



Evaluation Externe

Réduction du risque de propagation des épidémies de choléra à Conakry : IEC, alerte précoce et barrières sanitaires

Financée par ECHO

Yvan Grayel, mars 2012

Table des matières

Abréviations	3
Remerciements	3
1 Résumé.....	1
2 Rapport détaillé	4
2.1 Introduction - Contexte général du projet.....	4
2.1.1 Contextes d'intervention.....	4
2.1.2 Objectifs du projet	4
2.1.3 Principales réalisations du projet	5
2.2 Méthodologie de l'évaluation	6
2.2.1 But de l'évaluation finale	6
2.2.2 Méthodologie appliquée	6
2.3 Constatations et discussions - Résultats de l'analyse	9
2.3.1 Impact	9
2.3.2 Pérennité	12
2.3.3 Couverture	14
2.3.4 Cohérence.....	16
2.3.5 Pertinence	19
2.3.6 Efficacité.....	23
2.3.7 Efficience.....	25
2.3.8 Monitoring et Eléments transversaux.....	27
2.4 Conclusions et recommandations	28
2.4.1 Conclusions.....	28
2.4.2 Recommandations	29
Annexes	32

Abréviations

ACF	Action Contre la Faim
ACF-E	Action Contre la Faim - Espagne
APR	Activity Progress Report
CAP	Enquête Connaissances Aptitudes Pratiques
CRG	Croix-Rouge Guinéenne
CTC	Centre de Traitement de Choléra
DPLM	Division prévention et Lutte contre la Maladie
DSVCO	Direction de la Santé de la Ville de Conakry
ECHO	Direction Générale de l'Aide Humanitaire de la Commission Européenne
EHA	Eau Hygiène Assainissement
FG	Franc Guinéen
IOV	Indicateurs Objectivement Vérifiables
MSHP	Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique
OCDE	Organisation de Coopération et de Développement Economique
OFDA	Office of US Foreign Disaster Assistance
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PHAST	Participatory Hygiene and Sanitation Transformation
SEG	Société des Eaux de Guinée
SMART	Spécifique, Mesurable, Atteignable, Réaliste, Temporairement défini
UNICEF	Le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
WASH	Terme anglais pour 'Eau Hygiène Assainissement'

Remerciements

Je souhaite adresser mes remerciements à ACF International, et plus particulièrement aux bureaux de Grande-Bretagne et d'Espagne pour m'avoir confié cette mission d'évaluation. Le travail a été très intéressant et j'espère que les conclusions de cette mission permettront de contribuer le mieux possible au renforcement des actions de qualité d'ACF dans la solidarité internationale.

Ce travail d'évaluation n'aurait pas été le même sans l'excellent accueil et la très grande disponibilité du personnel d'ACF Guinée. J'ai particulièrement apprécié l'esprit d'ouverture et le souci de chacun à participer à l'amélioration des bonnes pratiques. Je tiens à montrer ici ma reconnaissance toute particulière à la chef de mission, la coordinatrice technique et à toute l'équipe WASH.

Je remercie également l'ensemble des acteurs rencontrés durant mes 15 jours de terrain et qui m'ont apporté des éléments d'informations de grande valeur.

Le travail de prévention des épidémies de choléra d'ACF en Guinée est important. Les enseignements à tirer d'une telle intervention sont multiples. Que les recommandations de ce rapport servent à tous les acteurs impliqués afin de mieux lutter contre le choléra en Guinée.

1 Résumé

• Contexte General

Cette version finale du rapport d'évaluation est le compte-rendu des investigations et des conclusions de l'évaluation finale externe menée sur Conakry en février 2012. Le projet intitulé "*Réduction du risque de propagation des épidémies de choléra à Conakry : IEC, alerte précoce et barrières sanitaires*" a été défini et mis en œuvre par ACF; il a été planifié et s'est déroulé sur 8 mois (de mai à décembre 2011). Le financement des actions de prévention aux épidémies de choléra d'ACF sur la zone de Conakry sur la période de 2011 provient de 2 bailleurs de fonds internationaux (ECHO et OFDA). Le budget total de l'opération s'élève à 310 000 €. Les zones du projet se sont déroulées sur les 5 communes de Conakry.

• Méthodologie

L'évaluation finale de ce projet de réduction du risque de propagation de choléra dans la ville de Conakry a pour objectif d'être réalisée selon les critères de qualité de l'OCDE. En suivant les prescriptions des termes de références de l'évaluation, la mission d'évaluation finale s'est déroulée sur 17 jours selon 3 axes principaux : discussions préliminaires et collecte d'information, activités de terrain, présentations et rapports.

Les limites de l'évaluation ont été (i) des informations en cours de collecte au moment de l'évaluation finale, (ii) la visite de sites représentatifs, (iii) des échanges rapides avec les bénéficiaires et (iv) la déclaration d'une épidémie de choléra dans la préfecture de Forécariah le 10 février 2012.

• Constatations et discussions – Résultats de l'analyse

1) Impact

Au moment de l'évaluation finale, réalisée pendant la période post-projet de 3 mois, certains indicateurs de résultats restent en cours de réalisation et ne sont pas mesurables à cette date de l'évaluation. L'objectif du projet sera obtenu de manière globale et aboutit à l'amélioration à la fois de la prévention sur les zones d'intervention (contrôle significatif des risques de transmission) et des capacités de riposte sur la ville (capacités institutionnelles de prévention et de réponse, grâce au plan de contingence opérationnel). Ce projet a plutôt bien intégré les besoins prioritaires d'un risque élevé d'épidémie en début de projet. Les avis positifs de l'ensemble des acteurs reflètent d'une grande satisfaction générale des actions du projet.

Le niveau de connaissance des risques de choléra et les modifications de comportement semblent s'être accrus grâce aux actions du projet, mais l'adoption de nouveaux comportements d'hygiène sur le long terme est un travail de longue haleine qui ne s'acquiert qu'au prix de longues séances de travail participatif. Les besoins d'amélioration des conditions sanitaires étant vastes à Conakry; ce projet participe à l'effort d'amélioration de la prévention efficace d'épidémie à long terme sur l'ensemble de la ville. Toutefois, des conditions sanitaires correctes (accès à l'eau potable et assainissement urbain) seront le seul moyen efficace - dans la durée - de ne plus voir apparaître des épidémies périodiques de choléra. Les actions de prévention du choléra ont également un impact important sur la réduction de la prévalence des diarrhées.

ACF Guinée a renforcé son expertise dans le domaine de l'EHA et de la réduction des risques dans le pays et au sien du réseau ACF International.

2) Pérennité

Le projet a mis en place des systèmes qui ont vocation à durer longtemps mais qui en parallèle présentent des risques importants de mauvais fonctionnement ou d'abandon à terme. ACF a des capacités de financement jusqu'à septembre 2012 pour des actions d'appui aux acteurs locaux pour assurer une bonne pérennité des services créés (maintenir ses efforts d'accompagnement des structures locales en se retirant progressivement). Le fonctionnement durable des ouvrages sanitaires dépend beaucoup de la capacité de gestion des comités de gestion; la prise de conscience de la population est renforcée, mais avec un risque de retour aux pratiques dangereuses. Des organisations locales (comme la CRG) ainsi que certains leaders ou groupes communautaires ont de bonnes capacités d'actions dans le domaine de la promotion de l'hygiène. Ils sont des acteurs clés pour prendre le relais sur le long terme et doivent continuer à être soutenus autant que possible dans le cadre de futures opportunités de financement.

Le travail d'ACF à propos de la remise à jour du plan de contingence de Conakry a permis de renforcer la capacité de riposte en cas de crise sur Conakry. De l'avis de tous, la capacité de riposte est prête. La capacité de la DSVCO à maintenir ce plan de contingence à un niveau opérationnel élevé est un des facteurs clés de la bonne préparation aux épidémies sur Conakry. La réactivation périodique du processus de préparation et l'implication régulière des acteurs concernés dans des réunions de suivi demandent un budget

de fonctionnement. ACF doit jouer un rôle de plaidoyer actif dans la mobilisation future des fonds utilisés pour la mise à jour et l'application du plan de contingence de Conakry. Dès la conception du projet, ACF a défini une stratégie de désengagement dans le processus de préparation aux épidémies de choléra.

3) Couverture

ACF a une très bonne connaissance du terrain grâce à des années d'expérience dans la zone. Le projet a utilisé l'étude épidémiologique réalisée en 2010, qui apporte une analyse des vulnérabilités et un ciblage des besoins par quartiers dans le cadre de la prévention des épidémies de choléra. Dans un contexte urbain et périurbain dense, ACF a choisi judicieusement de réaliser des installations publiques sur les lieux de regroupement fréquents, qui représentent de vraies possibilités de contamination. Les ménages ont été ciblés par les actions de sensibilisation de grande échelle.

La couverture géographique du projet d'ACF et le nombre de bénéficiaires sont considérés comme importants. Mais les besoins à couvrir restent considérables. Le nombre de bénéficiaires réellement ciblés par le projet est supérieur à celui de l'objectif initial. Pour un habitant des quartiers ciblés, il existe diverses possibilités de bénéficier du projet. Les toilettes publiques sont accessibles à l'ensemble des populations ciblées, sous réserve de paiement et d'accès physique. La sous-fréquentation des toilettes publiques deviendra rapidement un enjeu important pour leurs fonctionnements corrects et durables; ACF doit pouvoir investiguer durant les mois à venir les raisons de cette sous utilisation et aider les comités de gestion à prendre les mesures correctives adaptées.

4) Cohérence

ACF a travaillé avec 2 bailleurs de fonds internationaux (ECHO et OFDA) sur des périodes différentes qui a permis de donner les moyens nécessaires à la réalisation du projet et d'assurer un accompagnement de la part d'ACF auprès des acteurs locaux sur des points cruciaux de pérennité des services créés. Le projet ACF propose un équilibre intéressant entre les activités EHA apportant des améliorations concrètes sur le terrain aux populations les plus exposées et la planification et la préparation des acteurs impliqués. La prévention des épidémies au sein des communautés ainsi que le renforcement des compétences de planification et de riposte sur les plans national et local sont des priorités importantes dans le pays. Le niveau de coordination avec les instances gouvernementales et le groupe sectoriel WASH est de manière générale très apprécié.

Le projet de prévention des risques d'épidémie de choléra rentre parfaitement dans les orientations de la stratégie pays et régionale d'ACF pour lutter contre les vulnérabilités nutritionnelles. L'approche d'ACF à propos de la prévention du choléra se concentre sur des actions WASH; le projet ne propose pas d'intervention au niveau médical ni de soutien psychosocial en cas d'épidémie. La mise en route d'un plan de contingence Choléra, avec des systèmes de détection rapide et la préparation des acteurs d'un point de vue capacité, logistique et financier, est très bien intégrée dans ce projet.

5) Pertinence

Ce projet a toute sa pertinence au vu des besoins constatés dans les quartiers sélectionnés. Dans l'ensemble, le projet a établi une bonne définition des solutions prioritaires sur les lieux sensibles, en axant ses actions sur 2 objectifs prioritaires dans la lutte contre le choléra : la réduction de la transmission de personne à personne avec des pratiques d'hygiène adaptées et la sécurisation des zones à fort risque de contamination. Cette approche complète permet aussi une amélioration de manière plus large de la santé publique en lien avec les maladies hydriques.

La promotion du SurEau au niveau des ménages semble être une approche pertinente pour plus d'efficacité et de rapidité de prévention et de réponse. Mais l'ensemble des acteurs impliqués dans la lutte contre le choléra (autorités nationales et régionales et groupe sectoriel EHA) ne considère pas suffisamment les obligations et les responsabilités de fournisseur d'eau potable de la part de la SEG. Il est nécessaire de lancer des actions de plaidoyer pour intégrer la SEG dans les actions de prévention et de riposte aux épidémies de choléra (en lien avec le plan de contingence et les réunions de crise).

ACF a proposé une gestion communautaire des points d'eaux et des toilettes publiques sur les sites prioritaires. L'exemple de bonnes pratiques montre les conclusions positives issues de l'évaluation finale sur la définition et la mise en œuvre appropriées et innovantes de ce genre de gestion locale, en termes d'organisation, de gestion et de pérennité.

Les démarches d'identification et de conception des activités ont laissé la possibilité aux futurs usagers d'exprimer leur besoins particuliers. ACF travaille en étroite collaboration avec les autorités et les partenaires de terrain expérimentés comme le CRG. La satisfaction constatée de la part de l'ensemble des personnes rencontrées durant l'évaluation restent un bon indicateur de la bonne intégration de préoccupations locales et communautaires. ACF a proposé des solutions techniques adaptés au contexte local; certains aspects du

projet auraient pu faire l'objet de plus de participation active de la part des marchands, des usagers et des ménages des quartiers (participation à la décision sur le coût d'utilisation des toilettes, travail de sensibilisation avec des approches participatives).

Le cadre logique respecte une logique d'intervention pertinente, dans laquelle on peut dire de manière générale que les activités proposées devraient permettre d'atteindre les résultats fixés et mesurés par des indicateurs de résultats adaptés. Par contre, il est difficile d'évaluer dans quelle mesure l'atteinte des résultats permet d'atteindre la réalisation de l'objectif spécifique du projet.

6) Efficacité

Les résultats du programme devraient tous être atteints à la date de remise du rapport final à ECHO.

Il n'y a pas eu de modifications majeures de l'approche générale du projet par rapport à sa conception. Les activités se sont toutes déroulées comme prévu, les changements n'intervenant qu'au niveau des dates de réalisation décalées par rapport à la planification initiale. La production des résultats a été échelonnée durant le projet; ACF a réussi à atteindre les objectifs programmés des activités sans solliciter d'extension du projet.

7) Efficience

Le cadre logique propose des objectifs mal définis. Les indicateurs de l'objectif spécifique sont atteints.

Le ratio cout / bénéficiaire est de l'ordre de 4€. Les actions de sensibilisation peuvent généralement cibler un large nombre de personnes pour un coût faible. Il n'y a pas eu de participation communautaire pour la construction sur les lieux publics. La viabilité des ouvrages est importante mais les coûts de construction restent élevés.

La qualité des ressources humaines est pour beaucoup dans la bonne réalisation du projet. Les compétences de l'équipe WASH ont été suffisantes et appropriées aux enjeux techniques. Le projet n'a pas été perturbé par des incidents de sécurité; ACF est une organisation très bien acceptée sur les sites du projet. Les moyens semblent avoir été suffisants et ne pas poser de contraintes particulières dans le déroulement des activités.

• Conclusions

Le projet de réduction des risques de propagation des épidémies de choléra sur Conakry a produit de bons résultats, avec des approches appropriées et une réalisation générale satisfaisante selon des moyens financiers et humains convenables et dans un délai assez court. Il est crucial qu'ACF puisse s'impliquer auprès des acteurs locaux au-delà des 3 mois de suivi prévus, dans un processus d'accompagnement avec retrait progressif sur une période plus longue (possible avec le financement OFDA en cours).

Grâce au travail effectué au niveau du plan de contingence, la capacité de riposte est globalement prête à Conakry. Cette bonne planification et préparation devrait servir d'exemple à la réalisation des autres plans de contingence régionaux par d'autres acteurs. Il faut garder à l'esprit la position fragile du renforcement des capacités de préparation dans cette période de passation des efforts de coordination et de la difficulté à mobiliser les énergies et les fonds.

Les besoins d'actions de prévention du choléra au niveau communautaire à Conakry demeurent conséquents. Les leçons d'expériences sont importantes à valoriser pour renforcer la qualité des actions d'ACF, de ses partenaires et de futurs acteurs dans le domaine de prévention et de riposte du choléra à Conakry. Avec l'appui probable d'autres financements à venir sur des problématiques EHA sur Conakry, ACF a des opportunités intéressantes de promotion de nouvelles approches techniques réussies, pour participer au travail prioritaire d'actions locales de terrain dans la couverture en EHA sur le long terme à Conakry.

• Recommandations

1) Pour le renforcement durable de la préparation à la riposte aux épidémies de choléra

- Activités urgentes de finalisation des activités
- Réaliser un suivi post-projet des comités de gestion des toilettes publiques sur une période minimale de 9 mois (sous financement OFDA), tout en assurant un retrait progressif de suivi
- Maintien du niveau opérationnel du Plan de Contingence Conakry
- Renforcement des actions préventives et de riposte du Plan de Contingence
- Renforcement des compétences en réponse d'urgence 'Crise Choléra – EHA' au sein de l'équipe ACF Guinée.

2) Pour des améliorations efficaces et durables du cadre de vie des quartiers prioritaires de Conakry

- Valoriser l'expertise développée sur le projet et renforcer le plaidoyer technique d'ACF
- Participation à de nouvelles initiatives EHA en contexte urbain.

2 Rapport détaillé

2.1 Introduction - Contexte général du projet

2.1.1 Contextes d'intervention

(a) La République de Guinée se situe au 178^e rang (sur 187 pays) du classement de l'Indice de Développement Humain. Le pays est bien en dessous de la moyenne de la région sub-saharienne ainsi que du niveau de développement humain considéré comme faible.

Le pays compte plus de 10 millions d'habitants dont environ 2 millions se regroupent dans la capitale Conakry, qui est aussi une entité régionale à elle seule. D'après les dernières informations officielles de 2007¹, 25% des habitants de Conakry n'ont pas d'accès à des infrastructures sanitaires (de type latrine / toilettes) salubres et 12% n'ont pas d'accès sécurisé à l'eau. Il semble que ces chiffres sont bien deca dans certains quartiers urbains et périurbains de la ville, où des conditions de vie salubres ne sont pas assurées.

(b) La République de Guinée a connu de nombreuses épidémies ses 40 dernières, avec un hausse depuis 2003 (comme pour la région de l'Afrique de l'Ouest en général). Bien que depuis 2008 on observe une diminution des cas (seulement 3 cas en 2011), la ville de Conakry est une zone à haut risque de propagation de maladies liées à l'eau, comme le choléra. L'enquête épidémiologique de 20120 détaille par quartiers les zones prioritaires d'intervention.

(c) ACF travaille en Guinée depuis 1995 par l'intermédiaire de son bureau en Espagne. Depuis 3 ans, ACF a redirigé ses actions sur la ville de Conakry. La Stratégie Pays sur 2012 – 2015 est en cours de développement.

ACF mène des actions de prévention et amélioration de la riposte aux épidémies de choléra depuis 2009 (partenariats avec UNICEF et CRG sous financements ECHO).

(d) Il est à souligner que le Ministre de la Santé a déclaré le 10 février 2012 une nouvelle épidémie dans la préfecture de Forécariah, région de Kindia (aucun cas sur Conakry à la date de réalisation de cette évaluation sur Conakry). Le bureau ACF Guinée est impliqué dans le groupe de crise qui s'est immédiatement mis en place. Face au risque important de propagation de cette épidémie sur Conakry, ACF a notamment renforcé ses activités de sensibilisation de masse auprès de la population.

(e) Cette version finale du rapport d'évaluation est le compte-rendu des investigations et des conclusions de l'évaluation finale externe menée sur Conakry du 4 au 17 février 2012.

2.1.2 Objectifs du projet

Le projet intitulé "*Réduction du risque de propagation des épidémies de choléra à Conakry : IEC, alerte précoce et barrières sanitaires*", a été défini et mis en œuvre par ACF. Il a pour but de :

Titre du Projet	Réduction du risque de propagation des épidémies de choléra à Conakry : IEC, alerte précoce et barrières sanitaires
Objectif Général	Renforcement de la réponse précoce aux épidémies de cholera au travers de la responsabilisation des communautés, des institutions publiques, des acteurs non étatiques, et de l'amélioration des conditions sanitaires dans les lieux publics de la ville de Conakry
Objectif Spécifique	Contribuer à la réduction des taux de morbidité et de mortalité liés aux épidémies de choléra en Guinée

¹ WHO/UNICEF Joint Monitoring Program for Water Supply and Sanitation, updated March 2010

Résultats Attendus	Résultat 1 : Les capacités des acteurs institutionnels et non étatiques en matière de préparation aux épidémies de choléra sont renforcées.
	Résultat 2 : Les conditions sanitaires dans les lieux publics ciblés sont améliorées.
	Résultat 3 : Les connaissances et les pratiques sanitaires de la population en cas d'épidémie sont améliorées.

2.1.3 Principales réalisations du projet

• Durée du projet

(a) Le projet a été planifié et s'est déroulé sur 8 mois (de mai à décembre 2011). Le cofinancement d'OFDA permet de poursuivre certaines actions de soutien au niveau des ouvrages construits et des structures de gestion, auprès de la population ainsi le renforcement des compétences locales jusqu'à fin septembre 2012.

(b) Certaines activités prévues dans le cadre du financement ECHO sont en cours de finalisation et devraient être complétées avant la remise du rapport final à ECHO. Ces activités de suivi ou de collecte d'indicateurs de mesure n'ont fait lieu d'aucun cout supplémentaire, les frais divers dépensés après décembre 2011 étant couverts par le budget du cofinancement.

• Financement du projet

Le financement des actions de prévention aux épidémies de choléra d'ACF sur la zone de Conakry sur la période de 2011 provient de 2 bailleurs de fonds internationaux : ECHO et OFDA. Le budget total de l'opération s'élève à 310 000 €. Il est réparti comme suit :

Bailleurs de fonds	Montant	Devise
ECHO	250 000	EURO
OFDA	60 000	EURO
TOTAL	310 000	EURO
<i>Fonds OFDA complémentaires pour les actions en 2012</i>	<i>\$251,000 auquel sont déduits 60 000€</i>	<i>USD</i>

• Zones d'intervention

Les zones du projet se sont déroulées sur les 5 communes de Conakry. Les activités du résultat 2 ont touché plus particulièrement 5 sites et celles du résultat 3 ont concerné 10 zones plus larges. L'annexe 2 – *Liste des Activités du Projet* propose un récapitulatif des sites d'intervention.

• Activités réalisées

En se basant sur les informations contenues dans les rapports mensuels de suivi ACF, les activités du projet ont été répertoriées dans l'annexe 2 – *Liste des Activités du Projet*.

2.2 Méthodologie de l'évaluation

2.2.1 But de l'évaluation finale

(a) Afin d'améliorer ses pratiques organisationnelles selon un cadre intégré d'évaluations, d'apprentissage et de redevabilité, ACF International a développé une politique d'évaluation de ses programmes selon des lignes directrices redéfinies dans une version révisée (2011) de la politique d'évaluation d'ACF.

C'est dans ce cadre là que l'évaluation finale de ce projet de réduction du risque de propagation de choléra dans la ville de Conakry a été définie. Elle a pour objectif d'être réalisée selon les critères de qualité de l'OCDE.

(b) ACF-E souhaite être en mesure de rendre compte de son action au niveau de la prévention de choléra en Guinée, en fonction des résultats obtenus, des choix effectués ainsi que des contraintes rencontrées.

L'évaluation finale externe permet d'apprécier, de manière objective et indépendante, la performance opérationnelle et les résultats obtenus, tant d'un point de vue quantitatif que qualitatif. En outre, en portant un regard extérieur et détaché sur le contexte opérationnel du projet, la prise de recul et l'impartialité vis-à-vis du projet et de ses acteurs permettent également d'approfondir la réflexion et l'apprentissage en commun, aboutissant à l'élaboration de recommandations issues des leçons d'expérience sur les logiques d'intervention futures.

(c) L'évaluation finale analyse les objectifs du projet et sa logique d'intervention au travers du cadre logique défini. Les améliorations produites sont évaluées avec la prise en compte des opinions des différentes parties prenantes telles que les bénéficiaires, les autorités locales et nationales, la société civile, les acteurs impliqués du secteur EHA dans le pays, les bailleurs de fond ainsi que les équipes ACF au niveau du terrain et de la supervision en Espagne.

2.2.2 Méthodologie appliquée

(a) L'évaluation conduite a été mise en œuvre dans le respect des critères des bailleurs de fonds et de la politique d'évaluation d'ACF International. L'évaluation du projet est basée sur l'appréciation de la qualité par rapport à un certain nombre de critères qui sont tous décrits en détail dans le paragraphe 2.3 *Résultats de l'analyse*.

(b) En suivant les prescriptions des termes de références de l'évaluation (voir *Annexe 1 – Termes de références de l'évaluation finale*), la mission d'évaluation finale s'est déroulée selon 3 axes principaux (voir *Annexe 2 – Calendrier d'activités de l'évaluation finale*) :

(i) Discussions préliminaires et collecte d'informations - Travail réparti sur 5 jours

- Préparation de la mission avec le bureau d'ACF UK : validation du calendrier d'activités, signature du contrat et démarches administratives.
- Briefing à distance avec le bureau d'ACF Espagne : lecture de la documentation principale (rapports bailleurs), présentation générale et échanges avec le responsable EHA,
- Déplacement international sur la mission Guinée, briefing administratif et sécurité,
- Entretiens avec la chef de mission : briefing général de la mission ACF Guinée, objectifs et calage du planning de l'évaluation, point sécurité, présentation des enjeux et des parties prenantes du projet, validation des rendez-vous avec les partenaires,
- Entretiens avec la coordinatrice Technique et le Chef de Projet : historique et présentation du contexte et des activités du projet, collecte des documents de travail du projet, validation du programme de l'évaluation, prise de rendez-vous et planification des visites terrain, informations détaillées sur certains points du projets, discussions sur les challenges et perspectives du projet.

- Lecture de documentations : documents ACF, situation choléra Haïti, rapports de partenaires, propositions d'actions aux bailleurs, documents de suivi du projet, documents techniques.
- (ii) Activités de terrain - Travail réparti sur 6 jours**
- Discussions multiples avec les membres de l'équipe "Prévention Choléra" d'ACF Guinée :
 - Chef de Mission,
 - Coordinatrice Technique,
 - Chef de Projet WASH,
 - Membres présents de l'équipe WASH : Chef de Projet Adjoint, Responsable Sensibilisation, responsable Mobilisation, Animateur,
 - Réunion de travail avec l'ensemble de l'équipe WASH.
 - Visites terrain :
 - Visite des 5 sites du résultat #2
 - Visite de 2 sites du résultat #3
 - Rencontres et entretiens sur chaque site avec des bénéficiaires et des habitants des quartiers,
 - Discussion de groupe avec le Comité de Gestion des toilettes du Marché de Simbayah,
 - Réunion avec un chef de secteur, un administrateur de marché, des chefs de port et divers personnes clés locales.
 - Rencontres avec les parties prenantes des actions de prévention des épidémies de choléra dans le pays :
 - Entretiens individuels avec le Directeur de la DPLM, la Directrice de la DSVCO, le Point Focal EHA ainsi que le Responsable PHE de l'OMS, le Chargé de Programme EHA de l'UNICEF, le Coordinateur Santé de la CRG et le Directeur Qualité et Réseau de la SEG,
 - Participation à 1 réunion de crise "Réponse Epidémie Choléra" avec le Chef de Projet WASH d'ACF.
 - Analyse des données secondaires :
 - Etude des rapports et documents de travail du projet,
 - Lecture d'autres rapports : anciens projets, propositions de projet, études, etc.
- (iii) Présentations et rapports - Travail réparti sur 6 jours**
- Travail de synthèse et d'analyse de la collecte de données, des entretiens et des visites de terrain
 - Débriefing au bureau d'ACF Guinée :
 - Restitution orale des premières conclusions et recommandations de l'évaluation à l'équipe ACF Guinée,
 - Echanges avec l'équipe sur des points spécifiques.
 - Rédaction du rapport préliminaire de l'évaluation pour retour d'ACF Espagne et Guinée,
 - Débriefing à distance avec l'équipe d'ACF Espagne
 - Présentation des résultats de l'évaluation au siège d'ACF France, au pool géographique Haïti et au groupe de travail "choléra",
 - Prise en compte des commentaires spécifiques.
 - Finalisation du rapport d'évaluation après retour des commentaires.

(c) Limites de l'évaluation

(i) Information en cours de collecte au moment de l'évaluation finale

Le rapport final pour ECHO n'était pas encore rédigé (échéance à fin mars 2012). Certaines informations n'étaient pas encore disponibles au moment de la réalisation de l'évaluation finale, notamment pour certains indicateurs de résultats :

- IOV 1.1.: % des membres des équipes d'intervention formés se rappelant les notions clés 2 mois après la formation
- IOV 1.2.: Documents du plan de contingence national mis à jour
- IOV 2.1.: % des points d'eau réhabilités ou créés qui fonctionnent 3 mois après la remise
- IOV 2.3.: % des lieux publics avec systèmes de recouvrement des coûts (eau, latrines) fonctionnels 3 mois après la mise en place
- Les indicateurs 3: analyse de l'enquête CAP en cours

(ii) Visite de sites représentatifs

La zone d'intervention étant grande, il n'a pas été possible de visiter tous les sites par manque de temps disponible durant l'évaluation. Cependant, l'ensemble des sites de construction d'infrastructures (en lien avec le résultat #2) ont été visités dans le détail. Pour les autres activités (en lien avec le résultat #3), 2 sites représentatifs ont été choisis; les activités étant similaires d'un site à un autre.

La visite de sites représentatifs de l'ensemble des contextes a permis d'obtenir une bonne vision du projet. De plus, les nombreuses études de terrain et les rapports des équipes ont été étudiés pour compléter l'analyse.

(iii) Echanges rapides avec les bénéficiaires

Il n'a pas été lancé d'enquêtes détaillées auprès des ménages ou des usagers des ouvrages créés, pour des questions de gestion du temps mais également de pertinence, de collecter des informations détaillées alors que des études épidémiologiques des quartiers ainsi que des enquêtes CAP ont été réalisées sur les sites.

Les discussions sur le terrain ont servi à mieux comprendre les contextes locaux spécifiques des quartiers et de confirmer les tendances. Pour les mêmes raisons, les discussions de groupes ou avec les acteurs locaux (sous forme de entretiens semi-structurés rapides) se sont organisés de manière formelle.

(iv) Déclaration d'une épidémie de choléra dans la préfecture de Forécariah le 10 février 2012

Hormis quelques rendez-vous déplacés, cette nouvelle crise n'a pas gênée le déroulement de l'évaluation finale. Par contre, le risque d'une épidémie imminente de choléra sur Conakry est bien réel. Il pourrait changer la teneur ou la mise en application de certaines des recommandations de l'évaluation selon la suite des événements (notamment sur la capacité d'ACF de poursuivre son processus d'accompagnement). Notons que la plupart des recommandations – hors suivi des actions sur le financement OFDA 2012 - repose cependant sur des objectifs à atteindre à moyen terme et devraient ainsi rester applicables après la potentielle crise passée.

2.3 Constatations et discussions - Résultats de l'analyse

2.3.1 Impact

Positif et négatif, primaire et secondaire, les effets d'une intervention à court, moyen et long-terme, directement ou indirectement, voulus ou non.

• Les effets sur la prévention contre des épidémies de choléra

(a) Au moment de l'évaluation finale - qui est réalisée pendant la période post-projet de 3 mois, correspondante à la date limite de rendu du rapport final au bailleur de fonds (ECHO) -, les indicateurs de résultats définis dans le cadre logique sont pour la plupart atteints (voir le paragraphe 2.3.6. *Efficacité* pour plus de détails). Certains indicateurs de résultats restent cependant en cours de réalisation et ne sont pas mesurables à cette date de l'évaluation. Il est ainsi délicat de statuer avec certitude à propos du niveau d'impact réel du projet en fonction des objectifs planifiés.

L'analyse de la situation actuelle (à la date de l'évaluation) ainsi que les perspectives rassurantes quant à la réalisation des niveaux souhaités des indicateurs proposés semblent montrer que l'objectif du projet, qui est de "*renforcer la réponse précoce aux épidémies de choléra au travers de la responsabilisation des communautés, des institutions publiques, des acteurs non étatiques, et de l'amélioration des conditions sanitaires dans les lieux publics de la ville de Conakry*", sera obtenu de manière globale.

(b) Les indicateurs de l'objectif spécifique sont atteints démontrant que les actions du projet ont eu l'effet escompté sur la prévention des épidémies de choléra. Toutefois, comme indiqué dans le paragraphe 2.3.7 *Efficiace*, cette conclusion doit être pondérée par la raison que certains indicateurs, proposés lors de la définition du projet, ne permettent pas vraiment d'évaluer l'atteinte précise des buts recherchés du projet.

On ne peut pas affirmer avec certitude que le projet a permis d'éviter de nouvelles épidémies de choléra sur Conakry. Toutefois, une analyse fine du contexte et des actions proposées dans le cadre du projet aboutit à l'évidence de l'amélioration à la fois de la prévention sur les zones d'intervention et des capacités de riposte sur la ville. Pour valider cet aspect de manière plus précise et certaine, le cadre logique devrait avoir des indicateurs de mesure adaptés au niveau de l'objectif spécifique; ceci étant d'ailleurs lié au problème d'inversion de l'objectif général et spécifique (voir plus de détails dans le paragraphe 2.3.7. *Efficiace*).

(c) L'impact du projet à court terme sur la propagation d'épidémies de choléra à Conakry se situe à deux niveaux principaux :

- (i) Au niveau du contrôle significatif des risques de transmission de la maladie sur les zones d'intervention du projet. Les types d'actions EHA mises en œuvre dans le contexte local du projet participent grandement à la lutte contre la propagation du choléra :
 - Bonne amélioration (à court terme) de la perception des populations aux enjeux liés au choléra et changement significatif des comportements d'hygiène,
 - Accès à des toilettes publiques saines et qui procurent les conditions d'hygiène nécessaires (notamment le lavage des mains au savon),
 - Accès à l'eau potable dans les zones très fréquentées des lieux publics (à pondérer car à la date de l'évaluation finale, il existait des problèmes d'approvisionnement en eau sur 2 sites) et l'utilisation de solution chlorée (SurEau) pour l'eau de consommation à domicile.
- (ii) Au niveau plus large des capacités institutionnelles de prévention et de réponse, grâce au plan de contingence opérationnel :
 - La capacité de riposte est prête,
 - Les acteurs locaux (les communautés, DSVCO, DPLM, CRG, etc.) ont des capacités renforcées dans les actions de prévention et de riposte,
 - Les partenaires sont satisfaits du soutien et du rôle d'ACF.

(e) Dans un contexte de préparation aux désastres, le projet a travaillé d'une part sur des problématiques prioritaires de prévention rapide afin de réduire autant que possible le risque d'épidémie. Au démarrage du projet avec l'annonce de 3 cas de choléra à Conakry et l'arrivée de la saison des pluies. Le projet a mis en place le plus rapidement possible ce type d'activités (campagnes de sensibilisation de porte à porte et de

masse), en essayant de toucher le plus efficacement possible le maximum de personnes dans un temps court.

Ces méthodologies très efficaces pour la délivrance rapide d'informations ont par contre des limites quant aux effets à plus long terme. Des actions préventives d'urgence dans un contexte d'une épidémie imminente, comme ce fut le cas en juin – juillet 2011, se caractérisent par des décisions rapides et opérationnelles dans le but premier d'éviter une plus grande détérioration sanitaire. Les actions de préparation de dernière minute se focalisent donc sur des impacts à court terme (et souvent limités) pour un nombre maximal de personnes :

- (iii) la sensibilisation de masse (annonces radio quotidiennes et représentation théâtrales dans les quartiers)
- (iv) la sensibilisation au port à porte, à grande échelle (plus de 12 000 ménages visités)
- (v) la distribution de kits d'hygiène aux ménages visités.

Ce projet a plutôt bien intégré les besoins prioritaires d'un risque élevé d'épidémie en début de projet.

(f) Les avis positifs des représentants communautaires des quartiers ciblés par le projet, de l'ensemble des acteurs gouvernementaux (à tous les différents échelons) et du secteur EHA en Guinée (agences des Nations Unies, Mouvement de la Croix-Rouge, ONGs) illustrent bien de la bonne considération du travail d'ACF dans ce domaine et reflètent d'une grande satisfaction générale des actions entreprises dans le cadre de ce projet.

L'approche et la qualité d'ACF sont mises en valeur lors des réunions sectorielles. La remise à jour de l'ensemble des plans régionaux de contingence du pays va pouvoir se faire grâce aux outils capitalisés par ACF et les leçons d'expériences apprises sur le projet.

(g) Enfin, dans le nouveau contexte – apparu pendant l'évaluation finale – d'épidémie de choléra dans la préfecture de Forécariah dans la région de Kindia, la coordination des acteurs a insisté sur l'importance de développer des réponses communes en se basant sur des outils notamment développés par ACF dans le cadre du projet (particulièrement sur ceux de la sensibilisation à la population).

Les actions préventives à Conakry ont également été renforcées sur la base des actions établies durant le projet. La coordination plutôt efficace de cette nouvelle crise montre aussi que le plan de contingence pour Conakry est opérationnel (hormis des soucis de stock de SurEau non disponible) et améliore la prévention et la préparation à la riposte dans le cadre d'une nouvelle crise.

• Les effets à plus long terme du projet

(a) Les actions du projet ont intégré autant que possible des objectifs d'impact à long terme, d'autant que dès la conception du projet, la stratégie d'ACF a été le renforcement des structures locales avant de passer la main progressivement pendant et après le projet. Le projet comporte certaines limites sur les objectifs à long terme à cause du cadre d'intervention (financement court, sur 8 mois), notamment à propos du processus de transfert des responsabilités :

- (i) au niveau des individus (changement des comportements),
- (ii) au niveau communautaire (gestion locale des systèmes), et
- (iii) au niveau institutionnel (gestion du plan de contingence).

(b) L'un des impacts à plus long terme du projet est la possible continuité sur des périodes plus longues des effets à court terme décrits dans le point (d) précédent. Le paragraphe 2.3.2– Pérennité analyse plus en détail les enjeux de durabilité du projet, pour lesquels on dénombre certains challenges.

(c) Le niveau de connaissance des risques de choléra et les modifications de comportement semblent s'être accrus grâce aux actions du projet, appuyés par un contexte de répétition de tels messages au fil des ans (le choléra est une maladie connue à Conakry). Toutefois, il faut garder à l'esprit que l'adoption de nouveaux comportements d'hygiène sur le long terme est un travail de longue haleine qui ne s'acquiert qu'au prix de longues séances de travail participatif.

Cela aurait demandé du temps et des moyens humains qui n'étaient pas prévu dans le projet, au stade de la définition (de fait, sans les moyens et le calendrier relatifs).

(d) Les besoins d'amélioration des conditions sanitaires sont vastes à Conakry. Grâce aux améliorations significatives apportées sur des lieux de rassemblement jugés à haut risque dans des quartiers, ce projet participe à l'effort d'amélioration des conditions sanitaires générales dans le cadre d'objectifs de prévention d'épidémie efficace à long terme sur l'ensemble de la ville.

Toutefois, des conditions sanitaires correctes (accès à l'eau potable et assainissement urbain) seront le seul moyen efficace - dans la durée - de ne plus voir apparaître des épidémies périodiques de choléra.

(e) Etant liées aux enjeux des maladies liées à l'eau, les actions de prévention du choléra ont également un impact important – à court et à long terme – sur la réduction de la prévalence des diarrhées et autres maladies hydriques sur les zones d'intervention du projet. Ces considérations ne sont pas spécifiquement mesurables dans le cadre du projet mais elles peuvent être extrapolées de l'analyse faite des solutions apportées par rapport au contexte de cadre de vie dans une perspective de long terme.

(e) Enfin, grâce à la qualité des actions entreprises et la reconnaissance unanime des parties prenantes, ACF Guinée renforce son expertise dans le domaine de l'EHA et de la réduction des risques dans le pays et au sien du réseau ACF International.

Ce travail de qualité aboutira certainement à d'autres opportunités de financement pour des projets dans le secteur EHA. De plus, ACF a renforcé sa capacité de plaider auprès des services de l'Etat et des organisations internationales et s'ouvre ainsi de plus grande opportunités de promotion réussie de nouvelles approches et technologies innovantes dans le futur.

• Les impacts non souhaités

A ce stade, il s'agit surtout de risques de conséquences indésirables ou complexes et non voulus initialement. Cette partie ne mentionne pas des impacts négatifs qui ont été constatés ou matérialisés par des évidences lors de l'évaluation finale. Il est bon de les lister, de les surveiller dans le temps et de les prendre en considération lors de la définition et programmation de futures initiatives d'ACF et/ou de ses partenaires dans le domaine.

- (i) Risque de délégation trop importante à ACF des responsabilités des partenaires locaux sur le plan de la préparation aux épidémies,
A noter toutefois la bonne approche d'ACF pour mitiger ce risque : rôle de facilitateur (qui explique aussi les retards d'exécution des activités).
- (ii) Risque de mauvaise gestion des vidanges de fosse des toilettes publiques, avec une contamination de l'environnement extérieur,
- (iii) Le choix de promouvoir l'utilisation de produits chlorés – comme le SurEau – pour désinfecter l'eau de consommation est très approprié au contexte. La désinfection au chlore est la solution la plus efficace pour prévenir et lutter contre les épidémies de choléra. L'ajout de doses (correctes et simples à utiliser, sans risque d'erreur de manipulation) de produits chlorés pour pallier à l'accès en eau potable aux robinets reste la meilleure réponse. Cependant, il est souligné dans ce rapport d'évaluation que la promotion et l'utilisation du SurEau ne doit pas donner le sentiment aux autorités et aux partenaires du projet, de la non responsabilité de la SEG sur le plan de l'approvisionnement en eau potable aux abonnés. Sans sécurisation permanente et complète de l'accès à l'eau par le réseau d'adduction d'eau de la SEG, le choléra ne pourra pas être éradiqué à Conakry. Il apparaît donc primordial qu'en parallèle aux actions de promotion de produits de désinfection – comme le SurEau -, les acteurs engagés dans la prévention et la lutte contre le choléra en zone urbaine se penchent aussi sur la distribution permanente en eau potable à tous les robinets de la ville (incluant l'extension aux zones non connectées) ainsi que le suivi strict de la qualité de l'eau aux robinets des quartiers prioritaires (niveau minimal de chlore résiduel sur sites en période de prévention et d'épidémie).
- (iv) De manière plus générale, quel est l'accès réel aux infrastructures sanitaires construites pour les personnes à motricité réduite (les personnes âgées, les personnes handicapées, les personnes malades) et/ou sans argent ? Tout en gardant à l'esprit que cet aspect a été réfléchi durant le projet et qu'il n'est constaté aucune évidence de problème majeur de ce type à ce jour, il est bon de rappeler malgré tout les possibilités d'exclusion, même marginales, que pourraient engendrer ce genre de système. Le présent rapport d'évaluation considère l'approche générale d'utilisation des toilettes et des points d'eaux publics comme très pertinente. Il n'empêche pas toutefois de réfléchir à des mesures de gratuité ou de facilité d'accès pour des cas spécifiques, en cas d'épidémie notamment.

2.3.2 Pérennité

Mesure si les bénéfices d'une activité continueront après que les donateurs aient cessé de contribuer financièrement à un projet et que le projet soit officiellement arrêté.

• La durabilité des réalisations du projet

(a) Comme rappelé dans le paragraphe 2.3.1 *Impact* à propos des effets à long terme, le projet a mis en place des systèmes qui ont vocation à durer longtemps mais qui en parallèle présentent des risques importants de mauvais fonctionnement ou d'abandon à terme (notamment après la fin de l'accompagnement par ACF).

Les activités ont toutes des enjeux de durabilité plus ou moins marqués après la période de financement du projet. Certains services ou améliorations apportés, détaillés ci-dessous, comportent des inquiétudes sur leur continuité (après retrait d'ACF) :

- (i) La durée de fonctionnement des ouvrages sanitaires sur les marchés publics,
- (ii) La dynamique du plan de contingence et son opérationnalité lors de nouvelles épidémies,
- (iii) Les changements à long terme des comportements d'hygiène.

Si l'on considère un arrêt des actions de soutien d'ACF à la fin du projet, le niveau de durabilité serait alors très faible. En contrepartie, on peut raisonnablement considérer qu'avec des actions d'appui aux acteurs locaux pour assurer une bonne pérennité des services créés, les impacts seront garantis sur la durée.

Grâce aux moyens apportés par le cofinancement d'OFDA, ACF a des capacités de financement sur une période allant jusqu'à septembre 2012. Il sera possible de maintenir ses efforts d'accompagnement des structures locales (et en se retirant progressivement son soutien) sur une certaine durée et d'ainsi espérer garantir un niveau satisfaisant de pérennité. Les activités ont été proprement définies et mises en œuvre; elles sont plutôt novatrices et donc sans recul sur leur capacité réelle à continuer dans le temps. Il semble crucial qu'ACF et ses partenaires évaluent dans le détail les questions de durabilité sur ces points précis durant l'année à venir (au moins).

(b) De manière plus précise, au niveau des actions concrètes mises en place sur le terrain, certaines activités du projet risquent de ne pas maintenir à terme le niveau de service espéré. En ce qui concerne les ouvrages sanitaires publics, il s'agit principalement de :

- (i) La fourniture d'une eau chlorée dans les récipients aux points d'eau communautaires,
- (ii) L'utilisation payante des toilettes publiques,
- (iii) La gestion correcte des boues de vidange,
- (iv) Le nettoyage hygiénique des latrines,
- (v) L'évacuation des eaux usées dans le puits perdu en saison des pluies.

Le fonctionnement durable des ouvrages sanitaires dépend beaucoup de la capacité de gestion des comités de gestion, dès le démarrage (ACF assure actuellement un soutien régulier de une à deux fois par semaine). A l'heure actuelle, même si l'approche d'ACF est très satisfaisante, leurs capacités semblent en effet insuffisantes pour devenir autonomes dans l'immédiat.

(c) Une partie importante de la protection contre la maladie est liée à la modification effective des pratiques d'hygiène afin de bannir les comportements à risque. Avec une vaste campagne de sensibilisation comme celle mise en place durant le projet, la prise de conscience de la population se renforce. Les épidémies des dernières années et les actions de sensibilisation répétées ont également contribué à ces changements et ont facilité en quelque sorte le travail du présent projet à propos des modifications de comportements à risque.

Toutefois, on peut questionner l'ampleur du retour aux pratiques dangereuses quelques temps après les campagnes de sensibilisation et l'utilisation des kits distribués. Les raisons sont diverses : de l'aspect économique à la contrainte d'une telle pratique en passant par le manque de conviction. Les risques de mauvaises pratiques concernent principalement la situation dans les ménages (dont beaucoup font face à des niveaux de pauvreté très forts et des conditions de vie très difficiles) :

- (i) Le lavage des mains au savon dans les ménages,
- (ii) L'utilisation du SurEau à domicile pour désinfecter l'eau de boisson systématiquement,
- (iii) La préparation de la nourriture.

Adopter des comportements d'hygiène nouveaux et sans risques est un travail de longue haleine et qui s'acquiert de la manière la plus efficace par de longues séances de travail participatif. Par contre, cela demande du temps suffisant et de la disponibilité importante au niveau des équipes du projet.

Des organisations locales (comme la CRG) ainsi que certains leaders ou groupes communautaires ont de bonne capacité d'actions dans le domaine de la promotion de l'hygiène. Ils sont des acteurs clés pour prendre le relais sur le long terme et doivent continuer à être soutenus autant que possible dans le cadre de futures opportunités de financement.

(d) Le travail d'ACF à propos de la remise à jour du plan de contingence de Conakry a permis de renforcer la capacité de riposte en cas de crise sur Conakry. De l'avis de tous, la capacité de riposte est prête. Néanmoins, il faut garder à l'esprit qu'une bonne planification 'sur le papier', un stock de contingence opérationnel à la date de la préparation et des formations pratiques réussies auprès des équipes d'intervention d'urgence ne sont pas nécessairement la garantie totale contre les éventuels blocages et erreurs de fonctionnement au moment des besoins de l'urgence.

Le plan de contingence est opérationnel pour 2012 mais il doit être validé (bientôt) par le MSHP. La coordination est transférée à la DSVCO, qui va devoir s'assurer que cette préparation aux futures épidémies reste à un niveau satisfaisant. La capacité de la DSVCO à maintenir ce plan de contingence à un niveau opérationnel élevé est un des facteurs clés de la bonne préparation aux épidémies sur Conakry. ACF a décidé, à juste titre (*voir détails dans le prochain point plus bas*), de se retirer de l'effort de coordination. Pour éviter un trop grand ralentissement du processus, tout l'enjeu pour ACF sera de garder une certaine présence active dans le groupe du plan de contingence – légitimée par son travail d'acteur EHA dans la zone – mais sans toutefois prendre les choses en main de manière trop active.

(e) La réactivation périodique du processus de préparation et l'implication régulière des acteurs concernés dans des réunions de suivi demandent un budget de fonctionnement (en lien avec les scénarii proposés dans les travaux de groupe organisés par ACF durant le projet). De son propre avis – appuyée par celles des autres parties prenantes -, la DSVCO n'a pas cette capacité d'autofinancement pour ce genre d'activités. Il s'agit là d'un point crucial qui peut mettre en péril les actions de préparation. La capacité de la DSVCO à mobiliser ces fonds demeure le deuxième point central de la pérennité de l'opérationnalité du plan de contingence :

- (i) soit auprès du gouvernement avec l'appui de la DPLM,
- (ii) soit auprès des organisations internationales avec l'appui des groupes sectoriels EHA et Santé.

Il semble indispensable à ce stade qu'ACF apporte son soutien en jouant un rôle de plaidoyer actif dans la mobilisation future des fonds (quel que soit leur origine) utilisés pour la mise à jour et l'application du plan de contingence de Conakry.

• La stratégie de désengagement d'ACF

(a) ACF a défini dès la conception du projet une stratégie de désengagement dans le processus de préparation aux épidémies de choléra. Après 2 précédents projets (sous financement ECHO) et un rôle actif dans ce domaine, cette mise en retrait est justifiée pour confier le rôle de leader à la DSVCO. Le choix d'être le facilitateur du processus de remise à jour du plan de contingence plutôt que d'en être le réalisateur est très appropriée et devrait porter ses fruits à terme (tout en gardant en considération les risques évoqués dans le point précédent).

(b) Comme mentionné dans le paragraphe 2.3.4 *Cohérence*, ACF a bien intégré les recommandations du papier de positionnement Choléra d'ACF International, notamment sur les aspects de renforcement, de transfert de compétences et d'appui à la mise en place de plans de contingence coordonnés par des acteurs locaux.

(b) Malgré une certaine lenteur à se réunir, l'implication satisfaisante de tous les partenaires locaux impliqués dans le processus et la bonne coordination d'ACF et de la DSVCO ont permis :

- (i) d'assurer le développement des moyens de prévention et de riposte éventuelle, et
- (ii) de renforcer les capacités des compétences locales de chaque acteur local, avec des perspectives de plus grande prise de responsabilité à terme.

(c) ACF souhaite garder un rôle actif dans le plaidoyer des enjeux de lutte contre les épidémies de choléra sur Conakry et dans tout le pays de manière plus générale. A ce titre, il est important que les résultats produits par la remise à jour du plan de contingence et ceux réalisés sur le terrain sont incorporés dans le

futur Plan National de Préparation de Lutte contre les 5 Urgences Courantes de la République de Guinée, dont le choléra fait partie et dont le travail de synthèse est coordonné par la DPLM avant validation par le MSPH.

ACF Guinée travaille sur le développement de sa Stratégie d'Intervention dans le pays pour la période 2012 – 2015 à venir. Des perspectives en actions EHA, incluant une partie 'prévention et réponse choléra' vont y être intégrées de manière conséquente.

2.3.3 Couverture

Le besoin d'accéder aux principaux groupes de populations dont les besoins de base ne sont pas rencontrés, et ce peu importe leur localisation.

• La connaissance réelle des besoins dans les zones d'intervention

(a) ACF a une très bonne connaissance du terrain grâce à des années d'expérience dans la zone. ECHO a d'ailleurs financé 2 projets précédents en 2009 et 2010 pour des actions de prévention des épidémies de choléra. Ce troisième volet de financement est la suite logique des projets précédents et suit les recommandations des leçons d'expérience des projets précédents.

La coordination entre les différents partenaires fonctionne très bien. Chaque acteur a une très bonne connaissance du contexte et des actions de chacun. Il n'y a donc aucun enjeu de superposition de programmes identiques sur cette zone. Les actions dans les autres domaines de prévention, notamment la préparation aux soins dans les CTC se font de manière concertée et sont complémentaires aux actions d'ACF au niveau communautaire et institutionnel.

(b) Le projet a utilisé les documents d'enquête des projets précédents, dont notamment l'étude épidémiologique réalisée en 2010, détaillée et complète, qui apporte une analyse des vulnérabilités et un ciblage des besoins par quartiers dans le cadre de la prévention des épidémies de choléra.

Cette enquête propose notamment différentes cartographies qui soulignent les zones géographiques prioritaires en terme d'intervention. Ces conclusions ont été partagées avec l'ensemble des parties prenantes qui ont confirmé les priorités. Le projet ACF a ainsi ciblé ces actions sur les recommandations d'action dans des quartiers prioritaires de la ville de Conakry.

En plus des investigations spécifiques sur la sélection des sites, les équipes d'ACF ont développé une série d'enquêtes CAP qui a servi à améliorer le niveau de connaissances des zones à propos des risques d'épidémie selon la situation contextuelle existante.

(c) Dans un contexte urbain et périurbain dense, ACF a choisi de réaliser des installations publiques sur les lieux de regroupement fréquents. Si l'on se réfère aux risques principaux de transmission du choléra, il s'agit d'un choix judicieux de choisir des zones de grand passage d'autant plus qu'elles représentent de vraies possibilités de contamination (mauvais accès aux infrastructures sanitaires hygiéniques).

(d) La réponse communautaire de prévention et de contrôle de la propagation d'une épidémie de choléra doit toucher l'ensemble des ménages car les modes de contamination sont multiples. Les personnes les plus vulnérables restent les mêmes que pour une réponse classique EHA (personnes diminuées par des maladies, la malnutrition ou le VIH/SIDA, mais à un degré moindre pour les enfants de moins de 5 ans).

Les ménages ont été ciblés par les actions de sensibilisation (y compris la distribution de 12 000 kits). Cependant, rien n'a été fait au niveau des conditions d'accès à l'eau potable (hormis l'utilisation de SurEau) et à l'assainissement amélioré.

Des actions d'amélioration de l'assainissement urbain (accès à des toilettes à proximité de son habitation et gestion appropriée des déchets ménagers) sont des programmes de grande ampleur, complexes, demandant du temps, des analyses socioculturelles poussées et des compétences disponibles en termes d'ingénierie sociale. Néanmoins, tout comme une sécurisation de l'accès à l'eau au robinet, ces actions sur l'assainissement dans les quartiers (hors marchés et ports) sont des conditions indispensables à une prévention efficace des épidémies de choléra sur le long terme. Précisons toutefois que ces aspects n'auraient pas pu être intégrés dans le cadre de ce projet.

• L'échelle d'intervention du projet

(a) La couverture géographique du projet d'ACF et le nombre de bénéficiaires sont considérés comme importants. Bien entendu, l'échelle très vaste de la zone (associé au manque d'acteurs sur les actions de prévention de choléra à Conakry) n'a pas permis d'intégrer l'ensemble des zones à risque de Conakry. Pour limiter l'introduction du choléra à Conakry, le maximum de quartiers a été choisi en fonction des possibilités d'intervention d'après le cadre de financement.

Les besoins à couvrir restent considérables mais plus de réalisation d'activités (notamment au niveau des infrastructures publiques et de la sensibilisation) demande plus de moyens supplémentaires en temps, financement, ressources humaines, etc. Ils n'étaient pas disponibles sur le financement accordé.

(b) Pour compenser la taille des besoins, le projet a mis en place de manière intéressante de nombreuses activités à grande échelle, comme la communication de masse via les annonces radio et les théâtres de rue, la distribution de kits et des messages directs à plus de 12,000 ménages.

• L'accès de la population aux services créés par le projet

(a) Le nombre de bénéficiaires réellement ciblés par le projet est supérieur à celui de l'objectif initial. Les écarts proviennent de l'ajustement des calculs d'estimation de la population.

- (i) Le résultat #1 se situe au niveau des renforcements des capacités des acteurs locaux. Il est difficile de définir un nombre exact de personnes touchées au-delà des personnes bénéficiaires des formations et autres activités de groupe. Toutefois, par la présence des acteurs locaux, on peut considérer que l'impact touchera la population des quartiers ciblés par les activités du résultat #2 et #3, soit bien plus que les 80 000 bénéficiaires prévus.
- (ii) Le résultat #2 concerne la population des 5 quartiers ciblés, soit 39 250 personnes potentielles.
- (iii) Le résultat #3 a touché 11 993 ménages, représentant 83 951 personnes. On peut considérer que les activités de sensibilisation de masse (annonces radio, théâtre de rue) ont bénéficié à un public plus vaste (non quantifiable).

(b) Pour un habitant des quartiers ciblés, il existe diverses possibilités de bénéficier du projet :

- (i) Ouvrages sanitaires accessibles et en nombre suffisant (points eau et cabines de toilettes publiques) sur les lieux de rassemblement quotidiens (débarcadère et marchés),
- (ii) Installations publiques ouvertes à tous (sous réserve de moyen de paiement et d'accès physique),
- (iii) Communication de masse (radios, théâtres de rue) qui touche une grande partie de la population,
- (iv) Sensibilisation au porte à porte à 11 993 ménages.

Les enjeux au niveau des ménages sont adressés de manière partielle au travers des séances de sensibilisation. Les barrières de transmission ne sont seulement efficaces qu'en cas de changement effectif et systématique des comportements de chaque membre de la famille et sous réserve d'achat permanent de savon et de SurEau.

(c) Les toilettes publiques sont accessibles à l'ensemble des populations ciblées, sous réserve de paiement et d'accès physique. L'argent collecté doit servir à l'indispensable bon entretien (nettoyage des cabines et alentours) et maintenance (chloration de l'eau, vidange des fosses de toilettes, etc.) des infrastructures. A l'heure actuelle, l'utilisation réelle est bien en deçà des perspectives initiales (seulement une moyenne de 5 utilisations par jour par cabine).

Cette différence semble s'expliquer par le fait que la population ne connaisse pas suffisamment bien la présence de ces nouveaux ouvrages et n'ont pas encore pris l'habitude de les utiliser. Au même prix d'utilisation que des toilettes anciennes non propres, une bonne gestion des infrastructures, incluant un entretien hygiénique au quotidien, devrait convaincre petit à petit la population de les utiliser.

Toutefois, il est important de considérer les aspects négatifs de ces ouvrages pour optimiser leur utilisation future :

- (i) L'accès à chaque utilisation des toilettes est payant (500 FG), de même que l'accès à l'eau potable (bidons de 20 litres). Il va de soi qu'une personne à très faible revenu va devoir utiliser d'autres lieux (gratuits) de défécation et d'autres moyens d'approvisionnement en eau pour sa propre consommation lors de ses passages au marché par exemple.

- (ii) Les femmes paient le même prix que les hommes, pour une utilisation supérieure (pour des raisons d'espace privé et en période de menstruation). Au total, on peut estimer qu'une femme devra payer entre au moins 1000 FG à 3000 FG par jour, ce qui représente une somme quotidienne non négligeable pour les marchandes par exemple.
- (iii) Les personnes à motricité réduite (personnes âgées, personnes handicapées) ont des difficultés à accéder aux toilettes. Quel est l'importance de ces personnes sur le marché ?
- (iv) Il sera intéressant de savoir aux cours des mois à venir si les parents payent systématiquement pour que leurs enfants utilisent les toilettes publiques.

La sous-fréquentation des toilettes publiques deviendra rapidement un enjeu important pour le fonctionnement correct et durable des toilettes publiques. A ce stade (après seulement un mois d'utilisation), on peut émettre quelques hypothèses (à confirmer par des investigations de terrain dans les mois à venir) :

- (i) Est-ce à cause du non paiement systématique des usagers ?
- (ii) Est-ce à cause de la non déclaration de la totalité des recettes par les membres du comité de gestion ?
- (iii) Est-ce à cause du prix trop élevé (500 FG) ?
- (iv) Ou bien est-ce un problème d'habitude, qui doit rentrer petit à petit dans les mœurs ?

Dans tous les cas, ACF doit pouvoir investiguer durant les mois à venir au niveau des véritables raisons de cette sous utilisation et aider les comités de gestion à prendre les mesures correctives adaptées.

(d) Les infrastructures construites (toilettes publiques, points d'eau potable, aires de lavage) sur les 5 marchés, débarcadères et port des quartiers ciblés ont été réalisées avec le consentement des groupes de populations, susceptibles d'utiliser le plus souvent ces ouvrages. Des modifications de design ont notamment été réalisées pour apporter le plus grand soin à l'adéquation des besoins et les services disponibles.

De manière générale, la contribution communautaire est restée très limitée (pas de travaux de terrassement, pas de fourniture de sable ou graviers, etc.). Par contre, la communauté s'est engagée à payer les frais de connexion avec le réseau de la SEG, en prévoyant un remboursement du comité de gestion lorsque les recettes seront suffisantes.

Le fait de réaliser des infrastructures à but public ne favorise pas l'implication communautaire au niveau des travaux. De plus, les ouvrages ont du être réalisés en 2-3 mois pour finir le projet dans les temps impartis. Il a été plus efficace de confier les travaux à une entreprise de construction avec un cadre contractuel à respecter.

Enfin, il n'y a eu aucune spécification de la part d'ACF dans les contrats de construction pour employer des personnes de la zone (main d'œuvre diverse). En même temps, l'ampleur relativement faible des travaux aurait limité les possibilités d'embauche, avec le risque de faire seulement bénéficier les proches des chefs communautaires.

2.3.4 Cohérence

Le besoin d'évaluer les interventions, les politiques et les stratégies existantes afin d'assurer la cohérence et de minimiser les risques de duplication.

• La stratégie de réponse d'ACF dans le contexte d'intervention

(a) ACF a travaillé sur ce projet avec 2 bailleurs de fonds internationaux (ECHO et OFDA) sur des périodes différentes mais qui se chevauchent sur les 4 derniers mois du projet ECHO (de septembre à décembre 2011). Même s'il n'est pas toujours évident de s'accorder sur une cohérence d'intervention qui réponde aux spécificités de chaque bailleur, cette configuration de cofinancement a permis

- (i) d'apporter le cofinancement nécessaire et donner les moyens nécessaires à la réalisation du projet selon les objectifs du cadre logique du financement ECHO et,
- (ii) d'assurer un accompagnement de la part d'ACF auprès des acteurs locaux sur des points cruciaux de pérennité des services créés (voir le paragraphe 2.3.2 *Pérennité* pour plus d'information).

La prévention des épidémies au sein des communautés ainsi que le renforcement des compétences de planification et de riposte sur les plans national et local sont des priorités importantes dans le pays. Les

financements peuvent aussi être incorporés dans le cadre plus élargi de projets EHA ou de réduction des risques.

(b) Le projet ACF propose un équilibre intéressant entre les activités EHA apportant des améliorations concrètes sur le terrain aux populations les plus exposées et la planification et la préparation des acteurs impliqués :

- (i) En intervenant dans ses domaines de compétences (EHA et Réduction des Risques) et au niveau des communautés prioritaires (actions communautaires à juste titre prépondérantes dans la prévention et la riposte)
- (ii) En se coordonnant de manière complémentaire avec les partenaires locaux (dans un rôle approprié de facilitateur de la coordination) et en renforçant les compétences locales relatives aux objectifs du plan de contingence.

(c) La préparation aux désastres s'opère de deux manière très appropriées :

- (i) Le renforcement des capacités locales et le meilleur accès aux services EHA des zones prioritaires, dans le cadre des actions de prévention, et
- (ii) Le renforcement de la capacité de riposte, en cas d'urgence rapide.

Les acteurs impliqués dans le groupe de contingence Choléra doivent garder à l'esprit que chaque nouvelle épidémie apporte son lot de challenges non anticipés et de leçons d'expériences. La réactualisation des capacités de prévention et de riposte doivent par conséquent être réadaptées après chaque épidémie. Cela est valable au niveau interne d'ACF mais aussi sur le plan de l'approche sectorielle (EHA) et intersectorielle (réponse intégrée du groupe de coordination sur les aspects de gestion de la crise, gestion médicale des patients, EHA, communication, logistique, etc.).

• La réponse d'ACF en lien avec les politiques et les stratégies d'action du secteur

De manière générale, les actions d'ACF Guinée sont très appréciées par tous les partenaires (gouvernements, secteur WASH, partenaires du projet, chefs locaux, bénéficiaires).

(a) Le gouvernement est en train de mettre en place un plan national de lutte contre les urgences courantes, identifiant 5 priorités de lutte contre les maladies dont font partie les épidémies de choléra. En parallèle, le gouvernement soutient les projets qui travaillent sur l'amélioration des conditions sanitaires, le renforcement des compétences locales et la préparation aux catastrophes. Le projet ACF de réduction des risques de propagation des épidémies de choléra rentre dans le cadre des orientations des autorités nationales et régionales (au niveau de la ville de Conakry). La DPLM et la DSVCO confirment le rôle prépondérant d'ACF et ses partenaires sur des activités de prévention au niveau de la ville de Conakry.

Le renforcement de la planification en amont et de la capacité de riposte des acteurs concernés par des épidémies de choléra est un objectif important de la DSVCO et de la DPLM. La stratégie de mise à jour des plans de contingence travaille dans ce sens.

En parallèle, une stratégie nationale d'assainissement est en train d'être mis en place, incluant bien entendu les problématiques de l'assainissement urbain. Le projet de prévention des épidémies de choléra a tout son sens de ce point de vue là également. ACF peut même y trouver des opportunités intéressantes en termes de la promotion d'approches innovantes ou de bonnes pratiques en lien avec l'amélioration des conditions sanitaires des quartiers de la ville.

(b) Le niveau de coordination avec les instances gouvernementales est de manière générale très bon et apprécié des services de l'Etat. Durant les investigations de l'évaluation finale, il n'a été constaté aucun critique du travail d'ACF de la part des autorités, au niveau national et local. ACF a aussi effectué un bon travail de coordination avec les autorités nationales, régionales et communales, les agences des Nations Unies (OMS et UNICEF) ainsi que les ONGs impliquées dans le secteur. Une des forces d'ACF est d'être bien implantée à Conakry.

(c) Le positionnement d'ACF dans le groupe sectoriel EHA et dans les réunions de coordination 'Choléra' est convenable, ACF étant plutôt considéré comme

- (i) un des acteurs principaux du groupe sectoriel EHA, coordonné par l'UNICEF, et
- (ii) un des acteurs principaux du travail de prévention des épidémies de choléra à Conakry (et dans le pays, certains acteurs souhaitant d'ailleurs qu'ACF participe à des actions supplémentaires en dehors de Conakry).

(d) Il existe peu d'acteurs EHA présents sur la zone de Conakry. De manière générale, il est évident que d'une part, les besoins sont immenses et que d'autre part, un effort d'investissement des bailleurs de fonds et des organisations de solidarité internationale dans le secteur EHA à Conakry sont nécessaires pour régler le problème sur le fond.

Les capacités locales sont limitées mais il existe des possibilités sans doute à développer dans ce sens.

Les actions de prévention des épidémies de choléra sur les aspects communautaires EHA se font en complémentarité de la réponse avec :

- (i) Avec les acteurs Santé de la Prévention choléra : MSF, Directions Communales de la Santé, etc.
- (ii) Avec les autres acteurs EHA sur Conakry : CRG, CREPA/BED, PSI, TDH (écoles), OMS et UNICEF, etc.

• L'intervention dans le cadre de la stratégie globale d'ACF International

(a) ACF met en place ses programmes en Guinée selon la Stratégie Pays (en cours de finition) et la Stratégie Régionale Afrique de l'Ouest.

Le projet de prévention des risques d'épidémie de choléra rentre parfaitement dans les orientations de la stratégie pays. Pour participer à la lutte contre la faim et la malnutrition, l'accès à l'eau saine, à l'assainissement de base et aux pratiques d'hygiène pour la prévention des maladies sont améliorés dans les zones fortement insalubres (zones urbaines avec prévalence élevée de maladies diarrhéiques) et dans les zones à forte vulnérabilité nutritionnelle.

ACF International a développé une stratégie régionale (dont s'inspire la Stratégie Pays de la mission Guinée) sur la période 2011 – 2015 pour ces missions en Afrique de l'Ouest pour lutter contre les vulnérabilités nutritionnelles. L'amélioration des conditions EHA et la préparation aux désastres (dont les épidémies de choléra) en font partie.

(b) ACF International est en train de développer un papier de positionnement de ses actions en termes de lutte contre les épidémies de choléra (préparation et réponse). Le document est encore en cours de construction mais il est intéressant d'étudier les tendances principales pour analyser si le présent projet rentre dans les grandes lignes de la future stratégie cholera d'ACF International. Il est aussi utile de s'en inspirer pour affiner les recommandations adaptées aux actions futures dans le pays.

L'analyse du document par rapport au contexte d'intervention à Conakry fait ressortir les résultats suivants :

- (i) L'approche d'ACF à propos de la prévention du choléra doit effectivement se concentrer sur des actions WASH.
- (ii) Le projet sur Conakry ne propose pas d'intervention au niveau médical, comme le suggère les lignes directrices du papier de positionnement. Toutefois, il est à remarquer que, sans se focaliser sur des activités médicales, ACF pourrait utiliser sa propre expertise pour intervenir de manière intégrée et proposer un panel large de solutions de prévention contre le choléra, notamment auprès de certains groupes de populations vulnérables.

A titre d'exemple, une personne malnutrie atteinte du choléra ne doit pas être réhydratée en suivant les mêmes procédés que les autres malades. Afin d'adapter le traitement selon ses spécificités, ACF pourrait se positionner sur ce genre de réponse très spécifique, qui correspond à ses domaines de compétences reconnues et en lien avec son mandat de lutte contre la faim. Une autre option pourrait être de travailler sur les aspects plaidoyer de ces enjeux et collaborer avec des partenaires médicaux sur ces aspects.

- (iii) Le papier de positionnement reconnaît la plus value de soutien psychosocial / santé mentale en cas d'épidémie. A ce stade et sans analyse plus poussée, il n'apparaît pas évident que ce genre d'expertise soit nécessaire au contexte de Conakry (connaissance accrue de la maladie par la population notamment).
- (iv) Des efforts sur la vulgarisation de la maladie sont recommandés en cas de croyances locales sensibles. Cet aspect ne semble pas particulièrement adapté au contexte de Conakry, qui a déjà connu de nombreuses épidémies. De plus, les campagnes de sensibilisation du projet travaillent dans ce sens.
- (v) La mise en route d'un plan de contingence Choléra, avec des systèmes de détection rapide et la préparation des acteurs d'un point de vue capacité, logistique et financier, est très bien intégrée dans ce projet. L'analyse permet de souligner à nouveau l'importance de trouver des capacités

financières suffisantes au groupe 'Contingence Choléra' au moment des remises à jour ou des actions de riposte.

2.3.5 Pertinence

Mesurer si les interventions sont appropriées aux besoins locaux et aux priorités locales (ainsi qu'en adéquation avec les politiques des donateurs, augmentant par-là l'appropriation, la transparence et la rentabilité).

• L'analyse des besoins

(a) Dans un contexte de baisse significative de l'apparition de cas de choléra lors de ces 3 dernières années, il semble utile de déterminer s'il restait approprié de réaliser un tel projet, d'autant plus avec la réalisation de 2 projets dans le même domaine les années précédentes.

Le présent projet répond aux besoins des politiques nationales et régionales et suit les recommandations des projets précédents (dont l'étude épidémiologique de 2010). Il s'agit du troisième et dernier volet de financement du bailleur de fonds (ECHO) pour le développement des capacités de prévention et de riposte des acteurs nationaux et locaux à d'éventuelles épidémies de choléra. Il permet ainsi un désengagement programmé d'ACF dans ce domaine et un transfert des responsabilités aux acteurs locaux.

En outre, les risques sanitaires au niveau des quartiers restent marqués (constats scientifiques de l'étude épidémiologique et constats techniques évidents de situation sanitaire à risque). Enfin, même en l'absence d'épidémie conséquente sur les 3 dernières années, la possibilité d'épidémie nouvelle et à grande échelle est bien réelle; la lutte contre le choléra à Conakry mérite bien une attention particulière. Ce projet a donc toute sa pertinence au vu des besoins constatés dans les quartiers sélectionnés.

(b) Le projet a choisi une approche d'intervention appropriée, qui est basée sur la recherche de solutions au niveau des besoins prioritaires en EHA des lieux denses et fréquentés, tels que les marchés, les débarcadères et les ports.

- (i) Les risques principaux de transmission du choléra concernent : l'accès à l'eau (la vente d'eau en sachets ou l'absence d'eau chlorée au robinet), l'hygiène des mains, l'assainissement (mauvaise gestion des excréments dans les ports ou caniveaux) et la protection de la nourriture cuisinée (manipulation avec des mains sales) ou aliments non cuits et non pelés.
- (ii) D'autres risques, à un degré moindre en ce qui concerne la transmission du vibron cholérique mais tout de même important quant à la lutte des maladies liées à l'eau, sont aussi considérés, tels que la lutte contre les mouches, la conservation de la nourriture et la gestion des déchets ménagers.

Dans l'ensemble, à partir de ces risques, le projet a établi une bonne définition des solutions prioritaires sur les lieux sensibles, en axant ses actions sur 2 objectifs prioritaires dans la lutte contre le choléra :

- (i) La réduction de la transmission de personne à personne avec des pratiques d'hygiène adaptées : grande campagne de communication de masse et en face-à-face, appui matériel au lavage des mains au savon, désinfection de l'eau et préservation de la nourriture.
- (ii) Et la sécurisation des zones à fort risque de contamination : points d'eau chlorés dans les lieux densément fréquentés, nettoyage des toilettes publiques avec lavage des mains au savon, gestion des déchets, fourniture en matériels de pulvérisation.

Cette approche complète permet aussi une amélioration de manière plus large de la santé publique en lien avec les maladies hydriques. A l'avenir, les besoins restent considérables dans de nombreux quartiers, notamment ceux identifiés par l'étude épidémiologique.

(c) La sécurisation de l'eau potable au robinet est le moyen le plus efficace pour lutter contre la propagation du choléra. La situation structurelle et de gestion du réseau d'alimentation en eau de la SEG ne permet pas de garantir une eau potable en permanence (les analyses d'eau réalisées durant le projet l'illustrent bien). La solution alternative choisie est la promotion du SurEau au niveau des ménages, ce qui semble être une approche pertinente pour plus d'efficacité et de rapidité de prévention et de réponse.

Toutefois, il faut bien considérer qu'en l'absence de réhabilitation du réseau d'eau de la SEG et un approvisionnement permanent en eau potable à l'ensemble de la ville, les épidémies de choléra risquent de continuer longtemps à Conakry. Ces enjeux vont au-delà du projet et nécessiteront des actions pluriannuelles et l'implication d'autres acteurs institutionnels, financeurs et de mise en œuvre pour y parvenir. Toutefois, il

semblerait que l'ensemble des acteurs impliqués dans la lutte contre le choléra (autorités nationales et régionales et groupe sectoriel EHA) ne considère pas suffisamment, à l'heure actuelle, les obligations et les responsabilités de fournisseur d'eau potable de la part de la SEG. Même si les enjeux techniques, financiers (voire politiques) sont sans doute importants, il est nécessaire de lancer des actions de plaidoyer pour intégrer la SEG dans les actions de prévention et de riposte aux épidémies de choléra (en lien avec le plan de contingence et les réunions de crise).

(d) ACF a proposé une gestion communautaire des points d'eaux et des toilettes publiques sur les sites prioritaires et ciblés par le projet. L'annexe 6 – Exemple de bonnes pratiques est consacré à la gestion durable des toilettes publiques et des points d'eau potable par un comité de gestion. Tout en insistant sur certains enjeux spécifiques afin d'en améliorer la réponse dans le futur, ce document montre les conclusions positives issues de l'évaluation finale sur la définition et la mise en œuvre appropriées et innovantes de ce genre de gestion locale, en termes d'organisation, de gestion et de pérennité. Malgré des recommandations d'amélioration, le système de gestion proposé par le projet reste très approprié et la meilleure solution possible aux problèmes locaux constatés.

Les améliorations proposées serviront ainsi à accroître la pertinence, l'impact et la durabilité de telles structures. Elles sont donc à considérer dans une perspective de leçons d'expériences et de partage d'une solution qui présente de réelles possibilités de duplication auprès d'ACF et des acteurs engagés dans le secteur WASH au niveau de Conakry et des zones urbaines de Guinée.

(e) D'autres aspects n'ont pas été considérés dans le cadre du projet pour diverses raisons :

(i) La construction de latrines familiales (ou pour plusieurs ménages) était difficile à réaliser dans le cadre de ce programme (durée et financement limité, complexité de l'approche de l'assainissement urbain qui demande sans doute une approche particulière et pluriannuelle) et aurait eu un impact à court terme limité. Un meilleur accès à des toilettes / latrines améliorées pour les ménages des quartiers prioritaires est important d'un point de vue des contrôle des vecteurs et de la dignité, mais doit faire l'objet de programmes spécifiques.

(ii) Les caniveaux sont pour la plupart insalubres et contraignent des déchets ménagers mais aussi des eaux vannes. Ces fossés ouverts peuvent d'une part déborder en saison des pluies aggravant les conditions d'insalubrité des lieux de vie; d'autre part. Ils transportent sans doute le vibron cholérique en aval et le rejettent dans l'océan ou les eaux saumâtres, qui sont des terrains très favorables de stabilisation et de développement de la bactérie dans le milieu naturel.

Il n'y a pas eu d'action spécifique dans ce domaine, en lien avec des actions ambitieuses d'assainissement urbain. On peut aussi considérer qu'il ne s'agit pas là d'un des risques majeurs de transmission à ce jour. Mais il s'agit d'une cause de maintien du vibron cholérique dans l'environnement sur le long terme si la situation se prolonge. A plus long terme, cette problématique devra être incluse dans les programmes de lutte durable contre le choléra.

• L'adéquation du projet avec le respect du système local et communautaire, les coutumes et la culture locale

(a) ACF s'appuie sur une expérience de plus de 15 ans dans le pays, dont 3 à Conakry. Les démarches d'identification et de conception des activités ont laissé la possibilité aux communautés (aux futurs usagers plus exactement) d'exprimer leur besoins particuliers. Les toilettes publiques ont d'ailleurs été modifiées. ACF travaille en étroite collaboration avec les autorités et les partenaires de terrain expérimentés comme le CRG. La satisfaction constatée de la part de l'ensemble des personnes rencontrées durant l'évaluation restent un bon indicateur de la bonne intégration de préoccupations locales et communautaires.

(b) ACF a proposé des solutions techniques adaptés au contexte local, comme :

(i) La mise en place de comités de gestion qui respectent la structure hiérarchique locale (implication des sages communautaires, implication des administrateurs des lieux publics) tout en gardant une indépendance de gestion, choix du système de paiement (à chaque utilisation ou un abonnement mensuel),

(ii) La prise en compte de doléances des marchands et leaders des marchés : non connexion des robinets d'eau dans les toilettes pour ne pas remplir trop vite les fosses, nettoyage anal à l'eau, aires de lavage,

(iii) La mise en œuvre d'enquête CAP sur la connaissance, les capacités et les pratiques liée à l'hygiène pour la bonne définition des messages de sensibilisation adaptés, avec des moyens

- locaux de communication (radio locale, groupe de théâtre, volontaires de la CRG, dessins par des artistes locaux),
- (iv) La promotion du SurEau, produit populaire à Conakry, accessible dans les magasins de quartiers à un prix raisonnable.
 - (v) L'absence de construction ou de distribution de matériels non adaptés ou trop innovants.
- (c) Certains aspects du projet auraient pu faire l'objet de plus de participation active de la part des marchands, des usagers et des ménages des quartiers :
- (i) Participation à la décision sur le coût d'utilisation des toilettes : bien que calculé en concertation avec les futurs gestionnaires des infrastructures et basée sur la tarification usuelle, ce prix élevé n'exclut-il pas des groupes vulnérables de la population (femmes, enfants, personnes à revenu extrêmement faible, personnes à motricité réduite). Il y a un besoin de mieux comprendre les enjeux socioculturels de l'utilisation à terme des toilettes publiques.
 - (ii) Travail de sensibilisation avec des approches participatives, basées sur la recherche de solutions trouvées par les bénéficiaires (comme la méthodologie PHAST), moins adaptées aux situations d'urgence mais avec des changements de comportements plus grands et plus durables que des actions de porte à porte.

• Le cadre logique et la logique d'intervention

(a) La logique d'intervention découle d'une bonne analyse des besoins (comme décrit plus haut) dans l'optique de mettre en place des barrières préventive et de riposte d'urgence contre la transmission rapide du vibron cholérique. L'intervention est globalement définie de manière adaptée aux besoins réels, avec un travail à deux échelles :

- (i) au niveau régional et national avec l'appui au plan de contingence et aux acteurs locaux, et
- (ii) au niveau du terrain auprès des populations les plus vulnérables aux épidémies de cholera à Conakry.

Le cadre logique respecte une logique d'intervention pertinente, dans laquelle on peut dire de manière générale que les activités proposées devraient permettre d'atteindre les résultats fixés et mesurés par des indicateurs de résultats adaptés. Par contre, il est difficile d'évaluer dans quelle mesure l'atteinte des résultats permet d'atteindre la réalisation de l'objectif spécifique du projet (voir le paragraphe 3.2.7 *Efficienc*e pour plus de détails). La qualité du projet n'est toutefois pas remise en question.

(b) Les risques et hypothèses du projet ont été définis de manière pertinente, sans que des événements majeurs n'interviennent. La faible dynamique des acteurs du plan de contingence en début de projet a été problématique pour lancer les activités mais les résultats sont atteints au final (reste la validation officielle du MSPH).

Les difficultés de mise en œuvre du calendrier auraient pu être mieux intégrées, notamment sur les difficultés de travail en saison des pluies et l'apparition potentielle d'épidémie qui peuvent modifier l'ensemble des activités de manière très importante.

• Les solutions techniques

(a) Les points d'eau publics

Type d'activités	Les points d'eau publics
Les Bonnes Pratiques	<ul style="list-style-type: none"> - Sécurisation de l'accès à l'eau potable sur les zones denses publiques, grâce à l'ajout systématique de solution chlorée (SurEau) dans les réservoirs de stockage - Capacité de stockage améliorée (problème d'approvisionnement de la SEG) - Eau disponible pour utilisation hygiénique des toilettes et lavage des mains - Installations construites dans les règles de l'art
Besoin de Suivi Post-Projet	<ul style="list-style-type: none"> - Collaboration technique avec la SEG - Suivi de la qualité de l'eau par la SEG (sites prioritaires) - Chloration systématique au SurEau par le Comité de Gestion.
A Améliorer	<ul style="list-style-type: none"> - Arrivée d'eau sur 2 sites, - Drainage des eaux usées en sortie de réservoir

	<ul style="list-style-type: none"> - Dimensionnement technique des réservoirs (par rapport à une demande moyenne et maximale et aux fréquences d'arrivée d'eau), - Accès à l'eau en petite quantité (pour consommation personnelle)
--	---

(b) Les toilettes publiques

Type d'activités	Les toilettes publiques
Les Bonnes Pratiques	<ul style="list-style-type: none"> - Installations construites dans les règles de l'art et appréciées par les usagers - Nettoyage anal à l'eau - Lutte contre les mouches (système à siphon) - Entretien hygiénique (propreté) - Fosse surélevée pour les inondations
Besoin de Suivi Post-Projet	<ul style="list-style-type: none"> - Taux d'utilisation des cabines (trop faible à ce jour) - Coût d'utilisation trop élevé (?) - Temps de fréquence des vidanges (sans doute inférieur au 6 mois estimatifs) - Type de vidange (camion ou manuelle) et devenir des boues
A Améliorer	<ul style="list-style-type: none"> - Estimation du nombre de cabines (?) - Accessibilité, ratio homme – femme (utilisation d'urinoirs ?) et tarifs spéciaux pour les femmes ou personnes malades - Choix de la fosse (étanche, avec siphon et nettoyage anal) - Connexion du lavabo au puits perdu de l'aire de lavage - Messages de sensibilisation à l'hygiène à proximité - Coût de construction

La gestion locale des toilettes publiques par le comité de gestion fait l'objet de l'exemple de bonnes pratiques développé lors de cette évaluation finale. L'analyse est présentée en *annexe 6 - Un exemple clé de Bonnes Pratiques du Projet : "la gestion durable des toilettes publiques par un comité local de gestion"*.

(c) Les aires de lavage

Type d'activités	Les aires de lavage
Les Bonnes Pratiques	<ul style="list-style-type: none"> - Design simple mais approprié - Bon système d'évacuation des eaux usées (bac dégraisseur et puits perdu)
Besoin de Suivi Post-Projet	<ul style="list-style-type: none"> - Risque d'engorgement du puits perdu en saison des pluies - Niveau d'utilisation (changement de comportements / habitudes)
A Améliorer	- RAS.

(d) Les messages de sensibilisation

Type d'activités	Les messages de sensibilisation
Les Bonnes Pratiques	<ul style="list-style-type: none"> - Partenariat efficace avec la CRG - Package très complet et reconnu par le secteur EHA - Messages illustrés - Annonces radio en 5 langues et théâtres de rue - Grande couverture des activités de porte à porte - Nature des kits de distribution
Besoin de Suivi Post-Projet	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcement de messages en cas de risque marqué (épidémie en dehors du quartier, saison des pluies) - Changement des comportements après plusieurs mois - Utilisation réelle du SurEau et du savon après quelques mois

A Améliorer	<ul style="list-style-type: none"> - Trop de messages et pas assez de messages clés - Définition du nombre de kits en fonction de l'impact et pas seulement des capacités (si démonstration, besoin de moins) - Méthodes de sensibilisation directes et absence de méthodes participatives basées sur la recherche de solutions trouvées par les bénéficiaires (méthodologie PHAST par exemple)
--------------------	--

(e) La protection des aliments

Type d'activités	La protection des aliments
Les Bonnes Pratiques	<ul style="list-style-type: none"> - Sensibilisation sur les marchés - Actions souvent élargies au contrôle des maladies diarrhéiques au sens large du terme - Messages complets - Fourniture d'équipements de conservation
Besoin de Suivi Post-Projet	<ul style="list-style-type: none"> - Protection des poissons
A Améliorer	<ul style="list-style-type: none"> - Préférer les messages prioritaires en lien avec le choléra (vente d'eau, aliments crus) au lieu de multiplier les messages, en cas d'épidémie - Renforcer la sensibilisation auprès du public (rôle actif du comité de gestion) sur la préférence de consommer les points d'eau chlorés que d'acheter des sachets d'eau non libellés et non potables - Promouvoir la manipulation protégée (avec des ustensiles) des aliments par les vendeurs

(f) Les déchets ménagers

Type d'activités	Les déchets ménagers
Les Bonnes Pratiques	<ul style="list-style-type: none"> - Distribution de points de collecte des déchets
Besoin de Suivi Post-Projet	<ul style="list-style-type: none"> - Remplissage et devenir des déchets - Passage périodique des PME
A Améliorer	<ul style="list-style-type: none"> - Importance exacte des déchets ménagers dans la transmission du choléra (pas prioritaire)

2.3.6 Efficacité

Mesurer comment les ressources (fonds, expertise, temps, ...) sont converties en résultats concrets.

• Le niveau d'atteinte des résultats du projet

(a) Comme décrit dans le paragraphe 2.3.1 *Impact*, certains indicateurs ne sont encore pas disponibles et ne permettent pas de conclusion certaine à ce stade. Toutefois, il semblerait que les résultats du programme devraient tous être atteints à la date de remise du rapport final à ECHO.

(b) Dans le détail, l'analyse des indicateurs de résultats indiquent que :

- (i) Certains indicateurs de résultat n'ont pas pu être obtenus avant la fin du projet à cause de retard dans la mise en œuvre de certaines activités (voir plus de détails dans le paragraphe 2.3.6 *Efficacité*). Notons que ces indicateurs devraient être disponibles pour la date limite de rendu du rapport final à ECHO.
 - L'IOV 1.1. '80% des membres des équipes d'intervention formés se rappelant les notions clés 2 mois après la formation'
 - L'IOV 1.2.: 'Documents du plan de contingence national mis à jour'

- L'IOV 2.1. '100% des points d'eau réhabilités ou créés qui fonctionnent 3 mois après la remise'
 - L'IOV 2.3. '% des lieux publics avec systèmes de recouvrement des coûts (eau, latrines) fonctionnels 3 mois après la mise en place'
 - Les IOV 3.1 et 3.2 sur l'analyse des enquêtes CAP.
- (ii) Les indicateurs vérifiables au moment de l'évaluation sont tous atteints, hormis l'IOV 1.3 '50% d'amélioration du délai de réponse lors des simulations' qui n'est atteint qu'à 48%. La différence est minime, d'autant plus que la méthode de calcul tient compte d'une moyenne des tests réalisés. Il semble néanmoins que le test #2 indiquant 81% d'amélioration qualitative semble prépondérant car il démontre une bonne autonomie des équipes d'intervention d'urgence dans l'exécution de la riposte à une éventuelle épidémie. La progression des équipes étant supérieure à la qualité attendue, il peut donc être logiquement considéré que cet indicateur a atteint son but espéré, même plus.

• Les modifications par rapport au montage du projet

(a) Il n'y a pas eu de modifications majeures de l'approche générale du projet par rapport à sa conception. Les activités se sont toutes déroulées comme prévu, les changements n'intervenant qu'au niveau des dates de réalisation décalées par rapport à la planification initiale (*voir le point ci-dessous pour plus de détail*).

(b) Le cofinancement du projet a été décalé, le temps de la signature du contrat. Le budget de cofinancement requis (60 000 euros) a été néanmoins disponible pour le projet. Ce retard dans la mise à disposition des fonds d'OFDA permet en contre partie d'assurer une période plus longue de suivi des activités, en plus d'actions supplémentaires prévues dans le financement OFDA.

• Le calendrier de mise en œuvre des activités

(a) La production des résultats a été échelonnée durant le projet. Des retards sont apparus à cause d'aspects opérationnels pratiques (léger retard de mise en route, période de ramadan, lenteur des partenaires publics). ACF a réussi à atteindre les objectifs programmés des activités sans solliciter d'extension officielle du projet.

(b) Les activités pour atteindre le résultat 1 "*Les capacités des acteurs institutionnels et non étatiques en matière de préparation aux épidémies de choléra sont renforcées*" ont pris plus de temps par manque de réactivité des acteurs à se retrouver pour lancer les étapes de la mise en place du plan de contingence. L'expert 'contingence' a dû rester plus longtemps que prévu.

(c) Les activités du résultat 2 "*Les conditions sanitaires dans les lieux publics ciblés sont améliorées*" n'ont pu être mis en œuvre qu'à partir de septembre (après la période des pluies). Les activités de construction se sont faites rapidement.

Sur un projet de courte durée, ces contraintes peuvent être dommageables non seulement sur la capacité de réalisation dans les temps (sur ce projet, les mesures d'indicateurs se font durant les 3 mois entre la fin du projet et la remise du rapport final ECHO) mais aussi en terme de pérennité des systèmes de gestion mis en place en fin de projet (plus le suivi de l'utilisation par les bénéficiaires et la maintenance). ACF a la capacité financière et humaine pour assurer une présence minimale après projet pour limiter ces risques d'arrêt des services créés.

(d) Les activités du résultat 3 "*Les connaissances et les pratiques sanitaires de la population en cas d'épidémie sont améliorées*" ont été réalisées plutôt dans les temps. Seuls quelques retards en début de programme (les équipes n'étaient pas totalement finalisées) ont été remarqués sans aucun préjudice à la fin du projet. Ces activités ont été effectuées rapidement avec les volontaires de la CRG, dans une période d'apparition des 3 cas de choléra de 2011, dans des buts de prévention des ménages des quartiers identifiés.

• Point financier du projet

(a) A la date de l'évaluation finale, le pourcentage de dépenses réelles avoisinaient les 95% du budget initial de 310 000 €. Les fichiers de suivi financier n'étaient pas validés entièrement par le siège. Il se peut donc que l'affectation des dépenses soit réajustée en prenant en compte le cofinancement OFDA.

2.3.7 Efficience

Apprécier si les objectifs ont été atteints, ou vont être atteints, selon leur importance respective.

• Atteinte des objectifs du Cadre Logique

(a) Le cadre logique du projet propose des objectifs mal définis. En tout cas, l'objectif spécifique de "Contribuer à la réduction des taux de morbidité et de mortalité liés aux épidémies de choléra en Guinée" ne permet pas de contribuer à l'objectif général de "Renforcement de la réponse précoce aux épidémies de choléra au travers de la responsabilisation des communautés, des institutions publiques, des acteurs non étatiques, et de l'amélioration des conditions sanitaires dans les lieux publics de la ville de Conakry". L'objectif général et l'objectif spécifique semblent être en effet inversés.

(b) Les indicateurs de l'objectif spécifique sont atteints. Toutefois, en plus du point évoqué ci-dessus, cette conclusion doit être pondérée par la raison que certains indicateurs, proposés lors de la définition du projet, ne permettent pas vraiment d'évaluer l'atteinte précise des buts recherchés du projet. En effet, les indicateurs (basés sur le nombre de cas confirmés de choléra et le taux de létalité en cas d'épidémie en 2011) ne reflètent pas assez les critères SMART usuels nécessaires à ce type de mesures. Ils dépendent du contrôle ou non d'une épidémie :

- (i) qui est incertaine. Même si le risque d'épidémie est jugé grand, il n'y a aucune certitude d'épidémie, d'ailleurs elle n'est pas apparue en 2011,
- (ii) qui reste très dépendante d'autres facteurs extérieurs au projet. D'ailleurs les actions de prévention globale d'une épidémie de choléra relèvent toujours d'une approche concertée et multisectorielle,
- (iii) pour laquelle les terrains très favorables de propagation sur la ville de Conakry (environ 2 millions d'habitants) sont très nombreux (en lien avec les conditions sanitaires détériorées des quartiers) et certainement au-delà de l'ampleur de ce projet,
- (iv) Enfin, on peut noter qu'aucune épidémie n'est apparue en 2009 et 2010. Autrement dit, il peut se produire une épidémie alors que les actions du projet sont excellentes. A l'inverse, il est très difficile de démontrer que seulement 2 cas apparus en 2011 sur Conakry sont la conséquence de l'impact du projet.

• L'analyse financière du projet

(a) Le ration cout / bénéficiaire est de l'ordre de 4€. Les actions de sensibilisation peuvent généralement cibler un large nombre de personnes pour un coût faible.

(b) Il n'y a pas eu de participation communautaire pour la construction des points d'eau et des toilettes publiques sur les lieux publics. Les ouvrages ont été construits proprement par des constructeurs, avec un niveau d'équipement important. La viabilité des ouvrages est importante mais les coûts de construction restent élevés, ce qui peut poser des enjeux sur la répliquabilité à grande échelle des actions.

• L'adéquation des moyens humains avec les objectifs à atteindre

(a) La qualité des ressources humaines est pour beaucoup dans la bonne réalisation du projet. La définition de l'équipe WASH a été adaptée aux besoins du projet.

- (i) La supervision du projet par la chef de mission et la coordinatrice technique a été très détaillée et compétente.
- (ii) L'équipe WASH (composée d'un chef de projet; d'un assistant chef de projet; d'un responsable mobilisation, d'un responsable sensibilisation, d'un responsable construction et de 2 animateurs) a une structure équilibrée et complémentaire. L'engagement, l'enthousiasme et le sérieux des membres de l'équipe a sans doute participé à la qualité du résultat final.
- (iii) La présence d'un expert 'contingence' a apporté une plus-value significative. Il n'aurait sans doute pas été possible pour l'équipe du projet de réaliser le même niveau d'atteinte de résultats sur le plan de contingence (compétences spécifiques, disponibilité).

(b) Les compétences de l'équipe WASH ont été suffisantes et appropriées aux enjeux techniques :

- (i) Le projet qui ne comportait pas de véritable spécificité technique a été mis en œuvre par une équipe sans profil technique EHA pointu. Le projet a atteint des niveaux de réalisation technique satisfaisant, l'équipe recevant le soutien technique de la part d'ACF-E.

- (ii) L'ensemble de l'équipe WASH ainsi que des partenaires locaux ont reçu une formation technique, très appréciée, de la part de l'institut Bioforce pendant une semaine, sous la forme de son programme habituel de formation en son centre de formation à Bobo-Dioulasso, Burkina Faso.
- (iii) Sur des projets de cette ampleur technique, la présence d'un expert WASH n'est pas pertinente. Par contre, un expert WASH sur le terrain aurait sans doute anticipé quelques défauts techniques sur le projet. A l'avenir, la présence d'un expert WASH sur quelques semaines pourrait être planifiée pour effectuer les investigations techniques de dimensionnement des ouvrages techniques.

(c) Sans être vraiment préjudiciable, l'absence d'expert WASH au bureau d'ACF Guinée peut engendrer quelques contraintes opérationnelles lors d'interventions rapides sur de nouvelles épidémies, notamment quant à la capacité effective de mener des évaluations techniques rapides et de représentation en réunion de coordination.

Il serait intéressant de pouvoir développer des compétences internes spécifiques (au sein de l'équipe WASH) sur les aspects de planification et de coordination technique des réponses d'urgence – dont la réponse aux épidémies de choléra. ACF International est partenaire de la formation spécifique, de 15 jours, organisée par UNICEF, Bioforce et l'Université ZIE d'Ouagadougou. Cette formation peut être une alternative pertinente et durable à la présence d'un expert WASH expatrié pour accroître la capacité opérationnelle d'ACF en cas de crise de choléra.

• Sécurité et accès aux sites

(a) Le projet n'a pas été perturbé par des incidents de sécurité. Par moment, des visites terrains peuvent être annulées à cause des conflits sociaux qui touchent souvent les quartiers du projet. Néanmoins, la sécurité n'a pas été une véritable contrainte pour la mise en place des activités.

(b) Il n'y a pas de mesure de protection / désinfection particulière dans les locaux d'ACF. Mais ces dispositifs ne sont pas appropriés dans un contexte de prévention du choléra. Même en cas d'épidémie, des mesures simples d'hygiène seront recommandées. Les systèmes avec pédiluves, points de lavage des mains systématique à l'entrée de chaque bureau et maison ACF, ne sont appropriés qu'en cas de très grande épidémie. Récemment, avec la nouvelle épidémie déclarée dans la préfecture de Forécariah, le personnel a reçu des rappels sur l'importance des mesures d'hygiène. Ces mesures préventives sont suffisantes.

(c) ACF est une organisation très bien acceptée sur les sites du projet. Des efforts sont faits pour bien communiquer avec les responsables locaux et éviter les conflits potentiels : les risques sont réduits et l'approche d'ACF est la bonne.

• Analyse des moyens logistiques

(a) Le support de la logistique a été bon dans l'ensemble. Les moyens semblent avoir été suffisants et ne pas poser de contraintes particulières dans le déroulement des activités. La gestion du parc de véhicules et des déplacements sur site est organisée de manière à assurer un bon soutien logistique aux équipes opérationnelles.

(b) L'approvisionnement du matériel ou les contrats avec des entrepreneurs privés ne font pas l'objet de remarques particulières. Les kits de distribution sont adaptés aux besoins, la désinfection au SurEau le moyen le plus efficace à Conakry.

Les contrats d'achats avec les fournisseurs n'ont pas été consultés dans le cadre de l'évaluation finale.

(c) La déclaration de l'épidémie dans la préfecture de Forécariah a montré la non disponibilité du SurEau dans le stock de contingence 'Choléra', développé dans le projet précédent ACF-UNICEF (financement ECHO). Le fournisseur de SurEau a dû renouveler le stock pour des raisons de limite de péremption des produits mais n'était pas en mesure de fournir la quantité prévue dans le stock de contingence.

Ces erreurs de planification ne sont pas de la responsabilité d'ACF (stock sous contrat du fournisseur). Mais il démontre bien les risques de mauvais fonctionnement à terme des actions planifiées du plan de contingence. Ce constat renforce aussi le besoin d'effectuer une veille active de l'opérationnalité du plan de contingence en anticipation de problèmes pratiques ou organisationnels.

2.3.8 Monitoring et Éléments transversaux

• Monitoring

(a) Le projet possède la même organisation interne que les autres projets d'ACF Guinée, avec une structuration usuelle des rôles sous la supervision de la chef de mission, de la coordination technique et du chef du projet. Les réunions de coordination périodique ou informelle ont été fréquentes pour assurer une bonne coordination de l'équipe.

(b) Les informations de suivi du projet ont été collectées principalement avec les outils de suivi mensuels, comme les APR (mensuel). N'étant pas identifié comme un problème particulier sur le projet ou sur la mission, les outils de suivi ont été analysés pour connaître la progression des activités mais ils n'ont pas fait l'objet d'investigations plus poussées durant l'évaluation, notamment sur les interactions et le partage des informations.

(c) Les équipes sur Conakry ont été satisfaites du rôle de supervision et de soutien du siège d'ACF-E. Le responsable WASH s'est notamment rendu par 2 fois (lors du montage de la proposition d'action et lors de la formation WASH technique).

(d) ACF a de manière générale une politique de capitalisation des expériences assez marquée. Chaque personnel cadre du projet doit produire un document de capitalisation. A l'issue de sa mission d'appui technique sur les activités du résultat #1, l'expert '*Contingence*' a partagé d'utiles documents de synthèse à ACF et à ses partenaires.

Les actions au niveau des quartiers mériteraient aussi une capitalisation des expériences, qui peut se réaliser dans quelques mois en s'appuyant sur des leçons d'expérience de quelques mois supplémentaires (période intéressante de suivi post-projet).

(e) La présente évaluation participe également au processus de suivi – évaluation - capitalisation.

• Problématique du Genre

(a) La prise en compte du genre est reconnue par ACF et essaye d'être intégrée autant que possible dans les projets. Par contre, il n'existe pas de politique spécifique (document stratégique interne) de la part d'ACF sur se reporter pour s'assurer du bon niveau d'intégration et de participation des hommes et des femmes dans un projet.

(b) Dans la pratique, les activités tendent à intégrer la prise en compte du genre par des actions "classiques" WASH, telles que exprimées dans la documentation nombreuse produite par ACF. Les enjeux liés à la problématique du genre sont plutôt bien intégrés dans le projet.

• Impacts environnementaux

(a) Les actions de prévention du choléra se concentrent sur l'amélioration des conditions sanitaires et la réduction des pollutions d'origine humaine. La construction des toilettes publiques a notamment pris en compte la pollution potentielle de la nappe phréatique, qui est en position haute pendant la saison des pluies.

La présence de ces infrastructures limite considérablement le rejet des excréta dans la mer ou les rivières, ainsi que la pratique de la défécation à l'air libre.

(b) Les toilettes publiques ont des fosses étanches qui nécessitent des vidanges. Le paiement d'entrepreneurs équipés de camion est prévu. Par contre, le devenir des boues n'est pas vraiment clair à ce stade. De plus, le coût important d'une vidange par camion comparée à une vidange manuelle (avec risque de contamination fort lors de l'opération) risque d'aboutir au choix moins coûteux de vidange manuelle (et d'augmenter par conséquent les risques d'évacuation non contrôlée). Dans ces cas là, le risque de contamination de l'environnement est donc élevé, avec une incidence forte sur le risque de santé publique (transmission du vibrion cholérique dans l'environnement). ACF doit investiguer plus en détail ces enjeux dans les semaines à venir et prendre les dispositifs adaptés pour la bonne gestion – évacuation des excréta des toilettes publiques.

(c) Les installations de lavage sont équipées de puits perdu. Elles participent au contrôle des eaux stagnantes et par extension à la réduction de la prolifération de moustiques et autres vecteurs.

• Autres éléments transversaux

Les autres éléments transversaux, comme la participation, le ciblage des personnes vulnérables, la protection, le plaidoyer, etc. ne font pas l'objet de point particulier dans ce paragraphe. Ils sont en effet insérés directement dans les résultats des critères d'appréciation du projet.

2.4 Conclusions et recommandations

2.4.1 Conclusions

De manière générale, le projet de réduction des risques de propagation des épidémies de choléra sur Conakry a produit de bons résultats, avec des approches appropriées et une réalisation générale satisfaisante selon des moyens financiers et humains convenables et dans un délai assez court.

Les conclusions suivantes permettent d'établir un bilan général du projet et de proposer des orientations futures dans ce domaine d'actions pour ACF.

(a) Considérant les risques existants dans les quartiers prioritaires et le développement récent d'une épidémie de choléra à 75 kms de la capitale, les actions de prévention et de riposte en zone urbaine gardent toute leur légitimité dans le futur.

Certaines composantes du projet sont actuellement en cours de finalisation et/ou de renforcement pour éviter les risques de non continuité des capacités et des services créés. Il est crucial qu'ACF puisse s'impliquer auprès des acteurs locaux au-delà des 3 mois de suivi prévus, dans un processus d'accompagnement avec retrait progressif sur une période plus longue (possible avec le financement OFDA en cours).

Grâce au travail effectué au niveau du plan de contingence, la capacité de riposte est globalement prête à Conakry. Cette bonne planification et préparation devrait servir d'exemple à la réalisation des autres plans de contingence régionaux par d'autres acteurs. Toutefois, il faut garder à l'esprit la position fragile du renforcement des capacités de préparation dans cette période de passation des efforts de coordination et de la difficulté à mobiliser les énergies et les fonds.

(b) Les besoins d'actions de prévention du choléra au niveau communautaire à Conakry demeurent conséquents. Les actions du projet ont amélioré sur le terrain la situation sanitaire des lieux publics fréquentés et informer la population des quartiers prioritaires.

Les leçons d'expériences sont importantes à valoriser pour renforcer la qualité des actions d'ACF, de ses partenaires et de futurs acteurs dans le domaine de prévention et de riposte du choléra à Conakry. Afin d'assurer des améliorations efficaces et durables et optimiser les futures actions de ce genre en zone urbaine, quelques améliorations dans les démarches et/ou les choix sont à considérer.

Le travail d'ACF est apprécié par l'ensemble des parties prenantes qui partage le même avis sur la reconnaissance de la qualité et l'intérêt du travail d'ACF sur Conakry. Grâce à cette réussite, ce projet participe également au renforcement du rôle et de l'image d'ACF dans le pays. ACF peut ainsi avoir un apport efficace dans le plaidoyer d'enjeux spécifiques importants dans la lutte contre les épidémies de choléra et des maladies liées à l'eau de manière plus large.

Avec l'appui probable d'autres financements à venir sur des problématiques EHA sur Conakry, ACF a des opportunités intéressantes de promotion de nouvelles approches techniques réussies, comme certaines développées durant ce projet, pour démontrer et participer au travail prioritaire d'actions locales de terrain dans la couverture en eau, hygiène et assainissement sur le long terme à Conakry.

2.4.2 Recommandations

□ (En lien avec le point (a) de la conclusion) **Pour le renforcement durable de la préparation à la riposte aux épidémies de choléra**

(a) Activités urgentes de finalisation des activités

- 1) Résoudre les problématiques d'approvisionnement en eau potable sur 2 sites du projet
 - Coordination avec la SEG pour la réparation du tronçon de réseau et le suivi de la qualité des sites construits
- 2) Mesurer les indicateurs de résultats non disponibles auparavant
 - Organiser les enquêtes auprès de l'équipe d'intervention d'urgence
 - Obtenir une restitution officielle du plan de contingence auprès du MSPH (activité planifiée initialement mais annulée par le MSPH)
 - Faire une analyse narrative et comparative de l'enquête CAP
 - Mesurer le niveau de fonctionnement des systèmes créés après 3 mois de mise en service
 - Réaliser l'enquête auprès de l'équipe d'intervention d'urgence lors de la présentation officielle du plan de contingence au MSPH.

(b) Réaliser un suivi post-projet des comités de gestion des toilettes publiques sur une période minimale de 9 mois (sous financement OFDA), tout en assurant un retrait progressif de suivi

- 1) Prendre en considération les recommandations de l'annexe 6 - *Exemple de Bonnes Pratiques* pour développer une approche innovante de l'assainissement urbain local et durable
- 2) Renforcer la communication sur les lieux publics pour une meilleure utilisation des toilettes publiques, en appuyant des initiatives des comités de gestion
- 3) Organiser des actions de sensibilisation de 'piques de rappel' en coordination avec les capacités de la CRG et des volontaires dans les quartiers (à adapter aux urgences prioritaires selon la nature du risque d'épidémie ou de propagation près un quelconque événement).

(c) Maintien du niveau opérationnel du Plan de Contingence Conakry

- 1) Obtenir la mise en application officielle du plan de contingence auprès du Ministère de la Santé et de l'hygiène Publique
- 2) Plaidoyer afin d'obtenir les moyens financiers auprès du gouvernement et/ou des partenaires financiers pour assurer la continuité active du plan de contingence
- 3) Participer sur le long terme à la veille active du plan de contingence, sans engagement financier ni rôle trop actif.
 - Surveillance de la préparation opérationnelle du plan de contingence entre 2 épidémies
 - Plaidoyer actif pour la recherche de financements du plan de contingence

(d) Renforcement des actions préventives et de riposte du Plan de Contingence

- 1) Participer à l'amélioration de la qualité et de l'impact des Plans de Contingence Choléra
 - S'assurer que les dispositions du plan de contingence sont intégrées au plan national de préparation de lutte contre les urgences courantes de Guinée.
 - Plaidoyer actif pour l'intégration de la SEG comme partenaire incontournable de la prévention et de la réponse d'urgence aux épidémies de choléra, en les intégrant dans les plans de contingence,

1. Plaidoyer permanent pour la distribution permanente d'eau potable dans les quartiers prioritaires identifiés par l'étude épidémiologique (pour des raisons de santé publique prioritaire),
 2. En cas d'épidémie, imposer la fourniture d'eau désinfectée (mesure au robinet : taux minimal de chlore résiduel en période d'épidémie de 0,5 mg/l)
 - Promouvoir le plan de contingence Conakry au sein du groupe sectoriel pour servir de modèle aux autres plans de contingence régionaux,
 - 2) Etre un acteur primordial de la réponse EHA communautaire a Conakry en cas de crise choléra
 - 3) S'assurer de l'intégration des leçons d'expériences après chaque épidémie de choléra.
- (e) Renforcement des compétences en réponse d'urgence 'Crise Choléra – EHA' au sein de l'équipe ACF Guinée**
- 1) Renforcer les capacités de l'équipe WASH en matière de représentation au sein des groupes sectoriels / de crise et en cas de missions d'évaluation technique d'urgence
 - Evaluer les possibilités de participation à une formation spécifique de coordination WASH, comme la formation UNICEF-2IE-Bioforce à Ouagadougou, dont ACF est partenaire,
 - Garantir la présence d'experts WASH d'ACF-E rapidement sur le terrain, en cas de crise importante.
 - 2) Obtenir la boîte à outil "Choléra" en cours de développement par ACF International et assurer la bonne compréhension des outils à l'équipe WASH
 - 3) Continuer la formation systématique à l'ensemble du personnel à la prévention contre le choléra.

□ (En lien avec le point (b) de la conclusion) Pour des améliorations efficaces et durables du cadre de vie des quartiers prioritaires de Conakry

(a) Valoriser l'expertise développée sur le projet et renforcer le plaidoyer technique d'ACF

- 1) Produire et diffuser des notes techniques de capitalisation sur les bonnes pratiques du projet au niveau de l'assainissement et l'hygiène des lieux publics
 - Gestion durable des toilettes publiques
 - Campagnes de sensibilisation à grande échelle avec la CRG
- 2) Communiquer sur les réussites du projet avec les acteurs impliqués dans le secteur de l'EHA et de la lutte contre le choléra
 - Dissémination du rapport de l'évaluation finale
 - Partage des rapports de capitalisation du projet lors des réunions du groupe sectoriel
- 3) Continuer la participation active au groupe sectoriel EHA, en appuyant les besoins prioritaires à Conakry sur le plan de :
 - L'accès durable aux services EHA des quartiers prioritaires
 - Le renforcement des acteurs locaux
 - La mobilisation de ressources et de partenaires supplémentaires sur la problématique de l'assainissement urbain.

(b) Participation à de nouvelles initiatives EHA en contexte urbain,

- 1) Développement de projets EHA qui incluent une partie sur la prévention et préparation aux épidémies de choléra
 - S'assurer de la bonne intégration des recommandations de l'évaluation finale dans la stratégie ACF 2012 -2015 en cours de finalisation,
 - Mettre en œuvre les recommandations techniques dans le cadre de nouveaux projets,
 1. Prévoir systématiquement des actions de suivi post-projets pour pondérer les risques d'échecs ou de non atteinte des objectifs, avec l'octroi de cofinancements couvrant une durée plus grande de réalisation des actions.
 2. Optimiser les cadres logiques des futurs projets EHA,
 - a. Proposer des indicateurs d'objectif spécifique plus représentatifs des résultats obtenus, moins aléatoires et avec moins de conditionnalité à d'autres événements extérieurs
 - b. Mieux définir les risques et hypothèses en lien avec le calendrier d'action (saison des pluies, ramadan, risque élevé d'épidémie, dépendance au manque de dynamisme de partenaires gouvernementaux)
 3. Améliorer la conception technique des ouvrages d'eau et d'assainissement (selon les remarques de ce présent rapport dans '*solutions techniques*' du paragraphe 2.3.5. *Pertinence*),
 4. Accroître l'expertise intégrée d'ACF dans la prévention aux épidémies,
 - a. Formation spécifiques de prise en charge dans les programmes 'Nutrition',
 - b. Renforcement des enjeux du choléra dans les projets de sécurité alimentaire (conservation de la nourriture, 'cash for work', etc.).
 - c. Réflexion sur la pertinence d'actions en santé mentale dans le contexte local en lien avec la lutte contre le choléra.
- 2) Promotion d'approches innovantes pour l'amélioration des conditions de vie en milieu urbain et périurbain,
 - Réaliser une étude socio-anthropologique sur les enjeux en lien avec l'assainissement urbain dans les quartiers, notamment sur les pratiques de défécation dans les lieux publics, les enjeux du paiement du service, et le devenir des vidanges pour ajuster les concepts et fonctionnements des toilettes publiques.
 - Gestion durable des toilettes publiques : nouvelles réalisations, projet pilote « double fosse », en lien avec les recommandations de l'annexe - *Exemple de bonnes pratiques* et selon les conclusions à venir du suivi post-projet
 - Développer les initiatives de gestion des déchets ménagers (inclus vidange manuelle de fosse de toilettes), en axant sur la mise en place et la promotion de nouvelles approches réussies
 - Développer avec la CRG une approche de sensibilisation participative au changement des comportements d'hygiène (méthodologie PAHST).
- 3) Renforcement des compétences des acteurs locaux
 - Continuer le partenariat actif avec la CRG sur la réponse communautaire,
 - Développer de nouveaux partenariats (ou en soutien aux initiatives) de la société civile locale sur les problématiques de l'assainissement urbain de manière générale (inclus les déchets ménagers, la gestion des eaux pluviales, les pratiques d'hygiène et la qualité de l'eau).

Annexes

- Annexe 1 - Termes de Références de l'évaluation finale
- Annexe 2 – Inventaire des activités du projet
- Annexe 3 - Calendrier d'activités de l'évaluation finale et personnes rencontrées
- Annexe 4 - Présentation Powerpoint de la restitution de l'évaluation finale à ACF-E le 1^{er} mars 2012
(*version améliorée de la présentation à l'équipe ACF Guinée le 17 février 2012*)
- Annexe 5 - Classification des évaluations de programmes selon les critères DAC
- Annexe 6 - Un exemple clé de Bonnes Pratiques du Projet : "*la gestion durable des toilettes publiques par un comité local de gestion*".



TERMES DE REFERENCE

Pour les Evaluations Externes d'ACF

Réduction du risque de propagation des épidémies de choléra à Conakry : IEC, alerte précoce et barrières sanitaires

Programme financé par
ECHO

Référence du Contrat

2011/00467/RQ/01/02

10 septembre 2011

1. DETAILS CONTRACTUELS DE L'EVALUATION

1.1. Dates clés de l'Evaluation

Date de départ prévu:	09/12/2011
Date de fin prévue:	07/01/2012
Soumission du Rapport Provisoire:	29/12/2011
Soumission du Rapport Final	07/01/2012

1.2. La Langue de l'Evaluation

Langues requises pour effectuer l'évaluation	Français
Langue du Rapport:	Français

1.3. Plan de travail et calendrier

Activités	Jours de Travail
Briefing siège	1
Voyage vers la mission	1
Briefing sur la mission, revue des documents et préparation du travail de terrain	2
Activités de terrain	7
Collecte d'informations secondaires	2
Analyse des données et préparation du rapport provisoire	5
Débriefing sur la mission sur base du rapport provisoire	1
Voyage retour vers le siège	1
Débriefing au siège	1
Finalisation du rapport selon les commentaires de la mission, du siège et de ACF-UK	2
Total	23

1.4. Budget pour l'évaluation

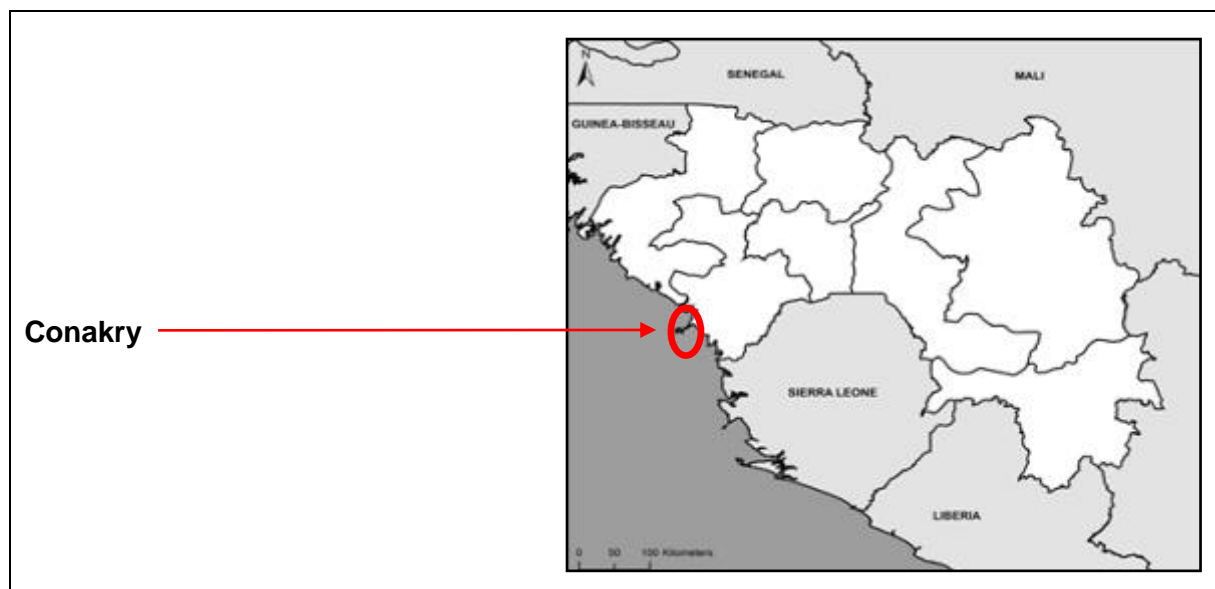
	EUR
Montant Total Disponible	10 000
Date Limite pour la facturation (Fin du Contrat):	31 décembre 2011

Le Consultant sera responsable de son assurance personnelle pendant l'évaluation. De plus, le consultant fournira également tous les équipements (e.g. ordinateur) nécessaires à l'évaluation.

2. DETAILS DU PROGRAMME

Titre de Programme:	Réduction du risque de propagation des épidémies de choléra à Conakry : IEC, alerte précoce et barrières sanitaires
Localisation	Conakry, Guinée
Début:	01 mai 2011
Fin:	31 décembre 2011

2.1. Carte de la Zone du Programme



2.2. Vue d'ensemble du Programme

Contexte général de l'intervention

ACF intervient en République de Guinée depuis 1995 auprès des populations vulnérables. A l'origine, plusieurs programmes d'assistance humanitaire avaient été menés à l'intérieur du pays auprès des populations victimes des différents conflits des pays frontaliers et des intrusions rebelles en Guinée. Les interventions à l'intérieur du pays se sont achevées en 2009 et ACF-E se positionne dorénavant en tant qu'acteur spécialisé en zone urbaine, notamment dans les quartiers défavorisés de la capitale. En effet, de 2007 à 2011, ACF-E a été présente à Conakry à travers la prise en charge nutritionnelle des enfants de moins de 5 ans. Intervention à laquelle est venu s'ajouter un projet de préparation à la réponse aux épidémies de choléra ainsi qu'un projet de sécurité alimentaire commencé en 2009 à Conakry et à Kindia au profit des ménages à faible revenu. Actuellement, trois projets sont en cours dans la capitale :

- Projet d'appui aux populations à faible revenu en régions urbaines de Guinée (Août 2009-Novembre 2011 / 1.500.000 euros/ UE). Ainsi que le cofinancement (100.000 euros / MRW)
- Programme d'appui aux activités génératrices de revenus d'associations féminines de Conakry (Février 2011-Juillet 2012 / 300.000 euros / UE)
- Programme de réduction du risque de propagation des épidémies de choléra à Conakry : IEC, alerte précoce et barrières sanitaires (Mai 2011-Décembre 2011 / 310.000 euros / ECHO)

La présente évaluation porte sur le premier en cours dont la date de fin est prévue au 31 décembre 2011.

Contexte spécifique au programme

Depuis 2003, la région de l'Afrique de l'Ouest, avec en particulier la Guinée et la Guinée-Bissau, fait face à des épidémies de choléra en voie d'endémie. De grandes épidémies de cholera ont été respectivement enregistrées au cours des années 1970, 1978, 1986, 1994, 1995, 2003, 2004, 2005, 2006 et 2007 à travers tout le pays. Les flambées ont débuté au niveau de localités situées dans les zones du littoral (préfectures de Boké, Boffa, Forécariah et Conakry).

La ville de Conakry a été touchée par une succession d'épidémies depuis 2003. Les épidémies les plus importantes sont survenues en 2005 et 2007. Devant l'ampleur de ces épidémies, le Gouvernement et les partenaires au développement ont mené des actions

conjointes de lutte pour prévenir et mieux répondre à ces évènements. Deux projets de prévention et de préparation aux épidémies de choléra financés par la DG ECHO (Service d'Aide Humanitaire de la Commission européenne) et mis en œuvre conjointement par ACF-E et UNICEF entre février 09 et avril 10, ont permis de mieux comprendre les facteurs de déclenchement des épidémies de choléra.

Le programme en cours en 2011, sur financement ECHO, fait suite aux actions de 2009 et 2010 et s'appuie sur les acquis des interventions précédentes pour réduire le risque de propagation des épidémies de choléra à Conakry.

Pour l'exécution de ce projet et pour la coordination, ACF travaille avec une série d'acteurs des secteurs santé et eau, assainissement et hygiène.

- Division Prévention et Lutte contre la Maladie (DPLM) : La division au sein du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique qui a le mandat non seulement pour le suivi mais également la mise en œuvre et la coordination des mesures de prévention. Elle coordonne également les activités de riposte et a une capacité importante de mobilisation des acteurs gouvernementaux.
- Croix-Rouge guinéenne (CRG) : La CRG, avec ses volontaires, représente une capacité de réponse importante. Les volontaires de la CRG font partie intégrante des équipes d'intervention, ayant été formés par ACF-E sur la détection des cas suspects de choléra, et la sensibilisation à l'hygiène dans les lieux publics. La présence de la CRG assure la durabilité des actions de prévention et de réponse précoce, mais le turn-over des volontaires fait que les formations doivent être régulièrement répétées.
- Agences du Système des Nations-Unies (OMS, UNICEF) : Les mandats des deux agences, l'une dans la santé et la prévention des maladies, et l'autre en tant que point focal national dans le secteur WASH font que les deux ont un rôle important à jouer dans le domaine du choléra et ce sur l'ensemble du territoire national.
- Leaders des lieux publics : Les leaders (administrateurs, relais/points focaux sectoriels, gestionnaires, etc.) des lieux publics sont des acteurs incontournables pour assurer un changement de comportement et soutenir la pérennité des actions.
- Fournisseurs privés (sanitaires dans les lieux publics, revendeurs d'eau, etc.) : l'un des meilleurs modèles pour assurer l'entretien et le bon fonctionnement des infrastructures WASH dans les lieux publics est basé sur un système de recouvrement des coûts avec des partenariats publics-privés qui ont déjà fait leurs preuves à Conakry et ailleurs.
- ONGI : Population Services International (PSI) a, depuis quelques années, commercialisé le Sur'Eau qui a été identifié par ACF-E en 2009-2010 comme la meilleure solution à vulgariser pour le traitement de l'eau de boisson à domicile. ACF-E et PSI ont déjà un accord pour la mise à disposition des flacons de Sur'Eau en cas d'épidémie. Les ONG médicales, telles que MSF, sont déjà pré positionnées en cas de besoin de réponse à une épidémie, avec un soutien aux structures sanitaires (centres de traitement du choléra), mais leur implication dans les instances de coordination mérite d'être renforcée.
- Les DSVCO : Direction de la santé de la ville de Conakry.
- DNHP : Division National de l'hygiène publique.
- DNACV : Division Nationale de l'Assainissement et Cadre de Vie

2.3. Objectif Général

Renforcement de la réponse précoce aux épidémies de cholera au travers de la responsabilisation des communautés, des institutions publiques, des acteurs non étatiques, et de l'amélioration des conditions sanitaires dans les lieux publics de la ville de Conakry

2.4. Objectifs spécifiques/Résultats

OS : Contribuer à la réduction des taux de morbidité et de mortalité liés aux épidémies de choléra en Guinée

Résultat 1 : Les capacités des acteurs institutionnels et non étatiques en matière de préparation aux épidémies de choléra sont renforcées

Résultat 2 : Les conditions sanitaires dans les lieux publics ciblés sont améliorées

Résultat 3 : Les connaissances et les pratiques sanitaires de la population en cas d'épidémie sont améliorées

2.5. Activités du Programme

R.1.A.1. Révision et mise à jour du plan de contingence spécifique aux épidémies de choléra

R.1.A.2. Formation des nouveaux membres et recyclage de l'équipe d'intervention d'urgence

R.1.A.3. Exercices de simulation d'épidémie

R.1.A.4. Mise en place d'un système infographique répertoriant les cas de choléra

R.1.A.5. Plaidoyer auprès du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, du Système des Nations Unies et des bailleurs de fonds pour la pérennisation de l'équipe d'intervention d'urgence et l'actualisation des plans de contingence

R.1.A.6. Mise à jour du mapping des acteurs et renforcement de la coordination à travers l'organisation des tables rondes, en lien avec UNICEF

R.2.A.1. Identification des sites les plus vulnérables, sensibilisation des leaders et identification participative d'un partenariat public-privé de recouvrement des coûts

R.2.A.2. Création ou réhabilitation des points d'eau avec système de chloration dans les réservoirs

R.2.A.3. Construction de blocs de latrines/douches résistantes aux inondations avec aires de lavage

R.2.A.4. Renforcement des initiatives d'assainissement à base communautaire en vue de la réduction et de l'amélioration de la gestion des déchets solides

R.2.A.5. Amélioration des dispositifs de protection des aliments vendus dans les lieux publics

R.2.A.6. IEC pour les leaders et les travailleurs des lieux publics (maladies hydriques, hygiène environnementale, hygiène alimentaire, etc.)

R.3.A.1. Enquêtes CAP de référence et finale

R.3.A.2. Élaboration d'une stratégie détaillée de sensibilisation de masse (radios, panneaux, théâtre...) avec les messages clés

R.3.A.3. Sensibilisation des communautés par les volontaires de la CRG dans les quartiers identifiés les plus à risque

R.3.A.4. Distribution des kits d'hygiène (produits de chloration d'eau à domicile, savons, SRO...) lors des sessions de sensibilisation

3. BUT DE L'EVALUATION

3.1. Les Utilisateurs cible(s) de l'Evaluation

ACF	Equipe WASH Conakry, référent siège
Siège commanditaire	Madrid / Desk Afrique de l'Ouest
Au Niveau de la Mission	Equipes technique et de coordination
Autres	Partenaires WASH en Guinée

3.2. Objectif(s) de l'Evaluation

L'objectif est de réaliser l'évaluation finale du programme selon les critères de qualité de l'OCDE sur le programme de réduction du risque de propagation de cholera dans la ville de Conakry.

3.3. Champs de l'Evaluation

Cohérence :

L'approche du projet par des actions combinées (promotion à l'hygiène, infrastructures sanitaires et contingence) est-elle cohérente pour la réduction des risques de déclenchement et de propagation des épidémies de choléra ?

Durabilité :

Quel est le niveau de pérennité et l'appropriation par les gestionnaires des lieux publics des systèmes de recouvrement des coûts de gestion et maintenance des infrastructures ?

Quel est le niveau d'appropriation par les acteurs concernés et quelle est la pérennité attendue du plan de contingence ?

Quel est le niveau de renforcement des capacités des acteurs du secteur par les actions du projet ?

Quelle sera la durabilité des bénéfices du projet (surtout au niveau de l'appropriation par les institutions) ?

Impact :

Quel est l'impact des sensibilisations de proximité et des distributions de kits d'hygiène en période à risque sur le déclenchement et la propagation des épidémies ?

Couverture :

Le processus de ciblage des zones d'intervention et des bénéficiaires a-t-il permis d'atteindre une couverture satisfaisante ?

Efficacité :

Dans quelle mesure le projet implémenté par ACF a contribué à prévenir les épidémies de choléra ?

Général :

Quelle a été la plus value d'ACF dans le processus du plan de contingence ?

Les stratégies de partenariat avec les acteurs du secteur peuvent-elles être améliorées et comment ?

3.4. Critères d'évaluation

ACF souscrit aux critères du Comité d'Assistance au Développement (DAC) pour les évaluations : impact, durabilité, cohérence, couverture, pertinence, efficacité et efficacie. ACF promeut également l'analyse systématique du système de suivi et des questions transversales (genre, HIV/AIDS etc). Toutes les évaluations externes doivent utiliser les critères du DAC dans l'analyse des données et le rapportage. Plus particulièrement, les évaluateurs doivent compléter le tableau ci-dessous et l'inclure dans le rapport final.

L'évaluateur devra utiliser le tableau suivant pour classer les performances de l'intervention en utilisant les critères du DAC. Le tableau devra être présenté dans une annexe.

Critère	Classement (1 faible, 5 élevé)					Justification
	1	2	3	4	5	
Impact						
Durabilité						
Cohérence						
Couverture						
Pertinence						
Effectivité						
Efficacité						

3.5. Bonnes pratiques

L'évaluation doit fournir un (1) exemple clé de Bonne Pratique du programme/projet concerné. Cet exemple doit être lié à la dimension technique de l'intervention, soit en termes de démarche, soit en termes de dispositifs, et qui doit pouvoir potentiellement être réutilisé dans d'autres contextes où ACF opère. Cet exemple de Bonne Pratique doit être présenté dans une annexe.

3.6. Résultats de l'Evaluation

Les résultats de l'évaluation devraient être présentés dans un rapport écrit ainsi que par le biais de différentes présentations orales :

- Une sur le terrain (au chef de mission et personnel technique concerné)
- Une au siège (en personne ou par téléconférence)

3.7. Méthodologie

3.7.1. Briefing

Avant qu'une évaluation ne prenne place, l'évaluateur devra être briefé au niveau du siège et au niveau du terrain (avec le chef de mission/ ou coordinateur technique). La possibilité de briefings téléphoniques doit être discutée et accordée au préalable.

3.7.2. Activités de terrain

Les consultants doivent collecter une série de données. Cela inclus (mais n'est pas limité à) :

- Informations directes : entretiens avec les bénéficiaires – visites du projet et aux commodités offertes aux bénéficiaires.
- Informations indirectes : entretiens avec les représentants locaux ; entretiens avec l'équipe nationale et expatriée du projet ; réunions avec les autorités locales, groupes de bénéficiaires, agences humanitaires, représentants des bailleurs de fonds et autres parties prenantes. Pour la collecte de données indirectes, des méthodes d'évaluation standards et participatives doivent être utilisées (entretiens avec les unités familiales et focus group discussion avec les bénéficiaires, non-bénéficiaires, informateurs clés – relais communautaire, enseignants et leaders).
- Analyse des informations secondaires : ce compris l'analyse des données du suivi du projet ou de tout autre donnée statistique pertinente.

3.7.3. Rapport

Le rapport devra suivre le format suivant :

- Page de garde
- Table des matières
- Résumé : le résumé devra pouvoir être utilisé en tant que tel, décrivant le programme, les conclusions et les principales recommandations de l'évaluation. Ce document sera de deux (2) pages maximum.
- Corps du rapport : le rapport développera les points listés dans le résumé. Il inclura la référence à la méthodologie utilisée pour l'évaluation et le contexte de l'action. Par ailleurs, la recommandation correspondante sera attachée à chaque conclusion clé. Les recommandations doivent être autant réalistes, opérationnelles et pragmatiques que possible, prenant précautionneusement en compte les circonstances exceptionnelles du contexte de l'action et des ressources disponibles pour cette dernière tant sur le terrain qu'au siège exécutif concerné.
- Annexes : listées et correctement numérotées.
- Le format du corps du rapport est le suivant :
 - Contexte
 - Méthodologie
 - Constatations & discussions
 - Conclusions & recommandations
 - Annexe I (Bonne Pratique)
 - Annexe II (Classification des évaluations de programme selon les critères DAC)

Le rapport doit être soumis dans la langue spécifiée dans les ToRs. Le rapport ne doit pas excéder 30 pages (Annexes non comprises). Le rapport préliminaire ne devra pas être soumis plus de 10 jours calendriers après le départ du terrain. Le rapport final ne devra pas être soumis plus tard que la date de fin du contrat de consultance. Les Annexes du rapport seront acceptées dans la langue de travail du pays ou du programme évalué.

3.7.4. Débriefing & atelier d'apprentissage

L'évaluateur devra faciliter un atelier d'apprentissage :

- Présenter le rapport préliminaire et les conclusions de l'évaluation à la mission et autres parties prenantes.
- Rassembler les retours sur les conclusions et atteindre un consensus sur les recommandations.
- Développer les affirmations de l'atelier dirigées vers l'action et basées sur les leçons et les améliorations proposées pour le futur.

3.7.5. Débriefing avec le siège d'ACF

L'évaluateur devrait effectuer un débriefing avec le siège d'ACF concerné sur son rapport préliminaire, les principales constatations, conclusions et recommandations de l'évaluation. Les retours et commentaires pertinents devraient être inclus dans le rapport final.

4. PROFILE DE L'EVALUATEUR

- Connaissances des programmes DRR cholera dans le milieu urbain.
- Expérience significative dans le domaine de l'évaluation de projets humanitaires/développement.
- Diplôme pertinent ou expérience équivalente liée à l'évaluation à entreprendre
- Expérience considérable dans la coordination, la conception, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation de programmes.
- Capacités communicationnelles et expérience dans la facilitation d'ateliers.
- Capacité à écrire des rapports clairs et utiles (il peut être demandé de fournir des exemples de travaux précédents).
- Parlant couramment le français
- Compréhension des exigences des donateurs
- Capacité à gérer le temps et les ressources imparties et à travailler dans des délais courts
- Indépendance par rapport aux parties impliquées.

5. DROITS

La propriété du rapport (préliminaire et final) appartient exclusivement au siège commanditaire et au bailleur concerné. Le document, ou une publication liée à ce dernier, ne sera partagé qu'avec ACF avant qu'ACF ne transmette le document final au bailleur de fonds.

ACF est le destinataire principal de l'évaluation et ses résultats pourraient avoir un impact sur les stratégies tant opérationnelles que techniques. Ceci étant dit, il est probable qu'ACF partage les résultats de l'évaluation avec les groupes suivants :

- Donateur(s)
- Partenaires gouvernementaux
- Entités de coordination variées

Droits de propriété intellectuelle

Tous les documents liés à l'évaluation (dans le cadre ou non des tâches de l'évaluateur), doivent demeurer la propriété seule et entière d'ACF.



TERMES DE REFERENCE

Pour les Evaluations Externes d'ACF

Réduction du risque de propagation des épidémies de choléra à Conakry : IEC, alerte précoce et barrières sanitaires

Programme financé par
ECHO

Référence du Contrat

2011/00467/RQ/01/02

10 septembre 2011

1. DETAILS CONTRACTUELS DE L'EVALUATION

1.1. Dates clés de l'Evaluation

Date de départ prévu:	09/12/2011
Date de fin prévue:	07/01/2012
Soumission du Rapport Provisoire:	29/12/2011
Soumission du Rapport Final	07/01/2012

1.2. La Langue de l'Evaluation

Langues requises pour effectuer l'évaluation	Français
Langue du Rapport:	Français

1.3. Plan de travail et calendrier

Activités	Jours de Travail
Briefing siège	1
Voyage vers la mission	1
Briefing sur la mission, revue des documents et préparation du travail de terrain	2
Activités de terrain	7
Collecte d'informations secondaires	2
Analyse des données et préparation du rapport provisoire	5
Débriefing sur la mission sur base du rapport provisoire	1
Voyage retour vers le siège	1
Débriefing au siège	1
Finalisation du rapport selon les commentaires de la mission, du siège et de ACF-UK	2
Total	23

1.4. Budget pour l'évaluation

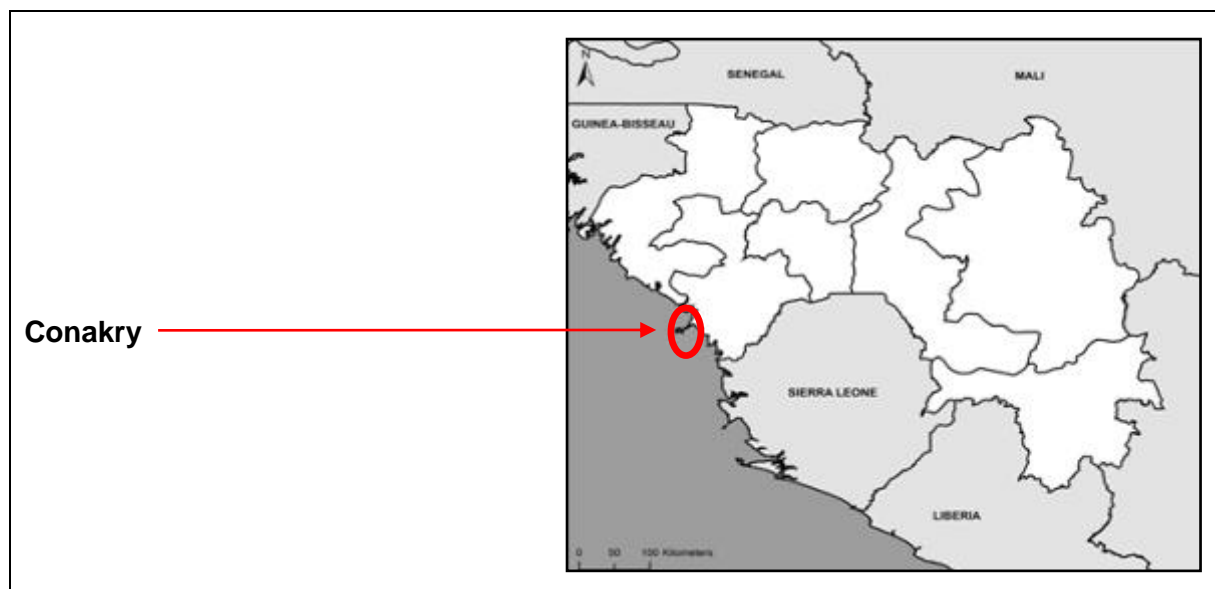
	EUR
Montant Total Disponible	10 000
Date Limite pour la facturation (Fin du Contrat):	31 décembre 2011

Le Consultant sera responsable de son assurance personnelle pendant l'évaluation. De plus, le consultant fournira également tous les équipements (e.g. ordinateur) nécessaires à l'évaluation.

2. DETAILS DU PROGRAMME

Titre de Programme:	Réduction du risque de propagation des épidémies de choléra à Conakry : IEC, alerte précoce et barrières sanitaires
Localisation	Conakry, Guinée
Début:	01 mai 2011
Fin:	31 décembre 2011

2.1. Carte de la Zone du Programme



2.2. Vue d'ensemble du Programme

Contexte général de l'intervention

ACF intervient en République de Guinée depuis 1995 auprès des populations vulnérables. A l'origine, plusieurs programmes d'assistance humanitaire avaient été menés à l'intérieur du pays auprès des populations victimes des différents conflits des pays frontaliers et des intrusions rebelles en Guinée. Les interventions à l'intérieur du pays se sont achevées en 2009 et ACF-E se positionne dorénavant en tant qu'acteur spécialisé en zone urbaine, notamment dans les quartiers défavorisés de la capitale. En effet, de 2007 à 2011, ACF-E a été présente à Conakry à travers la prise en charge nutritionnelle des enfants de moins de 5 ans. Intervention à laquelle est venu s'ajouter un projet de préparation à la réponse aux épidémies de choléra ainsi qu'un projet de sécurité alimentaire commencé en 2009 à Conakry et à Kindia au profit des ménages à faible revenu. Actuellement, trois projets sont en cours dans la capitale :

- Projet d'appui aux populations à faible revenu en régions urbaines de Guinée (Août 2009-Novembre 2011 / 1.500.000 euros/ UE). Ainsi que le cofinancement (100.000 euros / MRW)
- Programme d'appui aux activités génératrices de revenus d'associations féminines de Conakry (Février 2011-Juillet 2012 / 300.000 euros / UE)
- Programme de réduction du risque de propagation des épidémies de choléra à Conakry : IEC, alerte précoce et barrières sanitaires (Mai 2011-Décembre 2011 / 310.000 euros / ECHO)

La présente évaluation porte sur le premier en cours dont la date de fin est prévue au 31 décembre 2011.

Contexte spécifique au programme

Depuis 2003, la région de l'Afrique de l'Ouest, avec en particulier la Guinée et la Guinée-Bissau, fait face à des épidémies de choléra en voie d'endémie. De grandes épidémies de choléra ont été respectivement enregistrées au cours des années 1970, 1978, 1986, 1994, 1995, 2003, 2004, 2005, 2006 et 2007 à travers tout le pays. Les flambées ont débuté au niveau de localités situées dans les zones du littoral (préfectures de Boké, Boffa, Forécariah et Conakry).

La ville de Conakry a été touchée par une succession d'épidémies depuis 2003. Les épidémies les plus importantes sont survenues en 2005 et 2007. Devant l'ampleur de ces épidémies, le Gouvernement et les partenaires au développement ont mené des actions

conjointes de lutte pour prévenir et mieux répondre à ces évènements. Deux projets de prévention et de préparation aux épidémies de choléra financés par la DG ECHO (Service d'Aide Humanitaire de la Commission européenne) et mis en œuvre conjointement par ACF-E et UNICEF entre février 09 et avril 10, ont permis de mieux comprendre les facteurs de déclenchement des épidémies de choléra.

Le programme en cours en 2011, sur financement ECHO, fait suite aux actions de 2009 et 2010 et s'appuie sur les acquis des interventions précédentes pour réduire le risque de propagation des épidémies de choléra à Conakry.

Pour l'exécution de ce projet et pour la coordination, ACF travaille avec une série d'acteurs des secteurs santé et eau, assainissement et hygiène.

- Division Prévention et Lutte contre la Maladie (DPLM) : La division au sein du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique qui a le mandat non seulement pour le suivi mais également la mise en œuvre et la coordination des mesures de prévention. Elle coordonne également les activités de riposte et a une capacité importante de mobilisation des acteurs gouvernementaux.
- Croix-Rouge guinéenne (CRG) : La CRG, avec ses volontaires, représente une capacité de réponse importante. Les volontaires de la CRG font partie intégrante des équipes d'intervention, ayant été formés par ACF-E sur la détection des cas suspects de choléra, et la sensibilisation à l'hygiène dans les lieux publics. La présence de la CRG assure la durabilité des actions de prévention et de réponse précoce, mais le turn-over des volontaires fait que les formations doivent être régulièrement répétées.
- Agences du Système des Nations-Unies (OMS, UNICEF) : Les mandats des deux agences, l'une dans la santé et la prévention des maladies, et l'autre en tant que point focal national dans le secteur WASH font que les deux ont un rôle important à jouer dans le domaine du choléra et ce sur l'ensemble du territoire national.
- Leaders des lieux publics : Les leaders (administrateurs, relais/points focaux sectoriels, gestionnaires, etc.) des lieux publics sont des acteurs incontournables pour assurer un changement de comportement et soutenir la pérennité des actions.
- Fournisseurs privés (sanitaires dans les lieux publics, revendeurs d'eau, etc.) : l'un des meilleurs modèles pour assurer l'entretien et le bon fonctionnement des infrastructures WASH dans les lieux publics est basé sur un système de recouvrement des coûts avec des partenariats publics-privés qui ont déjà fait leurs preuves à Conakry et ailleurs.
- ONGI : Population Services International (PSI) a, depuis quelques années, commercialisé le Sur'Eau qui a été identifié par ACF-E en 2009-2010 comme la meilleure solution à vulgariser pour le traitement de l'eau de boisson à domicile. ACF-E et PSI ont déjà un accord pour la mise à disposition des flacons de Sur'Eau en cas d'épidémie. Les ONG médicales, telles que MSF, sont déjà pré positionnées en cas de besoin de réponse à une épidémie, avec un soutien aux structures sanitaires (centres de traitement du choléra), mais leur implication dans les instances de coordination mérite d'être renforcée.
- Les DSVCO : Direction de la santé de la ville de Conakry.
- DNHP : Division National de l'hygiène publique.
- DNACV : Division Nationale de l'Assainissement et Cadre de Vie

2.3. Objectif Général

Renforcement de la réponse précoce aux épidémies de cholera au travers de la responsabilisation des communautés, des institutions publiques, des acteurs non étatiques, et de l'amélioration des conditions sanitaires dans les lieux publics de la ville de Conakry

2.4. Objectifs spécifiques/Résultats

OS : Contribuer à la réduction des taux de morbidité et de mortalité liés aux épidémies de choléra en Guinée

Résultat 1 : Les capacités des acteurs institutionnels et non étatiques en matière de préparation aux épidémies de choléra sont renforcées

Résultat 2 : Les conditions sanitaires dans les lieux publics ciblés sont améliorées

Résultat 3 : Les connaissances et les pratiques sanitaires de la population en cas d'épidémie sont améliorées

2.5. Activités du Programme

R.1.A.1. Révision et mise à jour du plan de contingence spécifique aux épidémies de choléra

R.1.A.2. Formation des nouveaux membres et recyclage de l'équipe d'intervention d'urgence

R.1.A.3. Exercices de simulation d'épidémie

R.1.A.4. Mise en place d'un système infographique répertoriant les cas de choléra

R.1.A.5. Plaidoyer auprès du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, du Système des Nations Unies et des bailleurs de fonds pour la pérennisation de l'équipe d'intervention d'urgence et l'actualisation des plans de contingence

R.1.A.6. Mise à jour du mapping des acteurs et renforcement de la coordination à travers l'organisation des tables rondes, en lien avec UNICEF

R.2.A.1. Identification des sites les plus vulnérables, sensibilisation des leaders et identification participative d'un partenariat public-privé de recouvrement des coûts

R.2.A.2. Création ou réhabilitation des points d'eau avec système de chloration dans les réservoirs

R.2.A.3. Construction de blocs de latrines/douches résistantes aux inondations avec aires de lavage

R.2.A.4. Renforcement des initiatives d'assainissement à base communautaire en vue de la réduction et de l'amélioration de la gestion des déchets solides

R.2.A.5. Amélioration des dispositifs de protection des aliments vendus dans les lieux publics

R.2.A.6. IEC pour les leaders et les travailleurs des lieux publics (maladies hydriques, hygiène environnementale, hygiène alimentaire, etc.)

R.3.A.1. Enquêtes CAP de référence et finale

R.3.A.2. Élaboration d'une stratégie détaillée de sensibilisation de masse (radios, panneaux, théâtre...) avec les messages clés

R.3.A.3. Sensibilisation des communautés par les volontaires de la CRG dans les quartiers identifiés les plus à risque

R.3.A.4. Distribution des kits d'hygiène (produits de chloration d'eau à domicile, savons, SRO...) lors des sessions de sensibilisation

3. BUT DE L'EVALUATION

3.1. Les Utilisateurs cible(s) de l'Evaluation

ACF	Equipe WASH Conakry, référent siège
Siège commanditaire	Madrid / Desk Afrique de l'Ouest
Au Niveau de la Mission	Equipes technique et de coordination
Autres	Partenaires WASH en Guinée

3.2. Objectif(s) de l'Evaluation

L'objectif est de réaliser l'évaluation finale du programme selon les critères de qualité de l'OCDE sur le programme de réduction du risque de propagation de cholera dans la ville de Conakry.

3.3. Champs de l'Evaluation

Cohérence :

L'approche du projet par des actions combinées (promotion à l'hygiène, infrastructures sanitaires et contingence) est-elle cohérente pour la réduction des risques de déclenchement et de propagation des épidémies de choléra ?

Durabilité :

Quel est le niveau de pérennité et l'appropriation par les gestionnaires des lieux publics des systèmes de recouvrement des coûts de gestion et maintenance des infrastructures ?

Quel est le niveau d'appropriation par les acteurs concernés et quelle est la pérennité attendue du plan de contingence ?

Quel est le niveau de renforcement des capacités des acteurs du secteur par les actions du projet ?

Quelle sera la durabilité des bénéfices du projet (surtout au niveau de l'appropriation par les institutions) ?

Impact :

Quel est l'impact des sensibilisations de proximité et des distributions de kits d'hygiène en période à risque sur le déclenchement et la propagation des épidémies ?

Couverture :

Le processus de ciblage des zones d'intervention et des bénéficiaires a-t-il permis d'atteindre une couverture satisfaisante ?

Efficacité :

Dans quelle mesure le projet implémenté par ACF a contribué à prévenir les épidémies de choléra ?

Général :

Quelle a été la plus value d'ACF dans le processus du plan de contingence ?

Les stratégies de partenariat avec les acteurs du secteur peuvent-elles être améliorées et comment ?

3.4. Critères d'évaluation

ACF souscrit aux critères du Comité d'Assistance au Développement (DAC) pour les évaluations : impact, durabilité, cohérence, couverture, pertinence, efficacité et efficacie. ACF promeut également l'analyse systématique du système de suivi et des questions transversales (genre, HIV/AIDS etc). Toutes les évaluations externes doivent utiliser les critères du DAC dans l'analyse des données et le rapportage. Plus particulièrement, les évaluateurs doivent compléter le tableau ci-dessous et l'inclure dans le rapport final.

L'évaluateur devra utiliser le tableau suivant pour classer les performances de l'intervention en utilisant les critères du DAC. Le tableau devra être présenté dans une annexe.

Critère	Classement (1 faible, 5 élevé)					Justification
	1	2	3	4	5	
Impact						
Durabilité						
Cohérence						
Couverture						
Pertinence						
Effectivité						
Efficacité						

3.5. Bonnes pratiques

L'évaluation doit fournir un (1) exemple clé de Bonne Pratique du programme/projet concerné. Cet exemple doit être lié à la dimension technique de l'intervention, soit en termes de démarche, soit en termes de dispositifs, et qui doit pouvoir potentiellement être réutilisé dans d'autres contextes où ACF opère. Cet exemple de Bonne Pratique doit être présenté dans une annexe.

3.6. Résultats de l'Evaluation

Les résultats de l'évaluation devraient être présentés dans un rapport écrit ainsi que par le biais de différentes présentations orales :

- Une sur le terrain (au chef de mission et personnel technique concerné)
- Une au siège (en personne ou par téléconférence)

3.7. Méthodologie

3.7.1. Briefing

Avant qu'une évaluation ne prenne place, l'évaluateur devra être briefé au niveau du siège et au niveau du terrain (avec le chef de mission/ ou coordinateur technique). La possibilité de briefings téléphoniques doit être discutée et accordée au préalable.

3.7.2. Activités de terrain

Les consultants doivent collecter une série de données. Cela inclus (mais n'est pas limité à) :

- Informations directes : entretiens avec les bénéficiaires – visites du projet et aux commodités offertes aux bénéficiaires.
- Informations indirectes : entretiens avec les représentants locaux ; entretiens avec l'équipe nationale et expatriée du projet ; réunions avec les autorités locales, groupes de bénéficiaires, agences humanitaires, représentants des bailleurs de fonds et autres parties prenantes. Pour la collecte de données indirectes, des méthodes d'évaluation standards et participatives doivent être utilisées (entretiens avec les unités familiales et focus group discussion avec les bénéficiaires, non-bénéficiaires, informateurs clés – relais communautaire, enseignants et leaders).
- Analyse des informations secondaires : ce compris l'analyse des données du suivi du projet ou de tout autre donnée statistique pertinente.

3.7.3. Rapport

Le rapport devra suivre le format suivant :

- Page de garde
- Table des matières
- Résumé : le résumé devra pouvoir être utilisé en tant que tel, décrivant le programme, les conclusions et les principales recommandations de l'évaluation. Ce document sera de deux (2) pages maximum.
- Corps du rapport : le rapport développera les points listés dans le résumé. Il inclura la référence à la méthodologie utilisée pour l'évaluation et le contexte de l'action. Par ailleurs, la recommandation correspondante sera attachée à chaque conclusion clé. Les recommandations doivent être autant réalistes, opérationnelles et pragmatiques que possible, prenant précautionneusement en compte les circonstances exceptionnelles du contexte de l'action et des ressources disponibles pour cette dernière tant sur le terrain qu'au siège exécutif concerné.
- Annexes : listées et correctement numérotées.
- Le format du corps du rapport est le suivant :
 - Contexte
 - Méthodologie
 - Constatations & discussions
 - Conclusions & recommandations
 - Annexe I (Bonne Pratique)
 - Annexe II (Classification des évaluations de programme selon les critères DAC)

Le rapport doit être soumis dans la langue spécifiée dans les ToRs. Le rapport ne doit pas excéder 30 pages (Annexes non comprises). Le rapport préliminaire ne devra pas être soumis plus de 10 jours calendriers après le départ du terrain. Le rapport final ne devra pas être soumis plus tard que la date de fin du contrat de consultance. Les Annexes du rapport seront acceptées dans la langue de travail du pays ou du programme évalué.

3.7.4. Débriefing & atelier d'apprentissage

L'évaluateur devra faciliter un atelier d'apprentissage :

- Présenter le rapport préliminaire et les conclusions de l'évaluation à la mission et autres parties prenantes.
- Rassembler les retours sur les conclusions et atteindre un consensus sur les recommandations.
- Développer les affirmations de l'atelier dirigées vers l'action et basées sur les leçons et les améliorations proposées pour le futur.

3.7.5. Débriefing avec le siège d'ACF

L'évaluateur devrait effectuer un débriefing avec le siège d'ACF concerné sur son rapport préliminaire, les principales constatations, conclusions et recommandations de l'évaluation. Les retours et commentaires pertinents devraient être inclus dans le rapport final.

4. PROFILE DE L'EVALUATEUR

- Connaissances des programmes DRR cholera dans le milieu urbain.
- Expérience significative dans le domaine de l'évaluation de projets humanitaires/développement.
- Diplôme pertinent ou expérience équivalente liée à l'évaluation à entreprendre
- Expérience considérable dans la coordination, la conception, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation de programmes.
- Capacités communicationnelles et expérience dans la facilitation d'ateliers.
- Capacité à écrire des rapports clairs et utiles (il peut être demandé de fournir des exemples de travaux précédents).
- Parlant couramment le français
- Compréhension des exigences des donateurs
- Capacité à gérer le temps et les ressources imparties et à travailler dans des délais courts
- Indépendance par rapport aux parties impliquées.

5. DROITS

La propriété du rapport (préliminaire et final) appartient exclusivement au siège commanditaire et au bailleur concerné. Le document, ou une publication liée à ce dernier, ne sera partagé qu'avec ACF avant qu'ACF ne transmette le document final au bailleur de fonds.

ACF est le destinataire principal de l'évaluation et ses résultats pourraient avoir un impact sur les stratégies tant opérationnelles que techniques. Ceci étant dit, il est probable qu'ACF partage les résultats de l'évaluation avec les groupes suivants :

- Donateur(s)
- Partenaires gouvernementaux
- Entités de coordination variées

Droits de propriété intellectuelle

Tous les documents liés à l'évaluation (dans le cadre ou non des tâches de l'évaluateur), doivent demeurer la propriété seule et entière d'ACF.

Annexe 2 – Liste des Activités du Projet

• Zones d'intervention par résultat

Ils sont repartis comme suit :

Résultats du projet	Quartiers	Communes
# 2	Débarcadère de Dixinn	DIXINN
	Marché de Simbayah	MATOTO
	Marché de Sangoyah	
	Débarcadère de Kaporo	RATOMA
	Port de pêche de Kaporo	
# 3	Port de Dixinn	DIXINN
	Kaporo Centre	RATOMA
	Yattayah	
	Dabompa	MATAM
	Simbayah	MATOTO
	Sangoyah	
	Matoto Marché	
	Boussoura	
	Petit Bateau	KALOUM
	Coronhie	

• **Activités réalisées**

En se basant sur les informations contenues dans les rapports mensuels de suivi ACF, les activités du projet ont été comme suit :

Résultats	Activités du Cadre Logique	Actions réalisées
Résultat 1 : Les capacités des acteurs institutionnels et non étatiques en matière de préparation aux épidémies de choléra sont renforcées.	A.1.1 Révision et mise à jour du plan de contingence spécifique aux épidémies de choléra	Réunions de coordination avec DPLM + autres partenaires
		Rencontres avec les partenaires non-gouvernementaux
		Liaison avec les spécialistes
		Atelier de diagnostic
		Recycler les acteurs institutionnels du Plan de Contingence
		Atelier scenarii et planification des simulations
		Rédaction du Plan de Contingence 2011 Conakry
	A.1.2. Formation des nouveaux membres et recyclage des équipes d'intervention d'urgence	Annexes et cartographies à ajouter au Plan de Contingence 2011
		Identification de 16 membres de l'Equipe d'Intervention d'Urgence
		Formation de nouveaux membres de l'Equipe d'Intervention d'Urgence
		Vérification du stock de contingence
		Séance de planification des simulations avec l'Equipe d'Intervention d'Urgence
	A.1.3. Exercices de simulation d'épidémie	Faire le plaidoyer pour pérenniser l'Equipe d'Intervention d'Urgence
		Simulations de la riposte au choléra
	A.1.4. Mise en place d'un système infographique répertoriant les cas de choléra	Réunions d'évaluation des simulations
		Formation de personnel DPLM et Santé dans l'utilisation d'un SIG
		Fourniture d'une boîte à outils SIG (logiciel + données cartographiques) pour l'Equipe d'Intervention d'Urgence
		Mise en place d'un système informatique de répertoriation des cas de choléra
	A.1.5. Plaidoyer pour la pérennisation de l'équipe d'intervention d'urgence et de l'actualisation des plans de contingence	Formation de membres de l'Equipe d'Intervention d'Urgence pour recueillir des données avec GPS
		Présenter la demande de financement pour pérenniser l'EU et la mise à jour systématique du Plan de Contingence
	A. 1.6. Mise à jour du mapping des acteurs, et renforcement de la coordination	Termes de Référence d'une Equipe Plan de Contingence Choléra à Conakry
Résultat 2 : Les conditions sanitaires dans les lieux publics ciblés sont améliorées.	A.1: Identification des sites les plus vulnérables, sensibilisation des leaders et identification participative d'un partenariat public privé de recouvrement des coûts	Identifier les sites les plus vulnérables
		Identifier un partenaire à chaque site
		Réunions pour la gestion de points d'eau
		Réunions pour la Gestion des latrines
		Réunions sur le recouvrement des coûts

	A.2: Création ou réhabilitation des points d'eau avec le système de chloration dans les réservoirs	Identification des sites et points d'eau
		Démarches administratives et logistique
		Description technique des œuvres
		Suivi des travaux
	A.3: Construction de blocs de latrines aux inondations avec les aires de lavag	Identification des sites et type de latrines
		Démarches administratives et logistique
		Description technique des œuvres
		Suivi des travaux
	A.4: Renforcement des initiatives d'assainissement à base communautaire en vue de la réduction et de l'amélioration de la gestion des déchets solides	Identification des Associations à appuyer
		Identification des Appuis
		Sensibilisation sur la gestion des déchets solides
		Distribution des matériels d'assainissement
	A.5: Amélioration des dispositifs d protection d'aliments vendus dans les lieux publics	Identification des vendeurs d'aliments
		Sensibilisation à la protection des aliments
		distributions des kits
	A.6. IEC pour les leaders et les travailleurs des lieux publics (maladies hydrique, hygiène environnementale, hygiène alimentaire, etc.)	Identification des leaders et travailleurs (travailleurs et pêcheurs)
		Séances de formation
		Distribution des Kits
Résultat 3 : Les connaissances et les pratiques sanitaires de la population en cas d'épidémie sont améliorées.	A.1. Enquête CAP de référence et final	Préparation de l'enquête
		Formation des enquêteurs
		Enquête de référence
		Enquête finale
	A.2. Elaboration d'une stratégie détaillée de sensibilisation de masse	Elaboration de stratégie de sensibilisation
	A.3. Sensibilisation des communautés par les volontaires de la CRG dans les quartiers identifiés les plus à risque	Signature de protocole d'accord avec la CRG
		Formation des sensibilisateurs de la CRG
		Sensibilisation avec messages radios
	A.4. Distribution des kits d'hygiène (produits de chloration d'eau à domicile, savons,) lors des sessions de sensibilisation.	Sensibilisations avec pièces de théâtres (lieux publics)
		Identification des ménages à distribuer
		Sensibilisation porte à porte
		Distribution des kits par les volontaires de la CRG

ACTIVITES JOURNALIERES

EVALUATION FINALE DU PROJET 'Prevention Cholera' - REPUBLIQUE DE GUINEE

Yvan GRAYEL – Evalueur Externe pour ACF
Du 2 au 24 fevrier 2012 (sur la base de 17 jours de travail)

Date	Location	Activites
Jeudi 2-Feb	Lyon	Preparation Lecture des documents principaux
Vendredi 3-Feb	Lyon	Briefing Entretien par skype avec le Responsable WASH du siege d'ACF-E
Samedi 4-Feb	Voyage Conakry	Voyage Trajet international France - Guinee Briefing administratif et securite
Dimanche 5-Feb	Conakry	Briefing Project Entretien avec la Coordinatrice Technique et le Chef de Projet WASH, preparation des visites terrain
Lundi 6-Feb	Conakry	Revue des documents Lecture des documents du projet
Mardi 7-Feb	Conakry	Revue des documents <i>Jour ferie</i> - Lecture des documents du projet & Preparation des investigations terrain
Mercredi 8-Feb	Conakry	Visite terrain Visite de 2 sites du projet : Debarcadere de Dixinn et Marche de Simbayah
	Conakry	Collecte d'informations secondaires Documentations, entretien avec la Chef de Mission
Jeudi 9-Feb	Conakry	Visite terrain Visite de 3 sites du projet : Port de peche de Kaporo, Debarcadere de Kaporo et Marche de Sangoyah
	Conakry	Collecte d'informations secondaires Documentations, discussions detaillees avec l'equipe WASH
Vendredi 10-Feb	Conakry	Visite terrain Visite de 2 sites du projet : Quartier Boussora et Matoto Marche
	Conakry	Discussions avec les acteurs locaux Documentations et discussions detaillees avec l'equipe Entretien avec OMS et participation a la reunion de crise 'cholera' Bilan des informations collectees de la premiere semaine
Samedi 11-Feb	Conakry	Analyse des donnees Synthese des donnees, documentations complementaires, analyse des donnees
Dimanche 12-Feb	Conakry	Analyse des donnees
Lundi 13-Feb	Conakry	Discussions avec les acteurs locaux Entretien avec le responsable EHA de l'UNICEF et Dr Tata, Directrice de la DSVCo
Mardi 14-Feb	Conakry	Discussions avec les acteurs locaux Entretien avec M. Balde, Directeur Production et Reseau, SEG
	Conakry	Discussions avec les acteurs locaux Entretien avec Dr Facelli, Coordinateur Sante, Croix-Rouge Guineenne
Mercredi 15-Feb	Conakry	Discussions avec les acteurs locaux Entretien avec Dr Sakoba, directeur DPLM
	Conakry	Analyse des donnees Reunion technique avec l'equipe WASH
Jeudi 16-Feb	Conakry	Visite Terrain Groupe de Discussion 'Comite de Gestion' au Marche de Simbayah
	Conakry	Analyse des donnees Approfondissement de points specifiques
	Conakry	Redaction du rapport preliminaire Compilation des donnees et premieres conclusions par critere d'appréciation
Vendredi 17-Feb	Conakry	Debriefing sur la mission Travail sur le document de presentation
	Voyage Conakry	Debriefing sur la mission Presentation a l'equipe ACF des premieres conclusions de l'evaluation
Samedi 18-Feb	Lyon	Voyage Retour Trajet international France - Guinee
Dimanche 19-Feb	Lyon	Voyage Retour Trajet international France - Guinee
Mardi 21-Feb	Lyon	Redaction du rapport preliminaire Redaction des parties generales du rapport, annexes et resultats et conclusions
Mercredi 22-Feb	Lyon	Redaction du rapport preliminaire Redaction des resultats, conclusions et recommandations
Jeudi 23-Feb	Lyon	Redaction du rapport preliminaire
Vendredi 24-Feb	Lyon	Redaction du rapport preliminaire
Samedi 25-Feb	Lyon	Redaction du rapport preliminaire Resume du document, relecture generale et envoi du document
Jeudi 1-Mar	Lyon	Debriefing avec le siege Debriefing par skype avec le Responsable WASH du siege d'ACF-E
Vendredi 2-Mar	Lyon	Redaction du Rapport Final d'Evaluation Prise en compte des remarques d'ACF
Mardi 6-Mar	Lyon	Redaction du Rapport Final d'Evaluation Prise en compte des remarques d'ACF
Mercredi 5-Mar	Lyon	- Relecture generale et envoi du document final

EVALUATION FINALE

Projet de Réduction des Risques Cholera

Action Contre la Faim - Guinee

*Restitution des conclusions générales
à l'équipe ACF Espagne*

Version améliorée de la présentation à l'équipe ACF Guinée le 17 février 2012

Débriefing avec l'équipe ACF Espagne (1er mars)

But de cette présentation :

- Retour sur les premières conclusions de l'évaluation finale du projet,

Echelle (de mauvais à très bien)

☹️ OU 😊 OU 😊😊 OU 😊😊😊

- Un moment d'échanges complémentaires avec toute l'équipe du projet :

- Précisions complémentaires à apporter sur l'analyse, exposer les avis différents, parler de points non abordés, etc.
- Processus très utile pour enrichir les conclusions et les recommandations à mettre dans le rapport d'évaluation finale



→ Travail en 2 parties :

1. Présentation des conclusions
2. Discussions



Les 2 objectifs principaux de l'évaluation

1. Améliorer la "**redevabilité / responsabilité**" d'ACF envers les bénéficiaires, les partenaires et les bailleurs de fonds.
2. Mesurer la **performance opérationnelle** de l'action d'ACF à la réduction des risques de propagation du cholera à Conakry.
 - Porter un regard extérieur / détaché sur le contexte opérationnel du projet Prévention Choléra d'ACF.
 - Améliorer les pratiques grâce aux leçons d'expériences,
 - Réfléchir sur une approche encore plus qualitative dans le futur.

"...Le but de l'évaluation n'est pas de trouver des coupables..."



Limites de l'analyse

Durant cette présentation :

- Il s'agit d'une présentation générale rapide

Pendant le déroulement de l'évaluation :

- Certaines informations ne sont pas encore disponibles.
- Echanges rapides avec les bénéficiaires
- Apparition d'une épidémie de cholera en zone rurale, qui pourrait s'étendre à Conakry et changer la nature des priorités dans les semaines a venir.



Conclusions générales

- 😊😊😊 De manière générale, bon bilan du projet
 - Avec une réponse appropriée au contexte général
 - Et une réalisation satisfaisante.

- 😊😊😊 Très bon équilibre entre
 - Des actions de terrain qui bénéficient directement aux populations des quartiers défavorisées et prioritaires,
 - Un travail de coordination au niveau des décideurs et acteurs clés de la prévention et de la réponse aux épidémies de choléra sur Conakry

Conclusions générales

- 😊😊😊 Collaboration intéressante et réussie avec les partenaires du projet et travail sur des domaines d'expertise maîtrisée par ACF (activités EHA, préparation EHA aux épidémies de choléra).
- ☹️ Toutefois, quelques inquiétudes...
(après le retrait d'ACF dans son rôle d'organisation moteur / fer de lance),
 - Le maintien effectif de la dynamique des différents partenaires sur l'aspect fonctionnel et utile du Plan de contingence Conakry,
 - La pérennité des ouvrages sanitaires sur les lieux publics.

Conclusions générales

- 😊😊 Heureusement, ACF a la capacité de mitiger ces enjeux par :
 - La présence renforcée à moyen terme sur des aspects essentiels du projet (financement OFDA en cours),
 - L'application des recommandations de l'évaluation.

- Au moment de l'évaluation finale, le risque d'une épidémie imminente de choléra sur Conakry est réelle...
 - L'ensemble des partenaires considère la capacité de riposte prête sur Conakry, notamment grâce aux actions d'ACF, dont le présent projet.

Résultats selon les critères d'appréciation*

1- Impact

Positif et négatif, primaire et secondaire, les effets d'une intervention à court, moyen et long-terme, directement ou indirectement, voulus ou non.

Pérennité

Couverture

Cohérence

Pertinence

Efficacité

Efficienne

Autres éléments transversaux

Les effets sur la prévention des épidémies de choléra



- Indicateurs de l'objectif spécifique mal adaptés
- La plupart des indicateurs de résultats sont atteints, malgré quelques indicateurs en cours de collecte.
- Perspective rassurante de réalisation à fin mars...

→ Ainsi, l'objectif de :

"Renforcement de la réponse précoce aux épidémies de cholera au travers de la responsabilisation des communautés, des institutions publiques, des acteurs non étatiques, et de l'amélioration des conditions sanitaires dans les lieux publics de la ville de Conakry" est en passe d'être atteint...

Les effets sur la prévention des épidémies de choléra



❑ Peut-on dire que le projet ACF a empêché de nouvelles épidémies de choléra ?

- Difficile à dire : pas vraiment mesurable mais rôle évident dans l'amélioration du contrôle de l'épidémie.
- Le projet ACF n'est pas la seule action qui contrôle les épidémies de choléra dans la ville
 - Action concertée et multisectorielle
 - Zone de besoins très vaste
 - En 2009, 2010, 2011, quasi absence d'épidémie.



Les impacts à court terme



- ❖ **Contrôle significatif des risques sur les zones du projet**
 - Changement important des comportements d'hygiène
 - Accès à des toilettes publiques saines et accès à l'eau potable (limité au niveau des installations à l'heure actuelle, utilisation de Sur'eau à domicile).
- ❖ **Plan de contingence opérationnel**
 - La capacité de riposte est prête.
 - Les acteurs locaux (communautés, DSVCo, DPLM, CRG, etc.) ont des capacités renforcées dans les actions de prévention et de riposte.
 - Les partenaires sont satisfaits du soutien et du rôle d'ACF.
- ❖ **Problème d'approvisionnement en eau sur 2 sites (en cours de résolution SI solution technique possible).**
- ❖ **Manque de mesures précises de l'impact au moment de l'évaluation**

Les impacts à long terme




- ❑ Participation importante à l'effort d'amélioration des conditions sanitaires (besoins toujours considérables pour une prévention efficace à long terme sur Conakry, en lien avec l'état des infrastructures sanitaires).
 - ❑ Renforcement de l'expertise d'ACF dans le domaine de l'EHA et de la réduction des risques → Opportunités de promotion de nouvelles approches et de plaidoyer réussi.
 - ❑ Inquiétudes liées à la mise en retrait d'ACF sur :
 - La durée de fonctionnement des ouvrages sanitaires sur les marchés publics.
 - La dynamique du plan de contingence et son opérationnalité lors de crise,
- ↳ Le projet ne peut répondre à tous ces enjeux, d'où l'importance d'une planification appropriée des futures actions d'ACF dans le secteur EHA sur Conakry (plus d'information dans les recommandations de l'évaluation).

Quelles sont les impacts négatifs engendrés par les actions du projet ?

- A ce stade, ce sont surtout des risques

→ A surveiller

- Délégation trop importante des responsabilités d'ACF sur la préparation aux épidémies
A noter la bonne approche d'ACF pour mitiger ce risque : rôle de facilitateur (qui explique aussi les retards d'exécution des activités).
- Mauvaise gestion des vidanges de fosse, avec risque de contamination de l'environnement extérieur.
- La promotion du Sur'eau donne en contrepartie le sentiment de non responsabilité de la SEG au niveau de l'approvisionnement en eau potable, de a part des autorités et partenaires.
- De manière plus large, quel accès à des conditions sanitaires pour les personnes très vulnérables et/ou sans argent ? 

Résultats selon les critères d'appréciation

Impact

2-Pérennité

Mesure si les bénéficiaires d'une activité continueront après que les donateurs aient cessé de contribuer financièrement à un projet et que le projet soit officiellement arrêté.

Couverture

Cohérence

Pertinence

Efficacité

Efficience

Autres éléments transversaux

La pérennité des réalisations du projet



- Ouvrages sanitaires : dépend beaucoup de l'accompagnement d'ACF
 - Faible capacité de gestion des comités de gestion au démarrage (actuellement soutien détaillé d'ACF) → Risque réel de non durabilité des ouvrages si accompagnement trop court d'ACF
 - A court terme 😊😊
 - A long terme 😊
- La sensibilisation des populations 😊😊
 - Prise de conscience importante due aux crises et actions répétées des dernières années (dont le présent projet)
 - Bonne capacité des acteurs locaux (CRG, autres)
- Capacité de riposte 😊😊
 - Plan de contingence opérationnel pour 2012 et bientôt validé par le MSHP
 - Scepticisme important sur la capacité d'auto-financement du plan de contingence par le gouvernement

La stratégie de désengagement d'ACF



- Rôle de facilitateur de la mise à jour du plan de contingence de Conakry
- Coordination efficace avec les acteurs locaux
- Plaidoyer actif d'ACF auprès du gouvernement et du secteur EHA
- Stratégie d'ACF (en cours de réactualisation) dans le domaine EHA.

Résultats selon les critères d'appréciation

Impact

Pérennité

3- Couverture

Le besoin d'accéder aux principaux groupes de populations dont les besoins de base ne sont pas rencontrés, et ce peu importe leur localisation.

Cohérence

Pertinence

Efficacité

Efficienne

Autres éléments transversaux

Identification des besoins



- Identification appropriée des bénéficiaires
 - Selon les quartiers dits prioritaires selon la documentation disponible (étude épidémiologique, etc..),
 - Très bonne connaissance du terrain d'ACF et expériences précédentes dans les zones prioritaires de Conakry,
- Intégration des communautés dans la conception des ouvrages
- Solutions apportées accessibles à l'ensemble des populations ciblées, sous réserve de paiement et d'accès physique...
- Problèmes au niveau des ménages améliorés partiellement (sous réserve de changements des comportements et achat de Sur'eau ou savon, pas d'amélioration des latrines a usage domestique).

Accès des bénéficiaires aux actions du projet



- Installations publiques ouvertes a tous et communication de masse qui potentiellement touche (à peu près) l'ensemble des quartiers ciblés.
- Diverses possibilités de bénéficier du projet
 - Accès (payant) à l'eau et aux toilettes sur les lieux publics,
 - Ouvrages accessibles et en nombre suffisant (points eau et cabines de toilettes publiques),
 - Porte à porte sur 12 000 ménages, campagne de masse
 - Accès plus limitée pour :
 - Femmes (minimum 1 000 à 2000 F / jour),
 - Personnes malades, a mobilité réduite, enfants, personnes totalement démunies.
- Amélioration limitée au niveau des ménages :
 - Stratégie de sensibilisation pour bons comportements d'hygiène et chloration au Sur'eau.
 - Manque d'action de plaidoyer d'ACF sur le devoir d'approvisionnement en eau potable de la SEG (absence de la SEG dans le plan de contingence,

Echelle d'intervention



- Ciblage de quartiers prioritaires et interventions prioritaires
 - Nombre de bénéficiaires important
- Actions à grande échelle :
 - communication de masse,
 - distribution de kits a grande échelle difficile de faire plus (12,000) mais pas pour tout le monde
- Les besoins à couvrir sont encore considérables mais plus de réalisation d'activités (notamment au niveau des infrastructures publiques et sensibilisation) aurait demander des moyens supplémentaires qui dépendent des décisions de financement.

Résultats selon les critères d'appréciation

Impact

Pérennité

Couverture

4 – Cohérence

Le besoin d'évaluer les interventions, les politiques et les stratégies existantes afin d'assurer la cohérence et de minimiser les risques de duplication.

Pertinence

Efficacité

Efficienne

Autres éléments transversaux

Réponse d'ACF en lien avec les politiques et les stratégies d'action et de coordination du secteur



- Action très appréciée de tous les partenaires (gouvernements, secteur WASH, partenaires du projet, chefs locaux, bénéficiaires)
- Insertion de la problématique avec les objectifs du gouvernement en matière de lutte contre les urgences courantes
 - En lien avec la stratégie de mise à jour des plans de contingence.
 - Positionnement important dans les groupes sectoriels EHA et choléra
 - Image consolidée d'ACF, organisation experte dans les domaines EHA et Choléra
 - Perspective de plaidoyer actif et opportunités de promotion d'approches innovantes

Intégration des composantes du projet



- Actions au niveau de :
 - La planification et la préparation des acteurs impliqués
 - et du terrain (améliorations concrètes des populations).
- Bonne coordination des acteurs locaux incontournables
- En lien avec les stratégies d'ACF
 - Stratégie Pays et Régional
 - Papier de positionnement ACF sur les réponses choléra.
 - Actions WASH et non médicales, travail sur les plans de préparation,
 - Etudier les possibilités d'intégration de la problématique sur les actions 'santé nutritionnelle',
 - Besoin d'analyse pointue sur les actions potentielles en santé mentale/psychosociales (si pertinentes dans le contexte).

Résultats selon les critères d'appréciation

Impact

Pérennité

Couverture

Cohérence

5- Pertinence

Mesurer si les interventions sont appropriées aux besoins locaux et aux priorités locales (ainsi qu'en adéquation avec les politiques des donateurs, augmentant par-là l'appropriation, la transparence et la rentabilité).

Efficacité

Efficience

Autres éléments transversaux

Pertinence des actions



- Bonne analyse des besoins et des risques principaux de transmission de choléra :
 - Eau désinfectée, lavage des mains au savon, gestion des excréta, préservation des aliments,
 - Utilisation des études disponibles et des expériences des projets précédents.
- Dans l'ensemble, bonne définition des solutions prioritaires sur les lieux sensibles
 - Infrastructures sanitaires publiques, sensibilisation de masse et préparation à la riposte.
 - Par contre... manque de considération de l'impact de la distribution d'eau par réseau dans le projet
 - Moyen le plus efficace et le moins couteux = garantir un taux de chlore résiduel aux robinets de chaque abonné
 - Mesure alternative : utilisation du Sur'eau à domicile.
 - La construction de latrines hors zones publiques est nécessaire mais difficile à réaliser.

Pertinence des actions



➤ **Stratégie pertinente d'ACF :**

- En intervenant sur ses domaines de compétences (EHA et Réduction des Risques),
 - Actions dans les communautés sur des activités EHA, cruciale dans la prévention du cholera.
- en se coordonnant de manière complémentaire avec les partenaires locaux
 - Rôle de facilitateur / coordinateur dans le Plan de Contingence.

Approche technique



- Points d'eau
 - Sécurisation par stockage et désinfection au chlore
 - *A améliorer* : drainage aux robinets, analyse technique d'approvisionnement par réseau
 - *A suivre...* approvisionnement en eau sur 2 sites (déb. Dixinn, port de Kaporó), désinfection systématique au Sur'eau, suivi de la qualité de l'eau par la SEG.
- Aires de lavage
 - Design simple mais approprié, bon système d'évacuation des eaux usées
 - *A suivre* : risque d'engorgement du puits perdu en saison des pluies, renforcer la sensibilisation pour intérêt à utiliser les aires de lavage.

Approche technique



- Infrastructures sanitaires (toilettes publiques)
 - Bien construites, surélevées, appréciées, hygiéniques (propre, savon disponible, contrôle efficace des mouches) et contrôle de la pollution souterraine.
 - *A améliorer* : le choix systématique de fosse étanche (nettoyage anal à l'eau et siphon), le calcul de remplissage d'une fosse étanche (inférieure à 6 mois), le risque de mauvaise vidange, la connexion du lavabo au puits perdu, les messages d'hygiène et le marquage homme-femme.
 - *A suivre* : le taux d'utilisation, la fréquence de vidange et la gestion des boues (selon le type de vidange).

Approche technique



- Les messages de sensibilisation

- Très complet, 'package' reconnu et utilisée par le secteur EHA,
- Collaboration pertinente et efficace avec la CRG
- Messages 'Porte à Porte' important en cas de crise – Absence de méthodologie participative...
- Distribution de 12,000 kits à titre d'exemple (quantité adaptée ?)
- Prévention des aliments :
Risques majeurs = eau et glace, poissons et crustacés crus ou mal cuits, fruits et légumes crus.
- Actions souvent élargies au contrôle des maladies diarrhéiques au sens large du terme
- ➔ Attention à la multiplication des messages par rapport aux priorités (rôle des mouches, prévention des aliments, pulvérisation de masse).

Résultats selon les critères d'appréciation

Impact

Pérennité

Couverture

Cohérence

Pertinence

6- Efficacité

Mesurer comment les ressources (fonds, expertise, temps, ...) sont converties en résultats concrets.

Effizienz

Autres éléments transversaux

Atteinte des objectifs du cadre logique



- Indicateurs vérifiables difficilement mesurables dans le cadre du projet
 - Certains indicateurs de résultats ne sont pas mesurables à la date de réalisation du projet
 - 1.1.: % des membres des équipes d'intervention formés se rappelant les notions clés 2 mois après la formation
 - 1.2.: Documents du plan de contingence national mis à jour
 - 2.1.: % des points d'eau réhabilités ou créés qui fonctionnent 3 mois après la remise
 - 2.3.: % des lieux publics avec systèmes de recouvrement des coûts (eau, latrines) fonctionnels 3 mois après la mise en place
 - Les indicateurs 3: analyse de l'enquête CAP en cours
 - Retard dans la collecte des informations
- De manière générale, les résultats du programme devraient tous atteints a la date de remise des rapports au bailleur.
- La production des résultats a été échelonnée durant le projet.
 - Des retards sont dus à des aspects opérationnels pratiques (léger retard de mise en route, période de ramadan, lenteur des partenaires publiques)
 - ACF a réussi a atteindre les objectifs du projet.



Résultats selon les critères d'appréciation

Impact

Pérennité

Couverture

Cohérence

Pertinence

Efficacité

7- Efficience

Apprécier si les objectifs ont été atteints, ou vont être atteints, selon leur importance respective.

Autres éléments transversaux

L'atteinte des objectifs du projet



- D'après le cadre logique,
 - Les activités réalisées aboutissent a l'achèvement des résultats
 - Mais...
 - Problème (inversion ?) entre l'objectif général et l'objectif spécifique...
 - Indicateurs pas assez SMART

Mise à disposition des moyens pour la réalisation des activités



- Moyens humains

- Bonne équipe WASH (chef de projet; assistant chef de projet; responsables mobilisation, sensibilisation et construction; animateurs)
- Absence de profils techniques
 - Projet peu technique
 - Soutien efficace du siège ACF-E
 - Manque : Besoin ponctuel (1 mois?) pour dimensionner des ouvrages hydrauliques et sanitaires – Pour meilleure appropriation aux enjeux sanitaires
- Formation technique d'1 semaine (Institut Bioforce) très appréciée par l'équipe et les partenaires concernés
- Supervision appropriée et management efficace de la part de la chef de mission et coordinatrice Technique

Mise à disposition des moyens pour la réalisation des activités

- Sécurité :
 - Pas d'incident sécurité, Plan sécu en cours de réalisation
 - bonne intégration d'ACF dans les quartiers
- Moyens financiers
 - Ratio coût / bénéficiaires très bon
 - Dépenses : au moment de l'évaluation, 95% des dépenses réalisées – reste la répartition finale avec le cofinancement OFDA
 - Utilisation et suivi financier
- Moyens logistiques
 - RAS.

Résultats selon les critères d'appréciation

Impact

Pérennité

Couverture

Cohérence

Pertinence

Efficacité

Efficience

8- Eléments transversaux

L'analyse des éléments transversaux

- **Monitoring**
 - **Besoins de plus de capitalisation technique**
 - **Problématique du genre**
 - **Impact environnemental de la réponse**
- ACF**

Critères	Classification (1 bas, 5 élevé)					Justifications
	1	2	3	4	5	
Impact				X		
Durabilité			X			
Cohérence					X	
Couverture				X		
Pertinence				X		
Efficience			X			
Efficacité				X		

Un exemple de bonnes pratiques...

La gestion des
installations sanitaires publiques
par un comite de gestion communautaire

RECOMMANDATIONS principales

- 1. Pour le renforcement durable de la préparation à la riposte aux épidémies de choléra**
 - 1. Activités urgentes de finalisation des activités**
 - 2. Réaliser un suivi post-projet des comités de gestion des toilettes publiques sur une période minimale de 9 mois (sous financement OFDA), tout en assurant un retrait progressif de suivi**
 - 3. Maintien du niveau opérationnel du Plan de Contingence Conakry**
 - 4. Renforcement des actions préventives et de riposte du Plan de Contingence**
 - 5. Renforcement des compétences en réponse d'urgence 'Crise Choléra – EHA' au sein de l'équipe ACF Guinée**

RECOMMANDATIONS

2. Pour des améliorations efficaces et durables du cadre de vie des quartiers prioritaires de Conakry

- 1. Valoriser l'expertise développée sur le projet et renforcer le plaidoyer technique d'ACF,**
- 2. Participation à de nouvelles initiatives EHA en contexte urbain.**

**Inou Wali !
On Djarama !
Inouke !
Merci !**



Annexe 5 - Classification des évaluations de programmes selon les critères DAC

Critères	Classification (1 bas, 5 élevé)					Justifications
	1	2	3	4	5	
Impact				X		<ul style="list-style-type: none"> ❖ Effets escomptés sur la lutte contre la propagation du choléra, malgré une analyse limitée du cadre logique (indicateurs de mesure) : ❖ Bon impact au niveau des communautés prioritaires (lieux publics) et au niveau institutionnel ❖ Travail complémentaire sur la prévention et la préparation à la riposte avec un renforcement des compétences des acteurs locaux ❖ Impact élargi aux actions de prévention des diarrhées et aux maladies hydriques ❖ Surveiller les impacts suivants : manque d'autonomie des acteurs locaux, risque de vidange sauvage, coût de l'accès à l'assainissement amélioré, manque de considération des responsabilités de la SEG. ❖ Renforcement de la reconnaissance d'ACF et de son rôle de plaidoyer ❖ Participation (limitée – les besoins sont considérables) à la lutte contre le choléra mais besoin de solutions long terme (réseaux d'eau fonctionnels, assainissement urbain, gestion des déchets, etc.).
Durabilité			X			<ul style="list-style-type: none"> ❖ Inquiétudes sur la continuité des services après le retrait d'ACF : <ul style="list-style-type: none"> - La durée de fonctionnement des ouvrages sanitaires sur les marchés publics, - La dynamique du plan de contingence et son opérationnalité lors de nouvelles épidémies, - Les changements à long terme des comportements d'hygiène. ❖ Très bonne stratégie de désengagement d'ACF et capacité de suivi post-projet (accompagnement)
Cohérence					X	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Priorité nationale ❖ Très bon équilibre entre des actions de terrain et au niveau de la coordination des actions ❖ Approche adaptée sur la préparation aux désastres ❖ Très bon niveau de coordination ❖ Projet qui rentre dans le cadre de la stratégie d'ACF International dans les actions de choléra.
Couverture				X		<ul style="list-style-type: none"> ❖ Bonne identification des populations prioritaires (connaissance du terrain, études à

						disposition) ❖ Sélection des actions pour une couverture maximale (actions dans les lieux publics, communication de masse, etc.). ❖ Diverses possibilités de bénéficier du projet pour es habitants des quartiers mais restrictions sur l'utilisation des toilettes publiques (prix, accès)
Pertinence				X		❖ Très bonne analyse des besoins ❖ Bonne adéquation avec le contexte local ❖ Solutions techniques appropriées mais avec quelques manques techniques
Efficacité				X		❖ Niveau d'atteinte des résultats difficiles à mesurer au moment de l'évaluation ❖ Légers retards dans les activités mais réalisation des objectifs
Efficienc			X			❖ Mauvaise définition des objectifs et indicateurs non représentatifs ❖ Bonne analyse financière ❖ Moyens humains adaptés ❖ Moyens de support convenables.

Annexe 6 - Un exemple clé de Bonnes Pratiques du Projet

Titre	La Gestion Durable des Toilettes Publiques et Points d'Eau Potable par un Comité Local de Gestion
<p>Traits et Caractéristiques Innovantes</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Accès à des infrastructures sanitaires améliorées dans les lieux publics très fréquentés (marchés, ports, débarcadères, etc.) garantissant un accès à l'eau potable, l'hygiène et à l'assainissement <ul style="list-style-type: none"> ➤ Solution innovante et avec des perspectives de pérennité et d'impact à long terme sur les conditions sanitaires des lieux publics denses ➤ Type de réponse approprié aux zones prioritaires identifiées de propagation de choléra à Conakry, ➤ Extensible à tout type de zones publique (gare routière, établissements publics, etc.) et à l'assainissement familial en zone urbaine dense (toilettes partagées et cogérée par plusieurs familles) • Lutte efficace contre les vecteurs de maladies liées à l'eau <ul style="list-style-type: none"> ➤ Protection prioritaire contre le choléra ➤ Approvisionnement en eau du réseau d'eau (SEG) sécurisé et en permanence ➤ Pratiques d'hygiène accessibles (eau, savon, produits d'entretien) et renforcement par l'exemple de des messages ➤ Drainage des eaux stagnantes et collecte des déchets solides liés à l'activité économique du site • Gestion locale par un comité de gestion à base communautaire <ul style="list-style-type: none"> ➤ Gestion durable par un comité de personnes clés locales, formés et accompagnés pendant le lancement des installations (minimum 9 mois) ➤ Responsabilisation de la communauté sur l'importance des infrastructures sanitaires hygiéniques et rôle primordial d'intervention en cas d'épidémie (désinfection localement, pratiques d'hygiène, etc.) ➤ Autofinancement des frais de gestion et de maintenance ➤ Capacité d'adaptation locale des frais d'utilisation, en fonction des demandes des usagers ➤ Promotion locale de l'utilisation des infrastructures • Opportunités renforcées de plaider technique sur les enjeux de l'assainissement urbain en Guinée et de promotion d'une réponse innovante, appropriée et durable <ul style="list-style-type: none"> ➤ Mise en œuvre de la stratégie nationale de l'assainissement et des plans de contingence Choléra ➤ Contexte actuel de recherche de solutions innovantes pour l'assainissement des quartiers les plus vulnérables ➤ Réussite du système mis en place, apprécié des usagers et géré de manière convenable et durable. ➤ Impacts positifs et leçons d'expérience du suivi / accompagnement post-projet (6 mois – 1 an) du comité de gestion par ACF ➤ Suivi du comité de gestion et développement progressif des responsabilités de gestion d'activités par des membres de l'équipe WASH.
<p>Recommandations spécifiques / pratiques pour être répliqué à grande échelle</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Améliorations techniques et de fonctionnement des infrastructures sanitaires <ul style="list-style-type: none"> ➤ Etude technique de la capacité d'approvisionnement du réseau d'eau (fréquence d'approvisionnement, pression dans le quartier, etc.) et capacité des réservoirs, ➤ Choix de la fosse en fonction du contexte en évitant autant que possible des vidanges trop fréquentes et par camion (si vidange manuelle sans risque – dépend du type de fosse et lieu d'évacuation des boues), ➤ S'assurer de la hauteur de nappe maximale avant de choisir le type de fosse (alternative : double fosse), ➤ Renforcer les messages visuels de sensibilisation sur les sites (dessins sur les murs des latrines, panneaux à différents points

- du site, distribution de prospectus) pour accroître l'utilisation des installations,
- Connecter le lavabo au puits perdu de l'aire de lavage et faire un drainage aux robinets des réservoirs d'eau.

• Grandes lignes d'un suivi / accompagnement d'ACF post-projet, basé sur un retrait du rôle de conseil – encadrement pendant une année (adapté du suivi post-projet actuel de 3 mois)

- Visites périodiques d'ACF avec des fréquences de passage (ne pas installer de routine – et ne pas forcément prévenir - de visite pour évaluer le fonctionnement à différents moments de la journée) de plus en plus espacées au fur et à mesure de l'apprentissage et de la capacité d'autonomie (d'1 à 2 fois par semaine au début à 1 fois par mois en fin de suivi) – Définir des objectifs et un plan d'action détaillé du suivi post-projet d'ACF pour chaque comité de gestion.
- A chaque visite, vérifier l'état général des infrastructures, vérifier le niveau de propreté et la disponibilité des produits d'hygiène (eau, savon, produits d'entretien), vérifier le non engorgement du puits perdu
- S'assurer du bon remplissage des réservoirs d'eau, valider à chaque visite les capacités de stockage par rapport à la demande, mesure systématique de contrôle de la qualité du chlore résiduel et apporter les mesures correctives si besoin (formation périodique à l'utilisation du matériel d'analyse du chlore)
- Vérifier les stocks régulièrement et estimer si un flacon de SurEau est versé systématiquement à chaque remplissage de réservoir,
- S'assurer du circuit d'achat des consommables du matériel d'analyses,
- Faire un suivi de la trésorerie : pousser pour une ouverture rapide du compte en banque et collecter les informations chaque semaine,
- Lire les comptes-rendus de réunions du comité de gestion (pousser pour des réunions fréquentes) et répéter les instructions et conseils de gestion auprès du comité (besoins de consignes répétitives),
- S'assurer que la rémunération des membres du comité – l'hygiéniste par exemple – est bien définie et validée,
- Suivre le remplissage des fosses et le processus de vidange et valider la faisabilité financière des vidanges (selon la fréquence réelle),
- S'assurer de la bonne évacuation des boues de vidange et du non contamination du milieu extérieur,
- Estimer le taux de fréquentation des ouvrages et ajuster les campagnes d'informations auprès du public du lieu public,
- Enquêtes rapides périodiques auprès du public pour valider le degré d'utilisation et de satisfaction des femmes, des enfants et des personnes à mobilité réduite,
- Renforcer les initiatives du comité de gestion pour promouvoir l'utilisation des infrastructures sanitaires auprès du public : fournir un stock de prospectus, mettre des pancartes d'information sur le site (messages de sensibilisation, panneau d'information sur la localisation des installations) et les expériences des autres sites (faire échanger les comités de gestion sur leurs propres expériences de gestion au quotidien),
- Organiser des visites avec les responsables communaux, valoriser auprès des autorités locales les gestions dynamiques et réussies, contacter les médias locaux pour une visite du site, etc.
- Rédiger systématiquement un rapport de visite statuant sur les vérifications proposées et recommandations données au comité de gestion (à vérifier lors de la prochaine visite).

• Lancer de nouvelles initiatives, en intégrant des solutions pilotes comme :

- Utilisation de double fosse (si nappe haute max. 2m) avec un suivi du système de vidange manuelle (baisse du coût de vidange et risques sanitaires réduits) et définir un nombre maximal de cabines (max de 20-50 étals pour une cabine pour femme et de 7-17 pour une cabine pour homme, avec présence d'un urinoir),
- Proposer des dimensionnements de toilettes publiques pour une réalisation à moindre coût, applicables à une utilisation domestique (construction dans les quartiers) : participation communautaire, vidange manuelle (mais sécurisée), etc.
- Sans faire de système de gestion trop complexe, instauration d'une tarification à la baisse, et/ou avec des réductions pour différents groupes de personnes : femmes, enfants, personnes malades (à partir de X utilisations dans la journée, réduction importante ou gratuité d'utilisation), accès gratuit ou tarif très réduit en période d'épidémie, etc.