

Evaluation de l'approche Assainissement Communautaire Piloté par la Communauté (CATS)



Rapport succinct d'évaluation pays

Version finale - Octobre 2013 – Mauritanie

Titre : Evaluation de l'Approche Communautaire de l'Assainissement Total (CATS) – Evaluation pays, Mauritanie
Statut du rapport : provisoire
Client : Bureau de l'évaluation de l'UNICEF (New York)
Consultant : HYDROCONSEIL (France)
Démarrage du contrat : 31 décembre 2012
Date de soumission du rapport : 25 octobre 2013 (version électronique)
Numéro de révision : 2
Contributeurs : Julie Aubriot et Bruno Valfrey
Coordination, édition et contrôle qualité : Julie Aubriot
Des commentaires ou questions sur ce rapport ? Ecrire à : aubriot@hydroconseil.com

Table des matières

A. Contexte de l'évaluation globale	7
A.1. Contexte général de l'évaluation	7
A.2. Objectifs de l'évaluation	7
A.3. Aperçu des principales questions d'évaluation.....	8
A.4. Des outils complémentaires au niveau global et national.....	9
A.5. Objectif du présent rapport	10
B. Méthodologie de l'évaluation pays.....	11
C. Analyse des quatre dimensions de l'évaluation.....	12
C.1. Résultats.....	12
C.1.1. Un passage à l'échelle rapide	12
C.1.2. Des résultats significatifs.....	13
C.1.3. Principaux produits de l'ATPC.....	14
C.1.4. Impact sur la santé.....	15
C.1.5. Difficultés de mise en œuvre.....	15
C.1.6. Des modalités de mise en œuvre favorisant l'appropriation de l'approche	15
C.2. Efficience.....	16
C.2.1. Contribution de l'UNICEF à la mise en place d'un environnement favorable à l'ATPC	16
C.2.2. Coûts de l'ATPC.....	17
C.2.3. Compétitivité financière de l'ATPC.....	18
C.2.4. Respect des principes fondamentaux de l'ATPC	18
C.3. Effectivité.....	19
C.3.1. Evolution des « normes sociales » suite aux interventions ATPC.....	19
C.3.2. Prise en compte de l'environnement dans la mise en œuvre de l'ATPC.....	20
C.4. Durabilité de l'ATPC.....	20
C.4.1. Des critères de certification en cours de stabilisation.....	20
C.4.2. Mesure des résultats de l'ATPC.....	21
C.4.3. Un système de suivi-évaluation à renforcer	22
C.4.4. La durabilité des changements de comportements en question	23
C.4.5. Pistes de renforcement de l'ATPC	23
D. Conclusions de l'évaluation	24
D.1. L'ATPC, un « succès »	24
D.2. Des difficultés qui affectent la durabilité de l'approche.....	24
D.2.1. Faiblesse du système de suivi évaluation	24
D.2.2. Un manque de capitalisation des leçons apprises	24

Annexe 1 : Agenda de la mission d'évaluation.....	25
Annexe 2 : Liste des participants aux ateliers locaux.....	26
D.3. Atelier local d'Aleg (wilaya du Brakhna).....	26
D.4. Atelier local d'Atar (wilaya de l'Adrar)	26
Annexe 3 : Liste des participants à l'atelier national.....	28
Annexe 4 : Agenda de l'atelier national.....	30

Table des illustrations

Tableau 1 – Récapitulatif des questions d'évaluation	9
Tableau 2 – Programmation de l'ATPC à échéance 2020	13
Tableau 3 – Situation de l'ATPC (juillet 2013).....	14
Tableau 4 – Détail des coûts de l'ATPC.....	17
Tableau 5 – Critères de certification (atelier d'avril 2013).....	21
Tableau 6 – Indicateurs de suivi (atelier d'avril 2013).....	21

Acronymes

ACF	Action Contre la Faim
AFD	Agence Française de Développement
ATPC	Assainissement Total Piloté par la Communauté
BAD	Banque Africaine de Développement
CATS	Approche Communautaire de l'Assainissement Total
CPI	Counter Part International
CRS	Comité Régional de Suivi
DA	Direction de l'Assainissement
DAL	Défécation à l'Air Libre
DRHA	Direction régionale de l'Hydraulique et de l'Assainissement
DRAS	Directions Régionale de la Santé
DREN	Direction Régionale de l'Education
FDAL	Fin de Défécation à l'Air Libre
GRET	Groupe de Recherche et d'Echanges Technologiques
GRDR	Groupe de Recherche et de Réalisations pour le Développement Rural
OMD	Objectifs Du Millénaire pour le Développement
S&E	Suivi et évaluation
UE	Union Européenne
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
WASH	Water, Sanitation and Hygiene

A. Contexte de l'évaluation globale

A.1. Contexte général de l'évaluation

L'approche communautaire de l'assainissement total (CATS) est un terme générique utilisé par les praticiens de l'assainissement de l'UNICEF pour englober un large éventail de programmes d'assainissement communautaire. CATS, approche ayant pour objectif d'éradiquer la défécation à l'air libre, est basée sur la demande et le leadership communautaire, le changement de comportement et le changement social, et a pour impératif de promouvoir l'innovation locale. L'approche CATS peut être appliquée par le biais d'une grande gamme de méthodes, notamment l'Assainissement Total Piloté par la Communauté (ATPC), l'Assainissement total piloté par les écoles (ATPE) ou des campagnes d'assainissement total (CAS).

Si l'approche CATS parvient réellement à limiter les maladies liées à un mauvais assainissement, elle aura un impact direct et indirect sur la morbidité et de la mortalité infantile, la croissance, l'éducation et d'autres domaines. Aujourd'hui, les données produites via les processus existants de suivi évaluation montrent que l'approche améliore l'accès à l'assainissement comparé aux approches conventionnelles.

Au cours de l'exercice de priorisation permettant de définir les axes d'évaluation de l'UNICEF à l'échelle globale pour la période 2012-2013, CATS a été considérée comme une priorité. Par conséquent, CATS est l'objet d'une des 14 évaluations globales mises en œuvre en 2012-2013 et validées par le conseil exécutif de l'UNICEF pour ladite période.

L'évaluation consiste à appréhender l'approche utilisée pour réaliser l'objectif inhérent à CATS, à savoir atteindre 100% des communautés ne pratiquant plus la défécation à l'air libre, à travers le changement de comportement et la création de la demande pour des technologies appropriées et abordables.

Pour évaluer la stratégie CATS développée par UNICEF, le Consortium HYDROCONSEIL-ECOPSIS en collaboration avec WEDC a été contractualisé.

A.2. Objectifs de l'évaluation

L'évaluation a pour objectif d'évaluer aussi systématiquement et objectivement que possible, **l'efficacité, l'efficience, la durabilité et les résultats** de l'approche CATS soutenue par l'UNICEF. Même si basée sur l'expérience nationale et locale, l'évaluation a expressément pour objectif de fournir des résultats globaux.

Les **principaux objectifs** de l'évaluation sont les suivants:

A. Permettre la prise de décision fondée sur des preuves en mettant en évidence les liens entre les résultats atteints par CATS avec les inputs, les activités et la performance de l'UNICEF et des autres parties prenantes. Ceci permettra de déterminer les éventuelles modifications nécessaires pour rendre les partenaires nationaux et l'UNICEF plus efficaces lors de la programmation de CATS et d'orienter les décisions sur l'échelle sur le passage à l'échelle;

B. Contribuer à l'apprentissage global en mettant à la disposition des communautés mondiales concernées par les activités WASH, l'éducation ou d'autres sujets connexes des éléments clés sur la compréhension de la programmation de l'hygiène efficace susceptible d'émerger afin qu'ils puissent modifier leurs programmes à la lumière des résultats démontrés de CATS .

C. Promouvoir la capacité d'UNICEF à rendre des comptes (accountability): vérifier l'exactitude des déclarations faites au sujet de la performance de CATS et examiner la fiabilité des données utilisées pour évaluer sa performance afin de garantir aux parties prenantes internes et externes l'exactitude des preuves présentées et l'efficacité du programme qu'elles soutiennent.

A.3. Aperçu des principales questions d'évaluation

De manière générale, l'évaluation a pour objectif de répondre à quatre questions principales :

- **Résultats.** Quels sont les résultats obtenus par CATS? Quelle est la qualité des preuves (données objectives) validant ces résultats ?
- **Efficacité.** Quels facteurs sociaux et techniques peuvent expliquer le succès ou l'échec de CATS dans chaque contexte/communauté ?
- **Efficiace.** Quels facteurs financiers et managériaux maximisent l'efficiace de CATS ?
- **Durabilité.** Quels sont les facteurs nécessaires pour améliorer la durabilité des nouveaux comportements créés par CATS ?

Pour répondre à ces questions générales, une matrice a été développée par l'équipe de consultants¹. Celle-ci propose une série de questions d'évaluations spécifiques permettant de d'offrir des éléments de réponse argumentés à chacune des quatre questions d'évaluation (voir tableau 1 ci-dessous). La matrice a été la base de l'évaluation pays en Mauritanie comme de l'ensemble des autres études de cas. Les questions d'évaluation sont présentées dans le tableau ci-dessous.

Elles ont également été utilisées lors de l'évaluation pays en Mauritanie.

¹ Pour plus de détails, voir le rapport de démarrage de l'évaluation globale.

Tableau 1 – Récapitulatif des questions d'évaluation

1. Conception et ressources
De quelle manière UNICEF a travaillé pour assurer un environnement favorable satisfaisant ? Quels sont les éléments clés pris en compte pour la définition de l'ATPC en Mauritanie ? Dans quelle mesure les coûts liés à la mise en œuvre de l'ATPC sont bien documentés et mesurables ?
2. Processus de mise en œuvre
Comment l'ATPC a-t-il été lancé au niveau national, régional et local ? Comment les facteurs relatifs à l'environnement favorable ont-ils facilité ou entravé la mise en œuvre de l'ATPC ? Comment les interventions ATPC ont-elles été adaptées au contexte national et local ? Dans quelle mesure les « normes sociales » sont-elles utilisées dans la mise en œuvre de l'ATPC ? Comment la durabilité et le renforcement de l'ATPC sont-ils pris en compte lors de la mise en œuvre ? Quel est le coût de réalisation de l'ATPC ?
3. Effets directs (Outputs)
Quels sont les principaux résultats de l'ATPC et comment sont-ils mesurés ? Est-ce que les principaux résultats de l'ATPC sont durables ? Est-ce que les résultats de l'ATPC sont durables? Comment la durabilité est-elle renforcée dans la phase post-certification ?
4. Résultats (Outcomes) et durabilité
Dans quelles conditions l'ATPC est-il efficace et comment cette efficacité pourrait être améliorée ? Est-ce que les résultats de l'ATPC sont durables? Comment la durabilité est-elle renforcée dans la phase post-certification ?
5. Suivi et évaluation
Comment le cadre du suivi-évaluation est-il mis en place et géré durant la mise en œuvre de l'ATPC ? Comment les données relatives à l'ATPC sont-elles rapportées à UNICEF au niveau national et à l'échelle globale? Quelle est la qualité et la fiabilité des données ?

A.4. Des outils complémentaires au niveau global et national

L'évaluation mobilise une méthodologie complexe faisant appel à une diversité d'outils complémentaires déployés à l'échelle globale et nationale². Il s'agit notamment de :

- **Sondage en ligne.** Destiné aux équipes d'UNICEF et aux autres acteurs directement impliqués dans la mise en œuvre de CATS dans les 50 pays où l'approche est active, le sondage en ligne permettra d'avoir une vision d'ensemble des modalités de mise en œuvre et des défis inhérents à l'approche CATS dans des contextes divers. Le sondage sera mis en ligne en août 2013.
- **Séminaires en ligne.** Destinés aux équipes d'UNICEF chargées de la mise en œuvre de CATS, les séminaires porteront sur certains points spécifiques de l'approche. Les séminaires seront réalisés entre août et octobre 2013.
- **Visites pays.** Cinq pays ont été identifiés (Inde, Népal, Mozambique, Sierra Leone et Mauritanie) durant la phase de démarrage et ont confirmé leur intérêt et accord à accueillir l'équipe d'évaluation pour des évaluations approfondies à l'échelle nationale de l'approche CATS. Les visites pays sont en cours de réalisation.

² Voir le rapport de démarrage de l'évaluation globale pour plus de détails.

A.5. Objectif du présent rapport

Le présent rapport présente de manière succincte les résultats de l'évaluation réalisée en Mauritanie du 14 au 25 juillet 2013. L'agenda de la mission est présenté en Annexe 1.

Les conclusions de l'évaluation sont organisées selon les quatre dimensions de l'évaluation, à savoir : les résultats, l'efficacité, l'efficacités et la durabilité.

Ce rapport pays servira de base, aux côtés des résultats obtenus via la mise en place des autres outils de l'évaluation, à la consolidation du rapport global qui sera remis au bureau de l'évaluation d'UNICEF (New-York).

B. Méthodologie de l'évaluation pays

Conformément au protocole générique d'études pays réalisé³, l'évaluation pays a mobilisé plusieurs outils complémentaires :

- **Une large revue documentaire.** Les consultants ont procédé à une collecte systématique de données sur les programmes ATPC actifs à l'échelle nationale.
- **Des entretiens au niveau central et régional.** Un grand nombre de partenaires de mise en œuvre de l'ATPC ont été interrogés, notamment des représentants des agences gouvernementales (Direction de l'Assainissement (DA), Ministère de la Santé, etc.), des partenaires stratégiques et de mise en œuvre, des représentants d'UNICEF et des ONG.
- **Visite de communautés mettant en œuvre l'ATPC.** L'objectif de ces visites n'était pas de procéder à un traitement statistique des données recueillies dans les communautés visitées. A ce titre, les visites de terrain ont plus été illustratives que représentatives. Six villages ont été visités : deux dans la wilaya du Brakna et quatre dans la wilaya de l'Adrar. Les sites et communautés ont été sélectionnés par le bureau de l'UNICEF, en collaboration avec la DA et des services déconcentrés de l'Etat, en fonction des critères suivants: (1) «longévité» des projets ATPC afin de recueillir des preuves des résultats à long terme, (2) sites ayant été un défi en termes de mise en œuvre de l'ATPC, (3) diversité des contextes différents de mise en œuvre (rural, urbain, semi-urbain), (4) sites où les communautés sont retournées à la défécation à l'air libre après avoir été déclenchées et, à l'inverse, des sites où le statut FDAL est maintenu sur le long terme.
- **Deux ateliers locaux ont été organisés (le premier à Aleg dans la wilaya du Brakna et le second à Atar dans la wilaya de l'Adrar).** Ces ateliers ont rassemblé des représentants des autorités locales, notamment des chefs de villages, des représentants des services déconcentrés de l'Etat (eau et assainissement, santé, éducation, jeunesse, affaires sociales), des représentants de la société civile, des chargés de la mise en œuvre de l'ATPC (coordinateurs, facilitateurs et superviseurs) et des représentants de l'UNICEF. Ces ateliers ont permis de collecter des informations sur une partie des questions d'évaluation relatives à l'efficacité, la durabilité et les résultats des programmes ATPC.

Lors de l'atelier d'Atar, une présentation de la coordinatrice ATPC a permis d'avoir une vision exhaustive des réalisations et résultats relatifs à l'ATPC dans cette wilaya. Par la suite, des travaux de groupe ont permis de travailler sur l'ensemble des dimensions de l'évaluation. Une restitution plénière a permis un partage collectif des informations générées par les discussions de groupe (Voir annexe 2 pour la liste des participants).

- **Un atelier national a été organisé à Nouakchott à la fin de la mission.** Cet atelier a rassemblé un grand nombre de partenaires techniques et financiers impliqués dans la mise en œuvre de l'ATPC, les directions techniques centrales, le Maire de Rosso, des représentants des services déconcentrés de l'Etat, des agences gouvernementales, des ONG et enfin des responsables de la mise en œuvre de l'ATPC à l'échelle locale, notamment des coordinateurs et facilitateurs. Cet atelier avait pour objectif de : présenter les premiers éléments de réponse apportés aux questions clés de l'évaluation, explorer en détail quelques-unes des conclusions les plus marquantes de l'évaluation, vérifier et compléter si nécessaire l'information collectée par les consultants, et enfin de parvenir à un certain niveau de consensus autour des premiers résultats de l'évaluation. Le présent rapport tient compte des remarques émises par les participants à l'atelier. (Voir l'annexe 4 pour l'agenda détaillé de l'atelier et l'annexe 3 pour la liste des participants)

³ Voir le protocole générique d'évaluation, juillet 2013.

C. Analyse des quatre dimensions de l'évaluation

C.1. Résultats

C.1.1. Un passage à l'échelle rapide

L'ATPC a été introduit dans la wilaya du Trarza en 2009 par UNICEF au travers d'un programme pilote ciblant à la fois des zones rurales et des zones périurbaines.

Compte tenu de premiers résultats prometteurs, le programme pilote a été étendu dès 2010 à d'autres wilayas, mais uniquement dans des zones rurales dans lesquelles l'ATPC est jugé plus pertinent. Si l'ATPC a été testé en milieu urbain, il a été constaté que l'approche était peu adaptée à ce milieu, notamment du fait d'un certain manque de cohésion sociale et de la difficulté d'obtenir l'adhésion de tous les membres de la communauté pour le déclenchement de par l'importance de la population ciblée.

Depuis 2009, le **passage à l'échelle a été très rapide** : aujourd'hui, **9 wilayas sur 13 sont touchées par l'ATPC** (Trarza, Brakna, Adrar, Tagant, Assaba, Gorgol, Hodh Charghi, Hodh ElGharbi et Guidimagha).

Le ciblage et l'extension géographique de l'ATPC est opéré depuis 2013 dans le cadre d'un cadre programmatique à échéance 2020. Avant 2013, l'approche souffrait de l'absence d'un document programmatique de référence définissant les objectifs, les composantes, les activités, les modes opératoires, le budget et le plan de suivi évaluation. Aujourd'hui, une vision stratégique existe et un début de programmation d'ici à 2020 a été élaboré (voir tableau 2), résultat d'un soutien politique fort à l'ATPC. Ce document fait apparaître que les financements pour l'extension de l'ATPC n'ont pas été identifiés pour seulement 1574 localités d'ici à 2020, les autres localités étant déjà intégrées dans différents programmes (UNICEF, AFD/UE, PNISER, PAEPA). L'adhésion des partenaires techniques et financiers au programme est donc forte et permet d'entrevoir une extension géographique rapide de l'ATPC à l'échelle du pays.

Tableau 2 – Programmation de l'ATPC à échéance 2020

WILAYA	nombre de localités	SOURCE	Localités FDAL	Taux de couverture	localités à couvrir	Programmation sur les projets						ANNEE VISÉE
						programme UNICEF	Projet 5 wilayas (AFD, UE)	projet PNISER	PAEPA (BAD)	projet Afnat	localités restantes	
H. El Gharbi	826	ONS, 2008	0	0,00	826	200	250	46	0	0	330	FIN 2020
H. Charghui	1115	ONS, 2011	0	0,00	1115	300	250	0	100	0	465	FIN 2020
Assaba	925	ONS, 2008	64	6,92	861	100	100	0	100	232	329	FIN 2020
Gorgol	661	ONS, 2011	61	9,23	600	200	0	0	100	300	0	FIN 2017
Brakna	415	ONS, 2011	327	78,80	88	50	0	0	0	38	0	FIN 2016
Trarza	597	ONS, 2008	470	78,73	127	127	0	0	0	0	0	FIN 2016
Adrar	306	ONS, 2010	85	27,78	221	221	0	0	0	0	0	FIN 2016
Nouadhibou	38	ONS	0	0,00	38	38	0	0	0	0	0	FIN 2020
Tagant	250	ONS, 2011	79	31,60	171	77	0	94	0	0	0	FIN 2016
Guidimagha	407	ONS, 2011	0	0,00	407	261	100	46	0	0	0	FIN 2020
Inchiri			0	0,00	0	0	0	0	0	0	0	FIN 2020
Tiris Zemmour			0	0,00	0	0	0	0	0	0	0	FIN 2020
TOTAL	5540		1086	20%	4454	1574	700	186	300	570	1124	

Source : rapport de la DA (juillet 2013)

C.1.2. Des résultats significatifs

Le succès de l'ATPC en Mauritanie est significatif. D'après le dernier rapport produit par la DA (juillet 2013), les réalisations actuelles de l'ATPC peuvent être chiffrées de la manière suivante (voir aussi Tableau 3) :

- **Sur les 5540 villages en Mauritanie, 1113 sont déjà certifiés FDAL et environ 1500 ont été déclenchés.** Le rythme de progression est donc important, l'objectif étant que la Mauritanie soit 100% FDAL d'ici à 2020.
- **221 personnes responsables de la mise en œuvre de l'ATPC ont été formées** (facilitateurs, superviseurs, coordinateurs)
- 507 acteurs ont été formés à l'ATPC et les pratiques familiales essentielles (chefs de poste de santé, directeurs d'école, personnel d'ONG nationales et internationales, animateurs de radios régionales, leaders religieux, relais communautaires, etc.) notamment sur l'évacuation des excréments et le lavage des mains au savon ,
- **27199 latrines ont été construites**, même s'il existe peu de données sur la qualité des latrines et leur caractère amélioré ou non. En l'absence de statistiques précis, le bureau national de l'UNICEF estime que 50% à 75% des latrines construites peuvent être considérées comme améliorées. Ces chiffres mériteraient d'être mieux documentés.

- **23335 latrines disposent de dispositif de lavage des mains.**

Tableau 3 – Situation de l’ATPC (juillet 2013)

Wilaya	Date de démarrage	Nombre de personnes formées	Personnel de l’ATPC	Nombre de latrines	Nombre de latrines avec dispositif de lavage des mains	Nombre de villages FDAL
Trarza	2009	127	102	9028	8167	470
Brakna	juil-10	114	44	9 370	17 750	327
Assaba	mai-11	32	10	2810	1079	64
Tagant	mai-11	32	11	2 423	1213	89
Adrar	mai-11	32	11	2 932	2345	88
Gorgol	oct-11	20	13	1773	1064	75
H charghi	mai-13	50	10	ND	ND	en cours
H Elgharbi	mai-13	50	10	ND	ND	en cours
Guidimagha	juin-13	50	10	ND	ND	en cours
Totaux		507	221	28336	31618	1113

Source : Extrait de la base de données ATPC (juillet 2013)

C.1.3. Principaux produits de l’ATPC

Les principaux produits de l’ATPC peuvent être définis ainsi :

- **Diminution de la défécation à l’air libre** même si l’on peut souligner un **manque de documentation précise et fiable à ce sujet** ;
- **Acceptation et valorisation de la nouvelle norme sociale FDAL par les communautés.** Toutes les communautés visitées lors de la mission d’évaluation mettent en avant les bienfaits sur la santé, la dignité, etc. Le changement de comportement semble effectif et le statut FDAL est valorisé et intégré par les ménages. **Cependant, il manque des enquêtes post-certification solides pour appuyer et documenter les résultats de l’ATPC (notamment sur les normes sociales)** ;
- **Implication de nombreux acteurs au niveau local et régional dans la mise en œuvre de l’ATPC.** Le MASEF, la radio, les représentants religieux, les départements de la santé et de l’éducation, les autorités locales via le waly sont impliqués dans la mise en œuvre des activités ATPC. Par ailleurs, les relais communautaires sont impliqués sur le suivi des activités de sensibilisation sur l’évacuation correcte des excréta et le lavage des mains au savon.
- **Orientation budgétaire en faveur de l’assainissement rural** par le Gouvernement avec la création d’une ligne budgétaire spécifique même si la contribution est modeste (de l’ordre de 100 000 EUR) ;
- **Alignement des PTF sur l’ATPC** : les ONG (ACF, GRET, GRDR, CPI, etc.) mais aussi les bailleurs (AFD, UE, BAD) s’alignent sur l’ATPC, aboutissement du travail de lobbying de l’UNICEF et de la DA. Il faut souligner qu’en Mauritanie, l’ATPC est

l'approche unique pour l'assainissement rural alors que dans beaucoup de pays, il existe encore un mélange d'ATPC et d'approches communautaires plus traditionnelles ;

- **Quelques effets inattendus** comme la mise en place de coopératives féminines (vente de savon, eau de javel, etc.) et des cas de **diffusion spontanée**, même si peu documentés, peuvent également être identifiés. S'agissant des diffusions spontanées, il ne s'agit pas nécessairement d'auto-déclenchement mais de communautés suscitant des contacts avec les coordinateurs ATPC ou les DRHA pour être intégrés dans le programme.

C.1.4. Impact sur la santé

L'impact de l'ATPC sur la santé semble important et est affirmé par l'ensemble des acteurs même s'il n'existe pas d'études épidémiologiques spécifiques réalisées en Mauritanie pour le démontrer. Des données sont néanmoins disponibles au niveau des centres de santé. Par exemple, l'évaluation du programme pilote au Trarza montre qu'entre « 2008 et 2009, année de mise en œuvre de l'ATPC, la fréquence des diarrhées a baissé de 2264 cas à 1439 cas soit un pourcentage de 36.4 % entre les deux années. Il y a sans doute d'autres facteurs qui entrent en jeu, mais il est évident que l'ATPC a joué comme facteur contributif déterminant dans cette évolution positive. ⁴»

C.1.5. Difficultés de mise en œuvre

L'évaluation a montré que l'ATPC est plus difficile à mettre en œuvre dans certains contextes, notamment :

- Dans les zones inondables où la durabilité des infrastructures d'assainissement est régulièrement mise en péril ;
- Dans des contextes de grande pauvreté, même s'il a pu être constaté que ce n'est pas un frein complet ;
- Dans les villages habitués à recevoir une assistance extérieure ;
- En fonction de la nature des sols et la profondeur des nappes (nappes affleurantes) ;
- En milieu urbain (voir section C.1.1.).

C.1.6. Des modalités de mise en œuvre favorisant l'appropriation de l'approche

Les modalités de mise en œuvre de l'ATPC en Mauritanie sont notables et diffèrent de nombreux autres pays où l'approche a été adoptée. Dans de nombreux pays en effet, UNICEF gère directement le programme et délègue la mise en œuvre de l'ATPC à des ONG. A l'inverse, en Mauritanie, le **montage institutionnel de mise en œuvre de l'ATPC est piloté par la Direction de l'Assainissement et les services déconcentrés de l'Etat, notamment les DRHA.**

Au niveau local, le dispositif est complété par la mise à disposition de **coordinateurs (un par wilaya), de superviseurs et de facilitateurs.** Des ONG sont impliquées dans le processus dans la mesure où elles mettent à disposition des facilitateurs.

Au niveau régional, des **Comités Régionaux de Suivi (CRS)** placés sous l'autorité des waly assurent le suivi des activités.

Les CRS, présidés et reconnus par arrêté du waly, sont composés de représentants des différents services déconcentrés de l'état (DRHA, MASEF, DRASS, DREN, DRJS,...), de représentants des radios régionales et des associations des Oulémas.

⁴ Rapport d'évaluation ATPC, Projet Pilote Trarza, 2010

Ce montage institutionnel renforce l'appropriation de l'ATPC à tous les niveaux et constitue une des forces essentielles de l'approche, et ce malgré l'absence d'un cadre spécifique formel et juridique de partenariat avec l'UNICEF au-delà de l'accord de coopération Mauritanie/UNICEF/UNDAF. En effet, ce montage institutionnel rencontre un certain nombre de problèmes liés à leur fonctionnalité, leur optimisation, à la circulation de l'information et à la participation effective dans les processus décisionnels.

Par ailleurs, au niveau local, la mission d'évaluation a pu constater un manque de moyens des équipes chargées de la mise en œuvre de l'ATPC (coordinateurs, superviseurs et facilitateurs). Dans ce cadre, l'importance des zones à couvrir pose des difficultés pour le suivi des villages certifiés. Pour faciliter le processus et le suivi de la mise en œuvre, des réflexions sont en cours pour recruter des facilitateurs au niveau local et renforcer les aspects logistiques.

Il est à noter qu'en dehors du programme UNICEF, des modalités différentes sont proposées. Par exemple, dans le cadre du programme « 5 wilayas » (AFD/UE), des ONG seront chargées de la mise en œuvre de l'ATPC au niveau local sous la supervision de la DA. Elles sont actuellement en cours de recrutement.

C.2. Efficience

C.2.1. Contribution de l'UNICEF à la mise en place d'un environnement favorable à l'ATPC

Depuis 2009, UNICEF a été très proactif pour faire adopter l'ATPC en Mauritanie. La mise en œuvre par UNICEF d'un projet pilote aux résultats convaincants dans le Trarza (2009) a permis de faire accepter l'ATPC au plus haut niveau, et ce malgré les réticences initiales du Ministère de l'Hydraulique et de l'Assainissement. Au départ, le projet pilote a en effet été mis en œuvre par la mairie de Rosso sous l'égide du Ministère de la Santé, le ministère dédié n'ayant pas manifesté d'appétence pour l'approche.

Grâce au plaidoyer actif de l'UNICEF et à la démonstration concrète des potentialités de l'ATPC, **le gouvernement a adopté officiellement l'approche dans sa politique nationale de l'assainissement (2012 – 2020)**, en faisant ainsi **l'outil principal de développement de l'assainissement en milieu rural. L'appropriation de l'approche par le gouvernement est aujourd'hui totale et l'objectif est dorénavant d'atteindre l'état FDAL au niveau national d'ici à 2020.**

La signature d'un **Pacte de Durabilité** en 2013 entre UNICEF et le MHA dans le cadre d'un programme financé par le Gouvernement néerlandais vient renforcer un environnement institutionnel déjà très favorable à l'ATPC. Cet outil visant à renforcer la coopération dans le cadre de l'atteinte des ODM intègre l'ATPC comme l'outil de développement de l'assainissement rural. Dans ce cadre, le Gouvernement mauritanien s'est engagé à mettre en œuvre un certain nombre de mesures pour accélérer le passage à l'échelle de l'ATPC et améliorer la qualité et la durabilité des interventions, notamment : augmenter l'allocation budgétaire de l'Etat, accroître le nombre de ressources humaines qualifiées pour l'assainissement à tous les niveaux, mettre à jour une base de données spécifique pour l'assainissement, mettre en œuvre une stratégie de promotion du marché de l'assainissement pour la durabilité du statut FDAL des villages (suivi post FDAL, sani-marchés, etc.), etc.

Néanmoins, si l'environnement institutionnel est clairement favorable à une mise en œuvre rapide et effective de l'ATPC, **certains blocages persistent au niveau sectoriel**, notamment du fait de la faible capacité des ressources humaines et des faibles moyens de la DA, notamment au niveau régional, de contraintes logistiques fortes pour accéder à des

communautés éloignées et peu accessibles ainsi qu'une certaine faiblesse de l'offre du secteur privé local en termes d'assainissement.

C.2.2. Coûts de l'ATPC

Les coûts de mise en œuvre de l'ATPC par UNICEF sont bien documentés (voir tableau 4 ci-dessous). Après analyse, on constate que l'approche est compétitive avec des coûts unitaires par habitants estimés à 8,79 USD⁵ pour la période 2010/2012. Le poste principal de dépense étant la mise en œuvre de l'ATPC avec 34% de l'enveloppe globale correspondant au suivi par les facilitateurs et superviseurs et aux coûts de coordination, suivi de l'appui fourni par l'UNICEF (20%) et des célébrations FDAL (17%).

Néanmoins, il est nécessaire de souligner que les coûts liés à la post-certification sont aujourd'hui inexistant dans la mesure où cette activité n'est pas planifiée. **L'investissement nécessaire dans le suivi pourrait faire augmenter de manière significative le coût global de l'ATPC (suivi réalisé par les facilitateurs et superviseurs, coordination par UNICEF, établissement d'indicateurs pertinents, etc.)**

Tableau 4 – Détail des coûts de l'ATPC

Rubriques	Montant total (UM)	Pourcentage
A - Atelier de démarrage et de formation ATPC	12500000	5%
B - Mise en œuvre de l'ATPC		
1. Suivi par les facilitateurs et superviseurs	82656000	34%
2. Coordination, organisation et suivi des activités	32848560	13%
C - Certification des villages FDAL	4629600	2%
D - Célébration villages FDAL	42071720	17%
E - Mission de supervision Direction assainissement	18547200	8%
F - Communication	2400000	1%
G- Appui UNICEF	47910000	20%
TOTAL (UM)	243563080	
TOTAL (USD)	811876,9333	
Nombre de villages certifiés FDAL par an (2010 à 2012)	308	
Coût unitaire annuel d'un village FDAL (2010 à 2012)	2635,964069	
Coût par habitant - Nbr moyen d'habitants par villages: 300	8,786546898	

Source : UNICEF Mauritanie, août 2013

Deux autres études plus anciennes renseignent sur les coûts de l'ATPC et montrent également que l'approche est compétitive :

- Une évaluation du programme pilote mené dans le Trarza en 2009 et financé par UNICEF a montré que le coût unitaire par localité est approximativement 1 780\$ (1350 EUR). Il est souligné dans le rapport que ces montants ne reflètent pas les coûts réels dans la mesure où les frais de communication, de fonctionnement et de certaines missions de supervision et de suivi n'ont pas été intégrés dans le calcul.
- L'étude de faisabilité du projet « 5 wilayas » financé par l'AFD et l'UE a montré que le coût de l'ATPC était évalué à 1450 EUR par village soit 2,5 euros par habitant (Etude ANTEA, 2011). Le rapport souligne que ces montants ne tiennent pas compte des coûts liés à la formation des facilitateurs, à l'organisation de la filière et à l'administration.

Néanmoins, dans les deux cas on constate que ces estimations ne reflètent pas l'ensemble des coûts inhérents à la mise en œuvre de l'ATPC, ce qui explique au moins en partie le fait que ces coûts soient inférieurs à ceux estimés aujourd'hui par UNICEF.

⁵ Le nombre moyen d'habitants par villages a été estimé à 300 personnes par UNICEF (août 2013).

C.2.3. Compétitivité financière de l'ATPC

L'ATPC est une méthode compétitive (voir section C.2.2.), notamment du fait que les investissements liés à la construction des infrastructures sont entièrement délégués aux ménages.

L'investissement des ménages est hétérogène : quasi nul pour une latrine basique à 200 000 UM pour une latrine équipée d'une double avec fosse et d'un système d'aération. Certains ménages construisent des latrines très basiques, par exemple avec du tissu ou de la paille, ce qui pose des questions en termes de durabilité des ouvrages même si l'investissement de départ très faible. Au niveau local, les modèles de latrines construites dépendent, en plus des moyens financiers des ménages, de l'environnement naturel et des différents contextes écologiques qui peuvent être très différents d'une wilaya à l'autre (sols sablonneux, sols rocheux, etc.). Si le coût de construction peut être renchéri dans certains cas, cela n'a pas freiné le développement de l'auto-construction de latrines. **L'évolution des latrines vers des latrines améliorées a été constatée mais est peu documentée de manière générale.**

Néanmoins, il est difficile d'estimer si des économies d'échelle peuvent être réalisées lors du passage à l'échelle du programme.

C.2.4. Respect des principes fondamentaux de l'ATPC

L'ATPC appliqué en Mauritanie respecte les neuf principes fondamentaux de l'approche tels que définis par UNICEF en introduisant la possibilité de mettre en place des subventions indirectes. Il s'agit effectivement de :

- **Parvenir à un taux de 100% de FDAL.** En Mauritanie, l'objectif est d'atteindre un statut 100% FDAL d'ici à 2020 avec un objectif premier de changement de comportement plus que de construction d'infrastructures d'assainissement.
- **Impliquer les différents membres de la communauté** : ménages, écoles, centres de santé, autorités traditionnelles. Toutefois, on peut constater qu'à l'heure actuelle, la promotion de l'ATPC dans les écoles et les centres de santé n'est pas intégrée de manière systématique même si, dans le cadre de la lutte contre la malnutrition, des infrastructures d'eau, hygiène et assainissement sont réalisées dans les Centres de Récupération Nutritionnelle Ambulatoire (CRENAS) et les agents de santé sont formés pour permettre l'utilisation correcte de ces infrastructures par les patients et leurs accompagnants afin d'éviter la défécation à l'air libre dans ces centres. Des réflexions sont en cours pour intégrer ce volet de manière plus systématique.
- **Impliquer les communautés qui prennent le leadership pour atteindre les objectifs et sont impliquées dans la planification.** Les communautés sont au centre du processus. Des « leaders naturels » identifiés au niveau des communautés viennent renforcer l'appropriation de l'approche à la base.
- **Laisser le choix des matériaux et des modèles de latrines aux communautés.** Aucun modèle ou prescriptions techniques ne sont imposées aux ménages qui sont libres de construire des latrines adaptées à leurs moyens et à leur environnement naturel.
- **Renforcer les capacités au niveau local.** Des coordinateurs, facilitateurs et « leaders naturels » sont systématiquement formés au niveau local lors de la mise en œuvre de l'ATPC.
- **S'assurer de l'appropriation du gouvernement à tous les niveaux pour assurer l'effectivité et le passage à l'échelle.** En Mauritanie, l'adhésion et le soutien du gouvernement, au niveau central, régional et local, est particulièrement important.
- **Intégrer systématiquement la promotion de l'hygiène, notamment le lavage des mains.**
- **Considérer l'ATPC comme un point d'entrée pour le changement social et comme un moyen d'améliorer la participation communautaire.**

- **Ecarter tout recours aux subventions directes.**

Malgré une adhésion aux principes fondamentaux de l'ATPC, le Gouvernement mauritanien a introduit une certaine flexibilité sur ce dernier point en **laissant la possibilité d'introduire des subventions indirectes pour les ménages les plus démunis dans sa stratégie nationale d'assainissement**. Cette flexibilité doit intervenir dans les communautés ayant déjà été déclarées FDAL, l'objectif étant d'améliorer la durabilité des ouvrages et du changement de comportement.

Cette opportunité est dès à présent saisie par un certain nombre de bailleurs de fonds et d'ONG. Le programme « 5 wilayas » financé par l'AFD et l'UE en est un exemple récent. Il introduit la possibilité, au bout d'une année de mise en œuvre de l'ATPC, d'introduire des subventions indirectes au profit des ménages les plus pauvres afin d'améliorer la durabilité de l'approche et sans en compromettre les principes fondamentaux.

S'agissant des ONG opérant sur d'autres fonds que les fonds UNICEF, certaines adaptent l'ATPC dans ce sens. ACF par exemple distribue de manière systématique des kits d'assainissement (petit matériel utile à la construction de latrines: pelles, pioches, etc.). Le GRET, dans le cadre du renforcement des activités post FDAL, développe des Sani-marchés et un « ATPC++ » dans lequel des subventions indirectes sont introduites via le paiement de maçons ce qui permet de construire de manière systématique des dalles en dur et des fosses maçonnées, même si la superstructure est laissée à l'appréciation des ménages. Pour ces ONG, le déclenchement est utilisé comme un outil de sensibilisation qui a montré ses capacités fortes en termes de changement social rapide mais l'approche est adaptée afin de renforcer sa durabilité, notamment via le renforcement de la qualité des ouvrages construits. Néanmoins, si « l'ATPC ++ » est introduit dans un souci de durabilité, rien n'indique pour le moment que cette approche est plus performante que l'ATPC « classique ».

C.3. Effectivité

C.3.1. Evolution des « normes sociales » suite aux interventions ATPC

Le terme de « normes sociales » n'est pas explicitement utilisé par les acteurs chargés de la mise en œuvre de l'ATPC à tous les niveaux. En revanche, la référence aux « changements de comportements » est très claire et bien intégrée par l'ensemble des parties prenantes. Il est évident que l'ATPC est réellement perçu comme une manière de changer les comportements de manière durable sur le long terme plus que de construire des infrastructures d'assainissement *per se*.

Percevoir le changement des normes sociales est un processus complexe qui demande d'être suivi et documenté sur le long terme, ce que n'a pas permis cette mission d'évaluation. Néanmoins, l'équipe d'évaluation a pu mettre en lumière un certain nombre d'éléments relatifs à l'évolution de ces normes, notamment :

- Il existe une **stigmatisation faible des personnes continuant à déféquer à l'air libre au sein des communautés où prévaut une certaine tolérance**, notamment au regard des modes de vie traditionnellement nomades. Toutefois, dans quelques cas isolés, des **systèmes de sanction** pour les personnes continuant à pratiquer la défécation à l'air libre ont été mis en place. Il a été reporté que dans certains villages, des amendes de 1000 UM pouvaient être données aux personnes continuant ces pratiques. D'autres formes d'organisation commencent à émerger au niveau des villages, notamment des comités villageois de gestion qui s'occupent uniquement de la pérennisation de l'ATPC. **Néanmoins, ces effets inattendus sont à ce stade peu documentés et mal connus.**

- La **pression de la communauté pour atteindre le statut FDAL** semble importante mais reste difficile à documenter de manière rigoureuse *a posteriori*.
- Il est évident que la **certification donne un sentiment de fierté aux communautés**. La cérémonie FDAL et la remise d'un certificat semblent être des moments importants du processus.
- **Il est très difficile de mesurer la proportion de personnes continuant à pratiquer la DAL dans les communautés visitées**. Lors de l'ensemble des visites de terrain, il a été reporté que la DAL n'a pas complètement disparue mais qu'elle reste un phénomène minoritaire sans qu'il soit pour autant possible de chiffrer et de documenter de manière précise de phénomène.

De manière plus générale, **il n'existe pas d'indicateurs spécifiques sur les aspects d'adoption d'une nouvelle norme sociale (y compris avant la certification)**. Etablir des critères spécifiques et un système de suivi performant semble être un chantier prioritaire pour permettre au pays de mesurer l'impact de l'ATPC sur son objectif premier : les changements de comportements, et ce sur le long terme.

C.3.2. Prise en compte de l'environnement dans la mise en œuvre de l'ATPC

Le sous-secteur de l'assainissement souffrait de **nombreux blocages** avant l'introduction de l'ATPC, notamment : un **manque de priorité pour l'assainissement rural, le poids de la subvention, une absence de leadership et un manque de lien entre l'hygiène et l'assainissement**. L'introduction de l'ATPC pilotée par UNICEF a permis de dépasser rapidement ces blocages et d'atteindre des résultats significatifs en une période relativement courte.

Par ailleurs, de manière paradoxale, la faiblesse du secteur privé local (maçons et artisans spécialisés) n'est pas une contrainte apparente au développement du secteur de l'assainissement rural.

C.4. Durabilité de l'ATPC

C.4.1. Des critères de certification en cours de stabilisation

Malgré des résultats apparemment éloquentes, le « succès » de l'ATPC était défini jusque 2013 de manière assez floue puisqu'il n'existait pas de critères de certification clairs et partagés à l'échelle nationale. En effet, jusqu'à avril 2013, même si soumise à la proposition d'un(e) facilitateur (-trice), puis vérifiée par le CRS et certifiée par la DRHA, la certification n'était pas homogène sur le territoire du fait de l'absence de critères établis. La certification pouvait rendre compte d'une progression d'un village en un temps donné plus que d'un statut 100% FDAL atteint de la communauté concernée. **Toutefois, des efforts ont récemment été entrepris avec la tenue d'un atelier de bilan et de réflexions sur la mise en œuvre de l'Approche ATPC en avril 2013**. Celui-ci a permis de **définir des critères de certification clairs** (voir tableau 5). Des indicateurs de suivi ont également été établis durant cet atelier (voir tableau 6). Ces critères ont aujourd'hui été partagés à l'échelle nationale au travers des formations du personnel à l'ATPC et des personnes clés impliquées à tous les niveaux de la mise en œuvre et servent de base pour la certification qui devient progressivement plus homogène sur l'ensemble du territoire. L'appropriation des indicateurs est donc en cours à l'échelle nationale.

Tableau 5 – Critères de certification (atelier d'avril 2013)

Les caractéristiques d'une communauté FDAL sont :

A- Essentiels :

- Tous les ménages utilisent et entretiennent leurs latrines ;
- Les ménages utilisant les latrines du voisin ont un plan à court terme pour construire leurs propres latrines. Le propriétaire est au courant dudit plan ;
- Absence des excrétaux aux alentours du village ;
- Présence du savon et d'eau pour l'utilisation après la défécation dans 60% des latrines (ou de cendre à la place du savon) ;
- 80% des ménages ont leurs latrines et 70% des latrines construites respectent les normes GMP et les propriétaires des 30% des latrines restantes s'engagent à respecter les normes à court terme ;

B- Complémentaires :

- La latrine protège l'intimité de l'utilisateur.
- Existence d'un comité ou personne chargé de veiller sur la pérennité de l'état FDAL
- 80% des ménages disposent des moyens pour le lavage des mains.

Tableau 6 – Indicateurs de suivi (atelier d'avril 2013)**Indicateurs de Suivi :**

- 80% des ménages possèdent des latrines et 100% des ménages les utilisent ;
- 80% des ménages ont, au bout de 12 mois, réalisé leurs latrines ;
- Absence des excrétaux autour du village dans un rayon de 100 mètres ;
- Diminution de 50% des maladies diarrhéiques ;
- 60% des latrines possèdent de l'eau et du savon ;
- 80% des latrines construites respectent les normes.

Par ailleurs, le manque de moyen des DRHA et des CRS, et donc la difficulté à suivre/participer à l'ensemble des certifications, pose des problèmes en termes de suivi, d'homogénéité et de rigueur de la certification.

Enfin, les latrines construites ne répondent pas toutes aux critères JMP puisqu'aucune préconisation n'est fournie sur le plan technique après le déclenchement. **Selon la DA, 60% à 70% des latrines seraient améliorées mais il semble difficile de vérifier ce chiffre.** En outre, ce chiffre est évolutif, certains ménages améliorant eux-mêmes leurs latrines au cours du temps comme cela a pu être observé lors des visites de terrain réalisées dans le cadre de cette évaluation.

C.4.2. Mesure des résultats de l'ATPC

Le caractère provisoire des critères de certification utilisés jusqu'à présent a entraîné la certification prématurée de certaines communautés (état FDAL non atteint ou situation non stabilisée dans un nombre limité de communautés). Par ailleurs, l'absence d'enquêtes post-certification rend difficile d'évaluer le pourcentage de ménages et de communautés ayant intensifié leur engagement pour des pratiques sanitaires positives en adoptant des comportements additionnels positifs ou en évoluant vers des latrines de haute qualité.

Il existe un faisceau d'indices conduisant à la conclusion que certaines communautés ne resteraient pas 100% FDAL après la certification, notamment à cause de la qualité des infrastructures mais également du fait d'un changement de comportements peu durable

sur le long terme. **Toutefois, le renforcement et le suivi de l'ATPC n'étant pas assez pris en compte dans le système actuel, il est difficile d'apprécier de manière précise le nombre de personnes retournant à des pratiques DAL, ce qui constitue indéniablement un point faible du processus.**

La planification et la budgétisation de l'ATPC s'arrêtant à la certification, peu de visites de suivi sont à dénombrer à la suite de la cérémonie. Si des visites de suivi sont réalisées, c'est de manière *ad hoc* par les facilitateurs ou coordinateurs en parallèle d'activités réalisées dans des villages proches.

Certains facilitateurs interrogés ont également témoigné d'une pression liée à la réalisation d'objectifs chiffrés (obligation de réaliser un certain nombre de certifications dans un laps de temps donné) intervenant au détriment de la durabilité de la disparition effective des pratiques de défécation à l'air libre. Dans ce cas, la certification (et non l'adoption d'une nouvelle norme sociale) devient alors l'objectif central de l'intervention. En réponse, certaines ONG comme le GRDR adoptent une stratégie consistant à retarder la certification, voire de ne pas organiser de cérémonie, pour ne pas donner aux communautés l'impression que le processus est terminé. Les équipes du GRDR considèrent en effet qu'au moment de la certification (notamment si elle est faite de manière prématurée), l'adoption de la nouvelle norme sociale n'est pas stabilisée.

C.4.3. Un système de suivi-évaluation à renforcer

Une base de données a été mise en place au niveau central pour suivre les progrès de l'ATPC à l'échelle nationale. Celle-ci permet de suivre les évolutions de la mise en œuvre de l'ATPC, de la date de déclenchement à la date de certification. Elle rend compte à la fois du nombre de personnes formées à l'ATPC, du nombre de ménages ayant construit une latrine, du nombre de latrines construites (avec ou sans dispositif de lavage des mains) et des principales dates clés du processus. Toutefois, compte tenu de l'instabilité des critères de certification jusqu'à une date récente comme exposé précédemment, on peut douter de la qualité des données utilisées jusqu'à présent pour remplir la base.

Toutefois, la principale limite du système de S&E est qu'il ne porte que sur les indicateurs liés à la situation au moment de la certification et ne prend pas en compte le suivi post-certification. L'absence d'indicateurs sur le maintien du statut FDAL, et de manière plus générale sur le changement de comportements, rend difficile la vérification à la fois du maintien du statut FDAL et de la durabilité et de l'amélioration éventuelle des ouvrages construits vers des standards plus élevés. Par extension, il est compliqué d'apprécier si les estimations des progrès vers les objectifs nationaux et internationaux, notamment des ODM, sont réalisées de manière rigoureuse.

Le système de rapportage est relativement fiable (facilitateurs/coordonateurs/DRHA/DA/UNICEF) même si la qualité des données collectées peut être questionnée du fait du manque de moyens des DRHA et des acteurs responsables de la mise en œuvre de l'ATPC au niveau local.

De manière générale, l'absence d'une situation de référence clairement définie est un handicap pour mesurer les progrès, notamment dans les zones nouvellement couvertes.

Dans le montage institutionnel actuel, **il est espéré que le suivi soit assuré de manière spontanée par les « leaders naturels » mais, en l'absence de système de suivi et de processus de rapportage, il est très difficile d'estimer si ce rôle est pleinement investi par ces acteurs.** De la même manière, des liens avec un autre programme financé par UNICEF, le programme « Pratiques Familiales Essentielles » (PFE) sont renforcés. Dans certaines wilayas, les animatrices de ce programme ont été formées à l'ATPC et il est prévu qu'elles assurent un suivi des communautés à la suite de la certification. Toutefois, le renforcement du suivi par le programme PFE semble peu durable dans la mesure où tout processus de changement de comportements nécessite un suivi renforcé sur le long terme.

C.4.4. La durabilité des changements de comportements en question

Si l'ATPC a un impact certain en termes de changement de comportement, la durabilité des nouveaux comportements et des ouvrages est en question. La rechute vers des pratiques DAL semble être à la fois le produit d'une non durabilité des ouvrages construits que de régression per se des comportements.

Le phénomène de rechute nécessite d'être documenté, sur le plan qualitatif et quantitatif, afin de pouvoir améliorer l'ATPC en Mauritanie, mais aussi dans d'autres terrains d'intervention.

C.4.5. Pistes de renforcement de l'ATPC

Pour renforcer la durabilité de l'ATPC sur le long terme, des réflexions sont en cours. Plusieurs options sont discutées, notamment : **la mise en place de relais communautaires et de coopératives, la formation de maçons, le renforcement de l'implication du secteur privé local avec la mise en place de sani-boutiques et de sani-marché et enfin le renforcement du marketing de l'assainissement.** L'expérience menée par le GRET dans la wilaya du Trarza en termes de mise en place de sani-marchés et de sani-boutiques pourra servir une base de réflexion pour le développement d'autres expériences de ce type.

De la même manière, **des réflexions sur l'inclusion systématique des latrines publiques et/ou institutionnelles dans l'approche ATPC sont en cours.** Le statut FDAL pourrait en effet être étendu aux écoles et aux autres lieux publics. Des progrès ont déjà été réalisés en ce sens avec la construction de latrines dans les centres de santé dans le cadre du programme de lutte contre la malnutrition (WASH-in nut). Le franchissement de ce palier n'est pas encore acquis mais cela rentre dans l'objectif d'internalisation des normes sociales par rapport à la DAL.

De manière générale, la documentation sur l'ATPC est faible, il existe peu d'information disponible malgré les résultats significatifs rencontrés à l'échelle nationale. **Un renforcement de la documentation permettrait de mieux valoriser les résultats de l'ATPC en Mauritanie et pourrait être utile à l'apprentissage global et national sur l'approche.**

D. Conclusions de l'évaluation

D.1. L'ATPC, un « succès »

L'ATPC rencontre un fort succès en Mauritanie depuis son introduction par UNICEF en 2009. Ses principales forces sont notamment la capacité :

- D'UNICEF à faire accepter l'ATPC à tous les niveaux grâce à un plaidoyer actif et un programme pilote performant ;
- De l'approche telle que mise en œuvre par UNICEF à dépasser des blocages sectoriels importants dans le sous-secteur de l'assainissement rural ;
- Du dispositif institutionnel mis en place pour développer l'ATPC en Mauritanie qui a permis une appropriation forte du gouvernement et à la DA de s'affirmer dans son rôle de leadership, ce qui est indéniablement une des valeurs ajoutées de l'approche.
- De l'implication d'acteurs émanant d'autres secteurs, notamment la santé via les relais communautaires du MASEF chargés de continuer la sensibilisation, l'éducation, les radios communautaires, les autorités locales et notamment les waly en tant présidents des CRS et, enfin, les représentants religieux qui ont un rôle important en termes de sensibilisation dans le contexte de la République Islamique de Mauritanie.

Il en découle que les résultats de l'ATPC, en termes de communautés certifiées et de latrines construites, le tout sur une période relativement courte, sont significatifs. Presque 1/3 des villages du pays sont aujourd'hui certifiés et le ratio village déclenché/village certifié est bon.

D.2. Des difficultés qui affectent la durabilité de l'approche

Malgré ces succès, des difficultés affectent la durabilité de l'ATPC en Mauritanie.

D.2.1. Faiblesse du système de suivi évaluation

Si les résultats de l'ATPC sont significatifs et rapides, le processus de changement de comportements est un processus long qu'il s'agit de suivre et de renforcer sur le long terme. Aujourd'hui, malgré les efforts réalisés, le système de suivi évaluation ne permet pas de rendre compte de ces changements. Il est donc nécessaire de renforcer le processus de suivi, notamment en dotant les DRHA et les acteurs chargés de la mise en œuvre de l'ATPC de moyens à la hauteur des défis.

De la même manière, des indicateurs permettant de mesurer le changement social et la mise en œuvre d'enquêtes plus fines sur l'évolution des normes sociales sont nécessaires afin de mieux cerner les résultats de l'ATPC.

D.2.2. Un manque de capitalisation des leçons apprises

Les expériences relatives à l'ATPC sont riches en Mauritanie. Néanmoins, le manque de documentation rend parfois difficile l'analyse du processus de changement de comportements, au-delà des réalisations physiques. Une meilleure documentation pourrait permettre à UNICEF de mieux valoriser les expériences menées en Mauritanie afin de contribuer à l'apprentissage national et global, d'améliorer l'approche et de pouvoir faire un plaidoyer efficace et basé sur des preuves à la fois vers le gouvernement mauritanien et les bailleurs de fonds afin d'atteindre l'objectif de 100% des villages FDAL d'ici à 2020.

Annexe 1 : Agenda de la mission d'évaluation

Jour	Date	Activités
0	<i>Dimanche 14 /07</i>	<i>Arrivée des consultants internationaux en Mauritanie</i>
1	Lundi 15/07	<i>Matin</i> : réunion de briefing entre les consultants internationaux et le consultant national <i>Après-midi</i> : Briefing avec les collaborateurs d'UNICEF Mauritanie. Confirmation des réunions, visites de terrain et planification des ateliers
2	Mardi 16/07	<i>Toute la journée</i> : entretiens avec les parties prenantes au niveau central : Ministère de la Santé, Direction de l'Assainissement, ACF, GRDR, Direction de la Planification
3	Mercredi 17/07	<i>Matin</i> : Entretiens avec les parties prenantes au niveau central : CPI, GRET <i>Après-midi</i> : voyage vers wilaya du Brakna
4	Jeudi 18/07	<i>Matin</i> : Visite de communautés dans la wilaya du Brakna (2 villages) Réunion avec les principales partenaires et parties prenantes à l'échelle locale, notamment : Représentants officiels locaux ; membres du CRS ; coordinateur ; facilitateurs <i>Après-midi</i> : retour vers Nouakchott
5	Vendredi 19/07	<i>Matin</i> : repos <i>Après-midi</i> : Analyse des données collectées au niveau national et local et écriture du rapport
6	Samedi 20/07	<i>Matin</i> : voyage vers Atar <i>Après-midi</i> : Visite d'un village dans la wilaya de l'Adrar (visites de terrain et rencontres avec équipe ATPC et autres)
7	Dimanche 21/07	<i>Toute la journée</i> : Visite de deux villages
8	Lundi 22/07	<i>Matin</i> : visite d'un village <i>Après-midi</i> : préparation de l'atelier local
9	Mardi 23/07	<i>Matin</i> : atelier local avec les partenaires et parties prenantes clés <i>Après-midi</i> : voyage vers la capitale
10	Mercredi 24/07	<i>Matin</i> : analyse des données et écriture du rapport <i>Après-midi</i> : préparation de l'atelier national
11	Jeudi 25/07	<i>Matin</i> : Atelier avec les partenaires et parties prenantes clés au niveau national <i>Après-midi</i> : Débriefing avec UNICEF

Annexe 2 : Liste des participants aux ateliers locaux

D.3. Atelier local d'Aleg (wilaya du Brakhna)

Nom et prénom	Fonction	Téléphone
Naha ould Aly	DRHA	22 13 92 09
Diop Amadou Alassane	Coordinateur ATPC	46 51 14 72
Nango Bocar Kane	Superviseur	46 76 71 55
Aminata Abdrahmane Ly	Facilitatrice	20 79 15 24
Fatimata Bint elhadj Omar	Facilitatrice	22 29 70 13
Aicha War	Facilitatrice	46 07 42 98
Fatimata mint Ramdane	Facilitatrice	46 55 52 90
Meijé mint Mkhaitir	Facilitatrice	46 53 52 92
Khadija mint Dhavi	Facilitatrice	46 59 61 66
Khadijetou Fay	Facilitatrice	46 51 98 09
Khadijettou mint Mohamed	Facilitatrice	46 47 33 80
Mariéta Abdallahi Dia	Facilitatrice	46 51 54 94
Aissata Ibrahima Lam	Facilitatrice	46 57 71 31
Zahra mint Mkhaity	Représentant du Masef au CRS	22 40 23 68
Ahmed Ould Tolba	Représentant de la radio au CRS	43 43 00 83
Sidi mint Yahya	Facilitatrice	64 93 55 93
Fatima min Oumar Sidi	Facilitatrice	46 47 58 31

D.4. Atelier local d'Atar (wilaya de l'Adrar)

Nom & Prénom	Fonction	Contacts
Ahmed Ould L'kheil	Chef service Assainissement rural	22 26 40 43
Salma mint Ahmed	Coordinatrice ATPC Adrar	22 31 54 18
Mohameden ould Atigh	DRHA Adrar	22 45 22 25
Mohamed Lémine ould	Chef de village	36 23 39 99

Ntéhah		
Mohamed ould Mbarek	Superviseur	46 56 25 71
Valfrey Bruno	HYDROCONSEIL	valfrey@hydroconseil.com
Aubriot Jlie	HYDROCONSEIL	aubriot@hydroconseil.com
Fatimettou mint Hemet	Facilitatrice	22 08 59 80
Yahya ould Fadel	Facilitateur	36 62 63 50
Mohamed ould Bouh	Facilitateur	44 15 35 82
Yahya ould Boudeih	Facilitateur	44 13 16 57
Abdel Wedoud dhemine	Chef de village	36 16 53 59
Mohamed salek ould Ahmed	Imam (Membre CRS)	22 49 44 10
Mohamed yahya ould Boukhari	Facilitateur	22 38 29 90
Brahim ould Taghri	Chef de village	22 28 61 96
Hadrami ould Abeidna	Chef de village	22 20 24 67
Abddayem Maaouya	UNICEF	22 45 21 15
Yakoub ould Ely Salem	Facilitateur	44 24 15 47
Khadjettou mint Matalla	Coopérative féminine	22 03 33 47
Madyoury Tandia	TENMIYA	46 90 87 87, madyoury@gmail.com
Sow Ahmed Yéro	Délégué régional de la jeunesse (membre CRS)	22 37 25 08
Zeinabou mint Matalla	MASEF Adrar (membre CRS)	22 24 04 16
Ba Ousmane	Direction régional santé (Membre CRS)	22 05 55 91
Sid Ahmed Nemou	Facilitateur	22 29 41 27
Bedre Moussa	Directeur Radio Atar (membre du CRS)	46 87 87 87

Annexe 3 : Liste des participants à l'atelier national

N°	Nom & Prénom	Fonction	Contacts
1	Mohamed Ould Khouri	DRHA Tagant	22 13 92 18
2	Ely ould Hamedi	DRHA Trarza	22 13 92 13
3	SChwen Alban	AFD	41 21 52 61
4	Nah ould Aly	DRHA Brakna	22 13 92 09
5	Hbib Sidi Aly	EAA Mauritanie	27 66 38 83
6	Ahmed ould L'kheil	Direction de l'Assainissement	22 26 44 43
7	Diagana Mohamed	Counter Part Internation	46 44 27 48
8	Abddayem Maouya	UNICEF	22 45 21 15
9	Abdoulaye Fall	Coordinateur ATPC Trarza	46 71 32 08, abfall1959@yahoo.fr
10	Mohameden ould Atigh	DRHA Adrar	22 13 92 16
11	Sidi Mohamed Eleyouta	DRHA Assaba	22 13 92 14
12	Fatou Mbengue	Facilitatrice Trarza	47 58 56 80
13	Abdoulaye Gueye	Coordinateur ATPC Gorgol	46 45 5812
14	Mohamed Mahmoud Ould Bah	Coordinateur ATPC Tagant	46 40 46 48
15	Mohamed ould MBareck	Facilitateur Adrar	46 56 25 71
16	Salma mint Ahmed	Coordinatrice ATPC Adrar	22 31 54 18
17	Baba ould Tama	EPS/santé	22 03 94 49, babatama@yahoo.fr
18	Mohamed El mane Abdawa	UNICEF	22 39 07 36
19	Mariata Abdallahi Dia	Appui Coordination ATPC Brakna	46 51 54 94, mairameldjibo@yahoo.fr
20	Sédi Camara	Coordinatrice ATPC Assaba	22 09 04 52, camarasedi@yahoo.fr
21	Ousseini May Maigana	WASH UNICEF	22 32 69 69, omaigana@unicef.org
22	Ahmed Waddady	DA / MHA	26 53 30 30, ahmedwd52@gmail.com
23	Mohamed Jiddou	DPSC / MHA	22 30 07 46, jiddou67@yahoo.fr

24	Saadou Ebih	CNRE / MHA	22 30 70 17
25	Nagi Mamy	CNRE	48 47 04 71
26	Moulaye Ould Bleila	GRET	22 19 12 23
27	Fatimettou mint Moctar Salem	DA	22 43 22 42
28	Mohameden ould Ahmed	DNES / Ministère de l'éducation	46 72 53 22, hbiboullahmed@yahoo.fr
29	Fassa Yérim	Maire de Rosso	22 30 23 58 / 47 94 00 27, fassayerim@yahoo.fr
30	David Simon	FAMSI	47 46 33 98

Annexe 4 : Agenda de l'atelier national

Agenda de l'atelier national – Nouakchott, le 25/07/2013

Horaire	Activité
9.45	Arrivée et émargement
10.00	Mots de bienvenue (Direction de l'Assainissement, UNICEF)
10.10	Introduction et explication des objectifs de l'atelier (Consultants)
10.30	Présentations des conclusions préliminaires de l'évaluation (Consultants)
11.15	Clarification et questions d'éclaircissement sur la présentation (plénière)
11.30	Discussion sur les conclusions préliminaires (plénière) 25 minutes de discussion sur chacune des quatre dimensions de l'évaluation (résultats, efficacité, efficience, durabilité) Facilitation : Consultants
13.10	Synthèse de l'atelier (Consultants) Discussion sur les pistes de recommandation pour améliorer l'approche
13.30	Clôture de l'atelier (Direction de l'Assainissement)