans les régions de Boucle du Mouhoun, du Centre Nord, du Centre Ouest, de l'Est, des Hauts Bassins, du Nord, du Plateau Central et du Sahel. L'objectif principal du projet est de contribuer à l'atteinte des OMD et du PN-APEPA au Burkina Faso.

L'objectif principal de l'évaluation est d'analyser l'efficacité et la durabilité des acquis du projet afin de fournir une base objective à l'UNICEF et à ses partenaires pour améliorer la programmation, optimiser les stratégies d'intervention et effectuer des actions de plaidoyer en faveur de la promotion de l'assainissement et de l'hygiène en milieu rural.

La méthodologie d'exécution de la mission d'évaluation a reposé sur une approche participative, principalement avec le comité de pilotage regroupant l'UNICEF, l'APS et la DGAEUE, conformément aux prescriptions des TDR.

Pour la collecte et l'analyse des données, le consultant a combiné une approche quantitative et qualitative. Le plan de sondage a été défini en prenant en compte la répartition numérique et spatiale des cibles mais aussi le temps et les ressources impartis à la mission ainsi que l'accessibilité des zones concernées par l'évaluation. Des outils de collecte des données, prenant en compte les questions d'évaluation posées dans les TDR, ont été élaborés et ont servi de supports pour la réalisation d'entretiens individuels et de groupes. La collecte des données sur le terrain a été effectuée par une équipe de 8 personnes sur une période de 15 jours. L'ensemble des informations recueillies à travers l'exploitation des documents, la visite de terrain et les entretiens ont constitué le corpus de données pour la rédaction du présent rapport.

Conformément aux prescriptions des TDR, l'analyse a consisté à faire une appréciation des performances du projet en termes d'efficacité et de durabilité.

De l'efficacité de la mise en œuvre du projet

Au regard du niveau d'atteinte des résultats, l'efficacité de la mise en œuvre du projet a été faible dans l'ensemble, en ce sens que les principaux résultats attendus n'ont pas été atteints. En effet, il ressort que :

- seul le résultat attendu R1 "80 nouveaux villages ont été déclenchés en ATPC dans 15 communes des provinces du Sanguié et du Yatenga" est atteint à 100% ;
- le niveau d'atteinte du résultat attendu R2 "40% des villages déclenchés en ATPC ont atteint la fin de la défécation à l'air libre (FDAL) (32 des 80 villages)" est nul, car aucun village n'a été certifié FDAL, alors que ce résultat constitue le résultat majeur du projet ;
- les autres résultats attendus de la mise en œuvre du volet WASH (R3 "80% de la population des 80 villages déclenchés adoptent des comportements favorables à une meilleure pratique de l'hygiène (particulièrement par rapport à l'utilisation des latrines et le lavage des mains", R4 "83 villages déclenchés dans le Bam, le Kourwéogo et l'Oubritenga bénéficient d'un suivi léger en vue d'atteindre et de maintenir un état FDAL de

¹ Voir protocole

80%.", R5 " *Les capacités des acteurs et des partenaires locaux du projet sont renforcées en vue de la pérennisation*" sont très partiellement atteints. Seuls 2 villages ont été certifiés FDAL.

Au demeurant, compte tenu du fait que la latrine constitue un élément capital de l'atteinte de la FDAL², il y a lieu de noter que selon le rapport bilan d'APS (septembre 2015), sur l'ensemble de sa zone d'intervention, le nombre de latrines qu'elle a réalisées, dans le cadre du projet, est de 4193 contre 2700 prévues soit 153% de taux de réalisation. Cette performance en termes de latrines réalisées par le projet est attestée par les statistiques des DRARHASA (CRP, 2015 et 2016), dans une moindre mesure, soit 109%.

En ce qui concerne les résultats attendus du volet santé nutrition, à savoir le R6 "*un appui est apporté aux centres de santé pour le respect des standards WASH (Paquet minimum WASH)*", et le R7, "*80% des couples mère-enfants malnutris bénéficiaires de kits WASH dans les huit (08) régions les utilisent de façon adéquate*", le niveau d'atteinte n'est pas satisfaisant notamment pour le R7 qui est le résultat majeur attendu du volet Santé/Nutrition. Non seulement tous les kits n'ont pas été distribués mais aussi, plus de la moitié des mères d'enfants malnutris ayant bénéficié de kits n'ont pas été sensibilisées à leur utilisation.

L'analyse de la mise en œuvre du projet révèle des insuffisances au niveau du contenu du protocole d'accord, de la conduite des activités, des mécanismes de gestion financière, du suivi et évaluation et de l'implication des groupes spécifiques (jeunes, des femmes et populations vulnérables) ainsi que de la prise en compte de leurs besoins

De la durabilité des interventions et acquis du projet

La pérennité des acquis du projet n'est pas évidente, en ce sens que l'approche n'est pas allée assez loin pour assurer la durabilité des acquis. Il n'existe aucune garantie que les villages qui ont été déclenchés et ceux qui tendaient vers l'état FDAL maintiendront leur progrès. En effet, il ressort des rapports et des constats de terrain que

- les mesures prises par le projet dans le but d'assurer le fonctionnement durable du comité villageois d'hygiène et d'assainissement, l'utilisation et l'entretien des latrines familiales ainsi que la pérennisation du statut de FDAL ne sont pas assez conséquentes pour garantir la durabilité des résultats du projet ;
- les structures techniques des ministères en charge de l'assainissement et de la santé, tout comme les communes, se sont faiblement appropriés les interventions du projet, bien que l'appropriation soit plus effective au niveau des populations au regard du niveau de mobilisation de leur contribution dans la réalisation des latrines ;
- les mécanismes instaurés par le projet pour la pérennisation des acquis aux plans de la promotion de l'hygiène et l'assainissement et la gouvernance locale du projet se révèlent déjà fragiles.

Pour assurer la pérennité des acquis du projet, il aurait fallu prendre aussi en compte certains facteurs tels que l'engagement des autorités communales, l'implication des écoles et CSPS dans la promotion de l'assainissement, la continuité de l'ATPC avec subvention, l'harmonisation des approches. L'ATPL et les investissements dans le domaine de l'eau potable sont également des facteurs favorables à la pérennisation des acquis du projet. En revanche, l'instabilité politique ou institutionnelle, la durabilité de la technologie mise en place, la faible capacité financière des acteurs locaux, le non-respect des engagements par les parties prenantes et le faible accès à l'eau potable par une partie de la population, constituent des menaces.

² Confère Guide national ATPC. Page 60

Les principaux effets directs du projet sont l'amélioration du cadre de vie des ménages et l'amorce d'un changement de comportement.

Somme toute, un arrêt immédiat de l'appui apporté par l'UNICEF compromettra à coup sûr les acquis réalisés. Cependant, il y a possibilité pour que l'atteinte des résultats puisse être boostée et que leur durabilité soit accrue, mais les dispositions institutionnelles, opérationnelles et financières doivent être tant soit peu corrigées et mises rapidement en place.

Des dispositions et opportunités en prendre pour le passage à d'autres zones

Au regard des insuffisances constatées dans la mise en œuvre du projet, pour réussir ses interventions futures dans d'autres zones, l'UNICEF doit envisager les mesures suivantes.

Au plan technique :

- Assurer un bon suivi du déclenchement avec l'appui des directions régionales en charge de l'assainissement ou de l'hygiène afin de favoriser l'appropriation de l'ATPC par ces acteurs locaux ;
- Prendre en compte les directions régionales en charge de l'assainissement et de la santé, dans l'appui institutionnel ;
- Veiller à la certification de la qualité des activités de renforcement des capacités ;
- Contribuer à l'essor de l'économie locale en œuvrant à l'émergence d'une offre locale des matériaux nécessaires à la réalisation des latrines ;
- Réussir une valorisation des compétences endogènes, telles que les ASBC et les COGES qui jouissent d'une maîtrise de l'espace communautaire ;
- Assurer le suivi de la réalisation des ouvrages par les directions régionales en charge de l'assainissement ;
- Renforcer davantage le rôle des communes dans la mise en œuvre du projet :

Au plan managérial

- affiner l'évaluation des capacités des partenaires
- assurer un contrôle qualité des documents de projet :
- affiner l'adéquation entre la planification des activités et les cycles de financement
- assurer la pérennité des actions des projets ;
- Prévoir deux cycles de contrats afin que l'intervention puisse permettre de conduire les villages à un état FDAL durable: 1er contrat pour permettre au partenaire de conduire les villages à un état FDAL et un 2ème contrat pour assurer le suivi post FDAL

Dans cette perspective, les opportunités suivantes sont à valoriser :

- l'adoption de l'ATPC comme stratégie nationale de mise en œuvre de l'hygiène ;
- la forte déconcentration du système éducatif et sanitaire ;
- l'existence de compétences locales au niveau communal, y compris des personnes leaders ;
- l'installation de radios locales.

Au cas, il serait question de sortir de la zone actuelle, le consultant préconise de (i) faire un inventaire exhaustif des latrines réalisées et (ii) de veiller à satisfaire les besoins suscités non satisfaits

Des leçons apprises

L'expérience menée par le projet permet de tirer les six (06) leçons suivantes pour servir d'éclairage à tout acteur désireux d'entreprendre des activités similaires dans une quelconque zone.

- Le fonctionnement durable des latrines suppose le développement d'un service de vidange et de réfection périodique à l'échelle locale.
- La subvention, en milieu rural, est un gage d'expansion rapide de l'équipement des ménages en ouvrages d'assainissement adéquat mais nécessite de procédures efficaces de mise à disposition des matériaux subventionnés pour éviter un coût d'opportunité aux ménages.
- La subvention est un gage d'expansion rapide de la latrinisation en milieu rural mais elle compromet la disponibilité des ménages à accepter payer le coût intégral d'une latrine sans l'intervention d'un projet qui la propose.
- Le pré-déclenchement est une étape qui doit être prise au sérieux par les projets qui procèdent par l'ATPC. Il doit être fait uniquement par des agents formés.
- Le « déclenchement institutionnel » des communes, participe à une meilleure prise en charge de la promotion de l'hygiène et de l'assainissement.
- La bonne réussite du déclenchement joue un rôle important dans la pérennité du statut FDAL.

Recommandations :

- A l'adresse de l'UNICEF :
 - Poursuivre, avant tout retrait, l'appui dans les villages de la zone d'intervention touchés par le projet, tout en y apportant les correctifs nécessaires afin de booster l'atteinte des résultats et d'assurer la durabilité des acquis ;
 - Adopter pour la mise en œuvre de l'ATPC le principe d'un protocole annuel renouvelable une fois pour permettre la conduite effective des villages à l'état FDAL ;
 - Renforcer la cohérence de la programmation et des procédures de gestion financière propres à l'UNICEF avec la planification des activités à mettre en œuvre ;
 - Prévoir dans les protocoles d'accord un appui institutionnel aux directions régionales en charge de l'assainissement en vue d'un meilleur appui aux communes et supervision technique de la réalisation des ouvrages ;
 - Prévoir dans les protocoles d'accord un appui institutionnel aux communes pour renforcer leurs capacités opérationnelles à assumer le rôle de coordonnateur local du projet
 - Exiger aux partenaires de mise en œuvre la mise en place effective d'un système de suivi évaluation bien construit et tangible, à même de sortir en temps réel des informations fiables sur les différentes réalités de la mise en œuvre du projet ;
 - Assurer l'implication des écoles dans la mise en œuvre du projet.

- A l'adresse de l'APS
 - Améliorer la planification des activités y compris la mobilisation et l'allocation de la subvention ;
 - Mettre en place un système de suivi évaluation bien construit et tangible, à même de sortir en temps réel des informations fiables sur les différentes réalités de la mise en œuvre du projet ;

- A l'adresse des communes
 - Travailler à la pleine intégration des points focaux mis à leur disposition dans le cadre du projet, dans l'administration communale ;
 - Evaluer les besoins en assainissement dans les villages relevant de leur juridiction, notamment dans les villages touchés par le projet en termes de latrines restants non satisfait et procéder à la recherche de financement ;
 - Procéder au suivi et à l'actualisation des informations sur l'évolution de la situation d'assainissement, notamment sur le maintien du statut FDAL par les villages certifiés FDAL ;
 - Allouer dans le budget communal un financement de la promotion de l'assainissement ;

- A l'adresse de la DGAEUE
 - Faire un inventaire exhaustif des latrines réalisées dans tous les villages d'intervention sur les 6 années, afin de disposer de statistiques fiables permettant d'apprécier objectivement le taux de contribution du projet aux objectifs nationaux, régionaux ou communaux
 - Procéder à la justification des fonds reçus afin de permettre le décaissement des fonds alloués à la DGAEUE pour la mise en œuvre des activités qui lui incombent.

- A l'adresse du ministère en charge de l'assainissement
 - Allouer des ressources humaines et financières conséquentes à la DGAEUE et aux Directions régionales afin de leur permettre la réalisation optimale de leurs missions régaliennes.

INTRODUCTION

Au Burkina Faso, le sous-secteur de l'assainissement a été longtemps marginalisé du fait d'une faible volonté politique, de la faiblesse du cadre institutionnel, de l'insuffisance des ressources humaines qualifiées ainsi que des ressources matérielles et financières allouées. La monographie de la situation de l'assainissement au Burkina Faso en 2010 élaborée à partir des données de la première enquête nationale sur l'accès des ménages aux ouvrages d'assainissement familial (ENA 2010) indique que le taux national d'accès à l'assainissement familial en 2010 se situe autour de 3,1%, contre un taux d'accès à l'assainissement familial en milieu rural de 0,8%. Ces chiffres masquent d'importantes disparités selon le milieu d'habitation et la zone de résidence des ménages. Au niveau provincial, dans la quasi-totalité des provinces, le taux d'accès à l'assainissement est inférieur à 2%.

Il résulte du faible accès des populations aux ouvrages d'assainissement une persistance des maladies d'origine hydrique telles que les diarrhées dont la prévalence chez les enfants de moins de 5 ans est de 18% selon les résultats de l'enquête SMART réalisée en 2014. Les résultats de l'enquête SMART réalisée en 2014 montrent par ailleurs que parmi les enfants âgés de moins de 5 ans, 8.6% souffrent de malnutrition aigüe et 29.1% d'entre eux sont affectés par la malnutrition chronique. Les maladies diarrhéiques et la malnutrition contribuent à maintenir la mortalité infanto juvénile à un niveau très élevé (129% selon l'EDS-2010). Nul doute que l'absence d'un environnement sain, source de nombreuses maladies réduit les capacités des populations à accéder au développement.

L'UNICEF s'illustre parmi les principaux partenaires techniques et financiers de l'État burkinabè. Ses interventions portent sur plusieurs axes concourant à l'atteinte de sa mission centrale, à savoir la défense des droits de l'enfant. Dans cette perspective, l'UNICEF intervient dans le secteur de l'AEPA à travers son programme WASH qui comprend le projet « *Renforcement des services d'hygiène et d'assainissement de base et amélioration des pratiques d'hygiène nutritionnelles en milieu familial dans 8 régions du Burkina Faso* », dont la mise en œuvre de projet a été assurée par l'Association pour la Paix et la Solidarité (APS).

Le projet étant à terme, il est indispensable pour l'UNICEF de procéder à une évaluation afin de mieux cerner l'efficacité du projet et les conditions de durabilité de ses acquis. Il s'agit in fine de mettre à la disposition de l'UNICEF des données fiables pour améliorer sa stratégie d'intervention.

C'est dans ce cadre que le bureau PRO CONSULT a recruté par UNICEF pour mener l'évaluation.

Le présent rapport présente les résultats de la mission d'évaluation du projet « Renforcement des services d'hygiène et d'assainissement de base et amélioration des pratiques d'hygiène nutritionnelles en milieu familial dans 8 régions du Burkina Faso ».

1 OBJET DE L'ÉVALUATION

L'objet de l'évaluation est le projet « *Renforcement des services d'hygiène et d'assainissement de base et amélioration des pratiques d'hygiène nutritionnelles en milieu familial dans 8 régions du Burkina Faso* ». Le projet a couvert 8 régions à savoir la Boucle du Mouhoun, le Centre Nord, le Centre Ouest, l'Est, les Hauts Bassins, le Nord, le Plateau Central et le Sahel.

La présente évaluation a pour objet la mise en œuvre de ce projet, sur la base d'un 6^{ème} protocole entre l'UNICEF et l'APS de juillet 2014 à juin 2015, soit une durée de 12 mois, pour un budget total de 416.788.130³ FCFA.

1.1 Objectifs du projet

L'objectif global du projet est de contribuer à l'atteinte des OMD et du PN-AEPA au Burkina Faso. Il couvre 8 régions et comporte 2 volets. Spécifiquement :

- le volet Hygiène et assainissement vise à « *améliorer l'accès à l'assainissement et les pratiques d'hygiène des communautés à travers l'ATPC pour mettre fin à la défécation à l'air libre dans les provinces du Yatenga, du Sanguié, du Bam, du Kourwéogo et de l'Oubritenga* » et à « *promouvoir des comportements favorables à la bonne pratique d'hygiène et de santé des ménages à travers des séances éducatives dans les ménages des zones ci-dessus indiquées.* »
- le volet santé/nutrition vise à « *améliorer les pratiques d'hygiène des couples mère-enfants dépistés malnutris par la distribution et l'utilisation des kits WASH au niveau des Districts Sanitaires (DS) dans 8 régions du Burkina Faso en collaboration avec les agents de santé* » et à « *promouvoir des comportements favorables à la bonne santé chez les mères d'enfants malnutris à travers des séances de causeries éducatives au niveau des formations sanitaires.* »

1.2 Résultats attendus de la mise en œuvre du projet

- Au niveau du volet Hygiène et assainissement
 - 80 nouveaux villages ont été déclenchés en ATPC dans les 15 communes des provinces du Yatenga et du Sanguié ;
 - 40% des 80 villages déclenchés ont atteint la fin de la défécation à l'air libre (FDAL),
 - 80% des villages (80 nouveaux villages) déclenchés adoptent des comportements favorables à une meilleure pratique de l'hygiène (particulièrement par rapport à l'utilisation des latrines et le lavage des mains) ;
 - 40 villages déclenchés dans le Bam, 18 dans le Kourwéogo et 25 dans l'Oubritenga bénéficient d'un suivi léger en vue d'atteindre et de maintenir un état FDAL de 80% en fin de projet selon les normes en vigueur ;
 - Les capacités des acteurs et des partenaires locaux sont renforcées en vue de la pérennisation du projet.

³ Voir protocole

- Au niveau du volet Santé/Nutrition
 - 80% des couples mère- enfants malnutris bénéficiaires de kits WASH dans les huit (08) régions les utilisent de façon adéquate;
 - Un appui est apporté aux centres de santé pour le respect des standards WASH (Paquet Minimum WASH).
 - **Le partenariat.** La mise en œuvre du projet a été faite avec les partenaires locaux. Il s'agit de la commune (conseils communaux, Point focal), des services techniques de l'Etat ((Direction Générale de l'Assainissement Eaux Usées et Excrétas (DGAEUE), Directions Régionales de l'Agriculture, des Ressources Hydrauliques, de l'Assainissement et de la Sécurité Alimentaire (DRARHASA), Directions Régionales de la Santé (DRS), Districts sanitaires, Centres de Santé et de Promotion Sociale (CSPS)), des Comités d'Assainissement Villageois ou de Quartier (CAV/Q) et des maçons.
 - **La prise en compte du genre et de l'équité.** La prise en compte du genre a été un des principes de mise en œuvre du projet. En effet, toutes les catégories sociales sont prises en compte dans l'exécution du projet ou en sont bénéficiaires.
 - **Le renforcement des capacités.** Les capacités des acteurs ont été renforcées pour assurer leur participation à la mise en œuvre du projet notamment à la mise en œuvre de l'approche ATPC. Aussi, l'ambition du projet est-elle la durabilité des acquis à travers la mise en place d'un dispositif endogène pour la prise en charge de la promotion de l'assainissement et de l'hygiène. L'opérationnalisation de cette ambition transparait dans la mise en place des noyaux relais et la formation des maçons au niveau des villages et des points focaux au niveau des communes.

1.3 Stratégie de mise en œuvre du projet

Trois catégories d'activités composent le projet : le renforcement des capacités, la réalisation de latrines et l'intermédiation sociale. Un certain nombre de principes détermine la stratégie de mise en œuvre du projet.

1.4 Acteurs pré-identifiés et leurs rôles

Les acteurs impliqués dans la mise en œuvre du projet sont :

- L'UNCEF, bailleur de fonds, chargée du financement du protocole, de suivi financier et technique ;
- l'APS, chargée de la mise en œuvre du projet ;
- les structures de l'Etat (DGAEUE, DRARHASA, DRS, Districts sanitaires, CSPS), chargées de suivre et de recadrer tous les aspects techniques de la mise en œuvre du projet. Il faut noter que les Districts sanitaires et les CSPS sont particulièrement impliqués dans la mise en œuvre étant donné qu'ils sont chargés du dépistage des malnutris et de la distribution des kits ;
- les communes, représentées par les points focaux, chargées du suivi et de l'accompagnement de la mise en œuvre du projet ;
- les maçons chargés de la réalisation des latrines ;
- les populations, actrices et bénéficiaires des interventions du projet :
- les noyaux relais ou CAV/Q, sont chargés du suivi-contrôle des activités pour l'atteinte de l'état FDAL et son maintien ;
- les ménages sont les bénéficiaires de la réalisation des latrines. Leur contribution consiste en l'apport d'agrégats ;
- les mères d'enfants malnutris sont les bénéficiaires des kits.

1.5 Zones géographiques d'intervention du projet

L'évaluation couvre le protocole 2014-2015 dont le tableau suivant récapitule la zone d'intervention.

Tableau 1 : Régions couvertes par le projet de 2014-2015

Régions	Volet 1 : Hygiène et assainissement	Volet 2 : Santé/Nutrition
Boucle du Mouhoun		X
Centre Nord	X	X
Centre Ouest	X	X
Est		X
Hauts Bassins		X
Nord	X	X
Plateau Central	X	X
Sahel		X

1.6 Budget du projet

Le tableau 2 ci-après donne la structure du budget cumulé par contributeur.

Tableau 2 : Récapitulatif des contributions au cout de mise en œuvre du projet 2014-2015

Contributeur	Volet Hygiène et Assainissement		Volet Santé/Nutrition		Total	
	Prévu	Réalisé	Prévu	Réalisé	Prévu	Réalisé
UNICEF	315 457 750	315 517 41	30 851 250	24 307 610	346 309 000	339 825 051
APS	8 407 500	9 507 250	4 065 000	2 845 500	12 472 500	12 352 750
Bénéficiaires	177 930 000	165 751 680	0	0	177 930 000	165 751 680
Total	501 795 250	490 776 371	34 916 250	27 153 110	536 711 500	517 929 481

Source : APS

2 CONDUITE DE L'ÉVALUATION

2.1 But, objectifs et champ d'application de l'évaluation

Le **but** de la présente évaluation du projet est double. D'une part, il s'agit de satisfaire à une obligation de management prescrite dans le document de projet, à savoir qu'une évaluation peut être effectuée. D'autre part, il s'agit de fournir les éléments nécessaires pour une prise de décision. Les conclusions sont attendues pour aider l'UNICEF et ses partenaires:

- à documenter les résultats ainsi que les forces et les faiblesses dans la mise en œuvre du projet ;
- à améliorer les performances des interventions du programme.

Les objectifs poursuivis sont à la fois d'ordre stratégique et opérationnel. Sur le plan stratégique, l'évaluation doit fournir à l'UNICEF et à ses partenaires une base objective pour envisager au mieux leur partenariat pour plus d'impact de leurs interventions. Sur le plan opérationnel, l'évaluation doit permettre à l'UNICEF et ses partenaires d'affiner les stratégies d'intervention en vue d'accroître l'efficacité, l'impact des activités menées sur le terrain ainsi que la durabilité des acquis d'une part et de l'autre améliorer le plaidoyer auprès des partenaires.

Le champ d'application de l'évaluation est l'ensemble des activités réalisées dans le cadre de la mise en œuvre du projet « Renforcement des services d'hygiène et d'assainissement de base et amélioration des pratiques d'hygiène nutritionnelles en milieu familial dans 8 régions du Burkina Faso » durant la période 2014-2015.

2.2 Gestion de l'évaluation

Conformément aux termes de référence (TDR), un comité de pilotage a été mis en place dans le but de veiller à une bonne exécution de l'évaluation. Le comité a regroupé les représentants des parties prenantes du projet, à savoir l'UNICEF (section WASH, planification et suivi évaluation), la Direction Générale de l'Assainissement des Eaux Usées et Excréta (DGAEUE) et l'APS. A travers des échanges réguliers, le comité de pilotage a appuyé le Consultant à :

- cerner au mieux les contours de l'évaluation ;
- mobiliser les documents nécessaires pour une bonne conduite de l'évaluation ;
- affiner sa stratégie.

L'affinement de la stratégie d'exécution de la mission du Consultant a donné lieu à un rapport de démarrage précisant la méthodologie initiale proposée dans l'offre technique produite par le consultant. En outre, ce document précise les critères d'évaluation, le plan de sondage de l'enquête et contient une matrice d'évaluation qui croise les questions d'évaluation avec les sources de données et les cibles ainsi que les principaux outils de collecte des données à utiliser.

En ce qui concerne les critères d'évaluation, conformément aux TDR, la présente évaluation est effectuée essentiellement sur la base des critères de l'efficacité et de la durabilité, bien que le « Guide Normes de Qualité du Rapport d'Évaluation de l'UNICEF (2010) » et celui de l'Organisation pour la Coopération et le Développement Économique (OCDE) préconisent d'autres critères. Cette

restriction est une option du bureau de l'UNICEF Ouagadougou pour tenir compte de l'utilisation prévue des résultats de l'évaluation et de la contrainte de temps.

L'approche des deux critères retenus pour l'évaluation a été explicitée dans les TDR sous forme de questions d'évaluation indexées à chaque critère.

Questions relatives au critère « Efficacité »

- Dans quelle mesure les interventions ont-elles contribué à l'atteinte des résultats escomptés ?
- Dans quelle mesure les résultats ont-ils été réalisés comme prévu ?
- Quels facteurs ont limité et favorisé les réalisations du projet?
- Quels ont été les principaux goulots d'étranglement au niveau du contexte, de l'offre de services, de la demande et de la qualité des services offerts par le projet?
- En quoi les mécanismes de gestion financière ont-ils affecté la mise en œuvre du projet et l'atteinte des résultats attendus ?
- En quoi les mécanismes de suivi du projet ont-ils affecté la mise en œuvre du projet et les résultats atteints?
- Quels sont les effets inattendus du projet?
- En quoi l'implication des jeunes, des femmes et des populations vulnérables et la prise en compte de leurs besoins a-t-elle été assurée dans le cadre de la conception et de la mise en œuvre du projet?

Questions relatives au critère « Durabilité »

- Quelles mesures ont été prises pour assurer la durabilité des résultats (fonctionnement de comité villageois d'hygiène et d'assainissement, entretien et utilisation des latrines familiales, statut de FDAL (fin de la défécation à l'air libre) etc.) ?
- Dans quelle mesure les communautés bénéficiaires et les services techniques se sont appropriés des interventions et des acquis du projet?
- En quoi la mise en œuvre du projet a-t-il contribué à la mise en place de mécanisme permettant de pérenniser les acquis au niveau communautaire, au niveau des communes partenaires, des services étatiques et les partenaires techniques et financiers œuvrant dans le domaine d'intervention du projet?
- Quels facteurs peuvent favoriser ou compromettre la durabilité du projet?
- Quels sont les opportunités et les dispositions nécessaires à prendre pour le passage à d'autres zones d'intervention (stratégie d'exit) ?

2.3 Méthodologie de l'évaluation

2.3.1 La collecte des données

Pour répondre adéquatement aux questions d'évaluation ci-dessus posées, des données qualitatives et quantitatives ont été collectées à travers les modalités suivantes:

- des entretiens approfondis avec l'UNICEF, l'APS, la DGAEUE, les DRARHASA, les autorités communales, des personnes ressources, les maçons formés par le projet et les noyaux relais. Une liste exhaustive des personnes interviewées est ajoutée en annexe 3 ;
- des entretiens avec des ménages ayant bénéficié des latrines du projet et des ménages sans latrines ;

- l'exploitation des rapports d'activités de l'APS et de l'UNICEF et autres documents stratégiques du sous-secteur de l'assainissement ;
- des observations directes faites sur le terrain notamment la visite des latrines construites.

La collecte des données sur le terrain a été effectuée par une équipe de 8 personnes sur une période de 15 jours.

Le tableau suivant apporte des précisions par rapport aux acteurs interviewés, la méthode de collecte des données et le type d'outils appliqué.

Tableau 3 : Cibles, outils et modalités de collecte

Cibles	Outils de collecte des données	Modalité de collecte
- Documents	Grille de revue	Lecture
- Cadre de vie	Fiches d'observation du cadre de vie des ménages, des latrines ainsi que l'état d'hygiène	Observation
- Autorité locale (Président de Délégation spéciale, Secrétaire généraux de Commune, Points focaux des communes, Leaders communautaires) ; - Animateurs endogènes ; - Maçons ; - Noyaux relais - CVD	Focus group	Entretien
Ménages	Questionnaire	Entretien
- Gestionnaires du programme (UNICEF, APS) - Partenaires (DGAEUE, DRARHASA, DRS, Districts Sanitaires, CSPS), ménages, mères d'enfants malnutris	Guide d'entretien individuel	Entretien

2.3.2 L'échantillon⁴

Sur la base de ces considérations, l'échantillon suivant a été retenu.

- 4 régions : le Centre Ouest, le Centre Nord, le Plateau central et l'Est ;
- 4 provinces : le Sanguié, le Bam, l'Ouhitenga, le Kourwéogo, le Gourma et la Kompienga ;
- 16 communes;
- 21 villages ;
- 30 ménages par village, soit 25 ayant bénéficié de latrines et 5 n'ayant pas de latrines
- Toutes les mères d'enfants malnutris dans les villages cibles ;

Dans l'ensemble, le choix des localités et des bénéficiaires s'est fait de façon semi raisonnée ou aléatoire. Toutefois, les investigations auprès des structures de santé de la région de l'Est n'ont pas été réalisées. En effet, il a été demandé à la mission de présenter une autorisation du Ministère de la Santé pour mener les investigations alors qu'elle n'en a pas disposé. En lieu et place, il a été retenu un échantillon de 59 mères d'enfants malnutris dans 15 villages de la province du Bam dans la Région du Centre Nord (confère annexe 2).

Le niveau de réalisation des entretiens a été globalement satisfaisant : 91% pour le volet Hygiène et assainissement et 71% pour le volet Santé/Nutrition

⁴ Voir annexe 2 pour les bases de l'échantillonnage

2.3.3 Le traitement et l'analyse des données

L'ensemble des informations recueillies à travers l'exploitation des documents, la visite de terrain et les entretiens ont constitué le corpus de données pour la rédaction du présent rapport. Cette masse d'informations a fait l'objet d'un traitement à l'aide de logiciels appropriés (Sphinx, Excel, Word). L'analyse des données a tenu compte des critères d'évaluation et des questions clés mentionnés ainsi que les normes de qualité d'UNICEF.

Conformément, aux prescriptions des TDR, l'analyse a consisté à faire une appréciation des performances du projet à partir des critères retenus à cet effet notamment l'efficacité et la durabilité. Elle a abouti à la mise en évidence des principales conclusions de l'évaluation, des leçons apprises par les acteurs et à la formulation de recommandations.

2.4 Compétences et éthique de l'équipe d'évaluateurs

L'équipe multidisciplinaire d'évaluateurs a été un tandem mixte (confère annexe 8). Le chef de mission est Monsieur Christian A. BERE, socio-économiste travaillant depuis 1994 en tant qu'expert dans le secteur de l'approvisionnement en eau potable et assainissement au Burkina Faso et jouit d'une expérience solide en matière d'évaluation de projets et programmes. Il lui a été associé Madame Shurstine SOME/DAGBA, ingénieur génie sanitaire. Elle totalise plusieurs années d'expériences variées dans la mise en œuvre des projets et des programmes d'eau potable, d'hygiène et d'assainissement en milieu rural/semi – urbain et urbain. Ces 2 experts ont été appuyés par Monsieur Madi SAWADOGO, sociologue, gestionnaire de projet qui a une solide expérience tant en évaluation que dans le secteur de l'AEPHA.

L'impartialité a été le principe clé qui a guidé les évaluateurs, qui n'avaient aucun attachement ou intérêt particulier, ni avec le staff technique de l'UNICEF (le Client), ni avec aucun des autres acteurs concernés par l'évaluation.

Par ailleurs, les autres principes qui ont régi le déroulement de l'évaluation notamment lors de la collecte des informations auprès des acteurs et des bénéficiaires directs ont été le consentement éclairé des personnes interviewées, le respect de la liberté de parler, le respect des mœurs, l'anonymat et la séparation des genres pour favoriser l'expression de femmes ou même de la population souvent intimidée par la présence d'agents de l'administration

2.5 Difficultés rencontrées

L'absence d'une base de données exhaustive, en bonne et due forme sur le portefeuille de ménages touchés à l'échelle de la zone d'intervention du projet. La définition de l'échantillon a été laborieuse en raison du fait que le maître d'œuvre du projet a fourni les données de façon inappropriée. Les impacts de cette lacune ont été que :

- le démarrage de l'étude a connu un retard significatif au regard du temps initialement imparti ;
- Les listes de bénéficiaires des latrines du projet n'ont pas été précises pour permettre une facile identification des bénéficiaires afin de procéder aux enquêtes. En effet, sur le terrain, des confusions ont été faites car soit les noms des bénéficiaires se confondaient, soit les nombres sur les listes et ceux sur le terrain étaient différents ;

- L'absence d'une base de données exhaustive et actualisée, relative aux données de terrain collectées au quotidien par les animateurs, par les points focaux et par les noyaux relais dans le cadre des visites à domicile (VAD). En effet, la vérification de l'atteinte des résultats à travers la réalisation de certains de leurs indicateurs s'est avérée impossible à satisfaire dans le cadre de la présente évaluation.

L'absence d'une autorisation du Ministère de la Santé pour mener des investigations auprès des structures de santé n'a pas permis de réaliser des enquêtes auprès des structures relevant de ce ministère. Malgré les initiatives prises par le staff technique de l'UNICEF, cet obstacle n'a pas pu être levé. Le Consultant n'a pas disposé d'une autorisation. Pour pallier cette situation, une note de stratégie de redéploiement a été soumise par le Consultant et approuvée par l'UNICEF portant le choix sur la Région du Centre et les raisons de ce choix (confère annexe 4).

Outre ces deux difficultés, le temps imparti à l'évaluation a été une contrainte majeure. Malgré la prolongation du séjour sur le terrain, le Consultant n'a pu toucher exhaustivement certains groupes cibles prévus.

3 ANALYSE DE L'EFFICACITE DE LA MISE EN ŒUVRE DU PROJET

Selon l'OCDE, l'analyse de l'efficacité apprécie le degré de réalisation des objectifs d'une action ainsi que les éventuels effets positifs, négatifs, directs ou indirects. De cette acception, l'analyse ici porte sur les points suivants :

- le mode opératoire appliqué dans le cadre du projet ;
- la mise en œuvre du volet Hygiène et assainissement ;
- la mise en œuvre du volet du volet Santé/Nutrition ;
- les mécanismes de gestion financière inhérente à la mise en œuvre du projet;
- les mécanismes de suivi inhérent à la mise en œuvre du projet;
- l'implication des jeunes, des femmes et des populations vulnérables et la prise en compte de leurs besoins.

3.1 Efficacité du mode opératoire appliqué dans le cadre du projet

Le mode opératoire du projet est basé sur la logique du « faire- faire » par laquelle l'UNICEF établit un partenariat avec une organisation non gouvernementale, l'APS en l'occurrence, pour la réalisation de ses projets. Egalement, sur le terrain, le partenaire central travaille en étroite collaboration avec plusieurs acteurs.

Sur cette base, il convient de cerner la chaîne des acteurs qui ont été impliqués et les rôles qu'ils ont joués dans les différents volets du projet.

Dans l'ensemble, d'une commune à l'autre, la configuration de la chaîne des acteurs impliqués dans la mise en œuvre du projet est uniforme, exception faite du positionnement des points focaux. Sur ce point, il a été constaté deux cas de figure à savoir :

- le point focal est un contractuel direct de la mairie ;
- le point focal est un contractuel des DRARHASA pour le compte des communes.

Dans tous les deux cas, les points focaux bénéficient d'un appui en carburant de l'APS pour le suivi des activités.

Dans l'ensemble, tous les acteurs pré-identifiés dans la chaîne des acteurs ont été impliqués ou, du moins, ont joué un rôle dans la mise en œuvre du projet. Le tableau ci-après décrit la chaîne des acteurs, les rôles qui leur sont dévolus et précise si le rôle a été effectivement assumé ou pas.

Tableau 4 : Chaîne et rôles des différents acteurs

Volet	Acteurs	Services	Rôles censés être joués	Appréciation	
Hygiène et de l'assainissement	UNICEF		Décaissement des fonds	Insuffisamment	
			Fourniture d'équipement	Pleinement	
			Supervision	Insuffisamment	
	Communes (administration communale y compris points focaux sous contrat avec les DRARHASA)	Communes		Choix des villages	Pleinement
				Participation aux différentes réunions	Pleinement
				Supervision	Insuffisamment
		Point focal		Assurent le suivi et rendent compte de l'évolution des activités et produisent un rapport à l'attention du Président de la Délégation Spéciale dont un exemplaire est transmis à APS	Insuffisamment
				Apportent un accompagnement à la mise en œuvre des activités qui consistent à la motivation des ménages pour la mobilisation de leurs contributions et aussi ; l'intermédiation dans la gestion des conflits ou incompréhensions qui peuvent survenir ;	Pleinement
	DGAEUE		Appui la mise en œuvre pour le respect des normes	Partiellement	
			Renforcement des capacités des maçons, des points focaux, etc.	Nul	
			Organisation de la certification des villages FDAL	Pleinement	
			Tenue des statistiques	Pleinement	
	DRARHASA		Appui à la mise en œuvre pour le respect des normes	Nul	
			Renforcement des capacités des maçons, des points focaux, etc.	Nul	
			Appui à la promotion de l'assainissement	Très insuffisamment	
			Recensement des latrines réalisées et tenue des statistiques	Pleinement	
	DRS/Districts sanitaires		Appui à la mise en œuvre pour le respect des normes d'hygiène	Insuffisamment	
			Appui à la promotion de l'hygiène	Très insuffisamment	
	ONG APS	Administration	Planification des activités (intermédiation sociale, réalisation des latrines)	Pleinement	
	ONG APS	Administration		Livraison de la subvention aux ménages bénéficiaires	Partiellement
				Gestion, coordination et suivi-évaluation du projet	Insuffisamment
		Animateurs		Animation et mobilisation sociale	Pleinement
				Vérification de l'effectivité des apports des ménages	Pleinement
		Techniciens	Suivi – contrôle des travaux de réalisation de latrines familiales	Pleinement	
	Facilitateurs	Organisation et déroulement des séances de déclenchement	Pleinement		
	Maçons		Contrôle de la qualité des agrégats	Pleinement	
			Construction des fosses et des cabines des latrines familiales	Pleinement	
	Conseiller villageois – CVD		Appui à la mobilisation sociale	Pleinement	
Noyau relais/ CAV-Q		Poursuite au sein des communautés de la sensibilisation	Insuffisamment		
		Maintien de l'état FDAL des villages certifiés	Non vérifié		
Populations/ ménages		Mobilisation sociale	Pleinement		
		Participation aux séances d'animation	Pleinement		
		Apport de la contribution attendue pour la réalisation des latrines	Insuffisamment		
		Utilisation et entretien des latrines	Insuffisamment		

Volet	Acteurs	Services	Rôles censés être joués	Appréciation	
Santé/ Nutrition	UNICEF		Décaissement des fonds	Pleinement	
			Acquisition et livraison des kits aux districts sanitaires	Insuffisamment	
	ONG APS	Administration		Planification des activités de sensibilisation ;	Insuffisamment
				Gestion, coordination et suivi-évaluation du projet	Insuffisamment
		Animateurs		Vérification du contenu des kits auprès les mères d'enfants malnutris	Insuffisamment
				Sensibilisation des mères d'enfants malnutris sur l'hygiène et à la bonne utilisation des kits	Insuffisamment
	DRS		Participer aux rencontres préparatoires, à la planification des activités, à l'élaboration de la stratégie de mise en œuvre	Pleinement	
			Appuyer l'implication effective des réseaux de communication des districts sanitaires ciblés ;	Pleinement	
			Participer au recrutement et à la formation des associations et EBCE ;	Pleinement	
			S'impliquer dans la sensibilisation des communautés.	Pleinement	
			S'impliquer dans le suivi des activités (4 sorties /an)	Pleinement	
	District Sanitaire		Réception et dispatching des kits	Pleinement	
			Suivi des activités de sensibilisation des agents de santé	Insuffisamment	
	CSPS (Agents de santé)		Sensibilisation des femmes sur l'hygiène ;	Insuffisamment	
			Démonstration du lavage des mains	Insuffisamment	
			Démonstration du traitement de l'eau à domicile	Insuffisamment	
	Animateurs		Sensibiliser les mères d'enfants malnutris sur l'hygiène et à la bonne utilisation des kits	Insuffisamment	
			S'assurer du lavage effectif des mains aux moments critiques	Insuffisamment	
			S'assurer du traitement effectif de l'eau au chlore à domicile par les mères	Insuffisamment	
			S'assurer que l'enfant malnutris consomme l'eau chlorée	Insuffisamment	
		Promouvoir de bonnes pratiques d'hygiène au sein des familles et communautés des enfants MAS	Insuffisamment		
		suivi post sensibilisation des enfants afin de documenter l'évolution de leur situation en lien avec l'effet attendu dont notamment la réduction des diarrhées	Nul		

Source : Entretiens et exploitation documentaire

3.2 Efficacité de la mise en œuvre du volet Hygiène et assainissement

La principale approche utilisée pour promouvoir l'hygiène et l'assainissement au niveau des communautés villageoises est l'Assainissement Total Piloté par les Communautés (ATPC). Des outils empruntés à d'autres approches de changement de comportement ont été également utilisés.

L'analyse de l'efficacité de la mise en œuvre de ce volet réside dans l'examen :

- de la réalisation effective des activités ou étapes prévues ;
- du niveau d'atteinte des résultats, en mettant en évidence dans un premier temps les outputs issus de la mise en œuvre des activités puis les résultats attendus du projet.

3.2.1 L'examen de la réalisation des activités

L'examen de l'effectivité de la mise en œuvre des activités de ce volet du projet est l'objet de ce point.

Les activités prévues dans le cadre du projet comportent 25 sous activités qui ont été toutes enclenchées sans forcément être achevées, exception faite de la formation des enseignants et celle des APE/AME et AUE. Il ressort des entretiens avec les responsables du projet que ces 2 formations figurent dans le document du projet mais n'ont pas été budgétisées, ce qui explique que l'APS ne les pas mises en œuvre. Le tableau ci-après présente les activités du projet, les opérations et l'effectivité de leur réalisation.

Tableau 5 : Effectivité de réalisation des opérations

Activités	Opérations	Effectivité de la réalisation
Activités préparatoires	- Information des acteurs de terrains à travers des correspondances et des missions conjointes et des ateliers de cadrage.	Oui
	- Formation de l'équipe de mise en œuvre du projet, composé des animateurs et des techniciens sur les thèmes suivants : (i) la mobilisation sociale, (ii) les étapes de réalisation d'une latrine VIP, (iii) le suivi-évaluation des projets et programmes, (iv) la Gestion Axée sur les Résultats (GAR), (v) les rôles de chaque acteur dans le cadre du projet, (vi) l'approche d'Assainissement Total Piloté par la Communauté (ATPC).	Oui
	- Déploiement des binômes dans chacune des communes d'intervention, à raison d'un technicien et d'un animateur par binôme.	Oui
Identification des villages d'intervention	- Atelier communal regroupant les Maires ou leur représentant, les binômes, les facilitateurs, les points focaux et la coordination d'APS	Oui
Enquête CAP (Etat des lieux) dans les villages	- Collecte de données a été organisée dans chaque village	Oui
Formation des acteurs locaux	- Membres du Conseil Communal, CVD et Noyaux relais : Décentralisation et enjeux, Techniques de communication, Critères d'évaluation d'un village FDAL, Définition et application du CAV/Q,	Oui
	- Points focaux : Canevas de rapportage, Cahier des charges, Présentation sommaire de l'ATPC, Suivi évaluation, Présentation du projet	Oui
	- Maçons : la localisation ou emplacement de la latrine, l'implantation des fosses (fosses maçonnées et non maçonnées), la qualité des matériaux, le ferrailage de la dalle, le coulage de la dalle, la confection d'agglos pleins, la maçonnerie de la fosse, les aménagements des bordures des fosses non maçonnées, la pose de la dalle, l'implantation et la construction de la superstructure, la maçonnerie de la cheminée, la pose de la charpente et la toiture et l'exécution de la chape.	oui
	- Enseignants	Non
	- APE/AME et AUE	Non
Activités de Déclenchement dans les villages	- Réalisation de théâtres forums. - Déclenchement dans les 80 villages ciblés - Déclenchement de deux catégories de personnes : les adultes et les enfants. - Etablissement de 80 plans d'action. - 15 Restitutions communales - 80 Restitutions villageoises avec prise en compte des recommandations et des suggestions faites lors des restitutions communales	Oui

Activités	Opérations	Effectivité de la réalisation
Activités de suivi post-déclenchement	<ul style="list-style-type: none"> - Activités d'intermédiation sociale dans les 80 villages identifiés - Suivi du démarrage des réalisations des ouvrages d'assainissement dans les 80 nouveaux villages ciblés. - Suivi léger dans les 83 villages du BAM, Kourwéogo et Oubritenga qui avaient bénéficié d'un appui lors d'un précédent protocole. - Visites à Domicile (VAD). Les thèmes abordés sont : le lavage des mains aux moments critiques, l'hygiène du cadre de vie et alimentaire, l'utilisation et l'entretien des latrines. 	Oui
Réalisation des latrines dans les 80 nouveaux villages	<ul style="list-style-type: none"> - Détermination par APS du nombre potentiel de bénéficiaires en termes de latrines à réaliser et à réhabiliter, à partir des plans d'action ont permis donc d'établir le nombre. - Achat des matériaux et acheminement sur les sites par APS - Réalisation des fouilles et mobilisation des agrégats par les ménages - Vérification de la qualité des agrégats et construction des latrines par les maçons - Suivi contrôle qualité des ouvrages et appui conseil au maçons par les techniciens 	Oui

3.2.2 Le niveau d'atteinte des résultats

Ce point consiste à présenter le niveau d'atteinte :

- des résultats quantitatifs issus de la mise en œuvre des activités (outputs) ;
- des indicateurs indexés aux résultats attendus du projet.

Le niveau de réalisation des outputs

Les outputs découlant des 36 opérations⁵ inhérentes à la mise en œuvre des 25 sous activités concourent à la réalisation des principaux résultats attendus du volet assainissement du projet. L'examen de la réalisation des outputs a donné lieu à la distinction de 4 groupes d'opérations, à savoir :

- les opérations pour lesquelles les outputs sont réalisés à 100%, au nombre 11 soit 30% du total des opérations ;
- les opérations qui enregistrent un écart positif, au nombre de 5 soit 13% du total des opérations ;
- les opérations qui enregistrent un écart négatif, au nombre de 4 soit 11% du total des opérations ;
- les opérations pour lesquelles il est impossible d'estimer l'écart entre les prévisions et les réalisations des outputs, du fait l'absence de données au niveau de l'un des deux champs. Cela concerne 16 opérations, soit 46% des opérations.

Dans l'ensemble, la performance globale de la mise en œuvre des activités dans la production des outputs est difficile à apprécier compte tenu du fait que pour 46% des opérations, on ne dispose pas de données pour évaluer la réalisation des outputs qui déterminent pourtant l'atteinte effective des résultats attendus de ce volet du projet.

⁵ Le projet comprend 7 principales activités qui se subdivisent en 25 sous activités dont la réalisation nécessite l'exécution de 36 opérations. Ainsi par exemple, l'activité de « Réalisation des latrines dans les 80 nouveaux villages », comprend la sous activité « Achat des matériaux et acheminement sur les sites par APS » dont une des opérations est « l'Achat et l'acheminement du ciment ».

Le tableau suivant donne les détails du niveau de réalisation des outputs nécessaires à l'atteinte des résultats dans le volet Hygiène et assainissement

Tableau 6 : Niveau de réalisation des outputs

Activités	Opérations	Outputs prévus	Réalisations	Ecart	Source/Observations
Activités préparatoires	Information des acteurs de terrains	15 ateliers	15 ateliers	0	Comptes rendus transmis ; Information confirmé par les communes visitées
	Formation des animateurs	18	18	0	Pas de rapport de formation, mais information extrait du rapport du mois de décembre 2014
	Formation des techniciens.	15	15	0	
	Déploiement des binômes dans chacune des communes d'intervention, à raison d'un technicien et d'un animateur par binôme.	15	15	0	Les 3 animateurs supplémentaires ont été affectés au suivi léger des 83 villages déclenchés dans le Bam, le Kourwéogo et l'Oubritenga Rapport du mois de décembre 2014
Identification des villages d'intervention	Tenue des ateliers communaux	15	15	0	Entretien avec APS, aucun compte rendu transmis
Enquête CAP (Etat des lieux) dans les villages	Enquête CAP (Etat des lieux) dans les villages	80	80	0	Aucun document de rapport n'a été constaté
Formation des acteurs locaux	Membres du Conseil Communal,	160	0	-160	Extrait du rapport du mois de décembre 2014 Rapport de formation des points focaux au Sanguié et Yatenga
	CVD	160	Sans données	-160	
	Noyaux relais	800	241	- 559	
	Points focaux	15	14	-1	
	Maçons	240	240	0	Formation non mentionnée dans aucun rapport
	Enseignants	Non précisé	0	Sans objet	
	APE/AME et AUE	Non précisé	0	Sans objet	
Activités de Déclenchement dans les villages	Réalisation de théâtres forums	Non précisé	31514 personnes touchées	Sans objet	Rapport du mois de décembre 2014
	Déclenchement les villages ciblés	80	80	0	Rapport de Mars 2015
	Etablissement plans d'action.	80	80	0	Rapport de Mars 2015, mais aucun exemplaire de PA a été transmis
	Restitutions communales	15	15	0	Rapport de Mars 2015
	Restitutions villageoises	80	80	0	Rapport de Mars 2015
Activités de suivi	Suivi léger dans les 83 villages du BAM,	Non précisé	Non précisé	Sans objet	Aucun donnée sur l'activité menée

Activités	Opérations		Outputs prévus	Réalisations	Ecart	Source/Observations
post-déclenchement	Kourwéogo et Oubritenga					
	Visites à Domicile (VAD)		Non précisé	32783 personnes touchées		Rapport de Juin 2015
	Emissions radios		Non précisé	0	Sans objet	Rapport de juin 2015 d'APS Rapport bilan d'APS
Réalisation des latrines dans les 80 nouveaux villages	Nombre de latrines neuves à réaliser ou à réhabiliter		2 700	4139	+1439	Rapport bilan d'APS
				2952	+252	Statistiques DRARHASA (CRP 2015 et 2016)
	Achat des matériaux et acheminement sur les sites par APS	Ciment	270 tonnes	Sans données		Entretien avec APS, mais aucune pièce justificative (facture d'achat, bordereau de livraison, etc.) transmise
		à raison de 5 sacs par latrines				
		Fer de 8	8 100 m	Sans données		
		à raison de 3 m par latrines				
		Rouleau de fil de fer recuit	2700	Sans données		
		à raison de 1 rouleau par latrine				
	Grillage anti moustiques	1350	Sans données			
		à raison de 0,5m ² par latrine				
Réalisation des fouilles		2700	6106	+3406		
Mobilisation des agrégats par les ménages	Charretées de sable à raison de 2 charretées par latrines	5400	8278	2878	Quantité minimale selon le rapport bilan d'APS	
			6362	962	Quantité minimale selon les statistiques des DRARHASA	
	Charretées de Gravier à raison de 1 charretée par latrines	2700	4139	+1439	Quantité minimale selon le rapport bilan d'APS	
			2952	+252	Quantité minimale selon les statistiques des DRARHASA	
Charretées de moellons		2700	4139	+1439	Quantité minimale selon le rapport bilan d'APS	

Activités	Opérations	Outputs prévus	Réalisations	Ecart	Source/Observations
	à raison de 1 charretée par latrines		2952	+252	Quantité minimale selon les statistiques des DRARHASA
	Briques en banco à raison de 350 briques par latrines (pour la superstructure)	945 000	Sans données		Compte tenu du fait que le nombre de superstructures construites en banco, il n'est pas possible d'estimer la quantité des briques en banco apportée par les ménages
	Charretées de banco à raison de 1 charretée par latrines (pour la superstructure)	2 700	Sans données		Compte tenu du fait que le nombre de superstructures construites en banco, il n'est pas possible d'estimer la quantité de banco apportée par les ménages
	Eau à raison de 5 barriques par latrines	13 500			Compte tenu du fait que l'on ne peut pas séparer la quantité d'eau utilisée dans la construction de la fosse et de celle dans la superstructure, il n'est pas possible d'estimer la quantité d'eau apportée par les ménages
	Tôles à raison de 2 feuilles par latrines	5 400			Compte tenu du fait que le nombre de toitures faites en tôles n'est pas connu, il n'est pas possible d'estimer le nombre de feuilles de tôles utilisées par les ménages
	Chevrons à raison de 3m par latrines	8 100			Compte tenu du fait que le nombre de toitures faites en tôles n'est pas connu, il n'est pas possible d'estimer la quantité de chevrons utilisée par les ménages
	Pointes à raison de 12 pointes par latrines	32 400			Compte tenu du fait que le nombre de toitures faites en tôles n'est pas connu, il n'est pas possible d'estimer la quantité de pointes utilisée par les ménages
	Fer d'attache à raison de 3 m par latrines	8 100			Compte tenu du fait que le nombre de toitures faites en tôles n'est pas connu, il n'est pas possible d'estimer la quantité de fer d'attache utilisée par les ménages

Le tableau ci-après met en évidence la difficulté liée à l'absence des données dans l'appréciation de la performance de la mise en œuvre des opérations à produire les outputs nécessaires. En effet, le regroupement des opérations selon le niveau d'importance de leurs outputs dans l'atteinte des résultats attendus (cf. tableau présentant l'importance des opérations composant les activités en annexe 6), montre qu'il est impossible de se prononcer sur la performance de la mise en œuvre des activités. En effet, quelle que soit la catégorie d'opérations considérée (très importantes, importantes ou moyennement importantes), les opérations pour lesquelles il est impossible d'évaluer la production effective d'outputs sont à chaque fois les plus nombreuses.

Tableau 7 : Répartition des opérations pour lesquelles il est impossible d'apprécier la production output

Catégories d'opérations	Nombre	Niveau de réalisation de l'output	Nombre
Opérations dont l'output est très important pour l'atteinte des principaux résultats	16	Output atteint à 100%	5
		Appréciation impossible de la réalisation de l'output	6
		Output non atteint par rapport à la prévision	1
		Output atteint au-delà de la prévision Positif	4
Opérations dont l'output est important pour l'atteinte des principaux résultats	8	Output atteint à 100%	1
		Appréciation impossible de la réalisation de l'output	5
		Output non atteint par rapport à la prévision Négatif	2
Opérations dont l'output est moyennement important pour l'atteinte des principaux résultats	12	Output atteint à 100%	5
		Appréciation impossible de la réalisation de l'output	6
		Output non atteint par rapport à la prévision	1
Total général	36		36

Nonobstant l'insuffisance de données pour apprécier la performance du projet dans la production des outputs nécessaires à l'atteinte des résultats attendus prescrits dans le protocole d'accord de coopération, la mission, sur la base des données mobilisées, dresse le tableau suivant qui présente le niveau d'atteinte desdits résultats.

Le niveau d'atteinte des résultats attendus du projet

Il ressort globalement que les résultats attendus ne sont pas atteints. En effet,

- seul le résultat R1 est atteint à 100% ;
- le niveau d'atteinte du R2 est nul alors qu'il constitue le résultat majeur du projet ;
- le reste des résultats (R3, R4, R5) apparaissent partiellement atteints⁶.

Compte tenu du fait que la latrine constitue un élément capital de l'atteinte de la FDAL⁷, il y a lieu de noter que selon le rapport bilan d'APS (septembre 2015), sur l'ensemble de sa zone d'intervention, le nombre de latrines qu'elle a réalisées, dans le cadre du projet, est de 4193 contre 2700 prévues soit 153% de taux de réalisation. Cependant, selon les statistiques des DRARHASA (CRP, 2015 et 2016), ce nombre est de 2952, soit 109%.

⁶ (a) la valeur obtenue est estimée à partir de l'écart entre la borne inférieure (16) et la borne supérieure (56) mentionnées dans l'indicateur

(b) (le nombre total de latrines avec superstructures dans les 80 villages couverts divisée par le nombre total de ménages dans les 15 communes (selon RGPH 2006))

(c) (la valeur obtenue en b) divisée par l'écart entre 1,15% à 12%

⁷ DGAEUE, Guide ATPC, 2014, p60

Le tableau suivant présente en détail le niveau d'atteinte des résultats attendus du projet, sur la base des indicateurs qui leur sont indexés.

Tableau 8 : Niveau d'atteinte des résultats attendus

Résultats attendus	Indicateurs formulés initialement	Résultats obtenus	Ecarts absolus	Taux de réalisation	Source
R1 : 80 nouveaux villages ont été déclenchés en ATPC dans 15 communes des provinces du Sanguié et du Yatenga	80 villages des 15 communes du Sanguié et du Yatenga sont déclenchés	80 villages déclenchés	0	100%	APS, Rapport bilan, 2015
	80 plans d'action villageois sont mis en œuvre	80 plans d'action mis en œuvre	0	100%	APS, Rapport bilan, 2015
R2 : 40% des villages déclenchés en ATPC ont atteint la fin de la défécation à l'air libre (FDAL) (32 des 80 villages)	La proportion des ménages ayant abandonné la Défécation à l'Air Libre (DAL) augmente de 1,15% à 40%	Pas de données			APS, Rapport bilan, 2015
	Nombre de villages certifiés FDAL passe de 16 à 56 villages	0	-32	0%	APS, Rapport bilan, 2015
R3 : 80% de la population des 80 villages déclenchés adoptent des comportements favorables à une meilleure pratique de l'hygiène (particulièrement par rapport à l'utilisation des latrines et le lavage des mains)	La proportion de ménages disposant de latrines dans les 15 communes du Yatenga et Sanguié passe de 1,15% à 12%	2,64%	-7,86%	24%	APS, Rapport bilan, 2015
	La proportion des ménages qui utilisent des latrines et les entretiennent adéquatement passe de 75% à 80%	Utilisation 81%	1%	101%	Données d'enquêtes
		Entretien 64%	-16%		Données d'enquêtes
La proportion des ménages des 15 communes du Sanguié et du Yatenga qui adoptent des comportements favorables à l'atteinte de l'état FDAL est de 80%.	56,25%	33,75%	70%	APS, Rapport bilan, 2015	
R4 : 83 villages déclenchés dans le Bam, le Kourwéogo et l'Oubritenga bénéficient d'un suivi léger en vue d'atteindre et de maintenir un état FDAL de 80%.	La proportion des communautés déclenchées au Bam, au Kourwéogo et à l'Oubritenga ayant abandonné la défécation à l'air libre (DAL) est supérieure à 80%	2,4%	-77,6%	2,4%	Calculs de la mission sur la base des rapports d'APS
R5 : Les capacités des acteurs et des partenaires locaux du projet sont renforcées en vue de la pérennisation.	800 noyaux relais ou comités de suivi	241	-549	30%	APS, Rapport bilan, 2015
	240 maçons endogènes	240	0	100%	APS, Rapport bilan, 2015
	160 conseillers municipaux	0	-160	0%	APS,

Résultats attendus	Indicateurs formulés initialement	Résultats obtenus	Ecarts absolus	Taux de réalisation	Source
					Rapport bilan, 2015
	1000 CVD, AUE, APE/AME et leaders communautaires	Pas de données			APS, Rapport bilan, 2015
	Nombre de formations adressées aux membres de la coordination	Pas de données			APS, Rapport bilan, 2015
R6 : Un appui est apporté aux centres de santé pour le respect des standards WASH (Paquet minimum WASH)	Nombre de centre de santé disposant de paquet minimum WASH (eau potable, forage, latrines bien entretenu, dispositif de lavage des mains)				APS, Rapport bilan, 2015
R7 : 80% des couples mère-enfants malnutris bénéficiaires de kits WASH dans les huit (08) régions les utilisent de façon adéquate	Nombre de kits distribués aux couples mère/accompagnant enfants malnutris	7227	Pas de données	Pas de données	APS, Rapport bilan, 2015
	La proportion des ménages touchés par les séances de promotion de l'hygiène dans les centres de santé et dans les concessions passe à 80%	48,15%	31,85%	60%	APS, Rapport bilan, 2015

3.3 Efficacité de la mise en œuvre du volet Santé/Nutrition

En rappel, le volet santé/nutrition vise à « améliorer les pratiques d'hygiène des couples mère-enfants dépistés malnutris par la distribution et l'utilisation des kits WASH au niveau des Districts Sanitaires (DS) dans 8 régions du Burkina Faso en collaboration avec les agents de santé » et à « promouvoir des comportements favorables à la bonne santé chez les mères d'enfants malnutris à travers des séances de causeries éducatives au niveau des formations sanitaires. »

L'analyse de l'efficacité de la mise en œuvre de ce volet réside dans l'examen :

- de la réalisation effective des activités ou étapes prévues ;
- du niveau d'atteinte des résultats attendus ;

3.3.1 L'examen de la réalisation des activités

L'examen de l'effectivité de la mise en œuvre des activités de ce volet du projet est l'objet de ce point. Le tableau ci-après présente les activités du projet, leur contenu et l'effectivité de leur réalisation.

Tableau 9 : Effectivité de la réalisation des activités dans le volet Santé/Nutrition

Activités	Opérations	Effectivité de la réalisation
Etat des lieux	Etat des lieux du paquet minimum WASH dans les centres de santé	Oui
Plaidoyer auprès des responsables de santé	Mise en place et fonctionnalité d'une base de données sur la situation en matière de disponibilité du paquet minimum WASH de chaque formation sanitaire	Oui
	Plaidoyer auprès des DRS, DS, DRARHASA pour l'actualisation périodique de la base de données et pour l'entretien des ouvrages et le maintien des standards WASH	Oui
	Rencontres régionales d'échanges sur la stratégie WASH In Nut	Non
Suivi de la dotation des mères identifiées en kit WASH au niveau des CSPS	Livraison de kits WASH aux districts	Oui
	Livraison de kits WASH aux CSPS	Oui
	Dotation de kits WASH aux mères d'enfants malnutris	Oui
Suivi des ménages dans l'utilisation des kits WASH	Récupération des listes des bénéficiaires de kits	Oui
	Recensement des adresses fiables des bénéficiaires pour le suivi	Oui
	Vérification de la dotation des mères d'enfants malnutris aigus sévères en kits WASH et vérification du contenu des kits	Non
Sensibilisation des familles des enfants malnutris à l'hygiène et à l'assainissement dans les centres de santé et dans les communautés	Séances de sensibilisation sur les techniques de traitement de l'eau par les agents de santé	Oui
	Séances de démonstration sur le lavage des mains par les agents de santé	Oui
	Séances d'éducation à l'hygiène par les agents de santé	Oui
	Suivi de l'application par les animateurs des règles d'hygiène par les mères, (lavage des mains au savon aux moments critiques), du traitement effectif de l'eau au chlore à domicile par les mères, de la consommation de l'eau chlorée,	Oui
	Promotion des bonnes pratiques d'hygiène au sein des familles et communautés des enfants MAS	Non
	Capitalisation des acquis en termes d'impact de l'intervention dans la vie des enfants	Non

La lecture du tableau 9 montre que sur les 16 opérations qui structurent les activités prévues pour la mise en œuvre du volet Santé/Nutrition, 12 opérations ont enclenchées sans forcément être achevées, contre 4 opérations non mises en œuvre.

3.3.2 Le niveau d'atteinte des résultats

A l'image du volet Hygiène et assainissement, le niveau d'atteinte des résultats dans le volet Santé/Nutrition n'est pas satisfaisant notamment pour le R7 qui est le résultat majeur attendu du volet Santé/Nutrition. Non seulement tous les kits n'ont pas été distribués mais aussi plus de la moitié des mères d'enfants malnutris ayant bénéficié de kits n'a pas été sensibilisée à son utilisation.

Tableau 10 : Niveau d'atteinte des résultats du volet Santé / Nutrition

Résultats attendus	Indicateurs formulés initialement	Prévisions	Réalisations	Ecart
R6 : Un appui est apporté aux centres de santé pour le respect des standards WASH (Paquet minimum WASH)	Nombre de centre de santé disposant de paquet minimum WASH (eau potable, forage, latrines bien entretenu, dispositif de lavage des mains)	Non précisé	Non disponibles	Sans objet
R7 : 80% des couples mère-enfants malnutris bénéficiaires de kits WASH dans les huit (08) régions les utilisent de façon adéquate	Nombre de kits distribués aux couples mère/accompagnant enfants malnutris	Non précisé	7 227	Sans objet
	La proportion des ménages touchés par les séances de promotion de l'hygiène dans les centres de santé et dans les concessions passe à 80%	Non précisé	48,15%	31,85%

Source : APS, rapport provisoire, septembre 2015.

3.4 Efficacité des modalités d'intervention dans l'atteinte des résultats escomptés

3.4.1 L'examen du protocole

L'architecture du protocole d'accord est censée favoriser une mise en œuvre efficace des activités et subséquemment donner lieu à l'atteinte des résultats attendus. L'examen du protocole révèle cependant des insuffisances qui certainement ont réduit la performance de la mise en œuvre du projet par le maître d'œuvre.

- **L'évaluation préalable du partenaire de l'UNICEF**

L'ONG APS a été choisie au vu de son expérience en mobilisation sociale et sensibilisation des populations pour un changement de comportement, et au vu de ses capacités matérielles et humaines.⁸ . Sans récuser cette évaluation, l'examen de la mise en œuvre du projet suscite des questionnements quant à la performance atteinte par le partenaire dans la gestion logistique des matériaux apportés par le projet et surtout le suivi-évaluation.

- **Contenu du protocole**

Au plan technique, le protocole, à travers son annexe, traite de nombreux aspects requis dans le cadre de la conception et du montage d'un document de projet. Cependant, des insuffisances apparaissent et qui, dans une certaine mesure, réduisent la faculté d'atteinte des résultats. En effet, le protocole reste insuffisant sur les aspects suivants :

- il ne prescrit pas d'étude de milieu pour collecter des données de base nécessaires à l'élaboration du projet (caractérisation du milieu social, économique et environnemental et sanitaire). Les résultats de cette étude de milieu auraient débouché sur une cartographie de la situation à l'échelle de toute la zone d'intervention et servir de base à un choix objectif des villages sur la base des critères fixés en matière d'ATPC. Aussi, elle aurait permis une connaissance différenciée des besoins des populations selon le genre.

⁸ Fiche de revue et transmission des PCA pour la collaboration avec les ONGs/OCs

- le cadre logique (les résultats attendus et leurs indicateurs) constitue un élément fondamental dans la conception d'un projet. Il est censé baliser la logique d'atteinte des résultats. L'examen de la matrice des résultats et de leurs indicateurs figurant dans le protocole révèle des insuffisances qui compromettent leur bonne compréhension et surtout la mesure de leur atteinte. Le tableau ci-après récapitule les commentaires du consultant.

Tableau 11 : Observations sur la pertinence des résultats attendus en lien avec leur indicateur

Résultats attendus	Indicateurs formulés initialement	Observations
R1 : 80 nouveaux villages ont été déclenchés en ATPC dans 15 communes des provinces du Sanguié et du Yatenga	80 villages des 15 communes du Sanguié et du Yatenga sont déclenchés	Néant
	80 plans d'action villageois sont mis en œuvre	Néant
R2 : 40% des villages déclenchés en ATPC ont atteint la fin de la défécation à l'air libre (FDAL) (32 des 80 villages)	La proportion des ménages ayant abandonné la Défécation à l'Air Libre (DAL) augmente de 1,15% à 40%	Indicateur inadéquat car en ATPC. il n'est pas admis que, dans le cas d'atteinte à la Fin de la Défécation à l'Air Libre, une proportion quelconque de la population continue à déféquer à l'air libre alors que l'indicateur ici formulé laisse entendre que, malgré l'état FDAL recherché comme résultat, 60% de la population pourraient continuer à déféquer à l'air libre Du reste, l'indicateur porte à confusion : le terme ménage semble se substituer à celui de village et le pourcentage de 1,15 laisse supposer que l'on peut parler de ménages FDAL
	Le nombre de villages certifiés FDAL passe de 16 à 56 villages	Ici, l'on se demande pourquoi 16 et 56, ce d'autant que l'écart entre les 2 nombre est de 40 alors que la cible mentionnée dans le résultat attendu est de 32 soit 40% de 80
R3 : 80% de la population des 80 villages déclenchés adoptent des comportements favorables à une meilleure pratique de l'hygiène (particulièrement par rapport à l'utilisation des latrines et le lavage des mains) ⁹	La proportion de ménages disposant de latrines dans les 15 communes du Yatenga et Sanguié passe de 1,15% à 12%	Deux observations majeures s'imposent. 1. Le résultat en lui-même ne sied par rapport au résultat précédent (R2) qui ambitionne l'atteinte de l'état FDAL alors que le R3 vise uniquement l'adoption de comportements favorables à l'atteinte de la FDAL. Au demeurant, il aurait dû constituer un indicateur du R2. 2. Tel que l'indicateur est formulé, le taux de 1,15 renvoie à une situation de référence alors qu'aucune documentation ne le mentionne. Pourtant le taux de l'ENA est de 0,8 pour le Sanguié et 0,7 pour Yatenga.
	La proportion des ménages	Tel que l'indicateur est formulé, le taux de 75 renvoie à

⁹ Pour ce résultat R3, la mesure des indicateurs « la proportion des ménages qui utilisent et entretiennent des latrines passe de 75% à de 80% » et « la proportion des ménages déclenchés des 15 communes du Sanguié et du Yatenga qui adoptent des comportements favorables à l'atteinte de l'état FDAL est de 80%. » requiert (i) les statistiques des constatations sur le comportement des ménages sur une période dans le cadre des VAD, (iii) une enquête ménage exhaustive ou sur un échantillon représentatif, cour par cour, au moment de l'évaluation, et (iii) au mieux d'une situation de référence.

Résultats attendus	Indicateurs formulés initialement	Observations
	qui utilisent des latrines et les entretiennent adéquatement passe de 75% à 80%	une situation de référence qui laisse comprendre que dans les 80 villages, au départ du projet, 75% des ménages avaient déjà adopté des comportements favorables à une meilleure pratique de l'hygiène (particulièrement par rapport à l'utilisation des latrines et le lavage des mains)
	La proportion des ménages déclenchés des 15 communes du Sanguié et du Yatenga qui adoptent des comportements favorables à l'atteinte de l'état FDAL est de 80%.	La formulation de cet indicateur est ambiguë car l'entité commune ne correspond pas à celle village. Par ailleurs, le nombre de ménages dans les 15 communes ciblées est largement supérieur à celui de 80 villages mentionnés dans le résultat attendu.
R4 : 83 villages déclenchés dans le Bam, le Kourwéogo et l'Oubritenga bénéficient d'un suivi léger en vue d'atteindre et de maintenir un état FDAL de 80%.	La proportion des communautés déclenchées au Bam, au Kourwéogo et à l'Oubritenga ayant abandonné la défécation à l'air libre (DAL) est supérieure à 80%	Néant
R5 : Les capacités des acteurs et des partenaires locaux du projet sont renforcées en vue de la pérennisation.	320 noyaux relais ou comités de suivi	Néant
	240 maçons endogènes	Néant
	160 conseillers municipaux	Néant
	1000 CVD, AUE, APE/AME et leaders communautaires	La formulation de l'indicateur est ambiguë, car on ne sait pas à quelle est indexé le nombre 1000.
	Nombre de formations adressées au membre de la coordination	Néant
R6 : Un appui est apporté aux centres de santé pour le respect des standards WASH (Paquet minimum WASH)	Nombre de centre de santé disposant de paquet minimum WASH (eau potable, forage, latrines bien entretenu, dispositif de lavage des mains)	Tel que formulé, cet indicateur ne correspond pas au résultat. Il renvoie plutôt à un résultat de l'état des lieux réalisé dans le cadre dudit appui.
R7 : 80% des couples mère-enfants malnutris bénéficiaires de kits WASH dans les huit (08) régions les utilisent de façon adéquate	Nombre de kits distribués aux couples mère/accompagnant enfants malnutris	Néant
	La proportion des ménages touchés par les séances de promotion de l'hygiène dans les centres de santé et dans les concessions passe à 80%	L'indicateur ne correspond pas au résultat. Il y est question que les ménages soient touchés par les séances de promotion à l'hygiène alors que dans le résultat, il s'agit de couples mère-enfants malnutris qui utilisent de façon adéquate les kits WASH.

De façon générale, il y a un emploi non différencié des termes ménages, communautés, villages et communes, qui pourtant ne recourent pas les mêmes réalités. Un emploi approprié de chacun aurait évité un certain nombre d'ambiguïtés.

Par ailleurs :

- le résultat R4 est basé sur un suivi léger en vue de l'atteinte de la FDAL et de son maintien pour les villages déclenchés dans le protocole précédent. La logique et le contenu donnés à ce suivi léger et surtout sa prise en charge par uniquement trois animateurs pour l'ensemble des ménages de 83 villages à l'échelle de 3 provinces sont loin de garantir l'atteinte dudit résultat ;
- le résultat 6 tel que formulé laisse présager un appui direct et formel du projet pour permettre la dotation effective des centres de santé en paquet minimum WASH. Or dans le protocole, il s'agit de trois éléments à savoir : (i) un état des lieux sur le niveau d'équipement des centres de santé en paquet minimum WASH, (ii) un appui formel de l'UNICEF en vue de la normalisation de leurs équipements, (iii) un plaidoyer auprès des responsables de santé et des DRARHASA pour l'actualisation de la base de données issue de l'état des lieux, l'entretien des ouvrages et le maintien des standards. Cependant, il ne figure, dans le protocole, aucune trace d'activités relatives à l'appui.

En matière de suivi et évaluation de l'atteinte des résultats, le protocole dispose de la logique et des acteurs qui interviennent dans le suivi-évaluation. Les insuffisances en la matière sont :

- l'absence de modalités claires de la pratique du suivi-évaluation par les différents acteurs ;
- l'absence d'une matrice de suivi-évaluation qui précisera les indicateurs à collecter, les périodes et modalités de leur collecte ainsi que des sources ;
- Il est également fait cas d'évaluation externe sans pour autant la prescrire comme obligatoire ;
- L'absence d'orientation en matière de rapportage (fréquence, type et format) ;

Sur un autre plan, une observation majeure s'impose. La vision et la modalité d'accompagnement de l'Etat par l'UNICEF dans la promotion de WASH s'inscrit dans un accord cadre qui confère une logique de programme. Si tel est effectivement le cas, le protocole devrait contenir un tableau de planification de l'atteinte des objectifs globaux d'un protocole à l'autre. Ainsi, on percevrait l'évolution de la contribution de l'UNICEF d'une part et d'autre part disposerait des données de bases d'évaluation de la performance du partenaire contractuel.

Au niveau organisationnel, le protocole prescrit l'implication de plusieurs acteurs autour du maître d'œuvre. Toutefois, il y a absence de définition d'un dispositif et des mécanismes qui régissent et garantissent une pleine implication. Certains facteurs ont réduit la pleine implication des acteurs alors qu'ils auraient pu être l'objet de clauses dans le protocole. En effet, on note :

- l'absence d'un document initial qui consigne de façon explicite les modalités d'implication des acteurs assorties de leurs rôles respectifs dans la mise en œuvre du projet. Le protocole se contente de citer les intervenants comme des partenaires. L'exemple le plus illustratif en la matière est le rôle de coordonnateur local du projet qu'était censé jouer chaque maire. Non seulement nulle part, il n'est stipulé leurs prérogatives de coordonnateur mais aussi dans le déroulement des activités, on ne perçoit pas l'effectivité de ce rôle joué. L'existence d'un tel document aurait donné un caractère plus officiel au partenariat entre le projet et les autres impliqués et éventuellement donner lieu à l'établissement de protocoles bilatéraux ;
- le déficit de communication entre les acteurs à certains moments du projet. Ainsi les communes n'ont pas reçu d'information quant à la fin du projet alors qu'elles doivent faire face aux sollicitations non satisfaites des populations.

- **L'insuffisance de mesures d'accompagnement des partenaires du projet.**

L'allocation par le projet de moyens financiers et logistiques n'a pas permis une pleine implication des différents acteurs. Or, les structures de l'Etat tels que les DRARHASA et les DRS accusent un déficit de moyens. En effet, la mission a fait les constats suivants :

- les districts sanitaires n'ont pas eu suffisamment de moyens nécessaires au suivi des activités de sensibilisation. Selon les responsables, Il n'a été prévu que 1500 F par CSPS pour le suivi par an, ce qui ne permet pas au district de couvrir l'ensemble des CSPS.
- Les CSPS n'arrivent pas à enlever les kits au niveau des districts à temps. Il faut attendre la visite aléatoire d'un agent au district pour le faire. Il n'a pas été prévu dans le projet le transport des kits jusqu'aux CSPS. En la matière, la suggestion mentionnée dans le rapport de suivi des kits WASH du 01 Février au 31 Mars 2015 du district de Kongoussi d'« allouer des ressources pour le transport des kits vers les formations sanitaires » n'a pas eu de suite ;
- Les DRARHASA n'ont pas reçu de fonds pouvant leur permettre de faire le suivi et ne sont donc pas en mesure de certifier de la qualité des ouvrages réalisés.

3.4.2 L'examen de la conduite de la mise en œuvre du volet Hygiène et Assainissement,

Le consultant examine les 6 points ci-après énoncés inhérents à la conduite de la mise en œuvre du volet hygiène et assainissement à savoir (i) l'implication des acteurs, (ii) l'information et mobilisation sociale, (iii) le renforcement des capacités des acteurs, (iv) la gestion de la subvention, (v) la planification et le suivi de la réalisation des travaux et (vi) la certification de l'état FDAL des villages.

3.4.2.1 L'implication des acteurs

Il ressort des entretiens avec les DRARHASA qu'elles ont été faiblement impliquées dans la mise œuvre du projet, toute chose qui ne permet pas une bonne exécution des activités dans le secteur de l'assainissement. Il ressort des entretiens qu'il n'y a « *pas eu de collaboration directe entre la DR et le projet. On n'a jamais vu un agent de la DR dans les activités du projet* » (CVD de Badinoogo). Cette affirmation est confirmée par la majeure partie des Secrétaires généraux (SG) des communes visitées. En rappel, les directions régionales en charge de l'assainissement jouent un rôle régalién d'assistance technique aux communes et de suivi-évaluation des interventions des acteurs. Une bonne collaboration avec les directions régionales en charge de l'assainissement aurait entre autres permis au projet de :

- réajuster les choix des villages en fonction de la réalité de terrain pour prendre en compte les interventions des autres partenaires. Cette modalité lui aurait permis d'éviter les interférences entre la mise en œuvre de l'ATPC et d'autres stratégies de mise en œuvre comme par exemple la " latrine clé en main" (subvention 100%). Du reste, le guide national ATPC stipule que les directions régionales en charge de l'assainissement doivent valider la liste des villages d'intervention de tout acteur.
- faire certifier la formation des maçons ;
- suivre convenablement les réalisations sur le terrain : par exemple le remplissage des fiches IOTA par les techniciens d'APS aurait permis un comptage facile des latrines réalisées. C'est le cas de Nabitenga où le nombre de bénéficiaires recensés par le consultant est supérieur au nombre recensé par APS ; également, les données mises à la disposition du consultant diffèrent de ceux du rapport bilan (APS, 2015) qui sont à leur tour différents de celles des DRARHASA en la matière.

Les enseignants, également n'ont pas été impliqués dans la mise en œuvre du projet. Or les enfants qu'ont en charge les enseignants ont été déclenchés dans les zones d'intervention du projet. Les enseignants jouent un rôle important dans l'apprentissage et l'acquisition par les enfants de certaines règles dont l'hygiène.

3.4.2.2 L'information et la mobilisation sociale

Cette activité a été réussie par le projet. En effet, le projet a su diffuser par les canaux pré-identifiés et œuvrer efficacement à la mobilisation des acteurs dans les communes, surtout les maires. Tous les ateliers communaux ont été organisés avec succès. De ce point de vue, on pourrait ainsi faire allusion à une sorte de « déclenchement institutionnel » réussi. Toutefois, certaines activités qui y ont concouru, comportent des insuffisances qui ont réduit l'impact de la mobilisation sociale menée dans l'atteinte des résultats finaux. Entre autres, on peut noter :

- des villages ont été choisis alors qu'il y a d'autres projets qui sont en cours et surtout qui n'utilisent pas la même stratégie ;
- les résultats de l'enquête CAP dite réalisée¹⁰, n'ont pas été exploités pour proposer au bailleur un réajustement des activités prévues dans le cadre du projet ;
- les activités d'IEC n'ont pas été en totalité réalisées notamment les émissions radiophoniques.

3.4.2.3 Le renforcement des capacités des acteurs

Le renforcement des capacités des acteurs, notamment locaux, constitue la pierre d'angle pour l'atteinte des résultats attendus et leur appropriation. A ce niveau, plusieurs critiques peuvent être formulées quant au déroulement des activités de renforcement des capacités des acteurs, à savoir :

- certains acteurs dont les APE/AME, les enseignants, les AUE n'ont pas été formés alors que cela est prévu dans la mise en œuvre. La réussite de la mise en œuvre et du suivi post projet d'un projet ATPC dépend grandement de l'implication de tous les acteurs de la communauté ;
- le renforcement des capacités des points focaux n'a proprement pas eu lieu, selon ces derniers. En effet, les rapports indiquent, que cette formation réalisée en une journée, n'a duré qu'au plus 5 heures. Il a consisté en l'organisation d'un atelier d'information sur le contenu du protocole, l'approche de mise en œuvre qu'est l'ATPC, le rôle des acteurs et les stratégies de suivi/supervision des travaux ainsi que sur la capitalisation des données. De l'avis de plusieurs points focaux, ils ne connaissent l'ATPC que par les activités mises en œuvre sur le terrain alors que la compréhension des principes et méthodes auraient aidé au bon suivi des activités mises en œuvre. La plupart d'entre eux précisent que leur rôle a plus consisté à convaincre les populations à mobiliser leurs contributions et régler les conflits liés à la mise en œuvre du projet;
- bien que les maçons aient-été formés, les kits ont été distribués à raison d'un kit par village, sachant que par village il y a de 2 maçons, ce qui n'est pas sans freiner la réalisation des dalles.

3.4.2.4 La gestion de la subvention

La gestion de la subvention qui a consisté en l'acquisition et la mise à la disposition des ménages des matériaux prévus à cet effet ainsi que la prise en charge de la main d'œuvre des maçons ont été bien assumées en grande partie par APS. Cependant on constate :

¹⁰ APS a déclaré avoir réalisé l'enquête CAP mais n'a pas donné la preuve en mettant à la disposition du consultant une copie du rapport final

- un retard dans la livraison de certains éléments de la subvention, si bien que dans certaines localités, des ménages n'ont pas encore réalisé des latrines ;
- que des communautés entières ont refusé à un moment donné de poursuivre la réalisation des latrines et ne veulent plus communiquer à ce sujet avec APS. Cette situation serait due au fait que, face à l'impossibilité des ménages de réaliser la fosse dans la profondeur indiquée à cause de la dureté du sol, les techniciens ont décidé d'ajuster le nombre de sacs de ciment en fonction de la profondeur effective de chaque fosse creusée dans les zones où le sol est dur. Ils ont donc procédé à un retrait du nombre excédentaire de sacs de ciment reçus par les ménages. Ce qui a occasionné les réticences des populations qui pensent être dépouillées d'un avantage. La frustration s'est aggravée par la convocation de certains chefs de ménages devant les autorités administratives.

3.4.2.5 La planification et le suivi de la réalisation des travaux

Il y a eu efficacité dans l'équipement des ménages en latrines. En effet, sur une prévision de 2700 latrines, la mise en œuvre enregistre un taux de réalisation d'au moins 109%. Toutefois, il faut noter que cette performance aurait été meilleure n'eut-été les insuffisances suivantes constatées :

- un démarrage tardif des activités dans certaines localités qui a engendré des retards dans la construction des ouvrages. Dans certaines localités des travaux n'étaient pas encore amorcés en Février 2015 alors que le protocole prévoyait le démarrage des constructions en Novembre 2014. En plus de ce retard lié à la non-maîtrise de la programmation, la construction des ouvrages a connu des retards dans certaines communes souvent liés au fait que les ménages traînent à fournir leurs contributions dont la fouille et la mobilisation des agrégats.
- les plans d'action de tous les villages auraient dû donner lieu à une précision du nombre exact de latrines nécessaires pour chaque village et permettre ainsi de réajuster le nombre d'ouvrages à construire en lien avec les capacités effectives du projet. On constate qu'à la fin du projet plus de 6000 fosses ont été creusées alors que le projet ne pouvait subventionner qu'autour de 2700 latrines ;
- l'effondrement d'un certain nombre de latrines que les populations n'ont pas manqué de relever. Il est difficile de situer la cause de ces éboulements et aucun document (fiche de réception) n'atteste de la qualité des fosses. Toutefois, on peut relever le fait que la construction des latrines soit réalisée sans un suivi à pied d'œuvre peut donner lieu à des défaillances dans l'exécution des travaux.

3.4.2.6 La certification de l'état FDAL des villages

Le tableau 11 montre la contreperformance d'APS dans l'appui aux 80 villages ciblés pour l'atteinte de l'état FDAL par au moins 40% des villages. Seuls 2 villages sont parvenus à ce niveau, dans toute sa zone d'intervention.

Au demeurant, le consultant relève une insuffisance dans le choix des villages présentés pour la certification. En effet, la condition sine qua non pour qu'un village atteigne l'état FDAL est que 100% des ménages disposent d'au moins une latrine. Sur les 80 villages, APS a identifié 25 villages qui ont atteint un stade suffisant pour être présentés à la certification, parmi lesquels certains ne remplissent pas cette première condition ; seulement 07 avaient eu un taux de réalisation de latrines de 100% ou souvent plus. Il s'agit de Kilsio dans la commune de Réo, Doh dans la commune de Dassa, Wavoussé, Ouatinoma et Gnimassou-Foulbé dans la commune de Kalssaka, Yamssindé-Mossi et Kangarin dans la commune de Kossouka, Cissin et Balongo dans la commune de Ouahigouya.

3.4.3 L'examen de la conduite de la mise en œuvre du volet Santé/Nutrition

L'organisation qui a régi la mise en œuvre de ce volet a globalement fonctionné, à savoir que l'UNICEF a acquis des kits WASH qu'elle a mis à la disposition des districts sanitaires qui, à travers les CSPS, les ont ensuite attribué aux couple mère-enfants malnutris enregistrés dans les formations sanitaires. Sur la base de la liste des bénéficiaires remise par les districts, le projet a procédé au suivi ayant consisté en la vérification de la réception effective des kits par chacun des bénéficiaires, la composition de chaque kit et l'utilisation effective conformément aux normes prescrites.

Toutefois, les défaillances qui réduisent l'efficacité de cette organisation dans l'atteinte des résultats escomptés, ont été relevées à plusieurs niveaux :

Les animateurs du projet :

- n'ont effectué la vérification que durant seulement 2 mois (février – mars) sur les 12 mois du projet ;
- n'ont pu visiter tous les bénéficiaires de kits. L'enquête effectuée par le consultant montre que seuls 37% des ménages ont reçu une visite des animateurs. Le déficit de couverture est reconnu par APS qui dans son rapport mentionnait un taux de couverture de 48%.

Les superviseurs de districts n'ont pas pu effectuer le suivi de l'activité dans les CSPS. Ils auraient été handicapés par la modicité des ressources financières allouées au suivi, à savoir 1500 FCFA par formation sanitaire (CSPS ou CREN) et ce durant la mise en œuvre du projet ;

L'enlèvement des kits par les infirmiers chef de poste (ICP) auprès des districts sanitaires a été très intermittent, compte tenu du fait que cela leur générait des frais de transport (location des services d'un transporteur) et qu'ils ne percevaient aucune rétribution à titre de motivation. Cela n'a pas permis de remettre en temps opportun les kits à certains bénéficiaires ;

Le matériel est livré aux Districts sanitaires par l'UNICEF en fonction du nombre d'enfants malnutris déclarés dans chaque CSPS. A ce niveau, l'UNICEF a été défaillant dans l'allocation des kits aux districts sanitaires à deux points de vue : (i) seules 4 sur 8 régions ciblées ont reçu une dotation en kits et (ii) la livraison des kits auprès des districts bénéficiaires s'est faite avec retard. Cet aspect est important car il renvoie au temps de réaction de l'UNICEF pour donner réponse aux besoins exprimés, alors qu'en la matière il y a urgence. Par ailleurs, le retard de livraison des kits aux districts sanitaires donne lieu à un enregistrement par les formations sanitaires de cas supplémentaires de malnutris. Ainsi, les kits étant souvent insuffisants pour toutes les mères d'enfants malnutris, des critères de choix ont été instaurés par les agents de santé, à savoir que sont éligibles les mères:

- qui font suivre leurs enfants de façon régulière au centre de santé ;
- dont les enfants connaissent des progrès dans le traitement ;
- dont le nom est retenu après le tirage au sort.

La formation des mères au traitement de l'eau à domicile par l'utilisation de pastilles de chlores ne donne pas lieu à une pleine maîtrise de la procédure par celles-ci. Aussi, les animateurs censés les appuyer à cet effet, ont-ils été insuffisants.

Le nombre d'animateurs déployés par district semble ne pas correspondre à ce qui a été prévu. Le consultant a constaté qu'il y avait un animateur par district au lieu de 2.

3.4.4 L'efficacité des mécanismes de gestion financière inhérente à la mise en œuvre du projet et à l'atteinte des résultats attendus

La mise en œuvre du projet n'a pas enregistré un retard dans son démarrage. Toutefois, le mode de décaissement des fonds a eu pour effet un retard dans la mise en œuvre de certaines activités tout au long du projet. La mise en œuvre a été pénalisée par l'inadéquation entre l'évolution des activités sur le terrain et les décaissements effectués par l'UNICEF. Il y a déphasage entre la planification des activités à réaliser par période et celle de l'allocation budgétaire. Il s'en est suivi des retards de transfert de fonds à telle enseigne que APS a dû par moment préfinancer ou suspendre la poursuite de certaines activités.

Du reste, des 7 résultats attendus, seul 1 seul a été pleinement réalisé, mais on ne saurait attribuer cette contreperformance à l'inefficacité éventuelle des mécanismes de gestion. A coup sûr, plusieurs facteurs se conjuguent dont les contraintes liées aux mécanismes de gestion financière. Au demeurant, le protocole disposait d'une segmentation budgétaire trimestrielle de la mise en œuvre du projet c'est-à-dire un plan de financement de la réalisation de chacun des résultats trimestre par trimestre. L'examen de cet aspect de la mise en œuvre du projet suggère l'observation majeure suivante: face aux difficultés rencontrées, ce d'autant qu'il s'agissait du 6^{ème} protocole, l'UNICEF et son partenaire auraient pu considérer une planification basée sur les capacités effectives du partenaire à faire aboutir un lot d'activités sur une période donnée et subséquemment allouer le budget requis justifiable dans les délais impartis.

3.4.5 L'efficacité des mécanismes de suivi du projet inhérente à la mise en œuvre du projet et l'atteinte des résultats

Le suivi et évaluation est une fonction capitale dans tout projet de développement. C'est la contrepartie de la fonction comptable en termes de mise en œuvre des activités et de l'évolution du projet vers les résultats attendus. Il a pour mission, à tous les stades du projet, de permettre une lecture avisée de l'évolution de la situation au public auquel s'adresse le projet d'une part, et d'autre part, fournir une base objective et claire à tous les acteurs y compris extérieurs pour cerner toutes les réalités du projet et pour envisager conséquemment, au besoin, toute action sur le projet.

De ce point de vue, le suivi et évaluation doit être bien pensé et construit dès le début du projet et affiné par la suite du projet. Il doit être en permanence une réalité effective au sein de la structure en charge de la mise en œuvre du projet. Un dispositif de suivi évaluation fonctionnel doit être en mesure d'être prouvé par l'existence d'équipements spécifiques, de manuels de procédures, d'outils, de données à jour et d'un staff technique affecté à la tâche. Le suivi évaluation de la mise en œuvre des activités d'un projet doit se faire à plusieurs niveaux et à travers des outils qui doivent être développés et utilisés.

Sur cette base, on peut noter que l'équipe de mise en œuvre du projet au sein d'APS est appuyé par la cellule de suivi-évaluation mais qui en réalité ne s'occupe principalement que de la partie Hygiène et Assainissement du projet. Le suivi de la mise en œuvre du projet se fait à partir de :

- de l'équipe de terrain de l'APS (animateurs, techniciens, facilitateurs) vers la cellule technique de mise en œuvre ;
- des points focaux des communes vers la cellule technique ;
- les informations sur l'évolution de la mise en œuvre du projet sont transmises mensuellement pour l'équipe d'APS et trimestriellement pour les points focaux.

Sans avoir opéré un audit de la fonction suivi et évaluation en vigueur au sein d'APS, le consultant estime que dans le cadre de la mise en œuvre du projet, le suivi et évaluation est émaillé d'insuffisances qui entravent une bonne lecture de l'évolution de la mise en œuvre du projet et une bonne mesure des résultats atteints. Elles sont les suivantes :

- l'absence de document relatif à la situation de référence et aux enquêtes CAP ;
- L'absence d'une base de données exhaustive, en bonne et due forme sur le portefeuille des bénéficiaires (ménages et des couples mères-enfants malnutris) touchés à l'échelle de la zone d'intervention du projet ;
- L'absence d'une base de données exhaustive et actualisée, relative aux données de terrain collectées au quotidien par les animateurs, par les points focaux, par les noyaux relais dans le cadre des visites à domicile (VAD) et par les autres acteurs sur toute autre activité concourant à la mise en œuvre du projet (réalisation des ouvrages, théâtres forums, émissions radios). Aucune base de données opérationnelle n'est disponible pour le suivi et l'actualisation des données. La saisie des données n'est pas faite fréquemment et les données sont dispersées dans les rapports trimestriels envoyés à l'UNICEF. Aucune saisie des données issues de l'enquête CAP dite réalisée n'existe et aucune mise à jour des nouvelles données n'est effective, ce qui limite, sans nul doute, le suivi rapproché du projet et ne permet donc pas une analyse et un réajustement éventuel des étapes de mise en œuvre. Il n'y a donc aucun système permettant de répondre efficacement aux besoins d'information des acteurs. Il est difficile de suivre les réalisations du projet au vu uniquement des déclarations de l'APS. Il existe en outre un décalage entre les décomptes de l'APS et celles des directions régionales en charge de la capitalisation.
- Le rapportage réalisé n'est pas exhaustif et intégré, en ce sens que le staff d'APS au niveau central a du mal à exploiter tous les rapports mensuels produits par les animateurs et les techniciens, ce d'autant que plusieurs rapports sont souvent manuscrits. Aussi faut-il relever le fait que la structure des rapports trimestriels ne renseigne pas sur aucun des critères d'évaluation préconisé en la matière par les manuels adoptés par l'UNICEF. Au minimum, ces rapports pourraient renseigner sur l'efficacité, l'efficience et la durabilité sous l'angle des mesures prises au cours du projet pour consolider les résultats déjà atteints.

Dans l'ensemble, sur la base des documents et des données transmis par APS, le consultant conclut au fait que :

- les performances du système de suivi-évaluation n'ont pas permis un réel suivi des activités du projet. Les bénéficiaires ne sont pas tous répertoriés, les ouvrages à réaliser également (nombre réel de fosses creusées) et le calcul des taux de réalisation en fonction. Il y a des redondances sur le terrain. Des bénéficiaires ayant reçu des latrines d'autres projets en ont encore reçu d'APS. Il n'y a pas une efficience dans le suivi ;
- des incohérences caractérisent les données ;
- en ce qui concerne le volet Santé/Nutrition, aucun suivi n'a été effectué au niveau des mères d'enfants et au niveau de leurs communautés respectives ;
- le système de suivi et évaluation n'est pas pleinement construit.

Par ailleurs, plusieurs types d'outils sont censés être produits dans le cadre du suivi et évaluation (confère annexe 3).

3.4.6 L'efficacité du projet dans l'implication des jeunes, des femmes et des populations vulnérables et dans la prise en compte de leurs besoins

L'implication des jeunes, des femmes et des populations vulnérables et la prise en compte de leurs besoins requièrent d'une part, au moment de la conception du projet, des activités préparatoires y compris les études du milieu (situation de référence et enquête CAP) une attention particulière quant à l'identification de leurs besoins. D'autre part, leur implication effective suggère la mise en œuvre d'approches spécifiques qui leur permettraient de défendre leurs intérêts, de jouer un quelconque rôle et de mieux s'approprier les activités et les apports du projet.

Le moment de la mise en œuvre du volet Hygiène et Assainissement où les besoins des jeunes, des femmes et des populations vulnérables sont pris en compte est le déclenchement. Les fiches de compte-rendu du déclenchement auraient pu permettre d'analyser si les besoins de ces groupes sociaux ont été bel et bien identifiés. Au demeurant, aucun document ou rapport ne permet de dire que les personnes vulnérables ont fait l'objet d'un suivi rapproché en vue de leur prise en compte par le projet. Par ailleurs, le consultant n'a constaté aucune adaptation de latrines aux personnes handicapées.

3.5 Principaux déterminants de la mise en œuvre

Dans cette partie le consultant traite des points suivants :

- les facteurs ayant favorisé les réalisations du projet ;
- les facteurs ayant limité les réalisations du projet ;
- les principaux goulots d'étranglement.

3.5.1 Les facteurs ayant favorisé les réalisations du projet

Les facteurs ayant favorisé la réalisation du volet Hygiène et Assainissement sont entre autres :

- **la disposition et la capacité d'APS à préfinancer.** Elles ont constitué sans nul doute un facteur qui a favorisé la mise en œuvre du projet, en ce qu'elles ont donné lieu à une réduction des retards ou des blocages dans la mise en œuvre de certaines activités. Cependant, la capacité financière étant réduite, la disposition d'APS s'en est trouvée certainement éprouvée, ce d'autant que les retards de décaissement des fonds par l'UNICEF ne sont pas sans engendrer de fortes pressions financières.
- **l'ouverture des populations au changement.** L'ATPC à l'instar d'autres approches de promotion de l'hygiène et de l'assainissement basée sur la libre adhésion des populations, malgré l'IEC menée pour un changement de comportement, requiert sans conteste l'ouverture des populations au changement. Des entretiens avec les différents acteurs locaux, il ressort que les populations ont accueilli avec enthousiasme l'intervention du projet. Selon un responsable communal, "le premier constat noté est l'enthousiasme des populations de voir des "gens de la propreté" dans leurs localités. Ce qui peut traduire leur satisfaction quant à l'intervention de l'APS. On note aussi leur motivation et leur engagement dans la quête de l'hygiène et de l'assainissement qui présageait leur implication dans la réalisation des objectifs du projet. Cette disposition est certainement liée aux fortes aspirations des populations à parvenir à mieux être.
- **la disponibilité de personnes ressources.** Les personnes ressources, c'est-à-dire les personnes jouissant de facultés ou de compétences particulières qui leur confèrent une relative capacité d'influence sur leur communauté, aux plans de la mobilisation sociale et

de la construction des consensus, constituent un facteur à valoriser sagement en ATPC. Des visites de terrain, le consultant a pu constater l'existence dans les villages ou à l'échelle des communes des personnes ressources toujours disposées à contribuer à la mise en œuvre du projet. Leur implication a permis d'atteindre de bons résultats dans certains villages, comme c'est le cas du village de Goabga dans la commune de Niou.

En ce qui concerne la mise en œuvre du volet Santé / Nutrition, le principal facteur favorisant a été la disponibilité et l'engagement des districts sanitaires et des CSPS. En effet, le consultant souligne le mérite des agents de santé, notamment ceux des CSPS qui ont pris plusieurs initiatives et supporté des frais pour l'enlèvement des kits auprès des districts.

3.5.2 Les facteurs ayant limité les réalisations du projet

Les facteurs limitant la réalisation du volet Hygiène et Assainissement sont entre autre :

- **la rigidité des procédures ou principes de gestion financière de l'UNICEF.** Les lourdeurs de décaissement des fonds par l'UNICEF ont ralenti la mise en œuvre du projet, en ce que les principes de gestion par l'UNICEF n'ont pas favorisé une convergence entre la planification financière et celles des activités.
- **l'orpailage.** Elle apparaît comme une activité à laquelle s'adonnent les populations rurales. Aujourd'hui, force est de constater que plusieurs villages sont dépouillés d'une majorité de leurs forces actives, dont notamment la frange jeune. Le fait que la zone d'intervention du projet comporte des sites d'orpailage constitue une entrave majeure à la promotion de l'assainissement.
- **l'analphabétisme ou le faible niveau d'instruction scolaire de la population.** Ils freinent grandement la compréhension des problématiques traitées dans le cadre des animations et sensibilisation. Il y a bien de concepts qui ne sont pas l'objet de présentation adéquate dans la langue des populations en cohérence avec leur culture.

3.5.3 Les principaux goulots d'étranglement

Le consultant ici fait sien de l'acceptation¹¹ selon laquelle la problématique du goulot d'étranglement renvoie aux éléments de ressources (opportunités, atouts, dispositions institutionnelles) dont la prise en compte ou la non prise en compte a impacté négativement la mise en œuvre du projet et l'atteinte des résultats attendus .

3.5.3.1 Les principaux goulots d'étranglement au niveau du contexte

La prise en compte ou non des éléments de contextes ci-après énoncés a eu des effets sur la mise en œuvre du projet. Ce sont entre autres :

- La grande étendue de la zone d'intervention couplée à la dispersion des villages. L'ATPC plus que les autres approches d'assainissement requiert une focalisation et une concentration des compétences sur une portion congrue de territoire pour réussir un déclenchement pertinent et une bonne dynamique de post-déclenchement. Plus la zone est vaste et plus l'intervention requiert, non seulement de grandes ressources financières

¹¹ A partir du manuel d'utilisation du logiciel d'analyse des goulots d'étranglement Eau, Assainissement et Hygiène (WASH BAT)

mais surtout la capacité des acteurs à réussir une forte synergie dans chaque village. La modicité du nombre de villages ayant atteint l'état FDAL à l'échelle de la zone d'intervention d'APS témoigne de l'acuité de ce paramètre.

- Le non ciblage de villages vierges d'intervention. Pour une mise en œuvre aisée de l'ATPC, il est reconnu qu'il est souhaitable d'intervenir dans des zones exemptes d'expérience antérieure en matière d'assainissement. En effet, l'application du principe ATPC qui exige que l'on aboutisse à une mobilisation sociale et à un engagement communautaire est effectivement rendue ardue, si au sein des villages, certains groupes sociaux sont acquis à une autre approche dont la logique ne favorise pas l'adhésion collégiale à la décision de mettre fin à la défécation à l'air libre. De ce point de vue, le fait que l'intervention du projet a concerné des villages non vierges d'interventions antérieures en matière de WASH est un facteur qui n'a pas facilité la mise en œuvre du projet. La modicité du résultat atteint (seulement 2 villages FDAL sur 163) le prouve ;
- La non-implication des agents de santé à base communautaires (ASBC). Ils n'ont pas été impliqués dans la mise en œuvre du volet Santé/Nutrition. Les agents de santé estiment que la mise en œuvre aurait produit de meilleurs résultats si en lieu et place des animateurs d'APS, les ASBC avaient été pleinement valorisés, ce d'autant que certaines de leurs attributions sont de suivre, de sensibiliser les populations sur les pratiques familiales essentielles dont l'hygiène et d'identifier les perdus de vue.

3.5.3.2 Les principaux goulots d'étranglement au niveau de la demande

Les principaux éléments au niveau de la demande qui ont constitué un goulot d'étranglement sur la mise en œuvre du projet, entre autres, sont :

- Une approche spécifique à l'adresse des orpailleurs aurait pu donner lieu à l'orientation d'une partie du revenu tiré de la vente d'or à la réalisation de latrines au profit de leur famille.
- L'exploitation des résultats de l'enquête CAP dite faite pourrait servir à ajuster le nombre de villages à déclencher au nombre initial de latrines (soit 2700) prévu, ce qui aurait donné une adéquation entre les moyens alloués aux besoins identifiés ;
- La non-satisfaction des demandes suscitées, à savoir qu'environ 4000 ménages sur 6000 ménages ayant réalisé leur contrepartie (fouille et agrégat) ont pu bénéficier de la subvention, constitue un inhibiteur de la mobilisation et de l'engagement sociaux, ce d'autant si le temps de mesures correctives s'allonge.
- La couverture partielle des villages déclenchés, non seulement, jette un discrédit sur les porteurs du projet (APS et UNICEF) mais, aussi et surtout, réduit fortement l'ouverture des populations à adhérer durablement à l'approche.
- Comme déjà mentionné au point 3.4.1. il y a sous-estimation du volume de travail à réaliser dans les 83 villages du Bam, Kourwéogo et de l'Oubritenga bénéficiaires de l'intervention antérieure du projet, pour favoriser l'atteinte et le maintien de l'état FDAL. La preuve c'est que seulement 2 villages sur les 83 ont été certifiés FDAL.

3.5.3.3 Les principaux goulots au niveau de l'offre et la qualité de services

Ci-après sont énoncés les principaux éléments au niveau de l'offre et la qualité de service qui ont constitué un goulot d'étranglement sur la mise en œuvre du projet.

- Aucune plaque de visibilité n'a été prévue pour les lieux de défécation abandonnés dans les villages, alors qu'en ATPC les anciens lieux communs de défécation à l'air libre abandonnés doivent être balisés. Une telle disposition qui vise à interpeller en

permanence la population à respecter la décision de non défécation à l'air libre contribue à la durabilité des acquis.

- L'insuffisante motivation des populations dans la valorisation des savoir-faire locaux et des compétences traditionnelles pour la construction des ouvrages. Cet aspect réduit sans contexte le niveau d'appropriation technologique par les populations et dans une certaine mesure, la durabilité des ouvrages.
- La célébration de l'atteinte de l'état FDAL n'a pas été réalisée, alors qu'elle vise à enthousiasmer la population des villages FDAL à s'y maintenir et à motiver les villages environnants à s'inscrire dans cette dynamique.
- Les émissions radiophoniques, bien que prévues, n'ont pas été réalisées par le projet alors qu'elles contribuent fortement à maintenir l'engagement des communautés pour un état FDAL et à motiver les villages non encore bénéficiaires d'assainissement total à évoluer dans cette perspective.
- L'implication des enseignants et la mise en œuvre d'activités spécifiques de sensibilisation des élèves en milieu scolaire auraient contribué à renforcer la demande d'assainissement et le maintien de l'état FDAL.

3.6 Effets résultant de la mise en œuvre du projet

Les effets renvoient ici aux changements observés (outcome), à court terme, positifs et négatifs, résultant directement ou indirectement de la mise en œuvre du projet qui, interviennent entre la réalisation des produits (outputs) et les impacts.

3.6.1 Les principaux effets directs

Les principaux effets directs résident dans l'amélioration du cadre de vie, le changement de comportement et la récupération des enfants malnutris ayant bénéficié d'un kit.

- **L'amélioration du cadre de vie**

Le projet a contribué à l'amélioration du cadre de vie des bénéficiaires dans ses zones d'intervention. En effet, plus de 4000 ménages disposent désormais de latrines. Face à la déforestation croissante liée aux besoins de la démographie également croissante, l'acquisition de latrines a été d'un grand soulagement, surtout pour les femmes. En effet, le souci de se déplacer pour les besoins de défécation trouve une solution dans la disponibilité des latrines. Les données montrent que 91,4% des ménages enquêtés déclarent utiliser la latrine comme lieu de défécation contre 12% avant l'intervention du projet. Des entretiens, les ménages font ressortir qu'avec l'intervention du projet, des changements positifs ont été constatés dans le sens de l'amélioration du cadre de vie et de la santé. En effet,

- 35% des évocations sont relatives à l'amélioration de la santé ;
- 31% des évocations sont relatives à l'absence d'excréta dans la nature ;
- 20% des évocations sont relatives à la protection de l'intimité et de la dignité de la personne ;
- il n'a été observé des excréments humains que dans 3% des ménages enquêtés.

- **Le changement de comportement**

Les différentes activités réalisées dans le cadre du projet ont amené les ménages à améliorer leurs comportements en termes d'utilisation effective des latrines, de lavage systématique des mains au savon ou à défaut avec de la cendre après être sorti de latrine et de propreté de la cour. Les témoignages suivants en sont illustratifs :

- « *qui va laisser les latrines à côté et voyager juste pour se soulager. Même pendant la saison pluvieuse, ceux qui n'ont pas leurs champs très loin reviennent à la maison pour se soulager dans les latrines* », une enquêtée dans le village de Ritimyinga. Il ressort effectivement des enquêtes que 91,4% des ménages déclarent ne plus recourir à la nature pour la défécation alors qu'avant le projet, cette proportion était de 12% ;
- « *le chef de village a mis en place un comité de jeune qui veille au strict respect de faire ses besoins dans les latrines. Il a instruit aux gens que si tu appréhendes quelqu'un qui fait ses besoins dans la nature il faut le dénoncer et ce dernier va payer une amende de 1.000 F CFA. Pour cela souvent les jeunes patrouillent la nuit aux alentours des concessions* », CVD de Gassongo ;
- « *nous avons décidé de passer voire les latrines au moins une fois par mois et celui qui entretient mal sa latrine doit payer 100f CFA. Tout le monde est au courant de ça, mais depuis que nous avons instauré cela, nous n'avons pas encore eu 5 F. A chaque fois, les latrines sont passables* », responsable noyau relai de Sakondé. Du constat de terrain de la mission, il ressort que plus de la moitié (56%) des latrines sont propres ;
- Selon un des membres du noyau relai de Koualio, « *il n'y a pas de changement en tant que tel car sur 31 ménages bénéficiaires, seulement 9 ont achevé leur latrine donc la majorité des ménages continue de pratiquer la défécation à l'air libre. Cependant il y a un grand changement dans le respect des règles d'hygiène car beaucoup de ménages le pratique donc nous constatons une réduction de certaines maladies* ». En effet, 96% des personnes enquêtées dans les ménages déclarent se laver les mains avant de manger ; 48% le font systématiquement au sortir des latrines. Cependant, dans certains village comme Sienne, Demapoin et Mouzoumou, le changement est moins perceptible. En effet, les gens ne la pratiquent que lorsqu'ils veulent manger et après avoir mangé.

Le point ci-dessus fait témoigne des changements perceptibles constatés dans le cadre de l'enquête de terrain, notamment dans le domaine de l'assainissement. Il faut cependant signaler qu'à ces changements positifs se greffe des effets pervers, à savoir l'apparition des mouches vertes et la diffusion des odeurs dans certains ménages, liées à l'absence de cheminée des latrines (plus 50% en sont dépourvues) ou au mauvais entretien des latrines par les usagers.

Concernant le volet Santé/Nutrition, les données disponibles ne permettent pas de se prononcer sur les effets du projet notamment la contribution à la récupération des enfants malnutris. En effet, les activités du projet sont intégrées dans une stratégie globale de prise en charge d'enfants malnutris alors que le suivi des maladies diarrhéiques des enfants malnutris bénéficiaires du projet, qui aurait permis d'évaluer la contribution des activités de Santé/Nutrition, n'a pas été fait. L'utilisation adéquate du kit est également difficile à prouver étant donné que les mères d'enfants malnutris n'ont bénéficié que d'une seule visite de la part des animateurs du projet, ce qui reste insuffisant pour amorcer un changement de comportement.

Du reste, certains infirmiers chefs de poste (ICP) soutiennent que la stratégie contribue grandement à la récupération des enfants car l'utilisation de l'eau potable n'est pas dans les habitudes des populations rurales.

3.6.2 Les effets inattendus

Il ressort que les femmes de Gassongo, après les sensibilisations sur les différents types de contamination, ont mis en place un système de rangement vertical des pilons au lieu de les laisser à la portée des animaux.

4 ANALYSE DE LA DURABILITE DES ACQUIS DU PROJET

Le terme durabilité porte sur « *la continuation des bénéfices résultant d'une action de développement après la fin de l'intervention, la probabilité d'obtenir des bénéfices sur le long terme et/ou la situation par laquelle les avantages nets sont susceptibles de résister aux risques* » (ODCE).

La présente évaluation analyse la durabilité des effets de l'intervention du projet et des acquis en quatre points : (i) les mesures prises pour assurer la durabilité des résultats, (ii) l'appropriation par les parties prenantes des interventions et des acquis du projet, (iii) les facteurs déterminants la durabilité des acquis du projet et (iv) la stratégie de retrait ou les mesures à prendre pour le passage à d'autres zones d'intervention.

4.1 Mesures prises pour assurer la durabilité des résultats

4.1.1 Les mesures prises pour le fonctionnement durable du comité villageois d'hygiène et d'assainissement

Chargés du suivi et de l'évaluation des activités mises en œuvre au niveau communautaire pendant et après le projet, des comités villageois appelés noyaux relais ont été mis en place dans le cadre du projet.

Afin de leur permettre de bien jouer leurs rôles, le projet a procédé à la formation des membres des comités et à leur suivi durant la mise en œuvre du projet pour s'assurer de la maîtrise de leurs rôles. Il n'a pas été prévu de mesures particulières pour le fonctionnement desdits comités.

Il ressort des entretiens avec des membres de ces comités, que le fonctionnement des comités laisse à désirer après le projet et ne présage pas de se poursuivre à court terme. Les principales raisons qui transparaissent, entre autres, sont :

- l'insuffisante compréhension des enjeux liés au projet ;
- l'insuffisante maturation du processus de mise en place de ces comités
- l'insuffisante motivation, c'est-à-dire que l'on ne constate pas les membres de ces comités assez enthousiastes dans l'exercice de leurs rôles. Ils apparaissent comme des bénévoles qui seuls prennent sur eux tous les coûts liés à leur engagement : transport et notamment le temps de travail.

En outre, le fonctionnement durable des noyaux relais requerrait non seulement une responsabilisation suffisante de la commune au moment de leur mise en place mais aussi un suivi régulier de leur fonctionnement. Le technicien communal ou le point focal de la commune pourrait suivre les activités de ces comités.

4.1.2 Les mesures prises pour assurer de façon durable l'utilisation et de l'entretien des latrines familiales

L'acquisition d'au moins une latrine par tous les ménages d'un village est une condition sine qua non de l'atteinte à l'état FDAL, toutefois c'est la garantie de leur utilisation et de leur entretien qui fait de la FDAL une réalité effective. Dans cette perspective, le projet en sus de la réalisation de latrines, a également procédé à la sensibilisation des populations sur les thèmes relatifs à

l'importance du dispositif de lave-main, au lavage des mains après défécation, à la bonne utilisation, et la nécessité de bien entretenir les latrines et à l'hygiène de l'environnement immédiat. Par la suite, des visites à domicile (VAD) sont effectuées par les animateurs et les membres des noyaux relais avec pour objectif de veiller à la bonne application des règles enseignées et de motiver les ménages pour un véritable changement de comportement, notamment par l'utilisation des latrines et par leur entretien.

Les enquêtes ménages révèlent que :

- 87% des ménages population de la zone d'intervention du projet utilisent des latrines comme lieu de défécation habituel. Donc plus d'un ménage sur dix (10%) recourent toujours à la nature. Ce qui laisse supposer qu'une portion des ménages n'est pas équipée de latrines ou que les membres de ménages équipés de latrines préfèrent aller dans la nature ;
- seulement 56% des latrines sont propres, c'est-à-dire balayées, sans flaques d'urine ou d'eau ni feuilles d'arbre qui jonchent le sol.

Par ailleurs, il convient de noter que la vidange des latrines n'a pas été un thème de formation d'un quelconque groupe socioprofessionnel, alors qu'à terme, les ménages seront confrontés à ce problème.

4.1.3 Les mesures prises pour assurer la pérennisation du statut de FDAL

Des 2 villages déclarés FDAL sur les 163, il est difficile de dire que les mesures mises en œuvre par le projet pourraient maintenir de façon durable le statut FDAL des villages. Quatre paramètres déterminent la pérennisation de l'état FDAL d'un village, à savoir :

1. L'équipement de tous les ménages en latrines. A ce niveau, pour les deux 2 villages certifiés FDAL, la méthode ayant consisté à visiter seulement 25% des ménages pour les certifier FDAL, n'autorise pas à gager que tous les ménages sont équipés de latrines
2. Le maintien de la décision individuelle et collective est lié au maintien du niveau de conscience du risque encouru par rapport au péril fécal et au manque d'hygiène. L'effectivité de cette variable requiert la poursuite des actions de communication pour un changement de comportement. Or, en la matière, le fonctionnement durable des noyaux relais qui doivent poursuivre la sensibilisation à travers des VAD n'est pas assurée (cf. point 4.1.1, ci-dessus), les administrations communales n'ont pas été suffisamment responsabilisées et outillées pour apporter tout l'appui nécessaires aux noyaux relais et il n'est pas prévu d'actions post projet, telles que les émissions radiophoniques qui auraient assuré la poursuite des messages relatifs aux bonnes pratiques.
3. L'offre de service d'assainissement régulier à travers la poursuite des activités de marketing social pour susciter la demande d'assainissement et d'hygiène, la disponibilité de maçons qualifiés en nombre suffisant et la vente des matériaux (ciment, fer, grillage, etc.) par des commerçants locaux. En matière, les constats suivants peuvent être établis :
 - i- de par l'approche du projet, le marketing social va s'étioler, si non disparaître ;
 - ii- on enregistre déjà une déperdition des maçons formés, ce qui veut dire que sans la formation de nouvelles recrues l'offre de construction va se réduire et risque de décourager la demande de latrines par les ménages. En effet, dans plus de 90% des villages visités, il n'a été rencontré qu'un seul maçon. C'est avec l'appui des CVD que ces

derniers ont été retrouvés pour répondre à l'enquête. La plupart affirme être occupée par d'autres activités au regard de la non viabilité de celle-ci.

4. La volonté et la capacité de payer, alors qu'il n'est plus offert une quelconque subvention après le projet :
 - i- des nouveaux ménages à s'équiper d'une latrines ;
 - ii- des ménages bénéficiaires du projet à réaliser de nouvelles latrines si celles acquises dans le cadre du projet deviennent hors d'usage ou ne peuvent suffire à tous les membres de la famille.

Par ailleurs, la question du suivi est extrêmement importante pour la pérennité du statut FDAL l'ATPC, notamment le suivi après la certification.

4.2 Appropriation des interventions et des acquis du projet

L'appropriation de l'intervention du projet renvoie à l'intégration par les bénéficiaires dans leur quotidien des réalisations, des pratiques ou des savoir-faire nouveaux apportés par le projet, de sorte que les bienfaits acquis au cours du projet perdurent. Il convient donc d'examiner l'appropriation des interventions et des acquis du projet au niveau des différentes catégories de bénéficiaires, à savoir (i) les communautés, (ii) les catégories professionnelles, (iii) les organisations mises en place, (iv) les communes, (v) et les services techniques.

● L'appropriation par les communautés

Au niveau des communautés, les interventions et les acquis du projet sont appropriés par les ménages même si des efforts restent encore à faire pour les consolider. En effet :

- de la demande d'assainissement suscitée, on constate que plus de 6000 fouilles ont été réalisées alors que le projet n'a prévu que 2700 et les administrations communales déclarent que des demandes de latrines leur parviennent toujours après le projet. Cette situation traduit un effet de prise de conscience des bienfaits de l'hygiène et l'assainissement et la volonté des populations à disposer de latrines pour améliorer leur bien-être ;
- 91,4% des ménages déclarent ne plus recourir à la nature pour la défécation alors qu'avant le projet, cette proportion était de 12% ;
- 56% des latrines sont propres ;
- 96% des personnes enquêtées dans les ménages déclarent se laver les mains avant de manger contre 48% au sortir des latrines.

Cependant, même si la situation est meilleure avec l'intervention du projet, il sied de s'aviser que l'appropriation est loin d'être pleine. En effet, il ressort des entretiens avec les ménages que :

- plus de 17 % des ménages utilisent toujours la nature comme lieu de défécation habituel ;
- dans plus de 18 % des ménages, les enfants se soulagent par terre ;
- 19% des ménages évacuent les excréta des enfants dans la nature sans enfouissement ;
- Moins de 5% des mères d'enfants enquêtées se lavent les mains après avoir nettoyé les fesses de bébé.

Au demeurant, le changement effectif de comportement en grande masse et au mieux total, reste l'indicateur fondamental de l'appropriation par les populations en matière d'hygiène et d'assainissement. Souvent, il a l'allure d'un effet de mode, ainsi l'engouement pour les latrines

pourrait répondre plus à un désir de faire comme les autres qu'à une pleine compréhension de la nécessité de s'en procurer. En effet, dans l'ensemble, par exemple, plus de 15% des latrines ne sont pas utilisées et dans le village de Nabitenga (commune de Ziniaré), beaucoup de latrines construites n'ont jamais été utilisées (30% de l'échantillon couvert).

Concernant le volet Santé nutrition, un élément majeur contrarie la certitude d'une certaine appropriation par les bénéficiaires. En effet, des agents de santé ont affirmé que des mères d'enfants avalent les pastilles de chlore au lieu de les faire dissoudre dans les bidons remplis de 5 litres d'eau. Face à cette situation, certains ICP ont arrêté la distribution de ce produit en attendant une meilleure appropriation des messages y relatifs.

- **Au niveau des maçons et des noyaux relais**

Le projet a permis la disponibilité d'une nouvelle expertise au niveau local en matière de promotion de l'hygiène et de l'assainissement : les noyaux relais pour œuvrer à susciter la demande et à améliorer les pratiques et les maçons pour la construction des ouvrages d'assainissement.

- Si 240 maçons ont été formés et ont construit près de 4000 latrines, il se trouve qu'il y a une forte déperdition, certains estiment que la construction de latrines n'est pas suffisamment rémunératrice ;
- Le non fonctionnement des noyaux relais permet d'affirmer qu'il n'y a pas appropriation de la mission à eux assignée.

- **Au niveau des communes**

L'intervention du projet a permis aux administrations communales d'avoir une connaissance des besoins des populations en ouvrages d'assainissement tout en ayant réalisé un renforcement institutionnel par la mise à leur disposition d'un point focal chargé du suivi des interventions du projet pour le compte de la commune. Cependant, l'administration communale a une perception réductrice du statut et du rôle du point focal. Ce dernier est beaucoup plus perçu comme un agent du projet que comme une compétence que la commune devrait œuvrer, à terme, à garder et à intégrer pleinement dans l'administration communale, afin d'assurer une prise en charge de la promotion de l'hygiène et de l'assainissement.

- **Au niveau des services techniques**

Au niveau des services techniques de l'état DGAEUE, DRARHASA, DRS, District et CSPS le niveau d'appropriation réside dans le fait qu'ils aient saisi les interventions du projet comme une opportunité aux fins d'accroître la mise en œuvre de leurs attributions régaliennes, dont notamment : l'appui conseil aux communes, l'appui au renforcement des capacités des acteurs, la réalisation de certaines activités relevant directement d'eux dont le suivi et la supervision des interventions.

Sur cette base :

- En ce qui concerne la DGAEUE et les DRARHA, il est difficile de parler d'appropriation quand on considère singulièrement la question du suivi et évaluation. Le projet a-t-il une opportunité pour la constitution de statistiques fiables sur l'évolution de la situation de l'assainissement dans les 163 villages de la zone d'intervention du projet ? Non, a priori. Tout comme, les PCD/AEPA n'ont pas été actualisés à l'aune du projet. Selon les responsables de la DGAEUE, elle n'a pas effectué de sorties car elle n'a pas disposé de ressources de la part de l'UNICEF, faute de justification des fonds précédemment reçus ;

- En ce qui concerne les structures de santé, il y a une relative appropriation compte tenu du fait que les agents ont fait l'effort d'élaborer des critères pour l'attribution des kits et dans des CSPS. Face au constat que certaines mères avalent les pastilles de chlore, les agents ont pris l'initiative de garder les comprimés par mesure de sécurité.

4.3 Mécanismes mis en place par le projet pour la pérennisation des acquis

Le projet a contribué à la mise de deux types de mécanismes qui peuvent travailler à la pérennisation des acquis du projet. Il s'agit du :

- **Mécanisme de promotion de l'hygiène et l'assainissement**

Ayant pour objectifs d'assurer (i) le maintien de la demande, (ii) la pratique continue des règles d'hygiène et d'assainissement à travers un changement de comportement et (iii) l'offre de construction des latrines, le mécanisme repose sur :

- le réseau endogène de noyaux relais pour la prise en charge de la promotion de l'assainissement et de l'hygiène. Identifiés par les communes et les communautés, les membres des noyaux relais sont formés par le projet sur les questions d'hygiène et d'assainissement, pour œuvrer à la pérennisation des acquis du projet ;
- les maçons formés pour satisfaire les demandes en ouvrages d'assainissement des populations en réalisation des latrines, même après le projet.

Cependant, comme déjà mentionné plus haut, ce mécanisme de promotion de l'hygiène et de l'assainissement se révèle déjà fragilisé par le non fonctionnement des noyaux relais et par la déperdition enregistrée au niveau des maçons. Par ailleurs, le mécanisme tel que construit est incomplet, dans ce sens, que

- l'offre locale des matériaux nécessaires à la réalisation des ouvrages n'a pas été renforcée. En la matière, APS a opté pour une procédure d'acquisition centralisée à partir de Ouagadougou, alors que les commerçants locaux à l'échelle régionale, provinciale et au mieux communales auraient pu être mis à contribution ;
- un palliatif aux subventions des latrines après projet n'a pas été prévu. L'idéal voudrait qu'après le projet les ménages puissent s'assumer en acceptant de payer, mais cela n'est pas de toute évidence. L'alternative porteuse serait une prise en charge endogène à la fois par les communes, les services techniques déconcentrés et les ménages. Mais le projet n'a pas travaillé à faire émerger une quelconque dynamique de prise en charge endogène de la promotion de l'assainissement.

- **Mécanisme de gouvernance locale du projet**

Il est basé uniquement sur les points focaux mis à la disposition des communes pour assurer le suivi de la mise en œuvre des activités et les résultats atteints. Force est de constater que ce seul élément ne peut pas garantir la performance de la gouvernance du projet par les communes. En effet deux écueils majeurs apparaissent :

- bien que dans le protocole, il soit stipulé que les communes sont les coordonnateurs locaux du projet, aucune activité ou mesure n'a été inscrite dans ce sens ;
- ni dans le protocole ni dans la mise en œuvre, le projet n'a œuvré au renforcement des cadres de concertation préexistants. Cela aurait été une contribution notable en termes de pérennisation des acquis du projet, car le bon fonctionnement de ces cadres de

concertation participe au partage d'expérience, à l'évaluation de l'évolution de la situation et à l'appropriation par les acteurs institutionnels

4.4 Facteurs déterminants la durabilité des acquis du projet

Ce point présente les facteurs qui peuvent favoriser ou compromettre la durabilité du projet qui ont été identifiés.

4.4.1 Les facteurs favorables

Il s'agit notamment, (i) de l'engagement des autorités communales, (ii) des investissements dans le domaine de l'eau potable, (iii) de l'implication des écoles et des CSPS, (iv) de la promotion de l'Assainissement Total Porté par les Leaders-ATPL, (v) de l'application de l'ATPC avec subvention et l'harmonisation des approches.

● L'engagement des autorités communales

Pour que les acquis du projet perdurent, un engagement des autorités communales est indispensable. Pour le moment, les communes semblent engagées, mais beaucoup plus comme des facilitateurs des interventions des partenaires. Pourtant, de par leur statut de maître d'ouvrage dans le domaine de l'assainissement au niveau local, les communes devraient être aux commandes à travers une pleine :

- maîtrise de l'identification des besoins et la planification des interventions, et ce, dans le cadre des PCD-AEPA et l'allocation de ressources financières dans le budget communal ;
- appropriation du suivi à travers la tenue de statistiques relatives à l'évolution de la situation et la coordination des interventions ;
- gouvernance à travers la mobilisation de l'appui des services techniques de l'Etat.

Aussi faudrait-il, que les partenaires prennent l'alternative de responsabiliser davantage les communes à partir des documents et protocoles de projet. Cette responsabilisation passe bien sûr par le renforcement de la maîtrise d'ouvrage communale.

● Les investissements dans le domaine de l'eau potable

L'un des facteurs déterminants la durabilité des acquis du projet est l'accès des populations à l'eau potable. Elle a d'ailleurs été une des conditions de mise en œuvre des activités du projet. C'est ainsi vingt (20) nouveaux forages et 65 réhabilitations de forages équipés de pompes à motricité humaine (FPMH) ont été réalisés par l'UNICEF dans les provinces du Sanguié et du Yatenga en 2015 pour favoriser la mise en œuvre du projet. Elle semble être une condition indispensable pour assurer l'assainissement, l'hygiène et la nutrition notamment pour les populations rurales.

● L'implication des écoles et des CSPS

L'implication des enseignants des écoles primaires, à travers leur maîtrise de la question de l'hygiène, sont des ressources qui contribuent à la durabilité des acquis du projet. Il en est de même des agents des CSPS. Les élèves sont également des vecteurs à travers lesquels la communauté peut pérenniser certains acquis notamment les statuts FDAL. Les enfants ayant appris à utiliser les toilettes et appris l'hygiène à l'école, deviennent des agents clé du changement. Ils pourraient apporter la connaissance de l'importance de l'utilisation des toilettes dans leurs familles. Ils pourraient faire suivi et veiller à l'application des interdictions contre la défécation à l'air libre.

- **L'Assainissement Total Porté par les Leaders-ATPL**

L'ATPL se fonde sur l'ATPC qui est une approche mettant la communauté au centre des décisions et qui est convaincue qu'elles changent de comportements en faveur de l'assainissement si elles sont accompagnées par des actions de communication et de mobilisation sociale. C'est pourquoi, l'idée est venue que les leaders, peuvent contribuer à pérenniser les acquis du projet à travers la réalisation de latrines ou de sensibilisation. En effet, au regard de leur aura, les leaders peuvent amener plus rapidement les populations à des changements.

- **L'application de l'ATPC avec subvention**

Au regard du niveau de priorisation des investissements des populations rurales, le financement des réalisations de latrines, préconisé dans la Stratégie Nationale d'Assainissement est un des facteurs pour garantir la durabilité des acquis du projet.

- **L'harmonisation des approches**

Il ressort du constat de terrain que plusieurs approches pour la promotion de l'assainissement sont utilisées dans des villages voisins. Or, la multiplicité des approches dans une même localité n'est pas de nature à encourager les populations dans le sens de la prise de conscience de la nécessité de l'assainissement. La véritable promotion de l'assainissement requiert que tous les acteurs adhèrent à l'ATPC.

4.4.2 Les menaces

Les facteurs qui peuvent compromettre la durabilité du projet ou menaces sont (i) l'instabilité politique ou institutionnelle, (ii) la durabilité de la technologie, (iii) la faible capacité financière des acteurs locaux, (iii) le non-respect des engagements des projets et (iv) le faible accès à l'eau potable

- **L'instabilité politique ou institutionnelle**

La stabilité politique est un préalable à la mise en œuvre de tout projet de développement. Dans une situation d'instabilité, l'assainissement sera relégué au second rang. Aussi, un remaniement ministériel ou une réorganisation des ministères ne pourrait-il pas affaiblir l'environnement actuel qui a été propice au développement de l'ATPC, au cours de ces dernières années.

- **La durabilité de la technologie**

Les latrines réalisées ne donnent pas lieu à une exploitation durable. En effet, étant donné que la superstructure est à la charge du ménage, les latrines, dans la majeure partie des cas, ne disposent pas de superstructures de qualité pouvant tenir sur plusieurs années. Or, dès que le besoin d'intimité n'est pas satisfait, l'utilisation de la latrine n'est souvent pas assurée. Il y a également les risques d'effondrement des latrines du fait des matériaux rudimentaires utilisés pour leur construction. En outre, les ménages soulignent les difficultés de lavage des latrines dont la superstructure est en banco

- **La faible capacité financière des acteurs locaux**

« L'objectif prioritaire de l'ATPC est d'éliminer la pratique de la Défécation à l'Air Libre (DAL) dans les communes rurales du Burkina Faso. Cela implique que les ménages non seulement s'investissent pour accéder à des latrines appropriées mais aussi les utilisent et les entretiennent correctement, ou à défaut identifient des pratiques alternatives qui garantissent la sécurité sanitaire de leur environnement, en particulier en éliminant tout risque de contamination féco-orale. » (DGAEUE, 2014¹²). Cependant, l'état de pauvreté des populations contraint un grand nombre à reléguer la question de l'assainissement au profit des questions de subsistance. En effet, il est reconnu dans le Guide d'orientation pour la mise en œuvre de l'ATPC au Burkina Faso que « La principale difficulté rencontrée dans la mise en œuvre de l'ATPC est la mobilisation des ressources par la communauté pour respecter son engagement ». Par ailleurs, les responsables communaux rencontrés soutiennent que les capacités financières des communes ne leur permettent pas d'allouer un financement substantiel pour la prise en charge de la promotion de l'assainissement.

- **Le non-respect des engagements par les parties prenantes**

Dans la mise en œuvre des projets, les parties prenantes prennent des engagements. Une des menaces à la promotion de l'assainissement provient du non-respect de certains engagements notamment par chacune des parties prenantes. Par exemple, l'arrêt avant terme des interventions du projet dans certaines zones a créé une certaine démobilitation des communautés. Si les fins de projet ne sont pas diligemment gérées, elles peuvent compromettre la durabilité des acquis.

- **Le faible accès à l'eau potable**

Dans certaines localités, le manque d'eau potable est assez criard à tel point que les populations ne s'engageront pas sur l'assainissement et l'hygiène tant que cette condition ne sera pas remplie.

4.5 Opportunités et dispositions nécessaires à prendre pour le passage à d'autres zones d'intervention

Le projet de "Renforcement des services d'hygiène et d'assainissement de base et amélioration des pratiques d'hygiène nutritionnelle en milieu familial dans 8 régions du Burkina Faso ", après 6 années de mise en œuvre, à travers 6 protocoles, vise une appropriation de ses objectifs par ses bénéficiaires. S'il faille envisager l'arrêt de l'appui de UNICEF dans les villages où APS a assuré la mise en œuvre du projet dans le cadre du 6^{ème} protocole, il en effet question de s'aviser des :

- i- des opportunités à valoriser ;
- ii- des dispositions nécessaires à prendre pour le passage à d'autres zones d'intervention.

4.5.1 Les opportunités à valoriser

Un certain nombre d'opportunités sont à valoriser pour un passage de la mise en œuvre de l'ATPC à d'autres zones d'intervention. Il s'agit de :

- i- l'adoption de l'ATPC comme stratégie nationale de mise en œuvre de l'hygiène ;
- ii- la forte déconcentration du système éducatif et sanitaire ;

¹² Stratégie d'opérationnalisation de l'assainissement. Page 12.

- iii- l'existence de compétences locales au niveau communal ;
- iv- l'existence de personnes leaders ;
- v- l'installation de radios locales.

- **L'adoption de l'ATPC comme stratégie nationale de mise en œuvre de l'hygiène et de l'assainissement**

Cette stratégie doit permettre à tous les acteurs d'avoir un cadre défini de mise en œuvre de la promotion de l'hygiène et de l'assainissement. Elle lui donne un caractère légal et officiel qui s'impose à tous les acteurs, facilitant ainsi l'acceptation par les acteurs institutionnels en l'occurrence, les communes et les services techniques déconcentrés des principes et exigences de l'approche. Toutefois, au niveau communautaire, la négociation de leur adhésion à l'approche est indispensable.

- **La forte déconcentration du système éducatif et sanitaire**

Le développement de l'assainissement par l'ATPC nécessite une bonne compréhension de l'approche par les bénéficiaires, gage d'une meilleure adhésion. La forte déconcentration du système éducatif et sanitaire rend possible des partenariats au profit d'une efficacité de la mise en œuvre des activités WASH. En effet, au niveau local, les enseignants et les agents de santé peuvent contribuer notablement à stimuler une meilleure promotion de l'hygiène et l'assainissement. Spécifiquement, le nombre grandissant des enfants scolarisés renforcera l'appropriation et la durabilité des actions mises en œuvre.

- **L'existence de compétences locales au niveau communal**

Le rôle des maçons dans la promotion des latrines familiales est très important pour l'arrêt de la défécation à l'air libre. La présence de maçons à l'échelle des communes constitue à n'en pas douter une opportunité à valoriser. Ils sont indispensables dans l'amélioration des standards technologiques.

Il en est de même pour la disponibilité des ASBC qui peuvent être mis à profit pour des activités de promotion de l'hygiène et de la santé.

- **L'existence de personnes leaders**

Le rôle des leaders naturels est essentiel au maintien et au développement de l'ATPC. Ces personnes constituent un facteur à valoriser sagement en ATPC dans la mesure où elles jouissent d'une grande capacité d'influence sur leur communauté aux plans de la mobilisation sociale et de la construction des consensus.

- **L'existence de radios locales**

L'installation de plus en plus importante de radios décentralisées au niveau régional, provincial ou communal est une opportunité comme support stratégique pour la communication pour le changement de comportement à l'échelle de plusieurs communautés.

4.5.2 Les dispositions nécessaires à prendre pour une réussite dans d'autres zones d'intervention.

4.5.2.1 Sur le plan technique

- **Assurer un bon suivi du déclenchement :**

La bonne réussite du déclenchement est très importante pour l'aboutissement de l'ATPC. Pour ce faire, il est important que le suivi de cette activité soit bien organisé avec l'appui des directions régionales en charge de l'assainissement ou de l'hygiène qui pourront subséquemment attester de la bonne conduite de cette première étape.

- **Prendre en compte les directions régionales en charge de l'eau, de l'assainissement et de la santé dans l'appui institutionnel**

L'UNICEF apporte déjà un appui institutionnel à la DGAEUE sur l'assainissement, pour une meilleure assistance technique des communes dans la mise en œuvre du projet. Il s'avère indispensable que les directions régionales en charge de l'eau, de l'assainissement ainsi que celle de la santé soient elles aussi intégrées dans le processus pour une meilleure appropriation de l'ATPC par ces acteurs locaux ;

- **Veiller à la certification de la qualité des activités de renforcement des capacités**

La formation des acteurs locaux est un gage de succès pour la mise en œuvre des activités du projet. Les modules de formation ainsi que le choix des formateurs doivent préalablement être validés par les structures attirées locales telles que les Directions Régionales de l'Eau et de l'Assainissement et les Directions Régionales de la Santé. La qualité des formations délivrées par les acteurs de mise en œuvre pourra ainsi être certifiée.

- **Contribuer à l'essor de l'économie locale**

La mise en œuvre de la subvention des ouvrages requiert de grandes quantités de matériaux. Il conviendrait qu'en la matière, le principe de subsidiarité soit appliqué, à savoir que tout produit ou service qui peut être fourni ou assuré par des acteurs locaux, soit commandé sur place le projet. En effet, procédant ainsi, le projet contribue au renforcement de l'économie locale, en favorisant la consolidation de l'offre des matériaux qui composent la subvention, par des acteurs locaux.

- **Réussir une valorisation des compétences endogènes**

Des structures d'accompagnement des populations existantes telles que les ASBC, les COGES qui ont une certaine compétence et surtout une bonne expérience du terrain peuvent d'un appui précieux aux CAV/Q. Il s'agira donc de trouver une bonne articulation avec les CAV/Q.

- **Assurer le suivi de la réalisation des ouvrages**

La sécurité des ménages dans l'usage des latrines réalisées est importante pour assurer son usage continu, pour l'atteinte et le maintien de l'état FDAL. La mise en place d'un suivi est donc indispensable. Il s'agit entre autres que les acteurs de mise en œuvre s'assurent et documentent le contrôle des moments clés de la réalisation des ouvrages :

- le contrôle du respect de la qualité et de la quantité des matériaux ;
- le suivi de la réalisation des dalles et de la fosse ;
- la réception des latrines avec établissement des PV des étapes clés de l'exécution de l'ouvrage (Implantation, fouille, pose des briques pleines et la confection de la dalle) ;
- la réception provisoire de l'ouvrage.

Le respect de ces étapes permet aux techniciens de suivre les maçons et au maçon de prendre au sérieux la réalisation des ouvrages.

- **Renforcer davantage le rôle des communes dans la mise en œuvre du projet:**

Pour la durabilité des actions des projets, il s'agit :

- d'accorder plus de responsabilités dans la mise en œuvre des activités ;
- de renforcer les capacités des communes par la mise en place de services d'eau potable et d'assainissement ;
- d'assurer leur implication dans la gestion du projet
- de mettre en place un système léger de suivi-évaluation : mise à profit de Smartphone pour la saisie des données par le point focal et l'envoi de SMS pour diffuser les informations.

4.5.2.2 Sur le plan managérial

Pour la réussite des projets à mettre en œuvre dans le futur, l'UNICEF doit :

- **Affiner le choix du partenaire**

Pour assurer une la réussite des projets, l'UNICEF dans l'évaluation de ses partenaires veillera tenir compte de toutes les aspects techniques et managériaux nécessaires pour une efficacité optimale, et ce, en fonction du projet à réaliser ;

- **Assurer un contrôle qualité des documents de projet :**

L'UNICEF dans le processus de validation des projets doit contrôler :

- la définition claire des rôles de chaque partie prenante ;
- l'obligation de signature de convention multipartite ;
- l'actualisation des statistiques dans le document de projet ;
- l'élaboration dans les règles de l'art d'un cadre logique (indicateurs définis SMART;
- la relation entre les objectifs, résultats attendus, indicateurs et activités) ;
- le nombre de villages à déclencher en lien avec les exigences de la FDAL ;

L'autre gage de réussite des projets réside dans l'implication des parties prenantes dans l'élaboration du projet pour mieux prendre en compte leurs besoins.

- **Affiner l'adéquation entre la planification des activités et les cycles de financement**

Lors de l'élaboration du document de projet, l'UNICEF veillera à affiner d'avantage l'adéquation entre la planification des activités par le maitre d'œuvre et les procédures et principes de gestion financière de l'UNICEF

- **Assurer la pérennité des actions des projets**

Pour la pérennité des actions des projets, l'UNICEF doit prévoir deux cycles de contrats pour une intervention devant conduire les villages à un état FDAL durable :

- 1er contrat pour permettre à au partenaire de conduire les villages à un état FDAL ;
- 2ème contrat pour assurer le suivi post FDAL.

4.5.3 La sortie de la zone actuelle

Au terme de ce 6^{ème} protocole et au vu des résultats obtenus (nombre réel et qualité des ouvrages réalisés) du projet autant que le financement élevé desdits protocoles (voir tableau suivant), le consultant suggère à l'UNICEF de

- Faire un inventaire exhaustif des latines réalisées
- Satisfaire les besoins suscités non satisfaits.

5 LECONS APPRISES

L'expérience menée par le projet permet de tirer les six (06) leçons suivantes pour servir d'éclairage à tout acteur désireux d'entreprendre des activités similaires dans une quelconque zone.

1. Le fonctionnement durable des latrines suppose le développement d'un service de vidange et de réfection périodique à l'échelle locale. En effet, quelques ménages bénéficiaires de latrines, dans le cadre des protocoles antérieures, sont obligés de recourir à la nature ou à la latrine du voisin parce que la fosse de leur latrine serait pleine.
2. La subvention, en milieu rural, est un gage d'expansion rapide de l'équipement des ménages en ouvrages d'assainissement adéquat mais nécessite de procédures efficaces de mise à disposition des matériaux subventionnés pour éviter un coût d'opportunité aux ménages.
3. La subvention est un gage d'expansion rapide de la latrinisation en milieu rural mais elle compromet la disponibilité des ménages à accepter payer le coût intégral d'une latrine sans l'intervention d'un projet qui la propose.
4. Le pré-déclenchement est une étape qui doit être prise au sérieux par les projets qui procèdent par l'ATPC. Le pré-déclenchement offre une judicieuse opportunité pour susciter l'accord de principe des leaders de la localité (chefs coutumiers, religieux, fonctionnaires retraités et ressortissants cadres ou aisés), à soutenir les activités ultérieures de déclenchement. Il doit être fait uniquement par des agents formés.
5. Le « *déclenchement institutionnel* » des communes, c'est-à-dire l'activation de la prise de conscience de l'autorité communale des enjeux et défis liés à l'hygiène et à l'assainissement d'une part et d'autre part de sa décision à s'engager résolument dans la résolution des problèmes y relatifs, participe à une meilleure prise en charge de la promotion de l'hygiène et de l'assainissement.
6. La bonne réussite du déclenchement joue un rôle important dans la pérennité du statut FDAL. Il y a la nécessité de mettre en place des dispositifs et des mécanismes de suivi concerté entre les représentants du Ministère, des communes et des agences de mise en œuvre.

6 CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Le projet de "Renforcement des services d'hygiène et d'assainissement de base et amélioration des pratiques d'hygiène nutritionnelle en milieu familial dans 8 régions du Burkina Faso ", après 6 années de mise en œuvre, à travers 6 protocoles, vise une appropriation par ses bénéficiaires de ses objectifs. La présente évaluation du 6^{ème} protocole, indexée à l'efficacité et à la durabilité, autorise en guise de conclusion des commentaires.

De l'efficacité de la mise en œuvre du projet

La mise en œuvre du projet, globalement, n'a pas été efficace. L'atteinte des résultats est très modique, notamment quand on considère la philosophie de l'approche de promotion de l'hygiène et de l'assainissement par l'ATPC, qui prescrit un changement fondamental de comportement des populations aboutissant sur la FDAL, assorti de la pratique d'un minimum de gestes d'hygiène par les populations. Toutefois, en ce qui concerne la construction des latrines les performances du projet ont été supérieures aux prévisions avec un taux de réalisation de 109%, si l'on s'en tient aux statistiques des DRARHASA.

Plusieurs raisons traitées expliquent la faible performance du projet, mais les plus cruciales procèdent des aspects suivants :

- le principe de mise en œuvre du projet à travers des protocoles annuels sans un lien cohérent entre les objectifs ou résultats prescrits d'un protocole à un autre et, sans une évaluation systématique de l'efficacité de la mise en œuvre du protocole précédent dans l'optique d'avoir une base objective pour corriger les distorsions ;
- l'intervention sur un grand nombre de villages, 80 dans le cadre du 6^{ème} protocole, dans une logique ATPC. Cette option procède d'une erreur technique, en ce sens, qu'elle traduit une insuffisante perception des exigences de l'approche. En effet, une analyse rétrospective des 3 derniers protocoles où l'ATPC, soit pour un total cumulé de 195 villages touchés¹³ révèle que jusque-là seuls 2 villages ont été certifiés FDAL. On ne peut qu'admettre l'inadéquation entre les exigences de l'ATPC, l'étendue de la zone d'intervention et les ressources humaines, techniques et financières mobilisées allouées au projet.
- l'inadéquation de la logique programmatique de l'UNICEF avec les réalités du terrain qui ont régi la mise en œuvre des activités du projet. Cette lacune qui a impacté négativement l'efficacité transparaît à deux niveaux, à savoir :
 - i- d'une part, l'absence de cohérence entre la programmation et les procédures de gestion financière propres à l'UNICEF et la planification des activités ;
 - ii- d'autre part, la contractualisation à travers des protocoles annuels distincts alors que la conduite d'un village à l'état FDAL et son suivi pour le maintien et la consolidation du statut requiert au moins 2 ans, donc un protocole annuel renouvelable au moins une fois.
- l'absence d'un suivi assorti d'un contrôle de l'effectivité des résultats. Sans conteste, le suivi évaluation est la fonction au sein d'un projet qui permet de réaliser une gestion axée sur les résultats. Or, en la matière :
 - i- d'un côté, l'UNICEF n'a pas veillé à s'assurer que son partenaire de mise en œuvre s'est effectivement doté d'un système de suivi évaluation bien construit et tangible,

¹³ A raison de 40 villages pour le 4^{ème} protocole, 75 pour le 5^{ème} protocole et 80 pour ce 6^{ème} protocole

à même de sortir en temps réel des informations fiables sur les différentes réalités de la mise en œuvre du projet ;

- ii- de l'autre côté, la DGAEUE et les DRARAHSA, parties prenantes du projet, ont été défaillantes dans la collecte et le traitement des informations sur l'évolution de la situation de l'hygiène et de l'assainissement dans les communes et les villages d'intervention.

Par ailleurs, la proximité des sites d'orpillage dans certains villages, l'analphabétisme ou le faible niveau d'instruction scolaire de la population ont été des facteurs qui ont limité les réalisations du projet. Il convient également de relever plusieurs goulots d'étranglement qui ont contribué à la faible performance de la mise en œuvre du projet. Au niveau du contexte, on note la grande étendue de la zone d'intervention couplée à la dispersion des villages, le non ciblage de villages vierges d'intervention et la non-implication des agents de santé à base communautaires (ASBC). Au niveau, de l'offre et la qualité de services, il s'agit de la non célébration de l'atteinte de l'état FDAL et la non-réalisation des émissions radiophoniques, bien qu'elles aient été prévues dans le protocole.

En revanche, les résultats atteints ont été favorisés par, entre autres, la disposition et la capacité d'APS à préfinancer, l'ouverture des populations au changement, la disponibilité de personnes de ressources dans les villages qui ont apporté leur appui et l'engagement proactif des districts sanitaires y compris des CSPS dans la mise en œuvre du volet NUT.

De la durabilité des interventions et des acquis.

Il n'existe aucune garantie. En effet, il ressort des rapports et des constats de terrain que

La pérennité des acquis du projet n'est pas évidente. Aucun élément pertinent ne permet de gager que les villages qui ont été déclenchés et ceux qui tendaient vers l'état FDAL maintiendront leur progrès. L'évaluation a montré que les résultats du projet ne sont pas durables, parce que l'approche n'est pas allée assez loin pour construire et consolider les facteurs de durabilité. En effet, l'évaluation révèle que :

- les mesures prises par le projet dans le but d'assurer le fonctionnement durable du comité villageois d'hygiène et d'assainissement, l'utilisation et l'entretien des latrines familiales ainsi que la pérennisation du statut de FDAL ne sont pas assez conséquentes pour garantir la durabilité des résultats du projet ;
- les structures techniques des ministères en charge de l'assainissement et de la santé, tout comme les communes, se sont faiblement appropriés les interventions du projet ;
- les mécanismes de promotion de l'hygiène et de l'assainissement ainsi que ceux devant assurer un minimum de gouvernance après le projet se révèlent déjà fragiles ;
- l'absence de dispositions pour satisfaire au plus vite les ménages qui ont réalisé leurs contributions (fouilles et mobilisation des agrégats) va engendrer une désillusion et subséquemment une démobilisation. L'arrêt de la subvention requiert au préalable l'émulation des populations à accepter payer intégralement pour la construction des latrines. Ce travail n'a pas été fait et il n'est pas évident que la grande proportion de la population qui vit une pauvreté assez sévère s'y astreigne.

Cependant, les interventions et de ses acquis du projet, ont l'objet d'appropriation par les communautés, en ce sens que la demande d'assainissement a dépassé les prévisions et qu'un début de changement de comportement est perceptible. On dire peut conclure au fait que la demande d'assainissement a été stimulée par le projet. Par contre, l'appropriation des interventions et acquis du projet n'est pas effective, au niveau des maçons, des noyaux relais.

Pour assurer la pérennité des acquis du projet, il aurait fallu prendre en compte certains facteurs tels l'engagement des autorités communales, l'implication des écoles et CSPS dans la promotion de

l'assainissement, la continuité de l'ATPC avec subvention, l'harmonisation des approches. L'ATPL ainsi que les investissements dans le domaine de l'eau potable sont également des facteurs favorables à la pérennisation des acquis du projet. En revanche, l'instabilité politique ou institutionnelle, la durabilité de la technologie mise en place, la faible capacité financière des acteurs locaux, le non-respect des engagements par les parties prenantes et le faible accès à l'eau potable par une partie de la population, constituent des menaces.

Les principaux effets directs sont l'amélioration du cadre de vie des ménages et l'amorce d'un début de changement de comportement

Somme toute, un arrêt immédiat de l'appui apporté par l'UNICEF compromettra à coup sûr les acquis réalisés. Il y a possibilité pour que l'atteinte des résultats puisse être boostée et que leur durabilité soit accrue, mais les dispositions institutionnelles, opérationnelles et financières doivent être tant soit peu corrigées et mises rapidement en place. Au cas, il serait question de sortir de la zone actuelle, le consultant préconise de (i) faire un inventaire exhaustif des latrines réalisées et (ii) de veiller à satisfaire les besoins suscités non satisfaits

Des dispositions et opportunités en prendre pour le passage à d'autres zones

Au regard des insuffisances constatées dans la mise en œuvre du projet, pour réussir ses interventions futures dans d'autres zones, l'UNICEF doit envisager les mesures suivantes.

Au plan technique :

- Assurer un bon suivi du déclenchement avec l'appui des directions régionales en charge de l'assainissement ou de l'hygiène afin de favoriser l'appropriation de l'ATPC par ces acteurs locaux ;
- Prendre en compte les directions régionales en charge de l'assainissement et de la santé, dans l'appui institutionnel ;
- Veiller à la certification de la qualité des activités de renforcement des capacités ;
- Contribuer à l'essor de l'économie locale en œuvrant à l'émergence d'une offre locale des matériaux nécessaires à la réalisation des latrines ;
- Réussir une valorisation des compétences endogènes, telles que les ASBC et les COGES qui jouissent d'une maîtrise de l'espace communautaire ;
- Assurer le suivi de la réalisation des ouvrages par les directions régionales en charge de l'assainissement ;
- Renforcer davantage le rôle des communes dans la mise en œuvre du projet :

Au plan managérial

- affiner l'évaluation des capacités des partenaires
- assurer un contrôle qualité des documents de projet :
- affiner l'adéquation entre la planification des activités et les cycles de financement
- assurer la pérennité des actions des projets
- Prévoir deux cycles de contrats afin que l'intervention puisse permettre de conduire les villages à un état FDAL durable: 1er contrat pour permettre au partenaire de conduire les villages à un état FDAL et un 2ème contrat pour assurer le suivi post FDAL

Dans cette perspective, les opportunités suivantes sont à valoriser :

- l'adoption de l'ATPC comme stratégie nationale de mise en œuvre de l'hygiène ;
- la forte déconcentration du système éducatif et sanitaire ;
- l'existence de compétences locales au niveau communal, y compris des personnes leaders ;
- l'installation de radios locales.

Dans tous les cas, pour l'amélioration des performances du projet et de ceux à venir, le consultant formule des recommandations ci-après indexées à l'acteur.

- A l'adresse de l'UNICEF :
 - Poursuivre, avant tout retrait, l'appui dans les villages de la zone d'intervention touchés par le projet, tout en y apportant les correctifs nécessaires afin de booster l'atteinte des résultats et d'assurer la durabilité des acquis ;
 - Adopter pour la mise en œuvre de l'ATPC le principe d'un protocole annuel renouvelable une fois pour permettre la conduite effective des villages à l'état FDAL ;
 - Renforcer la cohérence de la programmation et des procédures de gestion financière propres à l'UNICEF avec la planification des activités à mettre en œuvre ;
 - Prévoir dans les protocoles d'accord un appui institutionnel aux directions régionales en charge de l'assainissement en vue d'un meilleur appui aux communes et supervision technique de la réalisation des ouvrages ;
 - Prévoir dans les protocoles d'accord un appui institutionnel aux communes pour renforcer leurs capacités opérationnelles à assumer le rôle de coordonnateur local du projet
 - Exiger aux partenaires de mise en œuvre la mise en place effective d'un système de suivi évaluation bien construit et tangible, à même de sortir en temps réel des informations fiables sur les différentes réalités de la mise en œuvre du projet ;
 - Assurer l'implication des écoles dans la mise en œuvre du projet.

- A l'adresse de l'APS
 - Améliorer la planification des activités y compris la mobilisation et l'allocation de la subvention ;
 - Mettre en place un système de suivi évaluation bien construit et tangible, à même de sortir en temps réel des informations fiables sur les différentes réalités de la mise en œuvre du projet ;

- A l'adresse des communes
 - Travailler à la pleine intégration des points focaux mis à leur disposition dans le cadre du projet, dans l'administration communale ;
 - Evaluer les besoins en assainissement dans les villages relevant de leur juridiction, notamment dans les villages touchés par le projet en termes de latrines restants non satisfait et procéder à la recherche de financement ;
 - Procéder au suivi et à l'actualisation des informations sur l'évolution de la situation d'assainissement, notamment sur le maintien du statut FDAL par les villages certifiés FDAL ;
 - Allouer dans le budget communal un financement de la promotion de l'assainissement ;

- A l'adresse de la DGAEUE
 - Faire un inventaire exhaustif des latrines réalisées dans tous les villages d'intervention sur les 6 années, afin de disposer de statistiques fiables permettant d'apprécier objectivement le taux de contribution du projet aux objectifs nationaux, régionaux ou communaux
 - Procéder à la justification des fonds reçus afin de permettre le décaissement des fonds alloués à la DGAEUE pour la mise en œuvre des activités qui lui incombent.

- A l'adresse du ministère en charge de l'assainissement

Allouer des ressources humaines et financières conséquentes à la DGAEUE et aux directions régionales afin de leur permettre la réalisation optimale de leurs missions régaliennes.

ANNEXES

Annexe 1 : Termes de référence

Annexe 2 : Plan de sondage et d'échantillonnage

En tenant compte du temps et des ressources impartis à la mission, la collecte des informations et des données ne pouvait se faire dans toutes les localités où le projet a été mis en œuvre et auprès de tous les bénéficiaires. Il a donc été nécessaire de procéder à la détermination de zones à couvrir et de fixer le nombre de bénéficiaires à approcher.

Les principales considérations prises en compte pour la définition de l'échantillon aux plans spatial et démographique sont les suivantes :

- a. Les paramètres des TDR ou de l'offre technique du consultant :
 - Le temps imparti aux enquêtes de terrain ;
 - Le nombre d'enquêteurs par région ;
- b. Le nombre de régions, de provinces, de communes et de villages concernés par le projet ;
- c. La taille et la composition démographiques des localités ;
- d. Le nombre de bénéficiaires du projet ;
- e. L'état d'assainissement des villages touchés par le projet dans le cadre du volet hygiène et assainissement. Trois niveaux sont considérés à savoir l'état certifié fin à la défécation à l'air libre (FDAL), Eligible à FDAL et non FDAL ;

Par ailleurs, il a été pris en compte les variables suivantes :

- a. La distance à parcourir pour accéder aux localités et l'état des routes (temps de transport) ;
- b. La non-disponibilité éventuelle des villageois pour cause de décès, de marché ou tout autre évènement (rassemblement pour campagne politique) ;
- c. Le volume d'enquêtes à réaliser (nombre de type d'enquête, complexité des supports de collecte)). A ce niveau, sont prévus :
 - des enquêtes auprès des ménages
 - des enquêtes auprès des mères d'enfants malnutris ;
 - des enquêtes auprès des noyaux relais
 - des enquêtes auprès des maçons
 - des enquêtes auprès de l'administration communale (PDS, SG, Point focal)
 - des entretiens avec les services techniques centraux et déconcentrés de l'État en charge de l'Assainissement et de Santé) ;
 - des entretiens avec APS ;
 - des entretiens avec le staff technique WASH et suivi-évaluation de l'UNICEF en charge de la mise en œuvre du projet

Sur la base de ces considérations, ont été retenus :

- 4 régions sur les 8 touchées à la fois par les deux volets du projet sont retenues soit 3 régions bénéficiaires des deux volets et dans une région bénéficiaire uniquement du volet santé nutrition ;
- 4 provinces des 3 régions retenues pour le volet Hygiène et assainissement, soit toutes les provinces touchées par le projet dans ces régions ;
- 2 provinces pour le volet Santé/Nutrition soit celles du Gourma et de la Kompienga. Elles sont choisies en fonction du fait qu'elles ont le nombre moyen d'enfants malnutris par village le plus élevé ;
- 16 communes sur les 30 communes d'intervention;
- 21 villages dans les 4 régions échantillonnées ;
- 30 ménages par village, soit 25 ayant bénéficié de latrines et 5 n'ayant pas de latrines ;
- toutes les mères d'enfants malnutris ayant bénéficié de kit dans le village ;

Dans l'ensemble, le choix des localités et des bénéficiaires s'est fait de façon semi raisonnée ou aléatoire.

Les tableaux suivants présentent les échantillons retenus

Tableau 12 : Régions retenues en fonction des volets du projet

Régions	Volet 1 : Hygiène et assainissement	Volet 2 : Santé/Nutrition
Est		X
Centre Nord	X	X
Centre Ouest	X	X
Plateau Central	X	X

Le choix de la région de l'Est est basé sur le fait que parmi les régions ayant exclusivement bénéficié du volet Santé/nutrition, c'est celle qui présente le nombre moyen d'enfants touchés par village le plus élevé (1,9). La dispersion est plus forte dans les autres régions. Le critère de choix des 3 régions bénéficiant des deux volets est le nombre élevé de villages touchés

Tableau 13 : Provinces retenues en fonction des volets du projet

Régions	Provinces retenues pour l'enquête	Volet 2 : Santé/Nutrition
	Volet 1 : Hygiène et assainissement	
Est		Gourma et Kompienga
Centre Nord	Bam	Bam
Centre Ouest	Sanguié	Sanguié
Plateau Central	Oubritenga et Kourwéogo	Oubritenga et Kourwéogo

Poids de l'échantillon du volet Hygiène et Assainissement

Le nombre total de villages retenus pour l'enquête est de 17, soit environ 12% des 138 villages touchés par le projet dans les 3 régions échantillonnées. Toutefois, la répartition des 17 villages est faite au prorata de l'effectif des villages par région et en fonction de l'état d'assainissement, excepté la catégorie des villages FDAL dont le faible nombre suggère la prise en compte du lot entier.

Le tableau ci-après indique à la fois la répartition des villages touchés selon leur état d'assainissement du village ainsi que l'échantillon qui en résulte.

Tableau 14 : Répartition des villages en fonction du statut d'assainissement

Régions	Etat d'assainissement							
	Population mère				Echantillon retenu			
	Eligible	FDAL	Non FDAL	Total	Eligible	FDAL	Non FDAL	Total
Centre Nord	6	2	32	40	1	2	3	6
Centre Ouest	4	0	50	55	1	0	5	6
Plateau Central	16	0	27	43	2	0	3	5
Total	26	2	109	138	4	2	11	17

A partir de ce nombre fixé, les communes et les villages qui seront effectivement touchés seront tirés de façon aléatoire. Toutefois, un ajustement du tirage au sort sera éventuellement fait, pour tenir compte de leur localisation géographique (distance à parcourir et accessibilité) aux fins de permettre un déploiement aisé et rapide de l'équipe de collecte. Dans cette optique, seront tirés aléatoirement 51 villages parmi lesquels seront retenus les 17 villages.

L'échantillon des ménages à enquêter

Le consultant propose de toucher 25 ménages avec latrines et 5 ménages sans latrines en moyenne par village. La liste des ménages bénéficiaires se fera de façon aléatoire.

Le tableau suivant récapitule les échantillons retenus

Tableau 15 : Echantillon de communes, villages et de ménages retenu

Région	Commune	Village	Nombre de ménages prévu	Nombre de ménages touchés
Centre Nord	Kongoussi	Badinogo	25	
		Gourcy Tenga	7	
		Sakonde	25	
	Sabce	Bouiga	25	
	Tikare	Gassongo	25	
		Ritimyinga	25	
Centre Ouest	Dassa	Divolet	25	
	Didyr	Mouzoumou	25	
	Godyr	Démapouin	25	
		Sienne	25	
	Réo	Kilsio	25	
	Zamo	Koualio	25	
Plateau Central	Absouya	Goughin	5	
	Dapelgo	Pighin	25	
	Ziniaré	Moyargo	8	
		Nabitenga	16	
	Niou	Goabaga	25	
Total			361	

 Poids de l'échantillon du Volet Santé/Nutrition

Deux (2) provinces ont été retenues dans la région de l'Est pour l'enquête en raison de leur forte concentration d'enfants malnutris bénéficiaires du projet. Le tableau donne le nombre d'enfants malnutris bénéficiaires dans les 2 provinces.

Tableau 16 : Effectifs d'enfants malnutris dans les provinces retenues

Province	Nombre de villages	Nombres d'enfants malnutris touchés
Gourma	28	55
Kompienga	12	30
Total	40	85

Il sera tiré 4 villages dans lesquels toutes les mères d'enfants malnutris seront touchées. Sur cette base, le consultant propose de cibler prioritairement 2 villages dans chacune des provinces à plus gros effectif d'enfants malnutris bénéficiaires du projet. Toutefois, un ajustement sera éventuellement fait, pour tenir compte de leur localisation géographique (distance à parcourir et accessibilité) aux fins de permettre un déploiement aisé et rapide de l'équipe de collecte. Dans cette optique, seront tirés aléatoirement 6 villages dans chacune des provinces parmi lesquels seront retenus les 2 villages.

Tableau 17 : Echantillon prévu de mères d'enfants malnutris retenu

Province	District	Commune	CSPS	Villages éligibles à l'enquête	Nombre d'enfant malnutris touchés
Gourma	Fada	Fada		Diapangou	8
				Diaba	7
Kompienga	Pama	Pama		Kalmaman	4
				Kompienga	4

Tableau 18 : Echantillon total initial retenu pour l'enquête et niveau de réalisation

Localités			Cibles											
Région	Commune	Village	Ménages				CVD		Noyau relai		Maçons		Total	
			Avec Latrines		Sans latrines		Prévu	Réalisé	Prévu	Réalisé	Prévu	Réalisé	Prévu	Réalisé
			Prévu	Réalisé	Prévu	Réalisé								
Centre Nord	Kongoussi	Badinogo	25	25	5	4	1	1	1	1	1	1	33	32
		Gourcy Tenga	7	7	5	4	1	0	1	1	1	1	15	13
		Sakonde	25	26	5	0	1	1	1	1	1	1	33	29
	Sabce	Bouiga	25	25	5	4	1	1	1	1	1	1	33	32
	Tikare	Gassongo	25	26	5	0	1	1	1	1	1	1	33	29
		Ritimyinga	25	27	5	0	1	1	1	1	1	1	33	30
Centre Ouest	Dassa	Divolet	25	25	5	5	1	1	1	1	1	1	33	33
	Didyr	Mouzoumou	25	25	5	5	1	1	1	1	1	1	33	33
	Godyr	Démapouin	25	25	5	1	1	1	1	1	1	1	33	29
		Sienna	25	25	5	4	1	1	1	1	1	1	33	32
	Réo	Kilsio	25	25	5	5	1	1	1	1	1	1	33	33
	Zamo	Koualio	25	25	5	5	1	1	1	1	1	1	33	33
Plateau Central	Absouya	Goughin	5	24	25	3	1	1	1	1	1	1	33	30
	Dapelgo	Pighin	25	25	5	5	1	1	1	1	1	1	33	33
	Ziniaré	Moyargo	8	11	17	2	1	0	0	0	0	0	26	13
		Nabitenga	25	13	0	0	1	1	1	1	1	1	28	16
	Niou	Goabaga	25	26	5	4	1	1	1	1	1	1	33	33
	Est	Fada*	Daipangou	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8
Diabo			7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	0
Pama*		Kalmaman	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0
		Kompienga	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0
Total			393	385	112	51	17	15	16	16	16	16	554	483

*L'échantillon concerne les mères d'enfants malnutris

En raison de la difficulté de mener des enquêtes auprès des structures de santé de la région de l'Est (confère point 2.5 et annexe 4) , un échantillon de remplacement a été défini, comme le présente le tableau suivant.

Tableau 19 : Echantillon de remplacement et niveau de réalisation

Communes	Villages	Cibles	
		Prévu	Réalisé
Guibaré	Moméné	3	3
	Niangwela	9	9
	Sindri	3	3
	Sancé	0	2
Kongoussi	Boalin	8	7
	Kougsabla	4	4
	Lourfa	3	3
	Nafo	6	2
	Secteur 1	2	0
	Secteur 5	1	0
	Secteur 7	4	0
	Yalga	3	2
	Zandkom	3	3
Tikaré	Loaga	4	4
	Vato	6	4
Total général		59	46

Annexe 3 : Outils à produire dans le cadre du suivi et évaluation du projet

Volet	N°	Types d'Outils	Mis à la disposition du consultant	
Hygiène et assainissement	1	Rapports des réunions de coordination	Non	
	2	Rapports mensuels des animateurs	Non	
	3	Rapports de missions	Non	
	4	Rapport de formation	Oui, points focaux	
	5	Rapport trimestriel	Oui, intégralement	
	6	Rapport bilan sur la période du projet	Oui	
	7	Compte rendu de rencontre d'échanges	Oui, Partiellement	
	8	Compte rendu de mission conjointe	Oui, 1	
	9	Rapport d'état des lieux ou étude de référence	Non	
	10	Rapport d'enquête CAP	Non	
	11	Fiche d'information sur la situation de l'accès à l'eau	Non	
	12	Liste des Quartiers et Villages Validée	Non	
	13	Fiche de compte-rendu du déclenchement	Non	
	14	Fiche récapitulative de déclenchement	Non	
	15	Plans d'actions villageois	Non	
	16	Fiche de suivi post-déclenchement niveau ménage	Non	
	17	Fiche de synthèse suivi-post-déclenchement niveau Commune/village	Non	
	18	Fiche de supervision des activités ATPC	Non	
	19	Fiche de suivi des VAD	Non	
			Fiche de suivi des causeries éducatives	Non
	20		Vérification de l'état FDAL	Non
	21		Fiche de vérification du statut FDAL et de l'Assainissement Total	Non
	22		Rapport d'évaluation de l'atteinte du statut FDAL	Non
	23		Compte rendu de restitutions communales	Non
	24		Compte rendu de rencontre bilan des acteurs provinciaux	Non
	25		Base de données fonctionnelle à jour relative au volet Hygiène et Assainissement	Non
	26		Manuel de procédure	Non
	27		Matrice de suivi des indicateurs adressés à chaque résultat	Non
	28		Fiche de collecte d'information pour les techniciens	Non
	29		Fiche de transmission de données sur les résultats atteints par le projet aux DRARHASA	Non
30		PV de réception des ouvrages	Non	
31		Attestation de formation de formation des maçons par les DRARHASA	Non	
Santé/Nutrition	32	Base de données fonctionnelle à jour relative au volet Santé / Nutrition	Non	
	33	Fiche de suivi des coupes mères-enfants malnutris	Non	
	34	Fiche d'état sur le contenu des kits donnés aux couples mères-enfants malnutris	Non	
	35	Rapport d'analyse de la situation initiale des stratégies d'intervention existantes	Non	

Annexe 4 : Note de stratégie relative à l'évaluation sur le volet Santé/Nutrition

1. Rappel

Les résultats attendus du projet sont

- ✓ Un appui est apporté aux centres de santé pour le respect des standards WASH (Paquet minimum WASH) ;
- ✓ 80% des couples mère-enfants malnutris bénéficiaires de kits WASH dans les huit (08) régions les utilisent de façon adéquate.

L'évaluation concerne le deuxième résultat et à ce niveau, les trois activités prévues étaient les suivantes :

- le suivi de la dotation des mères identifiées et dotées de Kits WASH au niveau des centres de santé ;
- le suivi les ménages dans l'utilisation des kits ;
- la sensibilisation des familles des enfants malnutris à l'hygiène et l'assainissement dans les centres de santé et dans les communautés.

2. Etat précis de réalisation de la collecte des données

Pour chacune de ces trois activités, trois catégories d'acteurs sont impliqués, à savoir l'ONG APS, les Centres de Santé et les bénéficiaires directs composés des mères d'enfants malnutris

La zone choisie pour mener l'enquête était la région de l'Est. Mais, comme déjà signalé, le bureau d'étude n'a pas pu rencontrer les responsables sanitaires qui exigeaient une autorisation formelle préalable de leur hiérarchie.

Néanmoins, de façon non officielle, nous avons eu *en off*, un entretien avec un agent de la direction régionale du Centre Nord, plus précisément du service d'assainissement de la direction.

Au niveau de chaque catégorie d'acteurs, le niveau de collecte est le suivant :

- ✓ APS : entretiens réalisés à ce sujet et des données collectés ;
- ✓ Services déconcentrés de la santé, (DRS, District et CSPS) : sommaire dans la région du Centre Nord
- ✓ Bénéficiaires : sommaire dans la région du Centre Nord

De l'entretien informel réalisé avec l'agent de la DRS du Centre Nord, les données recueillies sont plutôt d'ordre qualitatif que quantitatif. Les activités mises en œuvre dans cette région sont :

- ✓ Rencontres préparatoires
- ✓ Planification des activités
- ✓ Participation à l'élaboration de la stratégie de mise en œuvre
- ✓ Appui à l'implication effective des réseaux de communication des districts sanitaires ciblés ;
- ✓ Participation au recrutement et à la formation des associations et EBCE ;
- ✓ Implication effective dans la sensibilisation des communautés.
- ✓ Implication dans le suivi des activités (4 sorties /an)

Selon l'agent de la DRS, les avantages résultant de la mise en œuvre du projet sont :

- la disponibilité de données statistiques permettant de dire que le projet a contribué à la réduction du taux de diarrhée chez les enfants ciblés
- le cadre de vie des familles concernées et des riverains (la direction dispose d'un film réalisé par elle-même qui montre l'amélioration constatée) a été amélioré.

Cependant, il faut :

- doter en nombre suffisant les CPCS d'outils de sensibilisation (boîte à image) ;
- renforcer les activités de proximité auprès des communautés dans lesquelles vivent les enfants malnutris ;

- Adapter la méthode IEC au contexte local et développer au besoin d'autres méthodes.

3. Proposition d'alternatives

Pour rattraper le gap de données collectées, auprès de chaque catégorie d'acteurs, les alternatives suivantes sont envisagées.

A. Au niveau des structures de santé

Pour contourner tant soit peu la réticence des responsables des centres de santé à recevoir toute mission sans une autorisation préalable de leur hiérarchie, nous proposons :

- Comme suggéré par la responsable du Suivi évaluation de l'UNICEF, de ne plus insister sur l'évaluation du projet de façon directe, en termes de résultats et de performance, mais plutôt chercher à avoir leur avis sur la mise en œuvre de la stratégie WASH in NUT et à recueillir leurs propositions d'amélioration de la stratégie en prenant exemple sur les activités menées dans le cadre du projet avec APS. Ce qui corrobore l'initiative réalisée *en off* avec l'agent de la DRS du Centre Nord.
- de travailler dans la région du Centre Nord pour les raisons suivantes :
 - cette région abrite un grand nombre de centres de santé, on pourrait avoir la chance d'avoir des agents de centres de santé plus ouverts répondre à nos questions,
 - le nombre de bénéficiaires dans cette région est également élevé ;
 - nous avons déjà pu y glaner les quelques informations ci-dessus exposées.

Le tableau suivant montre la situation des formations sanitaires ayant bénéficié du projet, dans la région.

Nom du district sanitaire	Nombre de commune	Nombre de CSPS	Nombre de mères d'enfants concernés
Boulsa	02	10	60
Kaya	03	02	24
Kongoussi	05	23	151

Source : APS

Nous proposons de travailler dans le district de Kongoussi, compte tenu du fait qu'il contient le plus grand nombre de CSPS touchés et que nous y avons des contacts qui pourraient se montrer plus flexibles.

B. Au niveau des communautés / Bénéficiaires directs

La mission fera l'effort de toucher 30% des mères d'enfants malnutris soit 45 personnes.

4. Stratégie de déploiement et calendrier

Deux équipes seront déployées dans la zone, chacune composée d'un consultant et de 02 enquêteurs.

La collecte fera sur trois 3 jours.

Annexe 5 : Liste des personnes interviewées

Nom et prénoms	Structure	Fonction	Contact
Zoungrana Marie Cathérine	APS		
Simporé K. Mariam	APS		
ABGA Pascaline Téné Kima et collaborateurs	DRS CN		
SAWADOGO Lassané	DRARHASA PCL	Financier	
SORO Oumarou	DRARHASA PCL	Sociologue	70 14 13 89
NEBIE Pierre	DRARHASA CO	Agent Services des études et des statistiques sectorielles	
NIKIEMA Constantin		Agent service assainissement	
OUEDRAOGO Abdoul Fata	Commune de Ziniaré	Chef de service Eau et Assainissement	70 69 67 15
OUEDRAOGO Marcel		Point focal	78 09 39 31
GANSONRE Marc	Commune de Daplego	Chef de service Eau et Assainissement	66 16 87 52
NABALMA Lizèta	Commune de Niou	Point focal	76 52 92 17
OUEDRAOGO André Michel		SG	
ZOUNGRANA Adolphe	Commune de Absouya	Adjoint administratif	73 00 80 92
DAH Kamboulbé	District sanitaire de Kongoussi,	Chef de service Hygiène et assainissement, communication en santé	70 66 65 53 70 71 26 26 78 71 26 26
SORE Mahamadou	Commune de Kongoussi	Point focal	
BADO Aristide	Commune de Tikaré	SG	
SAWADOGO Boukari		Point focal	
	Commune de Sabcé	SG	
		Point focal	
OURBA Issaka	CSPS de Moméné	ICP	76 76 02 64 70 04 34 34
GANDE Elisabeth	CSPS de Kora	Accoucheuse	
OUEDRAOGO Abdramane	CSPS du secteur n°5 de Kongoussi	ICP	71 89 25 00
	CSPS de Temnaoré,	ICP	
	CSPS de Loaga,	ICP	
	CSPS de Lourgou	ICP	
BAKO Ghislain Bertrand	Commune de Didyr	Technicien intercommunal Dassa – Didyr	70 96 07 43
BASSOLE Bado	Commune de Godyr	Point focal	78 59 74 12
SALVE Benjamin	Commune de Dassa	SG	71 41 44 67 78 89 75 47
KABORE S Arsène	Commune de Zamo	SG	
KO Goagnine		Point focal	
Kambou benoit	Commune de Réo	SG	
Bawa Michel		Point focal	
TRAORE Denise	Personnes ressources	Ex agent de la DRARHASA PCL	70 00 08 50
DIALLO Ousmane		Ex maire de la commune de Niou	70 75 95 70 76 55 41 97

Nom et prénoms	Structure	Fonction	Contact
ZOUNGRANA Marc		Ex maire de la commune de Dapelgo	
Mme KIEMA Thérèse		Ex SG de la commune de Zitenga	70 10 16 98
PALENFO Fousséni	DGAEUE	Directeur de la promotion de l'assainissement	70 17 34 36
Mme TRAORE Aminata		Agent de la direction de la promotion de l'assainissement	
OUEDRAOGO Kévin	APS	Coordonnateur	70 20 63 87
Mme ZOUNGRANA		Responsable de la cellule technique	76 64 33 76 79 81 38 50
SAWADOGO Oumarou		Chargé de suivi-évaluation	67 24 67 80
ZONGO Bégré		Chargé de la mise en œuvre du volet Santé/Nutrition	70 95 90 56
SPALTHOF Daniel	UNICEF	Chief WASH	77 52 64 64
FALL Soukeynatou		Chargé de suivi-évaluation	64 68 01 64
OUEDRAOGO Jean Paul		Program officer	76 60 31 96
TRAORE Mariam			

Annexe 6 : Niveau d'importance des opérations composant les activités

Activités	Opérations	Prévisions	Réalisations	Ecart	Niveau d'importance
1. Activités préparatoires	1. l'information des acteurs de terrains	15 ateliers	15 ateliers	0	Très important
	2. la formation des animateurs	18	18	0	Très important
	3. la formation des techniciens.	15	15	0	Moyennement important
	4. le déploiement des binômes dans chacune des communes d'intervention, à raison d'un technicien et d'un animateur par binôme.	15	15	0	Moyennement important
2. Identification des villages d'intervention	5. Tenue des ateliers communaux	15	15	0	Très important
3. Enquête CAP (Etat des lieux) dans les villages	6. Enquête CAP (Etat des lieux) dans les villages	80	80	0	Très important
4. Formation des acteurs locaux	7. Membres du Conseil Communal,	160	0	-160	Moyennement important
	8. CVD	160	Sans données	-160	Important
	9. Noyaux relais	320	241	-79	Important
	10. Points focaux	15	14	-1	Important
	11. Maçons	240	240	0	Important
	12. Enseignants	Non précisé	0	Appréciation impossible	Important
	13. APE/AME et AUE	Non précisé	0	Appréciation impossible	Important

Activités	Opérations	Prévisions	Réalisations	Ecart	Niveau d'importance
				impossible	
5. Activités de Déclenchement dans les villages	14. Réalisation de théâtres forums	Non précisé	31514 personnes touchées	Appréciation impossible	Important
	15. Déclenchement des villages ciblés	80	80	0	Très important
	16. Etablissement plans d'action.	80	80	0	Très important
	17. Restitutions communales	15	15	0	Moyennement important
	18. Restitutions villageoises	80	80	0	Moyennement important
6. Activités de suivi post-déclenchement	19. Suivi léger dans les 83 villages du BAM, Kourwéogo et Oubritenga	Non précisé	Non précisé	Appréciation impossible	Important
	20. Visites à Domicile (VAD)	Non précisé	32783 personnes touchées	Appréciation impossible	Très important
	21. Emissions radios	Non précisé	0	Appréciation impossible	Très important
7. Réalisation des latrines dans les 80 nouveaux villages	23. AMAS par APS Ciment	270 tonnes	Sans données	Appréciation impossible	Très important
	24. AMAS par APS Fer de	8 100 m	Sans données	Appréciation impossible	Très important
	25. AMAS par APS Rouleau de fil de fer recuit	2700	Sans données	Appréciation impossible	Très important
	26. AMAS par APS Grillage anti moustiques	1350	Sans données	Appréciation impossible	Moyennement important
	27. Ménages - Réalisation des fouilles	2700	6102 ¹⁴	3402	Très important
	28. Ménages - Charretées de sable à raison de 2 charretées par latrines	5400	8278	2878	Très important
	29. Ménages - Charretées de Gravier à raison de 1 charretée par latrines	2700	4139	1439	Très important
	30. Ménages - Charretées de moellons à raison de 1 charretée par latrines	2700	4139 ¹⁵	1439	Très important
	31. Ménages - Briques en banco à raison de 350 briques par latrines (pour la superstructure)	945 000	Sans données	Appréciation impossible	Moyennement important
	32. Ménages - Charretées de banco à raison de 1 charretée	2 700	Sans données	Appréciation impossible	Moyennement important

¹⁴ APS, rapport trimestriel, juin 2015

¹⁵ APS, rapport bilan, septembre 2015

Activités	Opérations	Prévisions	Réalisations	Ecart	Niveau d'importance
	par latrines (pour la superstructure)			impossible	
	33. Ménages - Eau à raison de 5 barriques par latrines	13 500		Appréciation impossible	Très important
	34. Ménages - Tôle à raison de 2 feuilles par latrines	5 400		Appréciation impossible	Moyennement important
	35. Ménages - Chevrons à raison de 3m par latrines	8 100		Appréciation impossible	Moyennement important
	36. Ménages - Pointes à raison de 12 pointes par latrines	32 400		Appréciation impossible	Moyennement important
	37. Ménages - Fer d'attache à raison de 3 m par latrines	8 100		Appréciation impossible	Moyennement important

Annexe 7 : Outils de collecte de données

6.1.1 Guide d'entretien avec l'UNICEF

- Quelles sont les grandes lignes du projet (conception, réalisation, financement du projet ?
- Quel est le processus d'identification des objectifs et des résultats du projet, des priorités et des attentes des bénéficiaires
- Quels sont les critères de choix des zones d'intervention ?

Effacité

1. Quelle est la performance du projet (atteinte des résultats, timing...) ?
2. Quels facteurs ont limité et favorisé les réalisations du projet?
3. Quels ont été les principaux goulots d'étranglement au niveau du contexte, de l'offre de services ?
4. En quoi les procédures de décaissement, d'acquisition et la mise à disposition des biens ont-ils affecté la mise en œuvre du projet et l'atteinte des résultats attendus ?
5. En quoi les mécanismes de suivi du projet ont-ils affecté la mise en œuvre du projet et les résultats atteints?
 - *Quels sont les mécanismes de supervision mis en place dans le cadre du Projet ?*
 - *Comment appréciez-vous l'efficacité du rapportage (qualité, respect des délais) ?*
 - *Quelle est l'efficacité du système de suivi-évaluation : base de données, réajustement des activités, reprogrammation, mesures correctives... ?*
6. En quoi l'implication des jeunes, des femmes et des populations vulnérables et la prise en compte de leurs besoins a-t-elle été assurée dans le cadre de la conception et de la mise en œuvre du projet?

Durabilité

1. Quelles mesures ont été prises pour assurer la durabilité des résultats (fonctionnement de comité villageois d'hygiène et d'assainissement, entretien et utilisation des latrines familiales, statut de FDAL (fin de la défécation à l'air libre) etc.) ?
2. Quels facteurs peuvent favoriser ou compromettre la durabilité du projet?
3. Quels sont les opportunités et les dispositions nécessaires à prendre pour le passage à d'autres zones d'intervention (stratégie d'exit) ?

6.1.2 Guide d'entretien avec APS

Généralités

- *Présentation de l'organisation et des activités ordinaires de l'ONG ;*
- *Implications dans la conception et la mise en œuvre du projet ;*
- *Structuration et organes de mise en œuvre du projet au niveau d'APS ;*
- *Contraintes majeures liées à la conception et à la mise en œuvre du projet ;*
- *Description de la démarche globale de mise en œuvre du projet au niveau d'APS ;*
- *Adéquation des ressources (humaines, financières et matérielles) : acquisition et utilisation des ressources*

Effacité

1. Quelle est la performance du projet (atteinte du projet, timing) :

- *Dans quelle mesure les activités et les résultats ont été réalisés comme prévu ?*
- *Dans quelle mesure les interventions ont-elles contribué à l'atteinte des résultats escomptés ?*

2. Quels facteurs ont limité et favorisé les réalisations du projet?

4. Quels ont été les principaux goulots d'étranglement au niveau du Contexte, de l'offre de services, de la demande et de la qualité des services offerts par le projet?

5. En quoi les mécanismes de gestion financière ont-ils affecté la mise en œuvre du projet et l'atteinte des résultats attendus ?

- *En quoi les procédures de décaissement et de mise à disposition de bien de la part de l'UNICEF ont-ils affecté la mise en œuvre du projet et l'atteinte des résultats attendus ?*
- *En quoi les procédures d'acquisition et de mise à disposition des biens de la part d'APS ont-ils affecté la mise en œuvre du projet et l'atteinte des résultats attendus ?*

6. En quoi les mécanismes de suivi du projet ont-ils affecté la mise en œuvre du projet et les résultats atteints?

- *Quels sont les mécanismes de suivi-évaluation mis en place dans le cadre du Projet ?*
- *Comment appréciez-vous l'efficacité du rapportage (qualité, respect des délais) ?*
- *Quelle est l'efficacité du système de suivi-évaluation : base de données, réajustement des activités, des programmations (calendrier, activités, villages d'intervention), des budgets ?*
- *Supervision des réalisations des ouvrages (*
- *Suivi évaluation de la mise en œuvre : organisation, mécanismes, et outils*
- *Résultats quantitatifs et qualitatifs par type de réalisations, y compris nombre de bénéficiaires par réalisation*
- *Suivi des indicateurs du cadre logique*
- *Appréciation de la qualité des ouvrages ou d'équipements acquis*
- *Adéquation des objectifs et résultats visés par le projet et les besoins réels des populations observées au cours de la mise en œuvre du projet*
- *Consignation, actualisation et mémorisation des informations inhérentes à la mise en œuvre du projet*
- *Capitalisation – rapportage – partages des résultats avec les services techniques concernés*

7. Quels sont les effets (attendus et non attendus) résultant de la mise en œuvre du projet ?

8. En quoi l'implication des jeunes, des femmes et des populations vulnérables et la prise en compte de leurs besoins a-t-elle été assurée dans le cadre de la conception et de la mise en œuvre du projet?

- *Modalités et résultats acquis en matière de représentativité des jeunes ou des femmes au sein des différentes instances? Quelle a été leur niveau d'influence sur les processus de prise de décision sur les questions de changement de comportement?*
- *Modalités développées pour assurer un accès équitable de jeunes et des femmes aux bénéfices du projet ? (choix des ouvrages, emplacement) ?*
- *Les femmes et d'autres groupes spécifiques présentent-elles des contraintes spécifiques quant à l'utilisation des ouvrages ?*
- *Effets sur l'emploi du temps des femmes et des jeunes filles*

Durabilité

1. Quelles mesures ont été prises pour assurer la durabilité des résultats (fonctionnement de comité villageois d'hygiène et d'assainissement, entretien et utilisation des latrines familiales, statut de FDAL (fin de la défécation à l'air libre) etc.) ?

2. Dans quelle mesure les communautés bénéficiaires et les services techniques se sont appropriés des interventions et des acquis du projet?

- *Quels sont les facteurs ou variables qui vous permettent de prétendre à une appropriation par les acteurs (populations, structures organisationnelles de base, services techniques et communes) des résultats et impacts du projet ?*
 - *Composition des instances de gestion du Projet et la périodicité de tenue de leurs rencontres ont-ils permis ou facilité leur fonctionnement ?*
 - *Les fonctions ou attributions dévolues à chacune des instances (ont-elles été entièrement remplies ?*
 - *Quelles ont été les forces et les faiblesses de chacune des instances (Comité d'orientation Comités directeurs) ?*
4. Quels facteurs peuvent favoriser ou compromettre la durabilité du projet?
5. Quels sont les opportunités et les dispositions nécessaires à prendre pour le passage à d'autres zones d'intervention (stratégie d'exit) ?

6.1.3 Guide d'entretien avec les communes

Généralités

- Quels sont les acteurs intervenants dans la commune en matière d'hygiène et d'assainissement, de santé/nutrition.
- Implication dans le projet et contribution
- Quelle est l'originalité de l'intervention d'APS ?
- Appréciation de la démarche d'élaboration du projet

Efficacité

1. Dans quelle mesure les interventions ont-elles contribué à l'atteinte des résultats escomptés ?
2. Quels facteurs ont limité et favorisé les réalisations du projet?
3. Quels ont été les principaux goulots d'étranglement au niveau du contexte, de l'offre de services, de la demande ;
4. Quels sont les effets résultant de la mise en œuvre du projet ?
5. En quoi l'implication des jeunes, des femmes et des populations vulnérables et la prise en compte de leurs besoins a-t-elle été assurée dans le cadre de la conception et de la mise en œuvre du projet?

Durabilité

1. Quelles mesures ont été prises pour assurer la durabilité des résultats (fonctionnement de comité villageois d'hygiène et d'assainissement, entretien et utilisation des latrines familiales, statut de FDAL (fin de la défécation à l'air libre) etc.) - Renforcement des capacités des conseillers ou de l'administration municipale induit par le projet, maîtrise d'ouvrage communale : Prise en compte des interventions du projet dans la planification locale (PCD/PCD-AEPA)
2. Dans quelle mesure les communautés bénéficiaires et les services techniques se sont appropriées des interventions et des acquis du projet?
 - *Quels sont les facteurs ou variables qui vous permettent de prétendre à une appropriation par les acteurs (populations, structures organisationnelles de base, services techniques et communes) des résultats et impacts du projet ?*
 - *Composition des instances de gestion du Projet et la périodicité de tenue de leurs rencontres ont-ils permis ou facilité leur fonctionnement ?*
 - *Les fonctions ou attributions dévolues à chacune des instances (ont-elles été entièrement remplies ?*
 - *Quelles ont été les forces et les faiblesses de chacune des instances (Comité d'orientation Comités directeurs) ?*
 - *Capacité de la commune à préserver et renforcer les effets induits du projet*
3. Quels facteurs peuvent favoriser ou compromettre la durabilité du projet?
4. Quels sont les opportunités et les dispositions nécessaires à prendre pour le passage à d'autres zones d'intervention (stratégie d'exit) ?

6.1.4 Guide d'entretien - Leaders (CVD, personnes ressources)

Efficacité

1. Actions menées dans le cadre de la mise en œuvre du projet : rôles joués et initiatives engagées ?
2. Rapports de collaboration avec APS, les communes, les directions régionales, les ménages, les maçons
3. Pensez-vous que le projet a atteint les résultats escomptés ?
4. Quels sont les points forts et les points faibles dans le mécanisme de suivi du projet?

Durabilité

1. Qu'est ce qui a été fait pour assurer de façon durable :
 - le fonctionnement des noyaux relais ;
 - l'entretien et l'utilisation des latrines ;
 - le statut FDAL (cas de fosses pleines ou de nouveaux arrivants dans le village)
2. Dans quelle mesure les communautés bénéficiaires se sont appropriées les interventions et acquis du projet ?
3. Quels facteurs peuvent favoriser ou compromettre la durabilité des acquis du projet
4. Quelle appréciation faites-vous de la mise en place d'un dispositif endogène pour la prise en charge de la promotion de l'assainissement et de l'hygiène ?

6.1.5 Guide d'entretien avec la DGAEUE et les DRARHASA

1. Quels ont été les rôles joués par votre structure dans l'élaboration du projet, sa mise en œuvre, le suivi évaluation des activités et la capitalisation des résultats. Y a-t-il un protocole de partenariat ?
2. Dans quelle mesure les interventions ont-elles contribué à l'atteinte des résultats escomptés ?
3. Quels facteurs ont limité et favorisé les réalisations du projet?
4. Quels ont été les principaux goulots d'étranglement au niveau du contexte, de l'offre de services, de la qualité des services offerts par le projet?
5. En quoi les mécanismes de suivi du projet ont-ils affecté la mise en œuvre du projet et les résultats atteints?
6. Quels sont les effets résultant de la mise en œuvre du projet ?
 - Quelles sont les « bonnes pratiques » à retenir dans la mise en œuvre du projet et qu'est ce qui en a été fait?
 - évolution du taux de couverture ou d'accès aux infrastructures, appropriation des ouvrages par les ménages, type d'ouvrages d'assainissement, etc.)
 - appréciation de la qualité des ouvrages
1. La prise en compte de tous les groupes vulnérables a-t-elle été prise en compte ? Les besoins ont-ils été pris en compte ?
2. Quelles mesures ont été prises pour assurer la durabilité des résultats (renforcement des capacités, fonctionnement de comité villageois d'hygiène et d'assainissement, entretien et utilisation des latrines familiales, statut de FDAL (fin de la défécation à l'air libre) ?
3. Dans quelle mesure les communautés bénéficiaires et les services techniques se sont appropriés des interventions et des acquis du projet?
4. En quoi la mise en œuvre du projet a-t-elle contribué à la mise en place de mécanisme permettant de pérenniser les acquis ?
 - au niveau communautaire ;
 - au niveau des communes ;
 - au niveau des services étatiques ;

- des partenaires techniques et financiers œuvrant dans le domaine d'intervention du projet.
1. Quels facteurs peuvent favoriser ou compromettre la durabilité du projet ?
 2. Quels sont les opportunités et les dispositions nécessaires à prendre pour le passage à l'échelle du projet ?

6.1.6 Guide d'entretien avec les Districts sanitaires / CSPS

1. Mise en œuvre des interventions dans le contexte de la réponse à la crise
 - a. Quelles sont les interventions ou les actions de votre institution/organisation qui s'inscrivent dans le cadre de la réponse à la crise nutritionnelle et alimentaire ?
 - b. Quelle est la zone que couvrent vos interventions ? Quels sont vos groupes cibles ?
 - c. Comment s'est fait le choix des bénéficiaires ?
 - d. Quelles sont les parties prenantes ? Associations ? ONG ? EBCE? animateurs ?
 - e. A quel moment de la crise vos différentes interventions ont été mises en place ?
 - f. Décrivez le processus de mise en place de vos interventions ?
 - g. Quel est le contenu des kits WASH distribués ?
2. Efficacité
 - a. Quels sont les axes de la stratégie WASH in NUT ?
 - b. Quels sont les objectifs principaux de la stratégie ?
 - c. Les indicateurs de prise en charge des couples mère-enfants dans votre zone d'intervention correspondent-ils aux normes indiquées dans la stratégie WASH in NUT ?
 - d. Les ressources (humaines, matérielles, financières et logistiques) mobilisées pour la réponse sont-elles à la hauteur de l'ampleur des besoins des bénéficiaires et des résultats escomptés?
 - e. Comment assurer vous un équilibre entre les interventions et les besoins des groupes cibles ?
 - f. Existe-t-il des signes évidents d'une amélioration de la situation sanitaire des couples mères-enfants?
 - Si oui, lesquels ?
 - Sinon, comment accroître les possibilités de maximiser l'atteinte des résultats ?
 - Quelle doit être la meilleure approche d'intervention ?
 - g. Quelle appréciation faites-vous de l'implication des différents acteurs dans la mise en œuvre ?
3. Durabilité
 - a. Quelle est la durée de mise en œuvre de vos interventions ? Quelles sont vos perspectives ?
 - b. Quel est le niveau d'appropriation des interventions par les acteurs locaux, régionaux et nationaux ?
 - c. Quels sont les acquis de la mise en œuvre du projet qu'il faut consolider et pérenniser ?
 - d. Les conditions de leur durabilité sont-elles assurées ?
4. Leçons apprises
 - a. De votre point de vue, quels sont les progrès réalisés en matière de développement de la réponse et de la gestion des aspects WASH dans les centres de santé?
 - b. Quelles ont été les contraintes et les défis majeurs de la mise en place des interventions ?
 - c. Si une nouvelle crise nutritionnelle survenait, quelles seraient les priorités et les stratégies de la réponse dans le contexte local?
 - d. Y a-t-il des besoins spécifiques des groupes cibles à prendre en compte ? Quelles sont les interventions ou activités spécifiques à intégrer dans la réponse ?

- e. Y-a-t-il des groupes cibles qui n'ont pas été pris en compte dans la réponse ?
- f. Quels sont les conditions de succès en matière de coordination, de suivi et d'évaluation des interventions d'une telle envergure ?

6.1.7 Questionnaire - Ménages sans latrines

A - IDENTIFICATION DU MENAGE		
A0	Numéro de questionnaire	
A	Province	
A1	Commune	
A2	Village	
A3	Quartier	
A4	Date de la visite	
A5	Nom et prénom de l'enquêteur	
A6	Statut de l'enquêté	<input type="checkbox"/> Chef de ménage <input type="checkbox"/> Épouse <input type="checkbox"/> Collatéral ¹⁶
A7	Sexe de l'enquêté	<input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin
A8	Age de l'enquêté	[] ans
A9	Type d'habitation dominant du ménage	<input type="checkbox"/> Case <input type="checkbox"/> Maison en banco <input type="checkbox"/> Maison matériaux définitifs
B - COMPOSITION DU MENAGE		
B1	Nombre de personnes dans le ménage <i>Indiquez le nombre total de personnes vivant dans le ménage</i>	[] personnes
B1	B1.1 Nombres d'enfants de sexe de moins de 5 ans	[] personnes
	B1.2 Nombre de femmes	[] personnes
	B1.3 Nombre d'hommes	[] personnes
	B1.4 Nombre de personnes âgées de sexe féminin (60 ans et plus)	[] personnes
	B1.6 Nombre de personnes âgées de sexe masculin de (60 ans et plus)	[] personnes
B2	Y a-t-il des membres vivant avec un handicap dans le ménage	<input type="checkbox"/> 1 – Oui <input type="checkbox"/> 2 - Non
B3	Si oui, comment se soulagent-ils ?	
C - ASSAINISSEMENT		
C1	Possession d'une latrine	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
C2	Si non quelles sont les raisons ?	
C3	Où les membres de votre ménage ont-ils l'habitude de se soulager actuellement? (Question à choix multiple)	<input type="checkbox"/> 1 – Dans une latrine chez le voisin <input type="checkbox"/> 2 – Dans la nature <input type="checkbox"/> 3 – Autre (précisez)
C4	Où se soulagent les enfants de moins de 5 ans de la famille ?	Dans un pot Par terre Autre, précisez.....
C5	Où évacuez-vous les défécations des enfants de moins de 5 ans ?	1 – Latrine extérieure ¹⁷ 2 – Dans la nature sans enfouissement 3 – Dans la nature avec enfouissement systématique 4 – Dans la nature avec enfouissement occasionnel

¹⁶ Collatéral : frère/sœur, fils/fille, cousin/cousine, père/mère, oncle/tante

¹⁷ Autour ou dans la concession, marché, école, voisin

		5 – Autre, précisez :..... 6 – Je ne sais pas/ Pas de réponse
C6	Selon vous quelles sont les avantages a avoir de latrine ?	
	Selon vous quelles sont les inconvénients a avoir de latrine ?	
D – HYGIENE		
D1	Où puisez-vous l'eau du ménage autre que l'eau de boisson ?	<input type="checkbox"/> 1 - Pompe <input type="checkbox"/> 2 – Puits moderne avec la margelle <input type="checkbox"/> 3 – Eau de surface <input type="checkbox"/> 4 - Impluvium <input type="checkbox"/> 5 - Autre, précisez.....
D2	Où puisez-vous l'eau de boisson du ménage ?	<input type="checkbox"/> 1 - Pompe <input type="checkbox"/> 2 - Puits <input type="checkbox"/> 3 - Marigot <input type="checkbox"/> 4 - Barrage <input type="checkbox"/> 5 - Autre, précisez.....
D3	Avec quel type de récipient transportez-vous l'eau de boisson ?	<input type="checkbox"/> 1 – Seau couvert <input type="checkbox"/> 2 – Seau non couvert <input type="checkbox"/> 3 – Bassine <input type="checkbox"/> 4 – Bidon <input type="checkbox"/> 5 – Canari <input type="checkbox"/> 6 – barrique couverte <input type="checkbox"/> 7 – barrique non couverte <input type="checkbox"/> 8 - Autre, précisez.....
D4	Comment conservez-vous votre eau de boisson ?	<input type="checkbox"/> Seau couvert <input type="checkbox"/> 2 – Seau non couvert <input type="checkbox"/> 3 – Bassine <input type="checkbox"/> 4 – Bidon <input type="checkbox"/> 5 – Canari <input type="checkbox"/> 6 – barrique couverte <input type="checkbox"/> 7 – barrique non couverte <input type="checkbox"/> 8 - Autre, précisez.....
D5	Utilisez-vous les mêmes récipients pour le transport et le stockage de l'eau ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
D6	Comment entretenez-vous vos récipients de transport et de conservation de l'eau de boisson ?	<input type="checkbox"/> 1 - Rinçage à l'eau simplement <input type="checkbox"/> 2 – lavage avec du savon <input type="checkbox"/> 3 – Pas de nettoyage <input type="checkbox"/> 4 - Autre, précisez.....
D7	À quelle fréquence ?	<input type="checkbox"/> 1 – Chaque jour <input type="checkbox"/> 2 – Tous les 2 jours <input type="checkbox"/> 3 – Tous les 3 jours <input type="checkbox"/> 4 - Tous les 7 jours <input type="checkbox"/> 5 - Jamais
D8	Traitez-vous votre eau de boisson ?	Oui /___/ Non /___/
D9	Type de traitement de l'eau de boisson	<input type="checkbox"/> 1 – Javellisation <input type="checkbox"/> 2 – Filtration <input type="checkbox"/> 3 – Ébullition <input type="checkbox"/> 4 – Autre
D10	Avez-vous l'habitude de vous laver les mains ?	<input type="checkbox"/> 1 - Oui <input type="checkbox"/> 2 - Non
D11	Si oui à quel(s) moment(s) (choix multiple) ?	<input type="checkbox"/> 1 - Après être allé aux selles <input type="checkbox"/> 2 – Après avoir nettoyé les fesses de bébé <input type="checkbox"/> 3 – Avant de manger <input type="checkbox"/> 4 – Après avoir mangé

		<input type="checkbox"/> 5 – Avant de nourrir les enfants <input type="checkbox"/> 6 – Avant de faire la cuisine <input type="checkbox"/> 7 – Avant de servir de la nourriture <input type="checkbox"/> 8 – Autre, précisez.....
D12	Qui se lave les mains dans votre famille ?	<input type="checkbox"/> Tout le monde <input type="checkbox"/> Les hommes, <input type="checkbox"/> Les femmes, <input type="checkbox"/> Les enfants âgés de 5ans et plus
D13	Avec quoi se lavent-ils les mains ?	<input type="checkbox"/> 1 – De l'eau et du savon <input type="checkbox"/> 2 – De l'eau et de la cendre <input type="checkbox"/> 3 – De l'eau simplement <input type="checkbox"/> 4 – Autre, précisez.....
D14	Possédez-vous un dispositif de lave-main ?	<input type="checkbox"/> 1 Oui <input type="checkbox"/> 2 Non
D15	Si oui, de quel modèle s'agit-il ?	<input type="checkbox"/> 1 – Dans un récipient fermé /avec robinet 1/4 de Tour <input type="checkbox"/> 2 – Dans un récipient fermé /sans robinet (bouilloire, bidons, etc.) <input type="checkbox"/> 3 – Dispositifs de lavage des mains Tippy Tap <input type="checkbox"/> 4 – Autres : Décrire
D16	Ce dispositif est-il utilisé ? <i>L'enquêteur observera les signes d'utilisation avant de noter la réponse</i>	<input type="checkbox"/> 1 Oui <input type="checkbox"/> 2 Non
E5	Etes-vous satisfait du mode de sélection des bénéficiaires des latrines dans le village ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
E6	Qu'avez-vous retenu de ces sensibilisations ?	<input type="checkbox"/> 1 - Importance des latrines <input type="checkbox"/> 2 - Importance de se laver les mains <input type="checkbox"/> 3 - L'importance de consommer de l'eau potable <input type="checkbox"/> 4 - Importance de garder son environnement propre <input type="checkbox"/> 5 - Autres, précisez.....
E7	Le ou les thèmes abordés ont-ils pleinement répondu à vos attentes	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
E8	Si non pourquoi ?	

6.1.8 Guide d'entretien avec les mères d'enfants malnutris

1. Qu'avez-vous bénéficié du projet ?

Intitulé	Modalité
Formation au centre de santé sur l'Hygiène par les agents du centre de Santé?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Formation au centre de santé sur le traitement à domicile?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Utilisation de supports visuels ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Formation au domicile ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Réception d'un kit ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Un suivi de la part des animateurs d'APS	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui

2. Comment l'avez-vous utilisé ?

Intitulé	Commentaires
Formation au centre de santé sur l'Hygiène par les agents du centre de Santé?	
Formation au centre de santé sur le traitement à domicile?	
Utilisation de supports visuels ?	
Formation au domicile ?	
Réception d'un kit ?	
Un suivi de la part des animateurs d'APS ?	

3. Quels facteurs ont limité et favorisé les acquis du projet ?

a. Limitant :

b. Favorable :

4. Quelles mesures ont été prises pour assurer la durabilité des résultats

Intitulés	Modalités
Combien de temps passiez-vous pour chercher l'eau avant le début du projet?	<input type="checkbox"/> -30 minutes <input type="checkbox"/> 30 minutes <input type="checkbox"/> plus de 30 minutes
Combien de temps passez-vous actuellement pour chercher l'eau ?	<input type="checkbox"/> -30 minutes <input type="checkbox"/> 30 minutes <input type="checkbox"/> plus de 30 minutes
Quelles sont les raisons ?	
A quelle source vous vous approvisionnez ?	<input type="checkbox"/> 1 – Pompe <input type="checkbox"/> 2 – Puits <input type="checkbox"/> 3 – Marigot <input type="checkbox"/> 4 - Barrage <input type="checkbox"/> 5 - Autre, précisez.....
Traitez-vous l'eau après puisage ?	Oui / ___ / Non / ___ /
Type de traitement de l'eau de boisson	<input type="checkbox"/> 1 – Javellisation <input type="checkbox"/> 2 – Filtration <input type="checkbox"/> 3 – Ébullition <input type="checkbox"/> 4 utilisation d'AQUATAB <input type="checkbox"/> 5– Autre
Comment utilise-t-on les pastilles d'AQUATAB ?	
Avez-vous encore des pastilles d'AQUATAB ?	Oui / ___ / Non / ___ /
Où pouvez-vous vous procurer des pastilles pour continuer le traitement de l'eau à domicile ?	
Comment vous vous procurez des pastilles pour continuer le traitement de l'eau à domicile ?	<input type="checkbox"/> Payant <input type="checkbox"/> don
Avez-vous l'habitude de vous laver les mains ?	<input type="checkbox"/> 1 – Oui <input type="checkbox"/> 2 - Non
Si oui à quel(s) moment(s) (choix multiple) ?	<input type="checkbox"/> 1 - Après être allé aux selles <input type="checkbox"/> 2 – Après avoir nettoyé les fesses de bébé <input type="checkbox"/> 3 – Avant de manger <input type="checkbox"/> 4 – Après avoir mangé <input type="checkbox"/> 5 – Avant de nourrir les enfants <input type="checkbox"/> 6 – Avant de faire la cuisine <input type="checkbox"/> 7 – Avant de servir de la nourriture <input type="checkbox"/> 8 – Autre, précisez.....

5. Vérification du KIT

Composants du kit		Contenu dans le KIT	Quantité	Observations
Aquatab	<input type="checkbox"/>	1 - Oui		
	<input type="checkbox"/>	2 - Non		
Javel	<input type="checkbox"/>	1 - Oui		
	<input type="checkbox"/>	2 - Non		
Sodis	<input type="checkbox"/>	1 - Oui		
	<input type="checkbox"/>	2 - Non		
Filtre à bougie	<input type="checkbox"/>	1 - Oui		
	<input type="checkbox"/>	2 - Non		
Filtre à sable	<input type="checkbox"/>	1 - Oui		
	<input type="checkbox"/>	2 - Non		
Filtre à charbon	<input type="checkbox"/>	1 - Oui		
	<input type="checkbox"/>	2 - Non		
Jerry Can	<input type="checkbox"/>	1 - Oui		
	<input type="checkbox"/>	2 - Non		
Bidon	<input type="checkbox"/>	1 - Oui		
	<input type="checkbox"/>	2 - Non		
Gobelet	<input type="checkbox"/>	1 - Oui		
	<input type="checkbox"/>	2 - Non		
Système de lave mains	<input type="checkbox"/>	1 - Oui		
	<input type="checkbox"/>	2 - Non		
Pot pour enfants	<input type="checkbox"/>	1 - Oui		
	<input type="checkbox"/>	2 - Non		
Gants	<input type="checkbox"/>	1 - Oui		
	<input type="checkbox"/>	2 - Non		
Seau	<input type="checkbox"/>	1 - Oui		
	<input type="checkbox"/>	2 - Non		
Brosse	<input type="checkbox"/>	1 - Oui		
	<input type="checkbox"/>	2 - Non		
Petite pelle	<input type="checkbox"/>	1 - Oui		
	<input type="checkbox"/>	2 - Non		

6. Autres Observations

Intitulé		Présence
Selles d'enfants et d'animaux au pourtour des cases des enfants malnutris en traitement	<input type="checkbox"/>	1 - Oui
	<input type="checkbox"/>	2 - Non
Latrine sans mouche, sans odeur et sans trace d'excréments	<input type="checkbox"/>	1 - Oui
	<input type="checkbox"/>	2 - Non
Existence d'un pot de cendres à l'intérieur de la latrine	<input type="checkbox"/>	1 - Oui
	<input type="checkbox"/>	2 - Non
Pratiques de stockage sécurisé de l'eau de boisson	<input type="checkbox"/>	1 - Oui
	<input type="checkbox"/>	2 - Non

7. Commentaires

Annexe 8 : Profils des consultants

M. Christian A. BÉRÉ : Socio-économiste, M. BÉRÉ travaille depuis 1994 en tant qu'expert dans le secteur de l'Approvisionnement en eau potable et assainissement au Burkina Faso. Il a une bonne connaissance du cadre institutionnel du secteur de l'Eau et de l'Assainissement et de son évolution, pour avoir participé au processus de la GIRE, à la formulation de la politique et stratégie nationale d'assainissement et pour avoir fortement contribué, dans le cadre de réunions techniques, à l'élaboration du PN-AEPA. Il a entre autres une expérience solide en matière d'évaluation de programmes et projet ou de plan d'action, et de formation des adultes. Par ailleurs, il a travaillé dans les domaines de l'énergie électrique (électrification rurale), de l'éducation non formelle, la micro finance et de la santé (VIH/Sida), qui viennent souvent en soutien aux projets d'AEP ou d'assainissement. Également, il est instruit du processus de décentralisation et des problématiques inhérentes à l'intervention des organisations de la société civile. Enfin, M. BÉRÉ s'est forgé une expertise en matière de planification / programmation d'activités de projets, d'animation de la concertation entre acteurs, de la prise en compte des aspects de genre, d'assistance technique et de suivi évaluation. Spécifiquement, M. BÉRÉ a une connaissance de la région du Plateau central et de l'Est, singulièrement les provinces du Ganzourgou et de la Gnagna (zone d'intervention du projet). Il a une expérience transversale relative à plusieurs aspects, qui déterminent la réussite de mission d'évaluation.

Mme SOME/ DAGBA GBESSIN Shurstine : Ingénieur Génie sanitaire et environnement a des compétences avérées en gestion et évaluation de projets en eau, hygiène et assainissement. Depuis juin 2013, elle travaille comme Conseillère associée eau, hygiène et assainissement à l'Organisation néerlandaise de développement au Burkina Faso (SNV-BF). À ce titre, elle a été entre autre chargée de la mise en œuvre des activités de promotion de l'hygiène dans les écoles (WASH in school) de la zone d'intervention de la SNV-BF, de la promotion de l'hygiène dans les lieux publics (centre de santé, restaurants, buvettes, marché, etc.), du suivi évaluation de l'impact du programme WASH, et de l'appui aux commune pour l'accès à l'assainissement. En tant que Conseillère technique eau pour le compte de l'ONG Belges Îles de la paix, Mme SOME a été en charge de la mise en œuvre de la réforme du système de gestion des infrastructures hydrauliques communautaire et des activités eau, hygiène et assainissement (réalisation d'ouvrages, renforcement de capacités et accompagnement des animateurs). Mme SOME dispose d'atouts certains qui déterminent la réussite de la présente mission d'évaluation.

Annexe 9 : Bibliographie

MAHRH, 2006	<i>Programme National d'Approvisionnement en Eau Potable et Assainissement à l'horizon 2015, adopté par arrêté ministériel n°2006/056/MAHRH/SG/DGRE du 18 décembre 2006</i>
MAHRH, 2007	<i>Politique et stratégie nationales d'assainissement adopté le 04 juillet 2007</i>
MARHASA, 2014	<i>Stratégie de mise en œuvre de l'ATPC au Burkina Faso</i>
MARHASA, 2014	<i>Guide d'orientation pour la mise en œuvre de l'ATPC au Burkina Faso</i>
MARHASA, 2014	<i>Programme National d'Assainissement des Eaux Usées et Excreta 2016-2030 PN-AEUE, Document de programme, Version Draft final, Novembre 2015</i>
DGAEUE	<i>Feuille de route pour le transfert progressif de la subvention à l'assainissement familial aux communes d'ici à 2015, Rapport provisoire, Mai 2015</i>
MATD, 2004	<i>Loi N°055-2004/AN portant Code Général des Collectivités Territoriales (CGCT) adopté le 21 décembre 2004</i>
MATD	<i>Décret N°2009-107 PRES/PM/MATD/MAHRH/MEF/MFPRE portant transfert des compétences et des ressources de l'Etat aux communes, dans le domaine de l'approvisionnement en eau potable et de l'assainissement ;</i>
APS, 2015	<i>Rapport Bilan (Juillet 2014 - Juin 2015)</i>
APS, 2015	<i>Rapport Trimestriel (Avril, Mai et Juin 2015)</i>
APS, 2015	<i>Rapport Trimestriel (Janvier, Février et Mars 2015)</i>
APS, 2014	<i>Rapport Trimestriel (Octobre, Novembre et Décembre 2014)</i>
APS, 2014	<i>Rapport Trimestriel (Juillet-août-septembre 2014)</i>
Ministère de la santé, 2015	<i>Rapport de l'atelier d'échange et de définition du contenu de la stratégie Eau, Assainissement et Hygiène en appui à la nutrition (WASH IN NUT) à Ouaga, Bobo et Kaya, Août 2015</i>
UNICEF, 2014	<i>Accord de coopération, juin 2011</i>
UNICEF, 2015	<i>Document de présentation de l'"Analyse des goulots d'étranglements dans le secteur WASH à l'aide de l'outil de WASH-BAT"</i>