

Evaluation Rapide au Milieu de l'Action (MARE) de la réponse de l'UNICEF et de ses partenaires à la covid-19 au Togo en 2020



Rapport final

Equipe de consultants

M. TEKOU Koffi B. (Evalueur Sénior)

Mme YAWU Adzouwavi O. (Evaluatrice Emergente)

Septembre 2022

Sommaire

Sigles et abréviations	4
Résumé exécutif	5
1. Introduction.....	7
1.1. Contexte	7
1.1.1. Situation sanitaire et la pandémie de COVID-19 au Togo	7
1.1.2. Intervention de l'UNICEF évaluée	7
1.1.3. Modèle logique et Théorie de Changement.....	9
1.1.4. Principales parties prenantes.....	11
1.2. But, objectifs et portée de l'évaluation	11
1.2.1. But de l'évaluation.....	11
1.2.2. Objectifs de l'évaluation	11
1.2.3. Portée de l'évaluation	12
2. Méthodologie d'évaluation	13
2.1. Critères d'évaluation	13
2.2. Conception et méthodes.....	13
2.3. Phases de l'évaluation	13
2.3.1. Phase préparatoire.....	13
2.3.2. Phase de collecte de données.....	14
2.3.3. Traitement et Analyse des Données.....	16
2.4 Approche éthique.....	16
2.4.1. Consentement et assurance qualité	16
2.4.2. Prise en compte du genre, Equité, et les droits humains	16
2.4.3. Evaluation impliquant les enfants.....	17
2.5. Limites de l'évaluation	17
3. Constatations	18
3.1. Pertinence	18
3.1.1. Pertinence de l'évaluation et de la réponse de l'UNICEF et de ses partenaires à la covid-19 au Togo en 2020.....	18
3.1.2. Pertinence de la réponse de l'UNICEF et de ses partenaires à la COVID-19 au Togo en 2020	18
3.2. Efficacité de l'appui à la réponse COVID-19	21
3.2.1. Niveau de mise en œuvre des actions planifiées.....	21
3.2.2. Effets de la pandémie de la COVID-19 et des interventions de la réponse nationale sur la population	27
3.2.3. Effets inattendus positifs et négatifs sur la population.....	34
3.3. Efficience.....	37
3.3.1. Situation par rapport à la mobilisation des fonds.....	37
3.3.2. Efficacité dans l'utilisation des fonds mobilisés	39
3.4. Cohérence	40
3.4.1. Alignement externe de l'appui à la réponse	40
3.4.2. Facteurs influençant les résultats	40
3.5. Durabilité.....	41
3.6. Genre et droits de l'homme, y compris les droits de l'enfant.....	42
3.6.1. Au niveau de l'élaboration des documents et la planification des actions.....	42

3.6.2. Au niveau de la mise en œuvre.....	42
3.6.3. Changement entraîné par la réponse dans l'accès des enfants à l'éducation, à la santé, à l'enregistrement des naissances, à la nutrition, à la justice, au logement et autres droits.....	43
3.7. Coordination.....	45
3.8. Forces et faiblesses.....	47
4. Conclusions, leçons tirées et recommandations.....	48
4. 1. Conclusions.....	48
4. 2. Leçons tirées.....	49
4.3. Recommandations issues de l'évaluation de l'appui de l'UNICEF à la réponse nationale COVID-19.....	51
ANNEXES.....	53
Matrice d'évaluation.....	53
Tableaux complémentaires.....	56
Outils de collecte.....	61

Sigles et abréviations

ASC	:	Agents de Santé Communautaires
COVID-19	:	Coronavirus Disease 2019
IPC	:	Prévention et Contrôle des Infections
MARE	:	Evaluation Rapide au Milieu de l'Action
OCDE	:	Organisation de Coopération et de Développement
ODD	:	Objectifs de Développement Durables
PPR	:	Plan de Préparation et de Réponse
TIC	:	Technologie de l'Information et de la Communication
UNICEF	:	United Nations Children's Fund (Fonds des Nations Unies pour l'Enfance)
WASH	:	Water, Sanitation and Hygiene
WCARO	:	Bureau régional de l'UNICEF pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre

Résumé exécutif

MARE est une nouvelle approche d'évaluation, développée par le Bureau Régional de l'UNICEF pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre (WCARO), et orientée vers l'apprentissage et l'amélioration continue. Ce document présente pour chaque résultat attendu de

Ce document fait la synthèse de la mise en œuvre de l'appui de l'UNICEF à la réponse nationale COVID-19 au Togo en faisant ressortir le niveau de pertinence de l'évaluation pour l'ensemble des parties prenantes, le niveau de réalisation des actions prévues pour atteindre les objectifs fixés dans la mise en œuvre du plan de réponse COVID-19 ; les succès et les faiblesses enregistrés, les meilleures pratiques et leçons tirées

Les données figurant dans ce rapport ont été collectées auprès des acteurs impliqués dans la planification stratégique et dans la mise en œuvre de la réponse au niveau central, régional et district ainsi qu'auprès des chefs de ménage et des enfants dans la communauté. Elles sont également issues de l'analyse de différents documents produits dans la réponse.

Excellent outil de partage des expériences et de l'expertise des parties prenantes de la réponse, ce rapport est destiné à tous les acteurs et servira de référence face à une crise sanitaire pareille au Togo.

De l'analyse des données collectées, il ressort des constats clés suivants :

- L'appui de l'UNICEF à la réponse nationale au COVID 19 a été construit en se basant sur les mécanismes existants tout en renforçant et en adaptant les initiatives en cours (WASH, éducation, protection, C4D...) a permis au bureau de passer rapidement d'une perspective de gestion des programmes en mode développement à une dynamique de réponse à l'urgence.
- La contribution de l'UNICEF est constituée de l'approvisionnement en intrants pour la réponse à la pandémie COVID 19 ; de l'appui technique et financier pour l'élaboration des plans de réponse et la coordination des interventions de riposte au COVID 19 ainsi que de l'assistance technique et financières pour la formation des agents communautaires et du personnel des structures de l'état sur la réponse COVID 19.
- Un système de prévention et de contrôle de l'infection à la COVID-19 a été développé grâce à l'appui de l'Unicef à la réponse. Il s'est traduit par l'acquisition et la distribution de divers matériels de protection contre COVID-19 dans des formations sanitaires, écoles, ainsi que dans des communautés. Des messages ont été produits et traduits en langues locales et des contrats ont été signés avec des médias de proximité pour la sensibilisation des populations. Grâce à l'initiative COVAX, l'appui de l'Unicef a permis au pays d'acquérir des doses de vaccins. Cependant, la couverture des formations sanitaires en milieu rural en équipements de prévention est demeurée un défi.
- L'appui à la réponse nationale a contribué au renforcement des capacités de prise en charge des cas de COVID-19 au niveau des formations sanitaires et également dans la communauté. L'appui a par ailleurs été étendu à la prise en charge des Personnes Vivant avec les VIH (PVVIH) en temps de COVID-19 grâce à la commande accélérée et l'acquisition des stocks des antirétroviraux (ARV) ; à la mise en place des dispositifs de détection des cas ; au suivi et au contrôle de la propagation de la maladie au niveau des points d'entrée du pays. Toutefois, la dimension psychosociale et la préservation du pouvoir économique des familles n'ont pas été suffisamment prises en compte.
- La coordination de la réponse COVID-19 a été basée sur (i) un appui logistique qui a facilité l'acquisition des matériels, l'organisation des réunions opérationnelles et intersectorielles, des revues ; ainsi que (ii) le suivi des interventions au niveau national et préfectoral, sans toutefois manquer de relever la non implication de certains acteurs majeurs dans la coordination et l'insuffisance de suivi en particulier au niveau communautaire. La pandémie de COVID-19 semble avoir entraîné des changements dans la population en impactant les dynamiques familiales et intergénérationnelles, en engendrant des difficultés économiques avec la baisse des revenus des parents, en bouleversant le programme d'enseignement scolaire et entrainer

la baisse du niveau intellectuel et enfin en créant la réticence dans l'utilisation des services de santé pour les vaccinations, consultations et soins des enfants. La baisse des cas de COVID-19, a néanmoins entraîné une reprise de la situation d'avant la COVID-19 dans tous les secteurs.

- La coordination de la mise en œuvre du Plan de Préparation et de Réponse (PPR) a été assurée par l'UNICEF, qui a apporté un appui logistique ayant permis au gouvernement de s'approvisionner rapidement en matériels et qui a également permis la gestion de la coordination pour l'organisation des revues et réunions opérationnelles et de coordination intersectorielle. L'appui a permis de cadrer les différentes interventions à travers la coordination nationale, préfectorales et les Equipes d'Intervention Rapide (EIR). En interne, une TaskForce Urgence du bureau de l'UNICEF pour le suivi et la prise de décisions a été créée et des réunions hebdomadaires ont été organisées.
- L'appui de l'UNICEF à la réponse nationale a été affecté par certains facteurs dont l'irrégularité des revues et réunions opérationnelles et de coordination intersectorielle et le manque d'implication de certains acteurs clés (tels que les ONG présentes sur le terrain) ayant une expérience plus adaptée dans la gestion des urgences en milieu communautaire. Ceci a limité l'efficacité de la coordination ; l'insuffisance de rapportage et le manque de complétude des données (surtout en matière de progrès réalisés dans la mise en œuvre des activités) limitant ainsi le niveau d'évaluabilité de la réponse. Il n'a pas été possible de cerner avec exactitude le niveau de mise en œuvre des actions prévues ainsi que les résultats réalisés. Egalement, comme facteurs défavorables, il a été relevé l'insuffisance de leadership de l'Action Sociale dans la gestion de la crise qui pourrait s'expliquer par l'inexpérience en gestion des urgences mais également la non intégration dès le départ de l'Action Sociale dans le cadre de coordination mis en place par le gouvernement et l'insuffisance du suivi et la coordination des interventions dans les communautés rurales et au niveau région. Cette situation pourrait s'expliquer par l'implication insuffisante du suivi-évaluation dans la planification.

I. Introduction

I.1. Contexte

I.1.1. Situation sanitaire et la pandémie de COVID-19 au Togo

Le Togo à l'instar des pays de la sous-région a été touché par la maladie à coronavirus (COVID-19) qui a secoué le monde surtout au cours de l'année 2020. En effet, le premier cas de patient atteint de COVID-19 au Togo a été enregistré le 6 mars 2020 et à ce jour (15 septembre 2022), le pays a enregistré au total 38703 cas de contamination dont 38207 guérisons (70,86%) et 284 décès soit 2,40%. Les cas actifs représentent 26,74% (212 cas).

Tous les districts sanitaires du pays sont touchés et la région Grand Lomé enregistre le nombre de cas le plus élevé (4848 cas), suivi de la région des Savanes (644 cas), de la région de la Kara (503 cas), de la région Centrale (491 cas) et de la région des Plateaux (301 cas). La région Maritime est la moins touchée avec 299 cas.

Des mesures ont été adoptées pour faire face à la pandémie, telles que la fermeture des frontières, les couvre-feux et les quarantaines ont eu un impact sur la liberté de circulation et ont risqué de restreindre l'accès aux soins de santé, à la nourriture, à l'eau et aux installations sanitaires pour les habitants des quartiers et des villages des zones touchées. Dans certains contextes, la limitation des déplacements a empêché les personnes de travailler et de subvenir aux besoins de leur famille, affectant ainsi leurs droits économiques. Pour contenir cette propagation de la maladie sur l'ensemble du territoire et offrir un service de qualité aux personnes malades, le Gouvernement togolais a développé à travers le Ministère de la Santé et de l'hygiène publique, un Plan d'Action contre la pandémie au COVID-19.

Le plan daté du 17 mars 2020 vise à endiguer la pandémie en limitant les contacts humains et à renforcer le système de santé en vue de le rendre résilient à toute autre forme de maladie courante ou d'épidémie. En soutien aux efforts du gouvernement, l'Equipe Pays des Nations Unies au Togo a élaboré le Plan de Préparation et de Réponse (PPR) dans le but de réduire l'impact de la pandémie du COVID-19 sur le pays, préserver les gains de développement et permettre au pays de maintenir la trajectoire de réalisation des Objectifs de Développement durables (ODD).

I.1.2. Intervention de l'UNICEF évaluée

➤ Contexte, objectifs et stratégies de la réponse à la COVID-19

Les gouvernements nationaux et les partenaires de développement de la région d'Afrique occidentale et centrale (WCARO) ont travaillé en étroite collaboration pour mettre en place une réponse adéquate à la pandémie depuis son apparition au début de 2020. Confrontés à une série de menaces sanitaires et de défis socio-économiques sans précédent, ceux qui gèrent la réponse COVID-19 dans la région ont essayé de lancer des programmes innovants et pertinents qui pourraient : (i) s'adapter rapidement à un contexte en constante évolution ; (ii) répondre à la fois aux nouveaux besoins observés sur le terrain et à ceux qui existaient depuis longtemps avant le début de l'urgence COVID-19 (par exemple, les besoins humains, financiers, techniques) et, enfin, (iii) répondre aux attentes des bénéficiaires prévus.

Dans le cadre de son engagement dans la lutte contre la pandémie COVID-19, l'UNICEF a élaboré une série de plans d'intervention stratégiques à plusieurs niveaux (mondial, régional, national). Tous ces plans ont une caractéristique commune : ils visent à réduire à la fois (i) les impacts sanitaires et (ii) socio-économiques de la crise, comme le précise la théorie du changement de la réponse COVID-19 élaborée par l'Unité d'Evaluation du Bureau régional de l'UNICEF pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre (WCARO). Plus spécifiquement, les réponses déployées sur le terrain par l'UNICEF et ses partenaires mondiaux, régionaux et nationaux cherchent non seulement à réduire la morbidité et la mortalité, à limiter la transmission et à protéger les individus contre l'exposition au virus, mais aussi à freiner la détérioration du capital humain, des droits de l'homme, de la cohésion sociale et des moyens de subsistance.

Afin d'atteindre des objectifs aussi ambitieux et d'assurer, autant que possible, la continuité des services sociaux essentiels pour les enfants, les femmes et les populations vulnérables pendant la pandémie,

l'UNICEF et d'autres partenaires dans les pays de la région ont traduit tous ces plans stratégiques en une panoplie d'interventions dans de multiples domaines, à savoir :

- ✓ Renforcement du système de santé (fourniture d'équipements de protection individuelle et d'autres matériels, formation, etc.) ;
- ✓ Prévention et contrôle des infections (IPC) ;
- ✓ La surveillance et la recherche (y compris les enquêtes épidémiologiques ; ▪ Réponse rapide ;
- ✓ Communication sur les risques et engagement communautaire ;
- ✓ Activités de protection sociale et autres actions visant à limiter l'impact socio-économique de l'épidémie ;
- ✓ Soutien au maintien des services sociaux de base (santé, éducation, etc.) ;
- ✓ Renforcer la capacité d'intervention humanitaire de l'UNICEF ;
- ✓ Renforcer la coordination ;
- ✓ WASH.

La réponse à la COVID-19 lancée spécifiquement au Togo et soutenue par l'UNICEF repose sur un budget de 1.622.673 USD et capitalise sur une pléthore d'activités mises en place dans le cadre des projets déjà en cours. Plus spécifiquement, la réponse à la COVID-19 consiste en 13 catégories d'activités : Préparation de la réponse et riposte ; Coordination de la réponse nationale ; Appui de la réponse de différents secteurs (Wash, Santé, Nutrition, VIH/SIDA, Education, Protection, Inclusion sociale) ; C4D ; PME ; INFO COM (Communication interne et externe) ; Partenariats ; Operations ; Administration ; Supply et logistiques ; Technologie de l'information et de la Communication ; Sécurité ; Finances.

➤ **Mobilisation des fonds**

Le budget prévisionnel en termes de besoins de l'UNICEF bureau du Togo pour l'appui à la réponse nationale COVID-19 s'élevait à \$ **25 169 228**. Ce montant a été mobilisé à hauteur de 15% soit 3 894 096 \$ USA et a reçu le soutien des partenaires financiers tels que le Gouvernement du Japon, DFID, USAID, le Partenariat Mondial pour l'Education et l'entreprise VLISCO. La grande partie du budget a été mobilisée auprès du Gouvernement du Japon.

Tableau 01 : Budget total de l'appui de l'UNICEF à la réponse COVID-19 au Togo

Budget total (en \$)	Budget mobilisé (en \$)	Partenaires/source de mobilisation
25 169 228	3 894 096	Japon, DFID, USAID, Partenariat Mondial pour l'Éducation et l'entreprise VLISCO

Le budget par secteur montre qu'il a été mobilisé pour la santé et VIH/SIDA un total de \$ 628 195 soit 63% de la prévision et pour la nutrition \$ 205 440 alors que le besoin s'élevait à \$ 2 605 804 soit 8% pour le secteur de la protection de l'enfance à \$ 341 181 soit 52% pour le C4D / RCCE. Le fonds mobilisé pour WASH & IPC est de \$ 1 257 294 représentant 14%% par rapport à la prévision, celui de l'Éducation est de \$ 267 315 soit 3% et 25%% pour les Opérations soit \$ 497 457.

1.1.3. Modèle logique et Théorie de Changement

La théorie du Changement de l'appui de l'UNICEF bureau Togo à la réponse nationale au COVID-19 est fondée sur une Théorie du Changement développée par l'Unité d'Evaluation de WCARO.

Les interventions de la réponse à la COVID-19 visent fondamentalement deux objectifs : réduire à la fois (i) les impacts sanitaires et (ii) socio-économiques sur les enfants, les femmes et les populations vulnérables pendant la pandémie.

Pour atteindre ces objectifs, plusieurs activités ont été développées dans les domaines suivants :

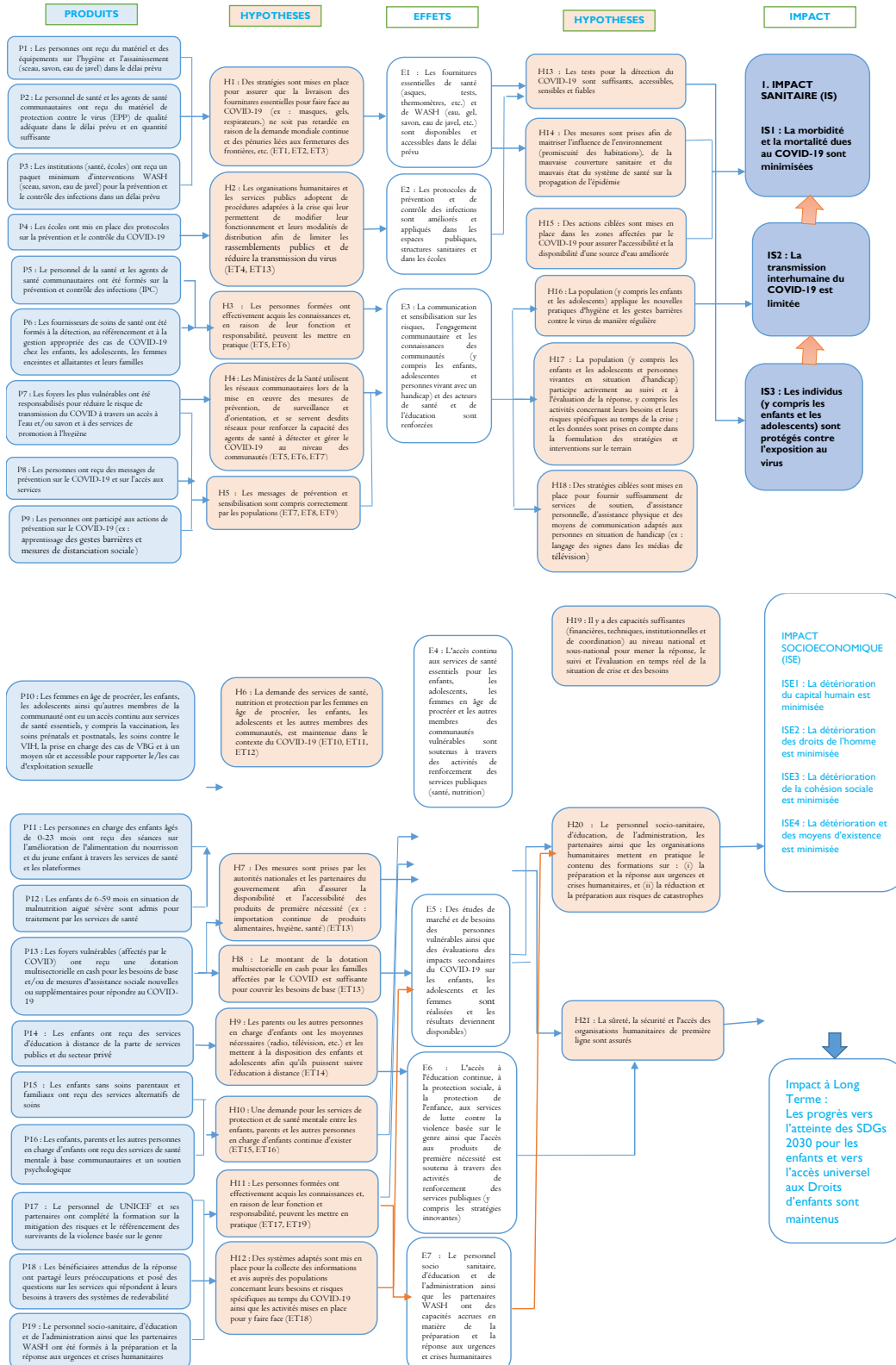
- ✓ Renforcement du système de santé (fourniture d'équipements de protection individuelle et d'autres matériels, formation, etc.) ;
- ✓ Prévention et contrôle des infections (IPC) ;
- ✓ La surveillance et la recherche (y compris les enquêtes épidémiologiques ; Réponse rapide ;
- ✓ Communication sur les risques et engagement communautaire ;
- ✓ Activités de protection sociale et autres actions visant à limiter l'impact socio-économique de l'épidémie ;
- ✓ Soutien au maintien des services sociaux de base (santé, éducation, etc.) ;
- ✓ Renforcement de la capacité d'intervention humanitaire de l'UNICEF ;
- ✓ Renforcement de la coordination ;
- ✓ WASH

La Théorie de Changement ci-dessous a l'ambition d'être multisectorielle Bien que la majorité des produits de la TdC soient de nature sectorielle, le niveau des effets cherche à surmonter l'approche traditionnelle en silos et reconnaît que des interventions simultanées dans plusieurs secteurs sont nécessaires pour que la réponse à la COVID-19 soit réussie. Ceci est en outre réitéré par deux hypothèses présentées dans la TdC :

- H.19 : Il y a des capacités suffisantes (financières, techniques, institutionnelles et de coordination) au niveau national et sous-national pour mener la réponse, le suivi et l'évaluation en temps réel de la situation de crise et des besoins) ; et
- H.20 : Le personnel socio-sanitaire, d'éducation, de l'administration, les partenaires ainsi que les organisations humanitaires mettent en pratique le contenu des formations sur : (i) la préparation et la réponse aux urgences et crises humanitaires, et (ii) la réduction et la préparation aux risques de catastrophes). Ces hypothèses mettent en évidence le rôle central de la coordination, de la responsabilisation et de la préparation.

Le schéma suivant décrit les éléments de la Théorie de Changement utilisée

Théorie de Changement de la Réponse de l'UNICEF à la COVID-19 dans la région d'Afrique de l'Ouest et du Centre
(Ce document a été formulé par l'Unité d'Évaluation de WCAARO à partir du contenu des plans de réponse de l'UNICEF au niveau global, régional et national)



1.1.4. Principales parties prenantes

Il s'agit des utilisateurs de l'évaluation qui sont de quatre (4) ordres et des bénéficiaires des interventions.

- a. **Personnel du bureau Pays du Togo de l'UNICEF** : l'évaluation leur permettra de mieux comprendre les contributions des processus, mécanismes et effets de la réponse COVID-19 et de la pandémie en général, le CO de l'UNICEF au Togo ajustera et modifiera son plan de réponse.
- b. **Personnel des sections de l'UNICEF, CO et RO** : ils utiliseront l'évaluation pour mieux comprendre les effets de la crise COVID-19 sur l'accès aux services sociaux de base, ainsi que dans le domaine des droits de l'enfant, le CO et le RO de l'UNICEF pourront adapter leurs programmes réguliers pour tenir compte du nouveau contexte.
- c. **Nations unies et autres partenaires de développement** : l'évaluation fournira des recommandations spécifiques sur la manière d'améliorer la coordination des réponses et d'accroître son efficacité et son efficacité. Cela contribuera à créer des synergies et à renforcer l'appropriation.
- d. **Gouvernement (Ministères de tutelle)** : il se servira des résultats de l'évaluation pour mieux comprendre les effets de la crise COVID-19 sur l'accès aux services sociaux de base, ainsi que dans le domaine des droits de l'enfant, le gouvernement et ses ministères de tutelle pourront affiner leurs stratégies de réponse pour réduire les effets négatifs des pandémies, en accordant une attention particulière aux enfants (39,25% de la population du pays).

S'agissant des bénéficiaires, ils sont constitués des personnes ayant été touchées dans les communautés par les différentes actions. Il s'agit notamment de la population en général, le personnel de la santé, des enseignants, des élèves, les Agents de Santé Communautaire (ASC), etc.

1.2. But, objectifs et portée de l'évaluation

1.2.1. But de l'évaluation

Cette évaluation de la réponse COVID-19 aura deux buts : la redevabilité et l'apprentissage. Elle est d'abord censée fournir aux entités qui financent la réponse et aux bénéficiaires attendus de la réponse des preuves solides sur la mesure dans laquelle la réponse COVID-19 a atteint ou non les objectifs envisagés (redevabilité). Ensuite, elle va assister les gestionnaires de la réponse dans l'adoption de mesures correctives et dans l'apport d'ajustements destinés à améliorer la qualité et les effets de la réponse actuelle.

1.2.2. Objectifs de l'évaluation

Les objectifs de l'évaluation sont les suivants :

- a. Déterminer la pertinence, l'efficacité, l'efficacités ainsi que la durabilité, la coordination et l'impact de la réponse COVID-19 ;
- b. Identifier les leçons tirées de ce qui a fonctionné et n'a pas fonctionné dans le cadre du programme de réponse COVID-19, y compris ses résultats inattendus (positifs et négatifs) ;
- c. Identifier les bonnes pratiques en termes de préparation, de gestion, de suivi et d'évaluation de la réponse aux crises ;
- d. Formuler des recommandations clés (à la fois stratégique et opérationnelle) sur la manière d'améliorer la performance de la réponse COVID-19 et les processus de mise en œuvre connexes ;
- e. Évaluer la mesure dans laquelle la réponse de COVID-19 a intégré l'équité et le genre dans sa conception, sa mise en œuvre et son suivi.

1.2.3. Portée de l'évaluation

➤ Portée thématique

L'évaluation porte sur la réponse à la COVID-19 dans son ensemble. Cette évaluation examine les stratégies et activités de la réponse à la COVID-19 au niveau national, régional et communautaire. Les stratégies et activités évaluées à chaque niveau sont détaillées dans le tableau suivant :

Niveaux	Stratégies/activités
National	Préparation de la réponse et riposte ; Coordination de la réponse nationale
Niveau régional	C4D ; PME ; INFO COM ; Partenariats ; Operations ; Administration ; Supply et logistiques ; Technologie de l'information et de la Communication ; Sécurité ; Finances
Niveau communautaire	Wash ; Santé ; Nutrition ; VIH/SIDA ; Education ; Protection ; Inclusion sociale

➤ Portée géographique

La réponse à la COVID-19 couvre l'ensemble du pays. Ainsi l'évaluation porte sur l'ensemble du pays. Toutefois la collecte sera effectuée dans toutes les régions sauf dans Lomé-Commune.

➤ Portée chronologique

La mission porte sur la période allant d'Avril 2020 à Décembre 2021.

2. Méthodologie d'évaluation

La démarche méthodologique suivie dans le cadre de cette évaluation est basée sur une approche nouvelle dénommée Evaluation Rapide au Milieu de l'Action (MARE) développée par le Bureau Régional de l'UNICEF pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre. Il s'agit d'une évaluation faite en trois modules et en cinq phases avec la spécificité de reprendre certaines phases périodiquement. En effet, le processus comprend : la mise en place ; le diagnostic préliminaire ; la collecte des données ; l'analyse des données et la diffusion.

2.1. Critères d'évaluation

Cette évaluation rapide est fondée sur l'apprentissage et la redevabilité, donc une évaluation de contrôle et de partage d'expériences. Il a été vérifié ce qui est prévu et ce qui est réalisé pour atteindre les objectifs fixés. Il a été également identifié les succès et les faiblesses dans la mise en œuvre du plan de réponse COVID-19.

Bien attendu qu'il s'agit d'une évaluation d'où la nécessité d'interroger les critères traditionnels d'évaluation, toutefois, la spécificité de cette évaluation (une évaluation rapide utilisant simultanément et de façon séquentielle de méthodes qualitatives et quantitatives) conduit à orienter l'analyse de certains critères. Il s'agit de démontrer dans l'analyse entre autres en quoi l'évaluation est toujours utile pour l'ensemble des parties prenantes.

Aux 4 critères de l'OCDE (Pertinence, efficacité, efficience et durabilité), s'ajoutent la coordination et le critère de genre, d'équité et de droits de l'homme retenus dans les termes de référence. En dehors de ces différents critères, l'évaluation a identifié des forces et faiblesses qui ont amené à formuler des recommandations.

2.2. Conception et méthodes

La méthodologie mise en œuvre au cours de cette évaluation est basée sur une approche participative à prédominance qualitative avec une collecte de données au niveau central et au niveau communautaire soutenue par la revue documentaire.

L'approche a inclus les bénéficiaires finaux que sont les populations notamment les enfants, à l'aide d'outils sensibles à l'implication des enfants (guides de discussion de groupe utilisant la méthode de cartographie corporelle) et les chefs de ménages à travers des guides d'entretiens individuels.

Cette évaluation a eu la particularité d'impliquer des étudiants de l'unité Suivi-évaluation et Planification du développement de l'Université de Kara dans la collecte des données intra-communautaires. Ces derniers ont été formés sur les différents outils et techniques de collecte de données et la collecte des données dans les communautés. Ils ont été également instruits sur l'approche MARE.

2.3. Phases de l'évaluation

2.3.1. Phase préparatoire

Elle comprend le démarrage et le diagnostic préliminaire.

➤ Démarrage

La mission a commencé par la définition de la portée de l'évaluation ; les parties prenantes ainsi que l'imprégnation de l'ensemble de l'équipe de l'évaluation du contenu de la nouvelle approche MARE. A cet effet, les différents documents et outils produits sur la technique MARE ont été exploités ainsi que des réunions d'explication et d'orientation organisées en vue d'une meilleure compréhension de l'approche.

➤ Diagnostic préliminaire

Le diagnostic préliminaire a consisté à l'exploitation de plusieurs documents et des données secondaires afférentes à situation et à la réponse. Il a permis de comprendre le contenu du "Plan de Préparation et de Réponse COVID-19" du système des Nations Unies qui s'appuie sur celui du gouvernement Togolais ; de relever le niveau de mise en œuvre du plan à travers l'exploitation du "Rapport de l'évaluation de la

réponse COVID-19 au Togo" et de la "Revue des progrès du Plan de COVID-19" et d'identifier les progrès réalisés dans la mise en œuvre de la réponse à tous les niveaux.

2.3.2. Phase de collecte de données

La phase de collecte comprend les techniques, l'échantillonnage y compris la détermination des sites de collecte, l'identification des informateurs clés et la collecte proprement dite au niveau central et communautaire.

➤ **Au niveau central**

○ **Techniques de collecte**

Deux techniques ont été utilisées pour collecter les données au niveau central. Il a été organisé des entretiens semi-structurés et des discussions de groupes avec les informateurs clés constitués des responsables de la réponse et les autres partenaires de développement et proviennent des différentes parties prenantes de la réponse. Ceux-ci ont été identifiés sur la base de la liste préétablie par UNICEF Togo. La collecte a été faite à distance par le biais des appels téléphoniques, des échanges de mail, et des discussions via Teams et WhatsApp.

L'approche a consisté en une prise de contact avec le Ministère du Plan principalement la direction de la coopération multilatérale et de coordination des programmes Gouvernement- SNU pour l'obtention de l'autorisation officielle de la collecte, ensuite pour introduire la méthode de collecte auprès des informateurs clés et planifier le processus. Elle a consisté également à la réalisation des entretiens et des discussions de groupe en ligne avec des informateurs clés.

○ **Equipe de collecte**

La collecte des informations au niveau central a été faite par l'équipe de consultants nationaux composée d'un évaluateur sénior et d'une évaluatrice émergente.

○ **Collecte proprement dite : Entretiens semi-structurés et discussions de groupe avec les informateurs clés**

a) S'agissant des entretiens, ils ont été réalisés à l'aide d'un guide d'entretien mis sous Google Forms dont le lien a été envoyé aux informateurs clés identifiés à partir des listes d'acteurs stratégiques et opérationnels de la réponse nationale à la COVID-19 mises à disposition par l'Unicef bureau pays. Le guide d'entretien a été envoyé à 45 personnes au total. 24 guides ont été renseignés et envoyés soit un taux de réponse de 53%. Parmi ceux qui ont répondu à l'entretien, on compte 4 femmes contre 20 hommes. La région Plateaux est quasiment non couverte pour non-retour des guides complétés malgré les relances, (voir liste en annexe tableaux A4).

b) Concernant les discussions de groupe en ligne, 13 ont été réalisées au lieu de 07 prévues. Le surplus de 6 est enregistré à Lomé et est dû à l'organisation de discussion pour chaque composante suite à la difficulté que tous les informateurs clés ciblés se rendent disponibles à la même heure. En tout 52 informateurs clés ont participé aux discussions dont 05 dans la région Centrale, 10 dans la région de la Kara, 12 dans la région des Savanes, 07 dans la région Maritime, 10 dans la région des Plateaux et 08 à Lomé (niveau central). Les liens teams ont été créés par les consultants et partagés avec les participants avant chaque discussion. Les directeurs régionaux du Plan ont fortement participé à la mobilisation des informateurs clés dans leur région respective (convenir avec chaque informateur clé du jour et de l'heure de la discussion), à la facilitation de l'accès à connexion internet au niveau de chaque participant, à la modération des discussions. Les participants sont issus de différentes parties prenantes de la réponse notamment des secteurs de la santé, de l'éducation, de l'hygiène et assainissement, de l'Action social, de la Mairie, des ONG, des radios communautaires. Les détails sur les profils des participants figurent dans les tableaux A5 en annexe).

➤ **Au niveau communautaire**

○ **Formation sur les outils et techniques de collecte**

Pour harmoniser la compréhension des outils de collecte et les techniques à utiliser sur le terrain, la collecte des données au niveau intra-communautaire a été précédée de la formation des étudiants à Kara sur les différents outils de collecte notamment le guide d'entretien semi-structuré pour les parents, le guide de discussion de groupe utilisant les méthodes de cartographie corporelle.



Vingt-trois (23) étudiants recrutés par le département de planification de l'Université de Kara, ont été formés pendant 5 jours contre 3 prévus (du 6 au 08 mai et 14 et 15 juin 2021) par l'équipe du bureau régional de l'Unicef ensuite par les deux consultants nationaux et la responsable suivi-évaluation du bureau pays de l'Unicef. Un pré test sur le terrain a été réalisé après la formation en salle et a permis de mettre

les équipes de terrain en situation réelle de collecte. Les détails sur la formation des agents collecteurs de données figurent dans le rapport de formation en annexe I.

○ **Collecte proprement dite : Discussion de groupe avec les enfants et entretien avec les chefs de ménage**

Les informations ont été collectées auprès des adultes (chefs de ménages) et des enfants dans la communauté.

Vingt-un (21) étudiants formés ont été déployés en équipe de deux binômes (de même sexe conformément à l'exigence méthodologique) dans 22 communautés des régions des Savanes, Kara, Centrale, Plateaux et Maritime. Il a été organisé des entretiens avec au total 140 parents chefs de ménage (60 femmes et 80 hommes) et 17 discussions de groupe à travers la méthode de cartographie corporelle avec 168 enfants de 13 – 17 ans (86 filles et 82 garçons). Les discussions de groupe ont été réalisées dans les écoles avec 9 groupes de filles et 8 groupes de garçons. Les discussions de groupe organisées se répartissent dans 7 localités en milieu rural et 10 en milieu urbain, tirées au hasard dans 11 préfectures des 5 régions ciblées ont été touchées.

Les questions clés autour desquelles les discussions ont été faites sont relatives aux changements liés aux différentes parties du corps avant et après les interventions appuyées par l'UNICEF, notamment :

- ✓ **La tête** : changements dans les connaissances des enfants, dans leur façon de penser et dans la façon dont les adultes pensent à eux.
- ✓ **Les yeux** : changements dans la façon dont les enfants se voient eux-mêmes et voient leur famille, leur communauté, leur école ainsi que le changement dans la façon dont les adultes les voient.
- ✓ **Les oreilles** : changements dans la façon dont les enfants écoutent et sont écoutés les autres.
- ✓ **La bouche** : changements dans la façon dont les enfants parlent et les adultes parlent d'eux et avec eux.
- ✓ **Les épaules** : changements dans les responsabilités des enfants (filles et garçons).
- ✓ **Le cœur** : changements dans la façon de se sentir et dans les attitudes des enfants envers les autres et des autres envers eux.
- ✓ **L'estomac** : changements dans ce que les enfants mangent.
- ✓ **Les mains et les bras** : changements dans ce que les enfants font comme activités et la façon dont les adultes les traitent.
- ✓ **Les pieds et les jambes** : changements dans leurs déplacements.

Dans chaque localité, un guide local a été recruté et associé pour faciliter l'identification des ménages et enfants ainsi que l'organisation des groupes de discussion.

Toutes les mesures ont été prises pour le respect de la distanciation sociale lors de chaque groupe de discussions. En plus, les équipements de barrières tels que le cache-nez et de gels hydro alcoolique ont été mis à disposition de tous les participants et animateurs.

2.3.3. Traitement et Analyse des Données

Les différents entretiens et discussions de groupes ont été transcrits pour sortir les idées essentielles répondant aux différentes questions évaluatives. Les données communautaires ont été saisies directement dans une maquette conçue sous KoboToolBox et enregistré sur serveur. Elles ont été extraites et mises sous forme de tableaux et organisées sous des thématiques abordées. Des analyses thématiques du contenu des données ont été faites. Pour les données secondaires issues de l'exploitation des rapports d'activités, des tableaux en Excel conçus ont servi pour déterminer les niveaux de mise en œuvre des plans d'action et de comparer les actions exécutées avec celles prévues et planifiées. Les résultats sont présentés en fonction des différentes sources de collecte de données, par sexe, milieux de résidence, catégories socio-professionnelles et par régions (régions d'intervention de l'Unicef (Savanes, Plateaux et Maritime) où les activités de réponses sont concentrées et régions de la Kara et Centrale où la réponse est appuyée par d'autres partenaires.

Des analyses ont été faites pour déterminer dans quelle mesure la réponse a contribué aux objectifs et quelles sont leçons apprises pour améliorer les interventions futures.

Les données collectées ont été triangulées pour garantir un niveau raisonnable de convergence entre les différents ensembles de données afin de démontrer pleinement une conclusion. Il a été ainsi comparé les informations provenant de différentes sources, par exemple, les opinions des différents groupes de parties prenantes, les informations recueillies par différentes méthodes (entretiens, l'examen des documents et les groupes de discussion) et les informations provenant des différentes régions.

Les informations ont été partagées au cours du processus avec le bureau pays et le bureau régional de l'UNICEF, afin de garantir une approche participative en temps réel et de poursuivre la triangulation.

2.4 Approche éthique

2.4.1. Consentement et assurance qualité

Toutes les considérations éthiques, de consentement et d'assurance qualité seront respectées. Les mesures seront prises pour le respect de la dignité et de la liberté de chaque individu qui sera invité à participer aux entretiens. Par ailleurs, un accent particulier sera mis sur l'obtention du consentement éclairé et volontaire de chaque participant à l'enquête, le respect de la confidentialité et l'interdiction de toute forme de coercition. Enfin, pour assurer une bonne qualité des données, il sera développé diverses mesures de contrôle de la qualité tout au long de l'évaluation partant de la conception jusqu'à la livraison des produits finis en passant par la collecte des informations et le traitement des données.

2.4.2. Prise en compte du genre, Equité, et les droits humains

Les questions de genre, de l'équité et des droits humains ont été prises en compte à tous les niveaux de l'évaluation que ce soit au cours de l'échantillonnage, la conception des outils, le recrutement et formation des étudiants, la collecte des informations auprès des participants à l'enquête, le traitement et l'analyse des données ainsi que la rédaction des rapports. Les consultants ont veillé à la représentativité des filles comme des garçons, des hommes comme des femmes, de l'inclusion des personnes handicapées et autres groupes vulnérables et à la prise en compte autant de milieu rural que le milieu urbain.

Toutes les normes définies par le Groupe des Nations Unies pour l'évaluation ont été également prises en compte et respectées durant l'évaluation à savoir l'anonymat et la confidentialité, la responsabilité, l'intégrité, l'indépendance et la gestion des incidents. Une attention particulière a été accordée aux principes liés à la validation de l'information et à la propriété intellectuelle.

2.4.3. Evaluation impliquant les enfants

Cette évaluation implique les enfants et à cet effet, les trois principes éthiques fondamentaux à savoir le Respect, le Secours et la Justice sont des piliers sur lesquels a été fondée la démarche. Les consultants ont veillé tout au long de l'évaluation sur la dimension relationnelle mais aussi procédurale de la recherche. L'équipe de consultant a reçu une formation appropriée sur les responsabilités et obligations en matière de protection des enfants. Ils ont l'engagement plus introspectif quant au sens et à l'application de ces principes, tant du point de vue d'évaluateur que de celui de l'enfant, dans différents contextes.

Tout a été mis en œuvre pour la tolérance et la valorisation de tous les enfants et leur dignité. Le consentement éclairé de chaque enfant a été obtenu pour les faire participer à l'évaluation soit à travers leurs parents ou leurs tuteurs.

Par ailleurs, la méthodologie détaillée y compris l'échantillonnage et les outils de collecte de données contenue dans le rapport initial mis en œuvre a été approuvée par le bureau régional recherche, suivi-évaluation de l'UNICEF. Les considérations éthiques liées au contexte local, aux précautions sanitaires et de santé, à la confidentialité et à l'anonymat, à la participation volontaire et au principe "ne pas nuire" ont été respectées dans toutes les phases de cette évaluation. L'équipe s'est également engagée à intégrer une approche inclusive, garantissant l'accès et la participation des femmes et des communautés difficiles à atteindre, dans le respect des normes culturelles.

L'évaluation suit et se conforme au code de conduite éthique pour la recherche et l'évaluation dans le système des Nations Unies tel que postulé par l'UNEG. Cela inclut l'indépendance des consultants, l'anonymat et la confidentialité des participants individuels à l'évaluation, la sensibilité aux contextes sociaux et culturels et le suivi de l'intégrité et de l'honnêteté dans les relations avec toutes les parties prenantes. Le consentement verbal pour la participation à l'étude a été obtenu de tous les participants.

2.5. Limites de l'évaluation

Certaines considérations ont constitué des limites à l'évaluation aussi bien au niveau de sa mise en œuvre que dans les analyses. Il s'agit entre autres :

Limitations	Mesures de mitigation
Contexte de crise sanitaire liée à la COVID-19	<ul style="list-style-type: none">- Respect des mesures barrières (port de cache nez, distanciation sociale, utilisation de gel hydro alcoolique, lavage de main) ;- Collecte de données à distance privilégiée ;- Limitation des déplacements.
Indisponibilité des partenaires	<ul style="list-style-type: none">- Harmoniser les agendas avec les parties prenantes avant la collecte de données avec l'appui de l'UNICEF ;- Anticipation dans la prise des rendez-vous ;- Utilisation des TIC pour faciliter la collecte.
L'indisponibilité de plusieurs informateurs clés à la même date et même heure	<ul style="list-style-type: none">-Reprogrammation suivant la disponibilité de plusieurs ;- Organisation des discussions en petits groupes.
Manque de données actualisées sur les SitRep	Introduction de certaines questions complémentaires au cours des entretiens

3. Constatations

Les questions abordées au cours de la collecte des données auprès des informateurs clés et membres de la communauté ont porté sur leur perception de la pertinence de la réponse mais également de l'évaluation ; l'efficacité dans la mise en œuvre du plan de réponse en termes de résultats obtenus par rapport à ceux prévus et les effets surtout sur les enfants et les familles vulnérables. Par ailleurs, la collecte a cerné les meilleures pratiques et leçons tirées.

3.1. Pertinence

3.1.1. Pertinence de l'évaluation et de la réponse de l'UNICEF et de ses partenaires à la covid-19 au Togo en 2020

Les questions évaluatives analysées sont :

- Dans quelle mesure l'évaluation MARE demeure-t-elle utile pour les parties prenantes
- Dans quelle mesure le processus et les mécanismes de la réponse permettent-ils d'atteindre les résultats escomptés (adaptabilité du processus, niveau d'utilisation des preuves lors de la planification, qualité de la coordination et de l'exécution)
- Dans quelle mesure la réponse prend-elle en compte et répond-elle aux besoins spécifiques des enfants (filles et garçons) et de leurs familles ?

Pertinence perçue de l'évaluation MARE

1. Il apparaît de manière générale chez les personnes interrogées issues des différentes parties prenantes que l'évaluation MARE est utile et s'avère nécessaire pour s'interroger sur ce qui est fait en matière de réponse afin de mieux faire face à la pandémie au vu de l'évolution du contexte. Les données issues des discussions de groupe et des entretiens avec les acteurs au niveau de la planification stratégique et de la mise en œuvre opérationnelle de la réponse montrent une adhésion à l'approche et une perception positive de la finalité de l'évaluation. L'utilité de l'évaluation pour les personnes interrogées tient du fait qu'elle permet chemin faisant, de mesurer les résultats. Un participant aux discussions organisées avec les informateurs clés à Lomé déclarait à cet effet :

« L'évaluation MARE est très utile car la dans notre secteur, nous devons partir sur les évidences pour mieux cadrer les interventions, je veux dire avoir un œil au niveau des communautés pour voir les changements induit par nos messages »

2. Lors des discussions de groupe avec les acteurs du niveau régional, les données ressortent une opinion générale qui s'est dégagée selon laquelle le besoin d'une évaluation globale de la réponse a été exprimé et que l'évaluation MARE semble répondre à ce besoin :

« La mission d'évaluation est très pertinente et pouvait l'être encore plus si c'était l'évaluation de l'ensemble de la réponse dans le pays et non seulement l'appui de l'Unicef ». Un Directeur régional du Plan.

3. Pour les directeurs régionaux et préfectoraux de la santé, de l'action sociale, les responsables de radio et des ONG, l'évaluation MARE donne une opportunité pour les acteurs de mise en œuvre des stratégies, d'avoir l'occasion de faire le point sur ce qui a été fait et de proposer d'autres actions pour plus de résultats au bénéfice de la population surtout en milieu rural.

3.1.2. Pertinence de la réponse de l'UNICEF et de ses partenaires à la COVID-19 au Togo en 2020

4. La pertinence des stratégies ou des actions proposées dans le cadre de la réponse au COVID-19 surtout leur adéquation au contexte changeant a été également discutée. Il ressort globalement que les acteurs sont unanimes sur le fait que toutes les stratégies entre autres les sensibilisations, les émissions radio, les dotations en équipements de protection mises en œuvre jusqu'ici demeurent pertinentes au vu des besoins émis durant une situation de crise comme celle de la COVID-19. Des

données collectées à travers les informateurs clés au niveau central et régional, il ressort que les stratégies dans presque tous les secteurs sont conformes aux besoins car, en général, la réponse a défini des activités de routine complétées avec des activités additives dictées par la pandémie.

Les déclarations successives suivantes recueillies au cours des discussions de groupe confirment la pertinence de la réponse vue par les différentes parties prenantes :

« C'est des stratégies qui à mon sens répondait au besoin... Les stratégies étaient adaptées et les résultats obtenus ont eu d'impact sur la vie des enfants et de leur famille... ». (Un acteur de protection sociale dans la région maritime)

« Les émissions spécifiques à la pandémie ont été une mesure d'urgence car elles n'étaient pas prévues. Avec l'écllosion de cluster dans la région (à Tchaoudjo, Tchamba et Sotouboua surtout), les messages de ces émissions ont été adaptés. En prélude également aux opérations de vaccination, une adaptation a été faite pour les thèmes des dernières émissions de la Tranche décembre 2020-mars 2021 -Trimestre 4 2020 » (un Directeur régional du Plan)

« Je trouve que la poursuite des appuis en matière de riposte COVID est toujours pertinente. C'est indispensable que la lutte contre la pandémie en milieu scolaire continue. Surtout avec les enfants qui ne sont pas ciblés par la vaccination, il faut continuer avec toutes les stratégies mises en œuvre, surtout les sensibilisations... Actuellement avec la flambée des cas, raison de plus qu'on intensifie les actions de sensibilisation. Les émissions radio, ... tout est nécessaire. Nous devons poursuivre également la mise en place des dispositifs de lavage des mains ». (Un acteur de l'éducation dans la région de la Kara)

5. Le besoin en information pour l'ensemble de la population que le plan de réponse a pris en compte a été également relevé. Dans ce sens, les capacités des acteurs des médias ont été renforcées à travers des formations, l'élaboration des messages et la mise à la disposition des radios des spots pour diffusion. Les acteurs de média ont donc reçu toutes les informations nécessaires pouvant leur permettre d'informer et de sensibiliser la population. Un responsable d'une radio communautaire dans la région des Savanes précisait à cet effet :

« Nous avons eu suffisamment d'information pour donner les bonnes informations à la population. Sinon la stratégie a été bonne. Et au cours des émissions, nous invitons les populations à aller vers les FS pour avoir plus d'information et dissiper les Fake news. Les émissions organisées ont également permis d'inviter les acteurs de la santé pour informer les populations ».

6. Les données issues des entretiens et discussions de groupe avec les différents informateurs clés ayant participé à l'évaluation révèlent que la prise en compte du contexte changeant de la pandémie a été une réalité dans la gestion de la riposte et les stratégies de la réponse ont été adaptées à chaque étape pour tenir compte de l'évolution du contexte. Ainsi le contexte changeant a-t-il entraîné la prise de nouvelles décisions et de nouvelles actions qui ont été planifiées en fonction du besoin notamment : la fermeture des bars et le bouclage des préfectures en période de flambée ; l'augmentation du personnel de santé en charge de la gestion de la maladie et la mise à niveau des équipes de prise en charge.

7. Par ailleurs, certains informateurs ont mentionné l'appui donné aux populations vulnérables à travers l'octroi des kits alimentaires qui a permis de répondre aux besoins de ces populations vulnérables et leur permettre de faire face à la crise. Chez les informateurs clés du niveau central, les éléments de pertinence les plus évoqués sont : l'appui aux différents secteurs à travers les renforcements de capacité, l'appui en matériels médical, l'appui pour la mobilisation sociale/communication, l'appui en EPI et dispositifs de lavage de mains.

8. Si les informateurs clés au niveau planification trouvent la pertinence des stratégies assez élevée, cela s'est ressentie dans les effets de la mise en œuvre de ces stratégies dans les communautés. A travers les données fournies dans le cadre des discussions de groupe avec les enfants et des entretiens avec les chefs de ménage, les populations avaient un besoin particulier d'informations, d'éducation sur la maladie, ses manifestations et sa prévention. Les changements observés au niveau des connaissances,

dans les pratiques et attitudes des enfants et des parents soutiennent la pertinence des stratégies et des effets des messages ainsi que de la sensibilisation à travers les divers canaux communautaires (radios, télévision et sensibilisation de masse dans les marchés et autres lieux publics). Ces niveaux de connaissance dans les communautés se traduisent par le respect des mesures barrières.

3.2. Efficacité de l'appui à la réponse COVID-19

L'efficacité de la réponse COVID-19 est analysée en termes des résultats de mise en œuvre des actions planifiées dans le cadre du plan d'action de la réponse nationale COVID-19 ainsi que de changements induits d'une part par la pandémie COVID-19 sur la vie des familles et des enfants dans la communauté et d'autre part des effets des différentes interventions entreprises en réponse à la pandémie.

Les questions évaluatives spécifiques suivantes ont été analysées :

- *Comment interpréter / comprendre l'écart entre la réalité sur le terrain et la réponse attendue en termes de résultats stratégiques et opérationnels ?*
- *Quels sont les effets pas attendus (positifs et négatifs) de la réponse à la COVID-19 en général et en ce qui concerne les droits de l'enfant en particulier ?*
- *Dans quelle mesure et comment l'accès des enfants et de leurs familles aux services sociaux de base (éducation, santé, enregistrement des naissances, etc.) a-t-il changé*
- *Quels sont les changements les plus significatifs que vous avez remarqués dans votre vie familiale, et en particulier dans la vie de vos enfants, à cause de COVID-19 ?*
- *Quels sont les changements constatés dans votre dynamique familiale et dans vos relations avec vos enfants depuis le début de la pandémie COVID-19 ?*
- *Compte tenu de la situation COVID-19, quels changements avez-vous constatés concernant votre activité professionnelle / vos moyens de subsistance / vos revenus et comment cela a-t-il affecté votre vie familiale et celle de vos enfants ?*
- *Quels effets pensez-vous que l'épidémie de COVID-19 pourrait avoir sur votre vie et votre santé et celles de votre famille à moyen et long terme ?*
- *Dans quelle mesure les messages sur les mesures de prévention ont-ils été efficaces, clairs et compréhensibles ?*
- *Dans quelle mesure avez-vous pu suivre les messages et vous conformer aux mesures communiquées par le gouvernement ?*
- *Les gens / les adultes disent qu'il y a des moyens d'éviter la COVID-19. Pouvez-vous en mentionner quelques-unes ? Par rapport à celles que vous avez mentionnées, y en a-t-il qui sont plus faciles ou plus difficiles à mettre en pratique pour les enfants ?*

3.2.1. Niveau de mise en œuvre des actions planifiées

9. Il s'agit dans cette partie de présenter les résultats réalisés depuis le début de la mise en œuvre du plan d'action appuyé par l'UNICEF jusqu'à ce jour c'est-à-dire les activités réalisées depuis avril 2020 jusqu'à décembre 2021 conformément à ce qui prévu dans le plan pour analyser les écarts et les facteurs de succès ou entraves. 9. L'appui de l'UNICEF à la réponse nationale contre la pandémie de COVID-19 s'est fait à travers non seulement des soutiens techniques, financiers et matériels directs mais aussi en poursuivant l'appui de l'offre de services essentiels de santé. L'intervention de l'UNICEF a touché l'ensemble des six régions du pays mais avec plus de concentration dans ses zones d'intervention notamment les régions Savanes, Centrale et Maritime. 10. Les sources documentaires de l'UNICEF mentionnent que l'appui de l'Unicef a permis d'obtenir des résultats importants dans tous les domaines notamment le renforcement de l'accès aux services sociaux de base dans la région des Savanes dans un esprit d'intersectorialité et d'équité (couverture de toutes les préfectures y compris les plus vulnérables Kpendjal et Oti sud). Ceci a permis de positionner l'UNICEF comme un acteur essentiel dans la préparation, la réduction des risques et la prévention du risque de débordement de la crise du sahel.

10. Toutefois, l'évaluation a noté le manque de complétude des données sur la période évaluée pour cerner avec exactitude le niveau de mise en œuvre des stratégies et actions prévues ainsi que les résultats réalisés. Les SitRep utilisés dans le cadre de cette évaluation pour la compilation des données ne présentent que des rapports couvrant les périodes d'avril à novembre 2020 et de janvier à avril 2021. De plus, l'absence de cibles pour certains indicateurs et activités du plan de réponse, combinée au manque de précision concernant la période de réalisation des indicateurs et activités a été entre autres facteurs affectant l'exactitude des analyses.

En fonction des secteurs, les résultats de l'appui de l'UNICEF à la réponse nationale sont les suivants :

C4D

11. Toutes activités planifiées pour 2020 ont été réalisées en référence aux données provenant du SitRep. Pour l'année 2021, la même source montre que toutes activités planifiées jusqu'à septembre ont été toutes réalisées. Ces données appuyées par les entretiens avec les informateurs clés de C4D font état de 6128 ASC formés pour la sensibilisation communautaire et le renforcement de capacités des leaders communautaires dans toutes les régions ainsi que l'organisation des dialogues communautaires dans toutes les préfectures. Enfin, la prise en compte des besoins des enfants à travers un travail avec 4 secteurs et la production de 2 spots sur les enfants en milieu de COVID-19, le travail avec plan international sur la plateforme des jeunes enfants où ces enfants ont exprimé leur besoin en matière de Covid-19.

12. Selon les données issues de ces différentes sources, les facteurs de succès au niveau de la mise en œuvre des stratégies et activités dans le secteur de C4D sont principalement la disponibilité des ressources financières et le recrutement des consultants pour l'appui des activités sur le terrain. Par ailleurs, la planification des émissions, a permis de sélectionner les thèmes les plus adaptés et les plus pertinents, de mettre ensemble les acteurs (ONG, services de l'État) et de prendre en compte les secteurs sociaux les plus impactés (fréquentation des centres de santé, activités de vaccination de routine surtout des enfants, dispensation des cours par radio, reprise des activités scolaires et éducatives, ...). Egalement, dans la coordination des émissions radios, les services préfectoraux de la santé étaient fortement impliqués à travers les Points focaux IEC (Information Éducation Communication) des districts qui étaient les conseillers de proximité des radios pour la tenue des émissions.

13. De façon spécifique, les activités de communication réalisées ont consisté au : Développement et mise en œuvre d'une stratégie de communication intégrée dans le Plan de Déploiement du Vaccin par le comité de communication COVID-19 du Ministère de la Santé avec le soutien l'UNICEF; la traduction des messages en 17 langues locales destinés aux cibles suivantes (personnel de santé, étudiants des écoles de formation en santé, prestataires de soins de santé, personnes de plus de 50 ans et de moins de 50 ans présentant des comorbidités) ; le soutien à l'organisation de la rencontre de plaidoyer avec les préfets et les maires de la région du Grand Lomé avec la participation de 40 personnes dont 2 préfets, 13 maires de communes, 13 directeurs municipaux de la santé, des représentants de la société civile et des ONG, municipalités, 13 directeurs municipaux de la santé, des représentants du ministère de la santé et des partenaires (OMS, UNICEF) ; la participation de 45 professionnels des médias de la radio, de la presse écrite et de la presse en ligne des 7 municipalités du Golfe et des 4 communes d'Agoè-Nyivé à la réunion globale d'information sur la vaccination COVID-19 le 17 mars 2021. De plus, il a été organisé la coordination de 22 réunions de sensibilisation sur la COVID-19 dans le Golfe et les 4 communes d'Agoè-Nyivé avec 747 leaders communautaires (414 hommes et 333 femmes) y compris des chefs de canton, chefs de district, conseillers municipaux, responsables d'associations de femmes, chefs de marché et chefs religieux ; le soutien du dialogue des chefs religieux dans le district sanitaire de Golfe 2 dans le cadre de la campagne de vaccination COVID-19 en collaboration avec l'OMS avec 24 participants (15 pasteurs, 3 leaders musulmans, 4 pasteurs et 2 leaders animistes) ; le renforcement de la protection des enfants en période de COVID-19 par une stratégie de communication et d'engagement communautaire pour la protection de l'enfant contre la COVID-19 dans les préfectures de Blitta, Mô, Tchamba, Assoli, Binah et Dankpen ; la production de programmes spécifiques sur 10 radios communautaires dans les régions Centrale (4 radios) et de la Kara (6 radios) ainsi que le soutien à l'organisation de réunions des autorités locales dans 39 préfectures et la conduite de dialogues communautaires dans 4 000 villages sur un total de 7 125 villages.

14. Le résultat final est que la population est éduquée et informée sur la pandémie de la COVID-19. Plusieurs actions ont été prises afin que les informations préventives et de prise en charge parviennent aux populations : la production et traduction des messages en langues locales à l'endroit des différents groupes cibles de la population (Leaders communautaires et religieux, enfants, parents) ; des contrats de diffusion des messages sur la COVID-19 avec les radios et télévisions ; la mise en œuvre du

protocole santé et la sensibilisation sur les pratiques et mesures de protection dans les familles, les écoles, les stations de bus et les marchés. Un relâchement noté dans l'observation des mesures préventives dû à une diminution progressive de la sensibilisation autour de la maladie et une réticence de la population face à la vaccination due aux fausses informations véhiculées mais également à la non prise en compte au départ de la stratégie de vaccination dans le plan de réponse.

15. Au total, 829 693 personnes engagées dans la COVID-19 par le biais d'actions d'engagement communautaire de communication des risques (RCCE) et 7625 prestataires de soins de santé formés à la détection, à l'orientation et à la gestion appropriée des cas COVID-19 et 2 856200 personnes atteintes par des messages sur la prévention et l'accès aux services. Dans le cadre de la communication de risque pour l'engagement communautaire en faveur de la lutte contre le COVID 19, 338 068 personnes (dont 157 834 femmes) sont touchées avec des messages clés sur les mesures préventives et la vaccination, ce qui permettra de renforcer leur application des mesures barrières.

16. Le plan de réponse a manqué d'élargir le partenariat au-delà des acteurs gouvernementaux. Les acteurs les plus proches des communautés et plus prompts dans les activités d'urgences telles que certaines ONG et les Mairies n'ont pas été prises en compte et impliquées dans la mise en œuvre de la réponse.

SANTE ET VIH/SIDA

17. Dans le secteur de la santé, le résultat important concerne la prévention et le contrôle de l'Infection ainsi que la sécurité sanitaires renforcés. Pour renforcer la prévention et le contrôle de l'infection dans la communauté, les formations sanitaires (FS) et les points d'entrée, il a été acquis grâce à l'appui de l'UNICEF, les matériels de désinfection, gestion des déchets, EPI complets et ouvrages WASH (forages et latrines) qui ont été distribués dans les FS dans les 5 régions où les données ont été collectées et des centres d'isolement. Egalement dans les écoles, centres de prise en charge psychosocial et communautés, il a été distribué les caches- nez, gel hydro alcooliques, savons et les dispositifs de lavage de mains. Toujours dans le cadre de prévention, des ouvrages WASH ont été réalisés avec la construction des latrines dans les écoles ainsi que les forages. Avec l'évolution de la situation épidémiologique et de la recherche, la stratégie de vaccination a émergé et le pays a orienté sa réponse vers l'immunité collective. Ainsi, grâce à l'initiative COVAX, des doses de vaccins d'AstraZeneca ont été acquises. Egalement le pays a été doté des doses de Sinovac, Pfizer, Johnson and Johnson. Ainsi, l'appui de l'UNICEF à la réponse nationale a permis d'enregistrer des progrès au niveau de la disponibilité des vaccins avec la réception de 276 000 doses vaccins dont 156 000 doses de vaccins AstraZeneca SII grâce au mécanisme COVAX et 120 000 doses de vaccins de la part de l'Union africaine. Grâce à l'appui, le pays a lancé la vaccination en mars 2021 et qui s'est poursuivie. Un suivi de la mise en œuvre du plan national de déploiement et de vaccination (NDVP) a été assuré et la mobilisation de fonds pour obtenir davantage de vaccins dans les meilleurs délais par le gouvernement a été effective. Egalement, la mobilisation sociale par des dialogues communautaires et des stratégies avancées de vaccination a été renforcée.

18. Les équipements de prévention n'ont pas suffisamment couvert toutes les FS surtout celles situées en zone rurale, mais également le renouvellement des EPI pour une meilleure protection. Par ailleurs, au sein des communautés, l'insuffisance des masques et gel hydro alcooliques est noté dans beaucoup de localités. Notamment, les appuis pour la production des masques locaux ont considérablement diminué. En outre, le manque d'accompagnement technique pour la maintenance des dispositifs de lavage de mains ne permet pas d'assurer leur durabilité. Le manque de points d'eau dans certaines localités en particulier rurales qui connaissent des problèmes d'eau pour assurer le respect de la mesure de lavage des mains.

19. Les contrôles assurés au niveau des points d'entrée. Des espaces aménagés et équipés en matériels de surveillance et consommables médicaux ont été mis en place au niveau des différents points d'entrée (aéroports, port et des frontières terrestres). En parallèle, des actions ont été entreprises pour s'assurer de la disponibilité du personnel formé au niveau des points d'entrée pour l'isolement des cas et la surveillance. La porosité des points d'entrée terrestres fait que le contrôle et la gestion efficace

demeurent un défi pour le pays surtout dans les districts qui sont frontaliers où la gestion des flux est difficile à cause du système de gestion de la crise qui diffère d'un pays à un autre.

20. Les cas de COVID-19 sont pris en charge. Le système de prise en charge des cas de COVID-19 a été renforcé grâce à la mise en place des centres de prise en charge des cas de COVID-19, l'augmentation du nombre d'agents de santé et la mise à niveau des équipes de prise en charge. Egalement des dotations en médicaments, consommables et matériels de réanimation ont été faites. Par ailleurs, les capacités ont été renforcées au niveau des acteurs sociaux, ASC, relais communautaires et d'agents de santé sur la protection de l'enfance et le soutien psychosocial pour les personnes affectées par la COVID-19 et sur le contact tracing de COVID-19. Il a été mis en place un système d'alerte précoce et d'investigation autour des cas suspects, de suivi des contacts et des voyageurs, d'isolement des cas confirmés mais également la mise en quarantaine des cas contacts. La non prise en compte suffisante de la dimension psychosociale et la préservation du pouvoir économique des familles n'a pas permis d'assurer une prise en charge complète des cas. Aussi la disponibilité du personnel médical à la prise en charge pour gérer tous les cas notamment dans les communautés a-t-elle été insuffisante.

21. Laboratoires disponibles pour faciliter les tests COVID-19. L'appui de l'UNICEF et des autres partenaires du SNU a servi pour l'approvisionnement en matériels et consommables médicaux pour les équipes mobiles de dépistage. En parallèle, il a été procédé à l'ouverture d'un second laboratoire de référence à Kara ajouté à l'INH de Lomé pour le dépistage rapide des cas de COVID-19. Ces laboratoires ont également été équipés en matériels pour le dépistage des cas et en consommables médicaux. L'appui de l'UNICEF a permis au pays de s'approvisionner en consommables et de réaliser les tests mais l'insuffisance de consommables et de laboratoire a limité la couverture de la population pour les tests COVID-19 dans toutes les régions du pays.

22. En matière du VIH/Sida, l'appui de l'UNICEF a permis la commande accélérée et l'acquisition des stocks d'ARV pour la prise en charge des PVVIH en temps de COVID-19.

WASH

23. Les enfants, les femmes et les populations en milieu rural ont été de façon considérable touchés par l'appui de l'UNICEF qui a permis à plus de 1,135,000 personnes dont 578,850 femmes de renforcer leurs pratiques de prévention et de contrôle de l'infection grâce aux intrants essentiels WASH tels que le savon, les dispositifs de lavage des mains et du chlore mis à disposition par l'UNICEF.

24. L'appui de l'UNICEF a permis dans ce domaine de l'Eau Hygiène et Assainissement (WASH), à 950 000 personnes dont 484 500 femmes de bénéficier de fournitures et d'intrants pour le respect des mesures barrières et l'application des bonnes pratiques d'hygiène dans les lieux publics ; 7500 personnes dont 3825 femmes des aires sanitaires ont accès à l'eau potable et aux latrines/douches à fosses septiques ; 5 920 agents de santé sont formés et appliquent la Prévention et le Contrôle de l'Infection (PCI) dans 300 formations sanitaires des six régions sanitaires. Par rapport à la communication, 829 693 personnes engagées dans la COVID-19 par le biais d'actions d'engagement communautaire de communication des risques (RCCE) et 7625 prestataires de soins de santé formés à la détection, à l'orientation et à la gestion appropriée des cas COVID-19 et 2 856 200 personnes atteintes par des messages sur la prévention et l'accès aux services.

25. Il a été distribué en outre, des intrants prévus sur le projet japonais dans la région Lomé Commune et Maritimes et Centrale ainsi que la construction de 13 et réhabilitation d'un forage. Dans 23 écoles et 27 formations sanitaires, il a été réalisé des latrines. Un partenariat a été engagé avec 13 ONG et 25 radios communautaires pour maintenir les interventions sur le terrain, la mise d'accent sur les pratiques de lavage des mains et la communication sur les mesures de protection dans les familles, les écoles, les stations de bus et les marchés. Les résultats dans le secteur de WASH sont aussi 1 751 385 personnes (y compris les enfants) dont 893 206 femmes qui ont bénéficié des interventions des ONG et radios communautaires sur les pratiques de lavage des mains et la communication sur les mesures de protection ; 346 structures sanitaires et 200 écoles pour 415 000 personnes, dont 211 752 femmes et 50 315 enfants (24 801 filles, 25 514 garçons) qui ont bénéficié des fournitures COVID-19

NUTRITION

26. Dans ce secteur, la contribution de l'UNICEF ont favorisé la commande des sachets biodégradables, les ciseaux, la craie et le gel hydro alcoolique ; la formation des formateurs. Il a été également avec le soutien de l'UNICEF procédé au renforcement des capacités de 111 agents de santé communautaires dans les districts de Bassar et Kpendjal pour former 6 239 mères sur la mesure du MUAC et le dépistage des œdèmes bilatéraux chez leurs enfants âgés de 6 à 59 mois ; au dépistage de 25 enfants souffrant de malnutrition aiguë sévère (MAS) par leurs mères et la mise en œuvre de l'approche " Mid Upper Arm Circumference (MUAC) " auprès des mères et des soignants dans les districts de Bassar et Kpendjal par le Ministère de la Santé.

27. La COVID-19 ayant affecté la continuité des services de nutrition, le soutien de l'UNICEF a permis à 6 811 enfants de moins de 5 ans souffrant de SAM (4 018 garçons et 2 793 filles) d'être pris en charge (selon un rapport de l'UNICEF)¹.

EDUCATION

28. Dans le domaine de l'éducation, les appuis ont permis le maintien du soutien au secteur de l'éducation pour la mise en œuvre du protocole santé dans 590 écoles des régions des Savanes, des Plateaux et de la Centrale avec ses partenaires d'exécution, notamment les directions régionales de l'éducation ainsi que les ONG Aide et Action International et Plan International Togo. En outre, au renforcement de la sensibilisation dans toutes les écoles et communautés ciblées sur le respect des mesures de barrière par les enseignants, les élèves et les parents d'élèves au cours de la période de janvier à mars 2021. Il a été également organisé des dotations de 590 écoles de 590 dispositifs de lavage des mains, 2 949 bouteilles de 500 ml de gel hydro alcoolique, 7 734 bavoirs réutilisables, 4 145 bouteilles de savon liquide, (500 ml) et 308 mégaphones pour promouvoir le lavage des mains et le port systématique de masques dans les écoles et les communautés. Ces interventions ont ciblé environ 134 744 enfants, dont 65 326 filles.

29. L'action a permis à 34.744 enfants (65.326 filles) et 3.241 enseignants (268 femmes) de 590 écoles primaires et collèges des régions Plateaux, Centrale et Savanes de retourner à l'école après la réouverture des classes à la suite des actions de mobilisation communautaire et d'information assurées par les Organisations de la Société Civile (OSC) partenaires. 23.576 parents (10. 770 femmes) ont été formés au suivi scolaire des enfants et au respect des mesures de protection. Des enseignants, des élèves des établissements publics ont bénéficié de matériels d'hygiène, de protection composés masques certifiés, de gel hydro alcoolique, et de dispositifs de lavage des mains. Près de 238.168 enfants (114.586 filles) ont par ailleurs bénéficié des cours à distance (radios et télévision) pendant la période de fermeture des écoles.

PROTECTION

30. Dans une perspective de renforcement de la protection des enfants et adolescent en situation d'urgence, l'appui de l'UNICEF a permis de former 248 acteurs sociaux et professionnels santé (74 femmes et 174 hommes) sur la protection de l'enfance et le soutien psychosocial aux personnes affectées par le COVID-19, permettant de soutenir 3 997 enfants et accompagnants (297 femmes, 208 hommes, 2 040 garçons et 1 452 filles). Deux cadres du gouvernement, respectivement de l'Agence Nationale de Protection Civiles et du Ministère de l'Action Sociale sont en mesure de concevoir, d'appuyer la mise en œuvre et de coordonner les actions de protection des enfants en situation d'urgence grâce à leur participation à une formation à Dakar supportés par l'UNICEF.

31. Dans chaque région du pays, un centre a été identifié pour servir de référence aux nouveaux cas d'enfants séparés, y compris ceux qui se trouvent dans la rue. Ainsi, en tout 1914 enfants vulnérables y compris ceux qui sont séparés de leur famille vivant en situation de rue et 3 297 enfants dans les centres d'accueil ont bénéficié de l'appui en matériel et des informations pour se protéger de la pandémie à travers des actions conjointes impliquant des ONGs et des délégations de l'Action sociale dans les 6 régions du pays.

¹ Offline Template for 2022 Output Reporting – National/Business Area level

32. D'autres résultats engrangés grâce à l'appui de l'UNICEF portent sur le renforcement de 160 adolescents et jeunes pairs éducateurs dont 80 filles des 7 préfectures de la région de la Kara en surveillance communautaire de la COVID 19 et sur la protection des enfants contre les violences, abus et exploitations sexuelles ; la formation de 177 (37 femmes et 140 hommes) acteurs sociaux et professionnels du système de santé pour l'appui psychosocial aux enfants et personnes affectés/infectés ; le renforcement de l'équipe technique de CROPESDI (3 psychologues) et des moyens ont été disponibles pour le soutien psychosocial en ligne y compris les services mobiles en collaboration avec la société civile. Une cellule de prise en charge psychosociale a été formée auprès de chaque hôpital régional et des groupes virtuels de soutien et d'interaction sont opérationnels dans toutes les régions. Aussi, 5 233 personnes privées de liberté dont 61 adolescents (60 garçons et 1 fille) détenues au sein de 14 structures de privation de liberté dont la Brigade pour mineurs ont-elles bénéficié de l'appui en matériel et des conseils pour les protéger contre la propagation de la COVID-19 et des visites de suivi de la prise en charge des enfants et des mesures barrières faites.

33. Un diagnostic rapide de la situation des populations sans abri, en particulier les enfants, les femmes et les personnes handicapées, dans les villes de Kara et Sokodé sous la coordination du ministère de l'Action sociale avec l'implication du ministère de la Sécurité publique a été réalisé ayant abouti au recensement de près de 1118 personnes dans les rues des villes de Kara et Sokodé dont 619 hommes (187 à Sokodé ; 432 à Kara) et 243 femmes, dont de jeunes adolescents (76 à Sokodé et 167 à Kara) et 256 enfants (48 enfants à Sokodé et 208 à Kara).

34. Dans le domaine de la protection de l'enfant, 3 297 enfants (1 166 filles et 2 131 garçons) dans les centres d'accueil ont bénéficié d'une protection alternative appropriée en termes d'appui en matériel, d'informations y compris le soutien psychosocial pour se protéger de la pandémie à travers des actions conjointes des ONGs et des services de l'Action sociale dans les 6 régions du pays.

INCLUSION SOCIALE

35. Dans le domaine de l'inclusion sociale, l'appui a aidé à la mise en place par le gouvernement d'un nouveau programme de transfert d'argent, appelé Give Direct- Novissi qui combine les données satellitaires et mobiles dont 57 000 personnes vivant dans les 100 cantons les plus vulnérables du Togo vont bénéficier. Sur d'autre plan, la finalisation du rapport pour le Togo des résultats de l'examen rapide des réponses mondiales dans le domaine de la protection sociale à la pandémie de COVID-19 a été faite grâce à l'appui de l'UNICEF.

PARTENARIATS

36. Le partenariat avec le gouvernement (Santé et éducation et action sociale), le gouvernement du Japon, le Global Sanitation Fund et la Banque Mondiale a permis de mobiliser des ressources financières et humaines pour la réponse efficace à la pandémie COVID 19. Un partenariat a été fait avec les autres agences du SN à travers un MOU pour la désinfection des locaux et la commande des intrants de réponse.

37. Un partenariat stratégique selon l'avantage comparatif de chaque agence a permis l'élaboration d'un programme cadre de résilience socioéconomique à la COVID-19. L'UNICEF a signé deux accords de partenariat avec la compagnie VLISCO et la banque ORABANK. 850 enfants vivant en situation de rue et en contact avec la loi, bénéficient de mesures de prévention contre la COVID-19, grâce à ORABANK et 371 565 enfants de moins de 5 ans sont couverts par les 2020 ASC des régions de Kara et Savanes qui ont reçu des masques lavables VLISCO

38. L'UNICEF a bénéficié également d'un partenariat avec l'Agence Nationale de Protection Civile pour la préparation et la réponse aux urgences de même que la coordination humanitaire. La collaboration avec le Ministère de la Santé à favoriser la mise en œuvre des plans de riposte COVID 19. Le partenariat avec les ONG Plan Togo et Aide et Action a permis la réponse à l'urgence COVID 19 en particulier dans les écoles.

39. Un système de surveillance en place pour le contrôle de la pandémie. Pour la détection des cas de COVID-19, le suivi et le contrôle de la propagation de la maladie, des dispositifs ont été mis en place au niveau des points d'entrée du pays à savoir les frontières, l'aéroport et les ports et au niveau des formations sanitaires avec la formation des agents de santé sur la détection et la notification des cas et la mise en place des cellules de veille sanitaire et dans les communautés à travers la formation des ASC et l'installation des comités de veille. De plus, pour disposer des évidences sur la maladie, des consultants ont été sélectionnés et formés pour effectuer des Recherches-Actions sur l'accélération vaccinale.

40. Le soutien de l'UNICEF n'a pas toutefois permis de mettre des moyens matériels et financiers suffisants à la disposition des acteurs communautaires (ASC, comité de veille) pour faciliter leur travail dans la communauté. Aussi, le suivi des activités de la part du niveau central a-t-il été insuffisant et n'a pas permis de détecter à temps les difficultés et les ajustements nécessaires ; ce qui a affaibli la poursuite des différentes actions de la réponse sur le terrain.

3.2.2. Effets de la pandémie de la COVID-19 et des interventions de la réponse nationale sur la population

41. La collecte de données dans les communautés a permis de se rendre compte des effets de la mise en œuvre du plan de réponse nationale COVID-19 sur la population, particulièrement les changements intervenus chez les enfants et les familles vulnérables.

42. Les différents résultats enregistrés ont entraîné des changements dans tous les domaines et secteurs socio-professionnels dont les plus significatifs évoqués par les parents et les enfants sont d'ordre individuel, familial et relationnel.

✓ Changements intervenus au niveau des connaissances

43. L'exploitation des données issues des discussions de groupe avec les enfants a montré de manière générale que la plupart des enfants savent que pour éviter d'être contaminé de la COVID-19, il faut porter des masques, se laver régulièrement les mains à l'eau et au savon, éviter de se serrer les mains et de s'embrasser, respecter la distanciation physique d'un mètre, éviter les rassemblements, etc.



44. La majorité de ces enfants déclare avoir connaissance de ces moyens de prévention depuis 2020 et très peu ont acquis cette connaissance récemment, c'est-à-dire en 2021. Cette connaissance des moyens de prévention que les enfants ne possédaient pas avant l'apparition de la COVID-19 et des interventions a été relevée dans toutes les régions.

Que ce soit en milieu urbain ou rural la connaissance des enfants sur les moyens de prévention de la COVID-19 est la même. De la même manière les filles tout comme les garçons ont cette connaissance.

45. En termes de mesures de prévention que les enfants trouvent plus faciles à appliquer, il ressort de la même source que presque dans toutes les régions, que ce soit dans les groupes de filles ou de garçons, le lavage régulier des mains, le port des cache-nez et le fait d'éviter de se serrer les mains ont été les plus souvent cités.

46. L'école aurait joué un rôle important dans les zones rurales car plus citée par les enfants de ces zones comme canal d'information. Dans ces milieux, les ASC et les agents de santé ont été également cités comme informateurs ; ce qui confirme les données communiquées par les informateurs clés au niveau régional durant les entretiens et discussions qui ont mentionné la formation des ASC et des relais communautaires ainsi que les comités de veille avec l'appui de l'Unicef comme stratégies communautaires d'intervention. Ces actions ont été le plus mentionnées par les participants des régions des Savanes, Plateaux et Maritime. Dans les localités urbaines où les discussions ont eu lieu

avec les enfants, les facteurs déterminants de ces changements au niveau des connaissances, mentionnés sont : la télévision, les radios, les affiches, réseaux sociaux. Aussi, à l'exception de la région des Plateaux où une répondante a déclaré avoir connaissance de trois (3) enfants qui travaillent hors de chez eux pour trouver à manger, tous les autres répondants affirment n'avoir pas connaissance d'autres enfants qui mendient depuis l'apparition de Covid-19. Ces résultats traduisent que COVID-19 n'aurait pas entraîné l'apparition des enfants mendiants de rue dans les communautés où les enquêtes ont eu lieu.

✓ **Changement au niveau des activités professionnelles et des revenus**

• **Sur les activités professionnelles**

47. Les changements relevés au niveau des activités professionnelles des parents, mentionnés par les participants aux entretiens sont d'ordre économique et social. En effet, les données révèlent dans la majorité des cas que la crise de la COVID-19 a affecté différemment la population sur le plan professionnel. Si de manière générale il est ressorti que le pouvoir d'achat a été affecté quel que soit la profession, les salariés du secteur public ont pu protéger leur revenu, qui est resté inchangé. Chez les autres catégories socio-professionnelles, les revenus ont été affectés négativement. L'analyse des réponses données par les différentes personnes révèle que les activités professionnelles dans le secteur privé et informel ont beaucoup baissé dans la plupart des cas et qu'elles ont même cessé chez certains. Comme l'a déclaré cet agriculteur et pasteur

« La covid-19, a mis à l'arrêt mes activités pastorales et entraîné la chute de mes productions agricoles. Je n'ai pas pu exercer mon travail comme cela se doit, je ne pouvais pas aller régulièrement pour entretenir mes cultures. Mes déplacements ont été restreints. Entravant mes allés et retour de ma localité jusqu'au champ. Cela a laissé mes cultures à la merci des mauvaises herbes et des peuls. Pour mon activité pastorale les fidèles ont déserté l'église ».

48. Toutefois, quelque rares enquêtés affirment n'ayant subi aucun changement, en témoigne une revendeuse à Bassar :

« Rien a changé dans ma vente. Je vends des amuses gueule, "atchomo" et c'est comme c'était toujours, il y'a aucun souci que ce soit à cause de la covid-19 ou pas, je n'ai remarqué aucun changement dans mon activité professionnelle ».

49. Aussi, il apparaît à travers les affirmations que le degré de changement observé dépend de l'activité elle-même. Surtout dans le domaine du commerce, la fermeture des frontières, la limitation des déplacements et l'augmentation des prix ne permettent pas à ceux exerce cette activité de s'approvisionner et aux clients de venir acheter comme avant ; affirme un propriétaire et gestionnaire d'un centre informatique :

« Je rentre mena déjà à 17h alors que c'est à partir de cette heure que les clients venaient. Mon activité ne marche plu. La clientèle a diminué. Mes offres de services ont diminué car je n'arrive plus à aller pour acheter les choses et la plupart quand les gens viennent et ne trouvent pas ce qu'ils veulent acheter. Alors que les choses sont très chères. Les gens sont dans le besoin mais par manque de moyens il ne viennent pas. Manque de produit pour satisfaire les clients. »

50. Certains sont obligés de liquider leurs produits et ne sont plus motivés comme le déclare un maraicher à Akoumapé :

« Je n'arrive plus à vendre mes produits, car les gens ne viennent plus, des fois on vend nos produits très moins chère, même à perte, des fois mes produits pourrissent, cela entraîne ma paresse dans mes productions et activités ».

51. D'autres ont eu à changer d'activité pour pouvoir s'en sortir. Etant donné que les femmes et les hommes exercent pratiquement les mêmes activités de nos jours, ils sont tous touchés et ce, de la même manière.

52. La relation entre activité professionnelle et revenus relevé par les différents répondants nous permet d'affirmer que les changements sur les activités professionnelles ont affectés les revenus. En effet, plusieurs enquêtés ont déclaré que leurs revenus ont diminué considérablement. Ce phénomène est aussi observé chez les salariés qui n'ont pas vu leurs activités changer en tant que tel, déclare une enseignante de Tchamba « *Diminution de mon salaire depuis l'arrivée de covid-19* ».

53. Que ce soit en zone rurale où les activités principales sont l'élevage, l'agriculture ou en milieu urbain où nous avons les entreprises, le commerce, la limitation des mouvements avec la fermeture de certaines frontières, le confinement, qui ont provoqué la baisse de la clientèle, ont conduit à un manque de moyens chez les femmes comme chez les hommes. Même ceux qui dépendaient des dons de leurs proches pour vivre ont vu leurs aides stoppées du fait de la situation difficile que traversent leurs bienfaiteurs. En témoigne clairement un cultivateur

« *A cause de la COVID-19 mes frères, mes enfants adultes ne lui envoient plus d'argent car rien ne marche chez eux aussi* ».

En outre, l'effet se mesure en terme d'irrégularité des revenus chez certains comme l'affirme un agent de sécurité à Bassar

« *Mon revenu est impacté, non pas que le montant ou le salaire a été revu à la baisse mais il nous est versé d'une manière irrégulière* ».

La cherté des denrées due à l'apparition de la pandémie fait que nos revenus sont insuffisants pour couvrir les dépenses.

- **Effet de la perturbation des activités professionnelles sur la famille**

54. Des réponses données lors des entretiens avec les enquêtés, il ressort que l'effet de la COVID-19 sur l'activité professionnelle a affecté considérablement les familles sur tous les plans surtout la nutrition. L'effet de la famine est ressenti dans presque toutes les affirmations faites. Les familles se voient obligé de réduire le nombre journalier et la qualité des repas. Un calcul des dépenses s'impose afin de pouvoir gérer les besoins de la famille. Seule quelques personnes en milieu rural et un pu plus en milieu urbain déclarent n'avoir rien ressenti comme impact du changement au niveau des activités sur le train de vie de la famille. Il est constaté que dans la plupart des familles des enquêtés, toutes catégories socio-professionnelles confondues, les enfants semblent parfois développer des comportements irrespectueux envers leurs parents qui n'arrivaient plus à satisfaire à leurs besoins essentiels comme ceux concernant la santé et l'éducation. Parfois cette situation crée des disputes entre femme et mari. La réponse d'un cultivateur et catéchiste à Blitta-village résume au mieux ces répercussions

« *Comme tout est bloqué je n'arrive pas à satisfaire les besoins des enfants comme avant. Dès fois ils vont à l'école sans un seul franc dans leurs poches et de leurs livres qu'on demande d'acheter je n'arrive pas à payer donc les enfants se sentent mal à l'aise* ».

55. L'impact des changements sur les activités professionnelles sur la famille est plus relevé par les hommes qui sont les premiers responsables de famille que les femmes mais reste le même dans toutes les localités.

- **Effet de la perturbation des activités professionnelles sur les enfants**

56. D'une manière générale, il ressort des entretiens avec les répondants cinq répercussions majeures de l'effet de la COVID-19 sur les activités professionnelles des parents à savoir les soucis scolaires, la cessation de certains soins des enfants, par les parents, l'abandon des classes des enfants pour aider les parents, le développement de comportements récalcitrants ainsi qu'un sentiment de

mécontentement. En effet, il est relevé que certains enfants sont renvoyés de l'école à cause de l'incapacité des parents à payer leurs frais scolaires. D'autres sont obligés d'aider leurs parents pour survenir aux besoins de la famille. Aussi les soins donnés aux enfants ont diminué. Face à la difficulté qu'ont les parents dans leurs activités, les enfants subissent la faim et la mal nutrition, ce qui a provoqué des comportements irrespectueux des enfants envers leurs parents. Ce phénomène est plus observé dans les zones rurales où la situation des populations de ces zones est précaire. Toutes les réponses comme celles d'un cultivateur et d'une cultivatrice :

« Difficile de payer la scolarité des enfants. Difficile de subvenir à certains besoins des enfants (argent de poche réduit, les petits cadeaux bannis) »

« Nos enfants sont obligés de nous accompagner aux champs la plupart des temps ».

Néanmoins, il est relevé un sentiment de contentement chez certains enfants qui jouissent de la présence des parents à la maison du fait de la réduction des activités professionnelles. Tel le témoigne un agent commercial à Gnagna « (...) Étant à la maison je suis encore très proche de mes enfants qu'avant ».

- **Effet de la perturbation des revenus sur les enfants**

57. L'analyse des données qualitatives révèle que la crise sanitaire ayant affecté les revenus des parents, les enfants sont parfois obligés de faire certains jobs pour aider leurs parents dans les dépenses familiales. Affirme une commerçante « Maintenant tout le monde travail, (...). Les enfants aussi font des petites activités (aident les gens à cultiver contre un paiement) ».

58. Le changement sur les revenus des parents a eu inévitablement de l'impact sur les enfants à plusieurs niveaux. Au niveau, de la nutrition et de la santé, il est constaté que les enfants sont souvent affamés, ce qui joue beaucoup sur leur performance à l'école. Tout comme l'affirme un plombier particulier en ces mots

« Ça a vraiment des répercussions sur mes enfants. Non seulement ils ne mangent plus normalement mais aussi ils ne suivent plus les cours comme il le faut. Puis qu'en ayant faim ils ne peuvent pas bien suivre les explications du cours que donnent leurs enseignants, les enfants souffrent de mal nutrition.»

Du côté de l'éducation et de la santé, il ressort de manière générale que tous les parents sont dans l'incapacité de satisfaire les besoins de leurs enfants en l'occurrence le petit-déjeuner qui est divisé voire annulé. Les frais de scolarité qui sont difficilement payés et les soins de santé insuffisants. En témoigne une commerçante agricultrice à Sanda afohou

« Les enfants ne mangent plus à leur faim. Aujourd'hui, si un de mes enfants tombait malade je ne pense pas être en mesure d'assumer le coût des soins qui lui seront administrés. D'ailleurs, je viens de rembourser ma dette liée à la santé de mon enfant que je n'ai pas pu payer au moment des soins ». « Nos enfants sont obligés de nous accompagner aux champs la plupart des temps ».



Sur le plan émotionnel, il est remarqué que les enfants ne sont plus épanouis et sont malheureux, ce qui les rend parfois désobéissants. La réponse d'une couturière le souligne bien

« Les enfants sont malheureux à cause des renvois répétitifs à l'école. Ils ne sortent plus hors d'Attitongon, plus de voyage ça fait que les enfants sont renfermés sur eux même ».

Les enfants des parents qui sont cultivateurs, commerçants ou artisans se voient plus touchés que ceux des parents salariés enquêtés. Néanmoins l'ampleur de la situation est la même chez les filles comme chez les garçons

✓ **Changements à l'école**

59. Essentiellement trois changements sont apparus au niveau des enfants à l'école : il s'agit des changements dans le programme d'enseignement ; de la performance et la diminution du niveau de rigueur des enseignants. S'agissant du programme d'enseignement, l'analyse des opinions recueillies auprès des parents montre que pour la plupart de ces parents, l'arrivée de la COVID-19 a amené les responsables des établissements scolaires à modifier leur programmation. Certains élèves allaient au cours le matin et d'autres, le soir. Cette situation est observée dans toutes les régions sauf dans la région Centrale où les élèves n'ont pas connu cette réorganisation. Les déclarations de certains parents révèlent également que dans des localités telles que Kpinzindè et Bassar dans la région de la Kara et Attitogon dans la région Maritime, les contenus des programmes n'ont pas été exécutés entièrement, ce qui pourrait avoir des répercussions sur le niveau des enfants.

« Les enfants ne vont plus au cours comme avant, certains vont la matinée et d'autres l'après-midi. Certains programmes ne sont plus exécutés à 100%. Les enseignants ont peur de s'approcher aux élèves à cause de la maladie. Le respect de 1m de distance fait que les enseignants ne sont plus rigoureux envers les élèves. Les résultats des élèves ne sont plus encourageants. Il y'a une certaine méfiance entre les élèves ; ils ne boivent plus l'eau avec les mêmes gobelets » (Déclaration d'une couturière d'Attitogon dans la région Maritime).

60. En ce qui concerne le changement au niveau de la performance des élèves, les données issues des deux sources notamment chez les parents et chez les enfants, révèlent que la performance globale des élèves a baissé depuis l'arrivée de la COVID-19 à cause de la fermeture des écoles d'une part et de la cessation des travaux de groupe d'autres parts. Aussi, la réorganisation des emplois du temps de sorte que certains élèves arrivent à l'école le matin et d'autres, l'après-midi a laissé une liberté à plusieurs élèves ; ce qui a entraîné la paresse chez ces élèves.

« La majorité des moyennes a baissé dans notre école car les camarades n'apprennent plus comme avant et deviennent plus paresseux depuis la prise des mesures de prévention contre la COVID-19 ». (Déclaration d'un jeune garçon de la région Maritime)

61. Enfin, l'insuffisance dans l'encadrement des élèves (manque de rigueur des enseignants) depuis l'arrivée de la COVID-19 qui selon les enfants est due au respect des mesures barrières notamment la distanciation physique d'un mètre. En effet, que ce soit en milieu urbain ou en milieu rural ; et ce pour toutes les régions de l'étude, le respect de la distanciation a constitué un obstacle aux enseignants dans la mesure où, ils ne pouvaient plus circuler dans les rangées et surveiller les élèves pendant qu'ils dispensent les cours ; ce qui a amené la distraction chez certains élèves. Cette opinion a beaucoup été évoquée par les répondants garçons comme l'a résumé un garçon de la région des Plateaux en ces termes :



« Les gens ne travaillent plus à l'école puisque comme les enseignants ne peuvent plus circuler pour surveiller tout le monde ».

62. Au-delà des activités pédagogiques, les activités extra-pédagogiques et culturelles représentaient selon les élèves, des moments de rassemblement et de convivialité avant l'arrivée de COVID-19.

✓ **Changements dans l'utilisation des services de santé par les enfants**

63. Les changements intervenus dans les communautés à cause de la COVID-19 ont également été cernés à travers l'utilisation des services de santé notamment par les enfants. Il ressort de l'analyse des entretiens réalisés avec les parents que de manière générale, il n'y a pas eu de changement majeur dans l'utilisation des services de santé et que les soignants continuent de prêter tant que vous respectiez les mesures barrières.

64. S'agissant de la vaccination particulièrement, les femmes ont déclaré qu'aucun changement n'est intervenu dans la vaccination de leurs enfants puisqu'elle se poursuivait même pendant la COVID-19.

65. En ce qui concerne les consultations et les soins des enfants, les parents aussi bien les hommes que les femmes ont pour la plupart évoqué le manque de moyens financier pour amener les enfants dans un centre de santé.

✓ **Changements dans les relations parents-enfants**

66. Des changements sont intervenus dans les relations parents-enfants mais également entre les enfants eux-mêmes suite à l'apparition de la pandémie COVID-19 et aux différentes interventions.

67. A la question de savoir quels sont les changements observés dans les relations que les enfants entretiennent avec leur famille, les données issues des discussions de groupe avec les enfants et des entretiens avec les parents, révèlent globalement que des changements sont intervenus dans les relations parents-enfants. Il s'agit de la méfiance, de la peur, de la détérioration des relations parents-enfants due à une insuffisance dans l'accompagnement parental sur le plan éducatif et l'accentuation des conseils/contrôle des parents à l'endroit des enfants chez les parents. En effet, les parents et les enfants estiment que ces changements sont une conséquence du respect des mesures barrières notamment la distanciation physique d'un mètre entre personnes qui a provoqué une prise de distance entre parents-enfants. Elle a également conduit à une augmentation du nombre de couchettes dans les familles et à une séparation des plats de nourriture. Cette situation de peur et de méfiance a été observée dans toutes les régions et beaucoup plus évoquée par les enfants que par les parents. C'est ainsi qu'une fille de la région des Plateaux a déclaré :



« Maintenant, mon père ne me donne plus l'argent de petit déjeuner main à main, il le laisse sur la table ». Un jeune garçon d'Akoumapé dans la région Maritime ajoute : « Il y a changement dans la distanciation entre eux les parents. Avant l'arrivée de la COVID-19, nous mangions ensemble dans une même assiette mais maintenant nous mangions séparément, chacun a son plat ».

68. Pour ce qui concerne les changements intervenus entre les familles et les autres membres de la communauté, l'analyse des opinions issues des discussions de groupe avec les enfants révèle également cette méfiance puisque chacun évite d'être contaminé de la maladie.

« Les étrangers qui viennent nous regardent comme si on était corona virus et qu'on allait les contaminer ; or nous nous méfions d'eux aussi puisqu'on a peur qu'ils nous contaminent également » (Déclaration d'une fille de la région des Plateaux)

69. L'apparition de la COVID-19 a également amené les parents à prodiguer davantage de conseils à leurs enfants. Des conseils qui pour la plupart portent sur les mesures barrières de lutte contre la maladie. Un homme de Vogon dans la région Maritime a déclaré :

« Je leur donne des conseils ; je vérifie que les enfants se lavent bien les mains avant de manger. Je fais les inspections pour le port de cache nez avant qu'ils n'aillent à l'école sauf s'ils l'enlèvent en route de l'école »

70. Aussi, les déclarations des parents révèlent une détérioration des relations parents-enfants à cause de l'insuffisance parentale surtout sur le plan éducatif. En effet, les parents interrogés ont affirmé que les relations ne sont plus bonnes comme avant l'apparition de la COVID-19 ; ils attribuent cette situation au ralentissement des activités économiques. Cette situation a été mentionnée par la plupart des parents des cinq régions mais beaucoup plus par les femmes comme le résume les propos d'une couturière à Gando dans la région des Savanes :

« Avec mes enfants, on ne se regroupe plus. Je n'arrive plus à leur payer les habits. Les enfants ne sortent plus avec moi et l'ambiance familiale a totalement changé et il y a maintenant une distanciation entre

Ces difficultés économiques, induites par la COVID-19, ont provoqué des insuffisances alimentaires et vestimentaires dans certaines familles et sont source de mésentente entre parents-enfants.

« Avec mes enfants, la manière dont on mangeait avant, c'est difficile de manger comme ça maintenant parce tu vas aller vendre, ça ne va pas suffire ou même ça ne finit pas, c'est où tu vas prendre l'argent pour acheter comme avant et ils vont manger, on a perdu sur ce plan. Mes enfants et moi on portait toujours les caches nez avant de sortir. Celui qui ne peut pas mettre ne sort pas. Quand je leur interdisais de sortir pour eux c'est la méchanceté. Toujours c'est la grève entre eux et moi. Il n'y avait plus d'entente en tant que telle et pourquoi à cause de la maladie, parce qu'avant lorsqu'ils sortaient je ne disais rien ». (Déclaration d'une revendeuse de boisson locale de Kpinzindè dans la région de la Kara).

✓ **Effets de la pandémie de COVID-19 à court et long terme**

71. L'analyse des données recueillies lors des entretiens auprès des parents des cinq régions de l'étude, révèle que selon les parents, la situation précaire actuelle deviendra pire à long terme si rien n'est fait.

Sur la vie en générale, il pourrait y avoir une famine vu la réduction des revenus et l'augmentation des prix des denrées alimentaires à cause des mesures visant à freiner la pandémie. D'autres redoutent même des séparations dans les foyers à cause du manque de moyens comme le résume un homme de la région Centrale :

« A moyen terme, la vie sera compliquée puisqu'avec la pluie qui ne tombe pas, les produits sur les marchés seront chers ; nous ne pourrions plus nous prendre en charge ainsi que notre famille. A long terme ça sera pire si les dispositions ne sont pas prises de la part de tous les acteurs que nous sommes ».

72. S'agissant de la santé, la plupart des parents estiment qu'à long terme, les mesures préventives contre la COVID-19 pourraient amener d'autres maladies surtout respiratoires à cause du port des cache-nez.

« Déjà en ce temps le port de cache nez m'étouffe et avec le temps ça peut porter atteinte à ma respiration. Nous allons tous mourir si ça continue ainsi ... », a déclaré un homme de la région des Plateaux.

✓ **Résilience de la famille à la situation depuis l'apparition de la COVID-19**

73. À la question de savoir comment les familles s'adaptent-elles à la situation depuis l'apparition de la COVID-19, les opinions des parents étaient diversifiées sur le mode de vie et les habitudes des familles depuis l'apparition de la COVID-19. Chacun s'adapte à la situation selon ses capacités économiques, matérielles et psychologiques d'une part et mais également selon son degré de connaissance et de perception de la maladie d'autre part.

74. En effet, les données révèlent que la plupart des parents ont affirmé qu'au début, ils ont éprouvé des difficultés à s'adaptation mais avec le temps, ils ont compris qu'il y a nécessité de respecter les mesures barrières en vigueur afin d'échapper à la contamination de la maladie. Ainsi donc, les parents,

hommes comme femmes enquêtés dans les cinq régions du Togo mettent en pratique et s'habituent aux mesures barrières telles le port régulier des bavettes, la distanciation physique, le lavage régulier des mains, la limitation des visites.

75. Ainsi, les parents aussi bien les hommes que les femmes ont développé un comportement de gendarme entre eux-mêmes mais également ont amené les autres membres de leur famille et les visiteurs à adopter ces mesures barrières. Cette rigueur a été plus mentionnée par les parents résidents en milieu urbain qu'en milieu rural et beaucoup plus dans les régions Maritime et Centrale.

76. L'analyse des opinions recueillies auprès des parents révèle également que l'adaptation a été encore difficile pour certains parents dans la mesure où les populations de manière générale avaient des doutes sur l'effectivité de la maladie depuis les premières heures ; cela a provoqué la peur chez certains mais également la réticence chez d'autres.

« Dans les premiers temps, c'était compliqué mais avec le temps, nous avons accepté COVID et l'avons pris comme les maux de tête que nous avons ordinairement et il n'y avait plus cette peur du début », a déclaré un parent de la région des Plateaux.

77. La résilience des populations vis-à-vis de la situation de COVID-19 a été essentiellement rendu possible grâce à l'application des mesures barrières dans toutes les régions du pays que ce soit en milieu urbain ou en milieu rural. Au-delà de ces mesures de prévention, les parents ont développé aussi des stratégies telle la mise en place d'autres activités génératrices de revenus secondaires pour combler le manque à gagner de leurs activités principales. Ceci a été plus observé dans la région de la Kara.

78. Si certains parents ont pu résister à cette situation de crise, c'est aussi grâce aux dons en nature de certains membres de leur famille et également les bonnes volontés notamment de l'Eglise en particulier dans les régions de la Kara et des Savanes.

79. Pour leur part, d'autres parents surtout femmes y sont parvenus en contractant des prêts soit pour démarrer une activité, soit pour la diversifier comme le souligne un parent de la région de la Kara :

« Je me débrouille à cause de mes enfants. Je contracte des prêts du gouvernement pour mon commerce. C'est ça qui nous fait vivre ».

3.2.3. Effets inattendus positifs et négatifs sur la population

80. Les effets inattendus positifs produits sur la population par la mise en œuvre des stratégies ou actions les plus mentionnés varient selon les sources de données. En effet, les données provenant des informateurs clés indiquent que les effets inattendus positifs sont relatifs au recours à la vaccination alors qu'il existait un fort déni de l'existence de la maladie initialement, au développement des capacités intrinsèques de résilience. Il est aussi relevé par la même source que l'observation des mesures d'hygiène et de propreté est rentée dans les habitudes. Ce qui a réduit le nombre des cas de toux, de rhume et de maladies liées au manque d'hygiène et à la poussière en général. Ces effets inattendus sont aussi soulignés à travers les réponses d'autres sources. En effet, il est ressorti des données communautaires fournies par les enfants et les parents que le port du masque et le respect des mesures barrières dans tous les lieux de rassemblement sont rentrés dans le quotidien. Surtout à l'école, l'effectif des élèves a été divisé en deux, certains vont le matin et d'autres l'après-midi et c'est seulement dans certains établissements à faible effectif qu'il n'y a pas eu ce changement.

81. Plusieurs hommes dans le contexte des relations entre enseignants et élèves et entre élèves, n'ont pas eu à donner une réponse en tant que tel, étant moins impliqués dans l'éducation des enfants. Toutefois les femmes et certains hommes ont relevé que c'était une bonne chose que les enfants restent seuls pour étudier chez eux, cela permet aux parents de mieux les surveiller et éviter les amusements inutiles entre amis et les mauvaises compagnies. D'ailleurs le désengorgement des salles de classe permet aux élèves de mieux suivre les cours et que même les parents peuvent aller vérifier les programmes ou voir si les bonnes dispositions sont prises pour protéger leurs enfants de la maladie. Comme le dit si bien cette commerçante et agricultrice à Sanda afohou

« La covid-19 a permis de désengorger les classes d'études c'est très bien. Les enfants sont à l'aise dans leur banc. Cela leur permet de mieux suivre les cours. Les enfants portent régulièrement des masques pour se protéger.

Il y a des modifications des programmes d'enseignement. Nous notons au début que les élèves d'une classe étaient divisés en deux entraînant une répétition des cours (...).

Les parents ont la possibilité d'aller voir les dispositions prise pour éviter la maladie à leurs enfants. Parlant de l'enseignement c'est bon, les enseignants assument leur rôle. (...). L'effectif des élèves que les enseignants répétaient à diminuer. Les enseignants vont de maison en maison pour le faire non plus dans les établissements scolaires. (...) »

82. Dans certaines localités comme Gando, à cause de la pandémie des dons de fournitures ont été faites et même la nourriture est offerte à l'école. Le fait que les enfants soient restés un moment à la maison cela a eu des incidences positives sur leurs comportements envers leurs parents et leurs enseignants à certains lieux. Aussi l'apparition de la pandémie a favorisé la promotion de l'utilisation des TIC dans l'apprentissage et la formation, tel ressorti de l'analyse des données obtenues des deux différentes sources.

83. Les données provenant des parents tout comme des informateurs clés, révèlent que ces dispositions sont positives du fait que cela a inculqué aux enfants les notions d'hygiène qu'ils respectent, ce qui a réduit la fréquence de maladie dans les familles.

84. Outre, on assiste au soutien inestimable des autorités administratives dans chaque préfecture et à la création de filets sociaux tels que Novissi, la réduction des frais d'électricité et d'eau, la baisse des prix du carburant, l'assistance alimentaire des personnes vulnérables et des personnes atteintes de COVID-19.

85. Par ailleurs, des données recueillies tant auprès des informateurs clés qu'auprès des parents et enfants, il est constaté la pratique d'un suivi médical plus régulier et d'une éducation civique poussée chez tout le monde mais beaucoup plus chez les enfants. Il apparait aussi que cette situation ayant mis les activités professionnelles au ralenti, a permis aux parents de passer plus de temps avec leurs enfants à la maison. Ainsi les parents ont aidé leurs enfants à étudier leurs cours beaucoup plus qu'ils ne le faisaient.

86. S'agissant des effets inattendus négatifs, les parents ont mentionné le renvoi des enfants de l'école à cause du manque de cache-nez qui a perturbé le suivi normal du programme d'enseignement par certains enfants, en plus de la non-exécution à 100% des programmes d'enseignement. En outre, la source des parents fait état de la distanciation qui a créé une séparation entre enseignants et élèves et entre élèves eux-mêmes, ce qui a conduit à l'arrêt des travaux dirigés, des travaux de groupes entre amis, des répétitions, voire l'insuffisance d'explication des cours. Les réponses données par les répondants montrent que tous ces facteurs ont conduit à une démotivation, une paresse, une négligence chez les enseignants et un manque de rigueur et d'intérêt des enseignants dans le suivi du travail de leurs élèves. En témoigne un parent, mécanicien dans la région des plateaux

« Tel qu'on enseignait avant est mieux que maintenant. Les épreuves de cette année sont très faciles par rapport à ce qui se faisait. (...)».

De la même manière, il est observé chez les enseignants, sur le plan pédagogique, une diminution de la performance au point qu'ils ont tendance à octroyer les notes aux élèves juste pour les faire réussir.

87. Du côté des élèves, on observe la chute du niveau intellectuel, la réduction du sérieux, d'assiduité, de motivation, des moyennes, ce qui a conduit à un fort taux d'échec. Au cours des entretiens, certains parents ont essayé d'expliquer cet effet inattendu en ces termes :

« Depuis l'arrivée de la maladie, le travail de mes enfants ne marche plus comme avant. Ils n'arrivent plus à s'exprimer. Leur niveau a baissé. Puisqu'à cause de la distanciation sociale, les enseignants ne veulent plus être près des enfants. Et les cours ne vont plus en profondeur. Tout ce fait superficiellement, comme s'ils voulaient vite se débarrasser des enfants (...) ».

88. D'autres parents ainsi que les informateurs clés déplorent le fait que la pratique des mesures barrières a créé la solitude et l'isolement chez les enfants car les enfants ont besoin d'un certain environnement pour bien grandir et s'épanouir.

89. Les bouleversements entraînés par la COVID-19 ont débouché sur les grossesses non désirées, dont certaines ont pour auteurs les professeurs, d'autres les élèves. Tel qu'affirmé par un parent, pasteur agriculteur en ces mots

« (...) Avec ce relâchement, les élèves étaient laissés à la merci des professeurs donnant comme résultat : les grossesses indésirées ; dont certaines ont pour titulaire les professeurs, d'autres ont pour auteurs les élèves (...) ». Ce que confirme la deuxième source de données en ces termes : « la fermeture des établissements a favorisé l'apparition de comportements irrespectueux des enfants vis-à-vis de leurs parents et enseignants ainsi que des comportements inappropriés de sexualité chez les enfants, conduisant à des grossesses précoces, les mariages forcés des enfants et l'augmentation des cas de viol. Cela traduit l'injustice faite aux enfants et le non-respect de leurs droits. ».

90. D'un autre côté, les données de la source des informateurs clés font ressortir plusieurs effets inattendus négatifs de la pandémie sur la population dans les différents secteurs à savoir l'éducation, l'économie, la santé, les droits des enfants. En effet, à travers les entretiens, il apparaît que les interventions de la réponse telle que la fermeture provisoire des écoles ont provoqué l'oisiveté et le désapprentissage chez les élèves voire la déscolarisation de certains. Aussi, il est relevé l'augmentation des cas de violences faites aux enfants, et de travail des enfants. En outre, la peur de la maladie a conduit à la réticence des enseignants à s'approcher pour prendre en charge des enfants malades en classe. Le fait d'avoir divisé les effectifs en deux pour permettre le respect des mesures barrières a entraîné une insuffisance des infrastructures scolaires pour accueillir les élèves.

91. S'agissant de la santé, il est souligné à travers les réponses des informateurs clés que les populations ont développé une phobie des vaccins due à la circulation d'informations portant sur de supposés effets négatifs du vaccin contre la COVID-19, ce qui a conduit à une automédication poussée et une méfiance entre temps des populations vis-à-vis des centres de santé. Certains élèves désertant même les classes dès qu'apparaît un agent de santé à l'école. Outre, certains informateurs ont mentionné la mise en veilleuse des autres programmes de santé au début de la pandémie pour ne se concentrer que sur la COVID-19, notamment les interventions en santé favorable aux enfants comme la vaccination, la PCIMNE. Un autre effet inattendu qui apparaît dans les affirmations des enquêtés est la suspension de certaines activités administratives et techniques ainsi que des activités sportives de masse, culturelles, récréatives et autres.

92. Les effets inattendus négatifs qui apparaissent le plus dans les données des deux différentes sources d'information, sont la réduction des activités commerciales, la diminution des activités dans le domaine de transport, la cherté des denrées sur le marché, ce qui a entraîné la baisse des revenus et du pouvoir d'achat. Outre, il est souligné la perte des moyens de production chez certains et chez d'autres la perte d'emploi. Ce qui a augmenté le taux de chômage. Pour d'autres encore, ils sont obligés de changer d'activité professionnelle.

93. Par ailleurs, les restrictions sociales et les changements apportés par l'apparition de la COVID-19, ont entraîné des souffrances, des maladies psychologiques, l'augmentation de la pauvreté ainsi que des violences conjugales.



3.3. Efficience

L'efficience de l'appui à la réponse COVID-19 est étudiée à travers la mobilisation des ressources et la performance dans les dépenses pour maximiser les résultats.

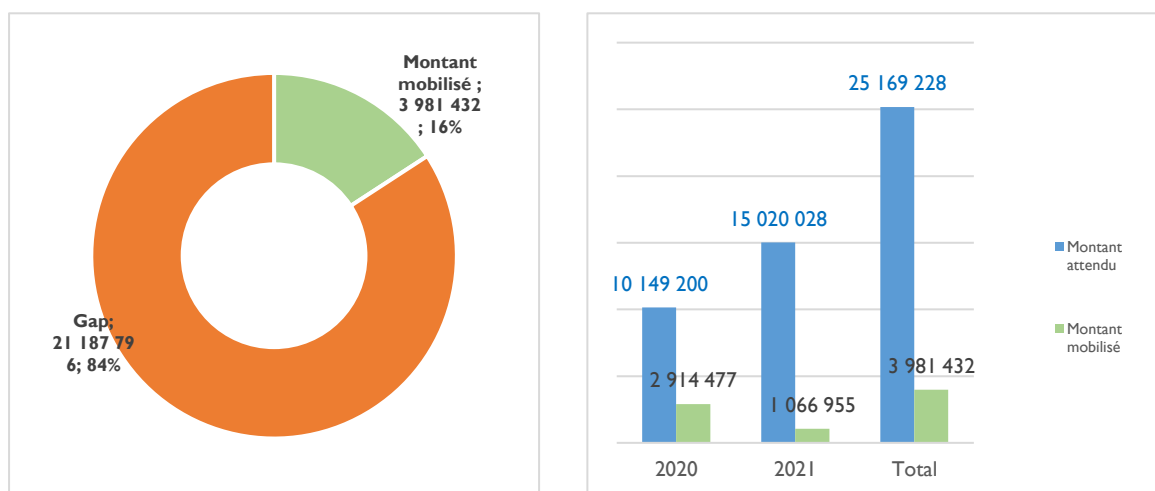
Les questions évaluatives spécifiques suivantes ont été analysées :

- Dans quelle mesure l'UNICEF a-t-il été performant dans la mobilisation des fonds pour appuyer la réponse nationale COVID-19 ?
- Dans quelle mesure l'UNICEF a-t-il été efficace dans l'utilisation des fonds mobilisés pour réaliser les résultats ?

3.3.1. Situation par rapport à la mobilisation des fonds

94. Les rapports du SitRep² révèlent que l'UNICEF bureau du Togo a mobilisé pour l'appui à la réponse nationale COVID-19, au total **\$7 981 432** USA (\$2 914 477 en 2020 et \$1 066 955 en 2021). Des gaps ont été enregistrés au vu des prévisions comme le montre le graphique suivant montrant une performance de levée de fonds de 16%.

Graphique 01 : Performance de mobilisation de fonds



95. Par ailleurs, il ressort des informations recueillies dans le Système de gestion de l'UNICEF (VISION) que les besoins de financement de l'UNICEF pour la réponse COVID-19 s'élèvent à plus de 15 millions de dollars US, et l'UNICEF déclare avoir reçu jusqu'à présent 7 016 159 USD. Dans un premier temps, l'UNICEF Togo a pu reprogrammer certains fonds existants surtout les NON-GRANT, et un financement clé supplémentaire a été obtenu de la part du Japon 3 622 673 USD soit 50% du budget mobilisé. Les donateurs tels que la France, British Gouvernement (DFID), Islamic Development Bank, Thematic Humanitarian Resp, UNDP USA, GAVI The Vaccine Alliance ont également fourni des fonds pour la réponse de l'UNICEF. La section éducation a pu mobiliser un financement de 74 000 USD du Global Partnership for Education (GPE) qui devrait couvrir les activités de Mars 2020 à Mars 2021. Il est à noter que le financement a été un défi pour la réponse COVID-19. Les informations recueillies indiquent que des fonds supplémentaires ont été mis à disposition à temps. Les donateurs habituels de l'UNICEF (le Japon, Thematic Humanitarian Resp) ont réussi à soutenir l'UNICEF à partir de fonds déjà programmés.

Le montant mobilisé auprès de chacun de ces partenaires est présenté dans le tableau ci-dessous :

² UNICEF-Togo-COVID-19-Situation-Report-No.11-16-Sept-14-Dec-2020; Template SitRep - HAC 2021 - 01May to 30June 2021_Draft3.docx

Tableau 02 : contributions des donateurs

Donateurs	Montant de la contribution (USA)
Gouvernement du Japon	3 622 673
France	190 920
British Government (DFID)	166 968
USAID	216 000
GAVI The Vaccine Alliance	152 330
Partenariat Mondial pour l'Education	74 900
UNDP USA	194 253
Thematic Humanitarian Resp	1 407 400
Islamic Development Bank	285 452
NON-GRANT	705 263

Source : Système de gestion de l'UNICEF (VISION)

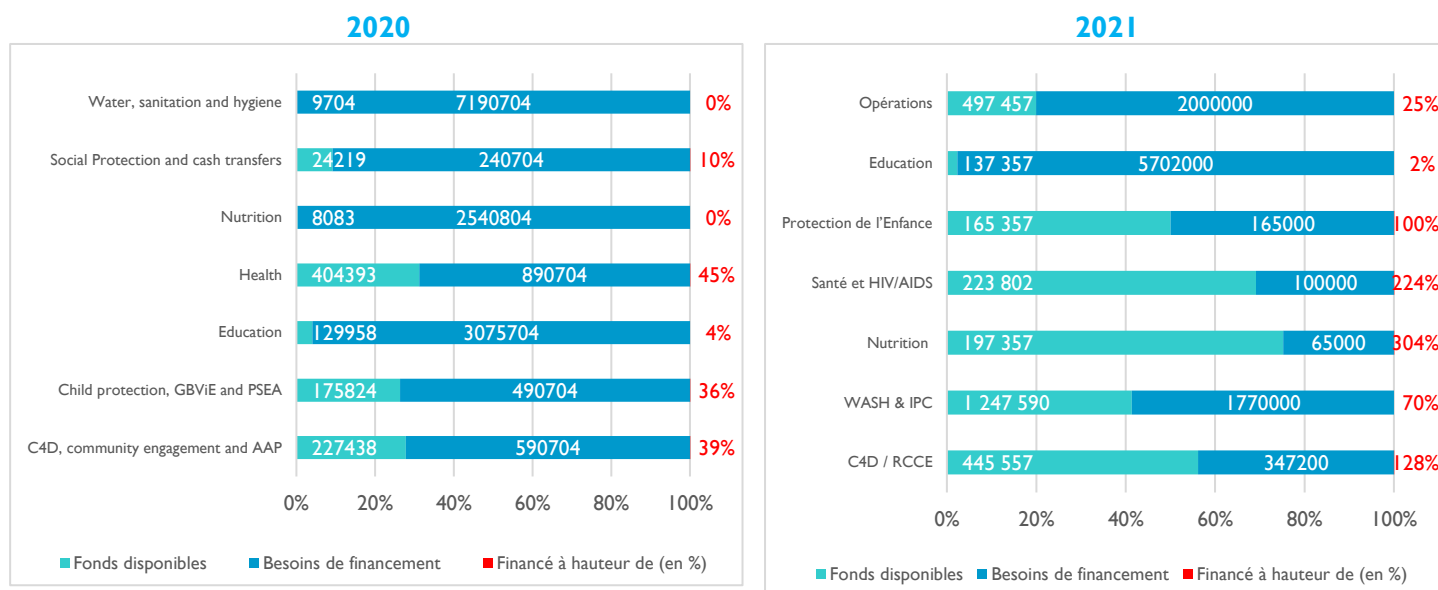
96. Selon la même source (Système de gestion de l'UNICEF (VISION)), le Plan de Réponse a établi les besoins de financement par section d'intervention et, certaines sections, telles que la Protection de l'Enfant, la nutrition et la protection sociale, n'ont pas mobilisé beaucoup de fonds d'urgence mais la stratégie de répartition de fonds mise en place a permis que les secteurs sous financés aient bénéficié aussi des fonds mobilisés.

Tableau 03 : Etat des financements COVID-19 par secteur d'Avril 2020 à Juin 2022 par secteur

Sections	Besoins en financement	Financement reçu	Ecart	Ecart (%)
Wash	7 190 704	1 307 501	5 883 203	18%
Santé	890 704	2 146 295	-1 255 591	241%
Nutrition	2 540 804	339 222	2 201 582	13%
Education	3 075 704	835 245	2 240 459	27%
Protection de l'Enfant, Violence Exploitation et abus sexuels (PSEA)	490 704	290 453	200 251	59%
Inclusion sociale (Social Protection and cash transfers)	240 704	30 000	210 704	12%
C4D (community engagement and AAP)	590 704	347 586	243 118	59%
PME	0	309 006	- 309 006	
INFO COM	0	34 032	- 34 032	
Administration		599 398	- 599 398	
Supply et logistiques		777 421	- 777 421	
TOTAL	15 020 028	7 016 159	8 003 869	47%

97. Toutefois, les données exploitées des rapports du SitRep montrent que le montant mobilisé a été distribué dans la mise en œuvre des activités au niveau des différents secteurs comme indiqué dans les graphiques ci-après :

Graphique 02 : Situation de mobilisation des fonds par secteurs



Source: UNICEF-Togo-COVID-19-Situation-Report-No.11-16-Sept-14-Dec-2020

Source: Template SitRep - HAC 2021 - 01 May to 30 June 2021_Draft3.docx

3.3.2. Efficacité dans l'utilisation des fonds mobilisés

98. L'absence d'un cadre de résultats incluant les ressources ne permet pas d'évaluer avec précision l'utilisation des fonds par domaine. Néanmoins, Il ressort des informations collectées dans les différents rapports, que l'UNICEF a été en mesure d'utiliser efficacement les fonds mobilisés, grâce aux allocations pour les achats et les PCA IP. L'utilisation des fonds pour la coordination est jugée rentable et le soutien au ministère de la Santé et de l'hygiène publique et le ministère de l'Action sociale a permis d'obtenir des résultats avec un financement limité.

3.4. Cohérence

La cohérence de l'appui à la réponse COVID-19 est étudiée à travers l'analyse de l'alignement de l'appui de l'UNICEF sur des cadres nationaux, régionaux et internationaux et ensuite les facteurs favorables et défavorables à la réalisation de résultats.

La question évaluative spécifique suivante a été analysée :

Quels sont les facteurs (internes et externes à l'UNICEF) qui contribuent ou entravent le plus la réalisation des résultats attendus de la réponse ?

3.4.1. Alignement externe de l'appui à la réponse

99. Le plan d'intervention de l'UNICEF pour le COVID-19 s'aligne sur le plan national de préparation et d'intervention du gouvernement du Togo pour le COVID-19 et sur l'appel d'urgence de l'équipe de pays des Nations Unies. Il est également conforme au Plan stratégique mondial de réponse (SRP) de l'OMS pour 2020 et à l'appel mondial de l'UNICEF COVID-19 Action humanitaire pour les enfants. Il est à noter qu'à un moment d'incertitude au début de l'épidémie, les conseils du bureau régional WCARO ont été essentiels pour aligner la réponse de l'UNICEF Togo. Pour mieux répondre à la crise le bureau du Togo a ajouté nouveaux produits liés à la réponse d'urgence COVID-19, fournissant la base d'une connexion et d'une cohérence adéquates aux interventions de l'UNICEF dans la composante Efficacité du Programme.

100. En ce qui concerne l'apprentissage et l'intégration des directives régionales de l'UNICEF, il convient de noter que les informateurs ont un retour positif général, car il est évident qu'après une situation initiale où l'incertitude prévalait, les directives de WACARO ont contribué de manière critique à cibler et à aligner la réponse : "Comme le COVID était nouveau, la réponse a été initiée avant que l'orientation ne soit partagée par le RO. Lorsque les directives du RO sont arrivées, elles ont aidé à affiner la réponse" (d'un répondant à l'enquête). Les informateurs ont particulièrement apprécié les conseils sur les questions liées au genre pour le MCO et pour les clusters afin d'intégrer le genre et la PSEA dans la réponse.

3.4.2. Facteurs influençant les résultats

101. La coordination de la mise en œuvre du Plan de Préparation et de Réponse (PPR) a été assurée par l'UNICEF en apportant un appui logistique qui a permis au gouvernement de s'approvisionner rapidement en matériels et qui a également permis la gestion de la coordination pour l'organisation des revues et réunions opérationnelles et de coordination intersectorielle. L'appui a permis de quadriller les différentes interventions à travers la coordination nationale, préfectorales et les Equipes d'Intervention Rapide (EIR). En interne, une TaskForce Urgence du bureau de l'UNICEF pour le suivi et la prise de décisions a été créée et des réunions hebdomadaires ont été organisées.

102. Certains facteurs défavorables à cette coordination ont été relevés notamment l'irrégularité des revues et réunions opérationnelles et de coordination intersectorielle et le manque d'implication de certains acteurs clés (tels que les ONG présentes sur le terrain) ayant une expérience plus adaptée dans la gestion des urgences en milieu communautaire a limité l'efficacité de la coordination ; l'insuffisance de rapportage et le manque de complétude des données (surtout en matière de progrès réalisés dans la mise en œuvre des activités) sur la période évaluée ont limité le niveau d'évaluabilité de la réponse. Il n'a pas été possible de cerner avec exactitude le niveau de mise en œuvre des actions prévues ainsi que les résultats réalisés. Les facteurs qui ont également affecté l'appui à la réponse sont l'insuffisance de leadership de l'Action Sociale dans la gestion de la crise qui pourrait s'expliquer par l'inexpérience en gestion des urgences mais également la non intégration dès le départ de l'Action Sociale dans le cadre de coordination mis en place par le gouvernement et l'insuffisance du suivi et la coordination des interventions dans les communautés rurales et au niveau région. Cette situation pourrait s'expliquer par l'implication insuffisante du suivi-évaluation dans la planification.

3.5. Durabilité

103. Pour les informateurs clés ayant participé à l'évaluation, plusieurs éléments sont en place pour assurer la pérennité des résultats enregistrés et de la réponse à la pandémie. Les données extraites des entretiens et discussions de groupe font état principalement du niveau de résilience des populations dans les communautés que ce soit en milieu urbain ou rural. Cette résilience se traduit par la capacité dont dispose aussi bien les enfants que les adultes à prendre de façon indépendante les mesures de prévention et éviter la contamination mais également l'adaptation aux conditions des vies entraînées par l'impact socio-économique de la pandémie. Chez les enfants, les compétences de résilience relevées à travers les données provenant des discussions de groupe avec ces derniers sont la capacité à se protéger et protéger les autres. Beaucoup de déclarations montrant les prédispositions acquises pour s'adapter à la crise, dont quelques-unes. Les changements intervenus chez les enfants et parents exprimés au cours des discussions et entretiens, semblent ancrer de manière durable dans la manière de vivre des parents et enfants en famille et dehors, à l'école et sur les lieux d'activités.

104. Dans les discussions, il est apparu de manière récurrente, la stratégie d'implication des communautés développée par la réponse qui est un gage de durabilité de la riposte contre la pandémie. À travers la mise en place des comités de veille, des cellules de veille sanitaire, des groupes mixtes de surveillance la formation des agents de santé communautaires (ASC), l'engagement au niveau communautaire s'est accru ce qui valorisera une continuité dans les actions par les communautés elles-mêmes. Les entretiens avec les acteurs de mise en œuvre surtout du niveau régional et district, ont confirmé cet ancrage communautaire dans la mesure où les données issues de cette source ont présenté les résultats des interventions en termes de nombre et profil des agents de santé, ASC, membre de comité de veille formés ; mais également les interventions de ceux dans leur communauté. Si les moyens sont mis à la disposition de ces entités communautaires mais aussi suivis ; ce qui n'a pas été suffisamment le cas jusqu'alors selon plusieurs déclarations lors des entretiens et discussions de groupe.

105. L'un des impacts de la crise COVID-19 sur la population est la fragilisation des activités économiques et baisse des revenus. Certaines interventions de l'UNICEF à l'instar de l'appui à l'installation Association Villageois d'Épargne et de Crédit (AVEC) ont permis de renforcer le pouvoir économique de certains membres de communauté. Cette situation est perçue par plusieurs participants aux entretiens et discussions de groupe au niveau communautaire et régional comme éléments de base pour maintenir la lutte contre la pandémie de COVID-19.

106. L'analyse des différentes sources de données montre que la mise en œuvre du plan de réponse a permis de disposer des centres de prise en charge des cas de COVID-19 dans le pays mais également de renforcer les compétences du personnel de santé en prise en charge. Ces dispositions permettent d'assurer de façon continue les activités de prise en charge des personnes atteintes de COVID-19.

107. Ensuite, la connaissance de l'épidémie et ses exigences acquise à travers les différentes formations et sensibilisations dans les communautés et l'application des mesures prises sont des signaux de la pérennité de la lutte.

108. L'élément de pérennité qui a été également évoqué lors des entretiens et discussions de groupe par les informateurs clés de différents niveaux est le système de coordination en place pour gérer la réponse avec une forte implication des comités locaux présidés par les Préfets ainsi que la disponibilité des Maires. Selon ces sources le fait qu'on dispose des structures de coordination notamment la coordination nationale, les cellules régionales, préfectorales et communales, les Équipes d'Intervention Rapide (EIR) a jusqu'alors permis de coordonner les différentes interventions et pourra servir pour assurer la continuité des actions. Toutefois, certains acteurs estiment que la durabilité des réponses doit passer par plus le suivi et la coordination des interventions dans les communautés surtout rurales et au niveau district qui n'ont pas été suffisants durant la première phase.

3.6. Genre et droits de l'homme, y compris les droits de l'enfant

L'évaluation, pour répondre à un de ses objectifs a cherché à répondre à la question évaluative :

Comment les besoins des enfants (filles et garçons) et des familles vulnérables ont-ils été pris en compte d'abord dans la planification des actions et leur exécution ?

109. Pour les différents groupes cibles interrogés au cours de la collecte des données, les besoins des filles et des garçons, ainsi que ceux des familles vulnérables ont été intégrés depuis la préparation et l'élaboration des documents jusqu'à la mise en œuvre des actions sur le terrain.

3.6.1. Au niveau de l'élaboration des documents et la planification des actions

110. Les résultats de l'exploitation des documents et de la collecte des données sur le terrain ont révélé une prise en compte des enfants filles et garçons y compris ceux vivant avec du handicap ainsi que des familles vulnérables dans l'élaboration et la planification de la réponse à la COVID-19. En effet, la réponse dans sa conception a ciblé les enfants et les femmes surtout ceux handicapés et en situation vulnérable dans le but de les protéger non seulement de la maladie qui sévit mais aussi des effets de son apparition dans tous les secteurs à savoir l'éducation, la santé, le bien-être, les droits des enfants et des femmes en général.

111. S'agissant de l'éducation par exemple, il a été prévu la réorganisation des cours avec la limitation du nombre d'élève par classe pour permettre la protection des enfants et pour faciliter leur apprentissage. La source des informateurs clés a mentionné le fait que les plans de diffusion des émissions étaient essentiellement axés sur les droits des enfants conformément aux cinq (5) composantes sectorielles du Programme (CPD). En outre, il y a eu une consultation des enfants et des jeunes membres des organisations d'enfants et jeunes pour recueillir leurs opinions sur les orientations à donner. Ce qui traduit leur implication lors de la préparation de la réponse.

« L'identification des bénéficiaires en amont a tenu compte des particularités en termes de vulnérabilité. Les personnes en situation de handicap ont systématiquement et prioritairement été identifiées comme bénéficiaires ». Un acteur de mise en œuvre dans la région Centrale

« Les actions préventives à l'endroit des établissements scolaires ont été décidées... les plans de communication sur la vulnérabilité des enfants ont été élaborés ». Un DPS de la région des Savanes

3.6.2. Au niveau de la mise en œuvre

112. La source des informateurs clés ayant participé aux entretiens et discussions de groupe et les informations collectées auprès des parents montrent que la mise en œuvre des actions a été intégrée le genre. En effet, des stratégies spécifiques aux enfants ont été développées notamment, des rencontres organisées avec les enfants et jeunes surtout avec les jeunes filles pour l'identification de leurs besoins prioritaires en cette période pandémique et de disette, l'implication des pédiatres, la prise en compte des besoins des enfants, la surveillance dans les écoles, les sensibilisations avec élaboration des affiches et autres pour les écoliers, l'élaboration des plans de communication sur la vulnérabilité des enfants, les sensibilisations sur la lutte contre les violences faites aux enfants ... Des groupes d'adolescents et jeunes ont été impliqués sans distinction aucune dans les actions de sensibilisation et des documents adaptés ont été élaborés et mis à la disposition des enfants.

113. Selon les informateurs clés interrogés au cours de la collecte, pour le respect de la distanciation physique, l'Etat a revu les effectifs en classe (30 élèves/Classe) et des table-bancs ont été fabriqués et distribués aux écoles. Les cache-nez octroyés étaient adaptés à taille des enfants. Egalement, en dehors des thèmes spécifiques sur la COVID-19, les questions de base qui touchent les enfants ont été pris en compte dans les émissions. Il s'agissait notamment, des cours par radio, des stratégies opérationnelles de reprise des classes, du port du cache-nez en milieu scolaire, de la vaccination de routine, de l'allaitement maternel. Ce que confirment les données issues des entretiens avec les parents et les groupes de discussions des enfants qui ont plus ressorti les aspects liés à la réorganisation des

cours, la dotation des cache-nez pour les enfants, l'installation des dispositifs de lave-mains et la cessation des activités de rassemblement notamment le sport collectif.

I 14. En ce qui concerne la prise en compte des personnes handicapées et des familles vulnérables dans la mise en œuvre des stratégies, il ressort des données des différentes sources que de façon globale la réponse à la COVID-19 a pris en compte les questions de genre et inclusion. Les stratégies retenues sont inclusives dans la mesure où elles ont pris en compte les disparités liées au sexe et à la situation socio-économique ainsi que les spécificités liées aux différents types d'handicap. Le soutien apporté aux parents a d'une manière indirecte, pris en compte les besoins des enfants qui sont à la charge des parents. Il s'agit de l'appui financier (Novissi), de la réduction des charges d'eau et d'électricité, de l'appui en savon, en dispositifs de lavage de mains, masques et des sensibilisations qui ont permis aux parents et aux enfants d'être avertis de l'ampleur de la maladie et de connaître les moyens pour l'éviter.

« Les activités ont pris en compte le genre et les handicaps. Aucun élève n'a été exclu en période de la pandémie ». Un acteur dans la région Maritime.

« La riposte a pris en compte toutes les couches sociales y compris les vulnérables et handicapés. Des moyens de protection et de subsistance ont été mis à leur disposition ». Un responsable d'ONG dans la région des Savanes.

I 15. Ce résultat vient confirmer les données documentées dans les rapports sur le SitReps qui font état des résultats suivants enregistrés au niveau de quelques actions ciblées en direction des enfants et des familles vulnérables dans le secteur de la Protection sociale.

- Réalisation du diagnostic rapide de la situation des populations sans abri, en particulier les enfants, les femmes et les personnes handicapées, dans les villes de Kara et Sokodé sous la coordination du ministère de l'Action sociale avec l'implication du ministère de la Sécurité publique ;
- Recensement de près de 1 118 personnes dans les rues des villes de Kara et Sokodé dont 619 hommes (187 à Sokodé ; 432 à Kara) et 243 femmes, dont de jeunes adolescents (76 à Sokodé et 167 à Kara) et 256 enfants (48 enfants à Sokodé et 208 à Kara).
- Partage des informations essentielles sur la prévention du COVID-19, les services de santé et la protection contre la violence, ainsi que les équipements d'hygiène avec 1 118 personnes recensées ;
- Organisation de la deuxième vague de formation (7 sessions) de 177 acteurs sociaux et professionnels du système de santé (63 femmes et 114 hommes) sur la protection de l'enfance et le soutien psychosocial pour les personnes affectées par le COVID-19, y compris les patients et les professionnels de santé de première ligne.
- 1914 enfants vulnérables y compris ceux qui sont séparés de leur famille vivant en situation de rue et 3 297 enfants dans les centres d'accueil ont bénéficié de l'appui en matériel et des informations pour se protéger de la pandémie à travers des actions conjointes impliquant des ONGs et des délégations de l'Action sociale dans les 6 régions du pays.
- Un centre par région a été identifié pour servir de référence aux nouveaux cas d'enfants séparés, y compris ceux qui se trouvent dans la rue.
- 89 enfants dont 12 enfants testés positifs ont bénéficié d'un paquet de services intégrés (de santé et sociaux) y compris le soutien psychosocial dans le village Bogou dans la préfecture de Tandjoare dans la région des savanes.

3.6.3. Changement entraîné par la réponse dans l'accès des enfants à l'éducation, à la santé, à l'enregistrement des naissances, à la nutrition, à la justice, au logement et autres droits.

I 16. La mission a par ailleurs cherché à analyser dans quelle mesure, la mise en œuvre des stratégies proposées dans le cadre de la réponse a affecté les droits des enfants. Les données collectées auprès des informateurs clés, des parents et des enfants montrent que même si la réponse à la pandémie de COVID-19 n'a pas entraîné un grand changement dans l'accès aux services sociaux de base des enfants,

elle a tout de même affecté quelques peu les libertés et droits individuels auxquels étaient habitués les enfants. Pour les informateurs clés, à travers l'analyse du diagnostic, la réponse a su identifier les principales disparités et besoins essentiels ainsi que les blocages dans l'offre et la demande en éducation, santé, enregistrements des naissances, nutrition, justice, logement et autres droits et a su orienter les stratégies les plus efficaces et efficientes prenant en compte les besoins de toutes les cibles comme en témoigne les actions mises en œuvre mentionnées. Il ressort des affirmations des informateurs clés que la réduction de la stigmatisation, une meilleure connaissance de la maladie et de ses effets, une meilleure connaissance des moyens de prévention, l'organisation et l'engagement des communautés en faveur de la riposte induits par la réponse ont levé la peur de la fréquentation des formations sanitaires et l'absentéisme à l'école qui étaient observés au début de l'apparition de la maladie et ont permis aux enfants de mener une vie assez proche de celle antérieure à l'apparition de la maladie.

I 17. Concernant l'éducation, il y a eu la mise à disposition des infrastructures mobilières et immobilières à la disposition du système éducatif par le gouvernement ainsi que la promotion des TIC. Les horaires ont été adaptés pour respecter la distanciation physique ainsi que la pratique d'hygiène en milieu scolaire. En outre, l'initiative des cours de remédiation pour les classes d'examen a aidé à maintenir les élèves à l'école mais aussi à maintenir leur niveau. Selon eux, on assiste à un respect des droits des enfants qui étaient entre temps bafoués par l'incidence de la pandémie. Pour la majorité des personnes interviewées au cours de la collecte ; la gestion de l'épidémie n'a rien changé, il y a eu une continuité dans l'offre des services avec quelques ajustements par exemple la fermeture des établissements scolaires dans les périodes de forte transmission et leur ouverture pour empêcher une année blanche. Les propos recueillis illustrent bien ce résultat.

« Des mesures ont été prise pour assurer la continuité des services à l'endroit des enfants, il y a eu changement des horaires et calendrier des classes mais sans pour autant toucher à la qualité de l'enseignement, l'accès aux services de soins et autres services a été maintenu avec quelques réglementations ».

I 18. Pour d'autres, les mesures barrières telles que la fermeture des écoles, lieux de cultes, bouclages des zones sensibles ont apporté des changements dans le quotidien des familles. Néanmoins les soins gratuits, l'appui en alimentation comme le programme d'assistance alimentaire des enfants vulnérables, la réduction des effectifs en classe surtout la communication axée sur le droit des enfants en période de pandémie ont contribué d'une manière ou d'une autre à changer la mentalité de la population afin de prendre conscience et permettre à l'atteinte des résultats prévus par le plan d'action. L'amélioration des conditions de vie des femmes et des connaissances sur les méthodes de prévention contre la covid-19, a positivement impacté le quotidien des enfants.

I 19. Toutefois, certains parents estiment qu'au niveau de l'éducation, nutrition et logement, les enfants ont été affectés car pour les parents n'ayant plus les capacités de production et de revenus, ce sont les enfants qui ont été directement et durablement affectés. Ainsi, leurs droits élémentaires n'ont pas été tellement respectés selon ces derniers.

3.7. Coordination

La question évaluation qui a permis d'analyser le système de coordination de la réponse nationale COVID-19 est :

Comment le mécanisme de coordination prévu a-t-il permis d'apporter des solutions pour faire face à la crise ?

I20. L'UNICEF joue un rôle essentiel de coordination en tant qu'agence principale de l'ONU au Togo en fournissant la capacité de réunir les parties prenantes pour la réponse au COVID-19, et a pu soutenir les efforts initiaux autour d'une réponse de santé publique coordonnée

I21. L'UNICEF a travaillé pour renforcer la planification et la coordination de la préparation et de la réponse aux urgences à travers entre autres le soutien à l'élaboration du plan de contingence multirisque, des plans de riposte COVID 19. L'appui à la coordination de la réponse du Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique à la crise sanitaire liée à la COVID-19, a été fait par l'UNICEF son tout en soutenant la poursuite de l'offre des services essentiels de santé aux enfants, aux mères.

I22. La réponse au COVID 19 a été rapide grâce aux mécanismes existants de coordination et de pré repositionnement et d'intervention dans les communautés et écoles en particulier la promotion du lavage des mains. Cette initiative a permis au bureau de passer rapidement d'un système de développement à l'humanitaire. En effet, les ouvrages et interventions en ATPC réalisés dans le contexte de développement ont servi pour la réponse aux urgences COVID 19. La réponse rapide des NU a été rapide grâce au pré positionnement des intrants. Ces expériences sont à renforcer lors des planifications en termes de pré positionnement des intrants d'urgence et de renforcer les capacités des acteurs pour une réponse rapide dans les 24h conformément au CCC.

I23. La coordination de la réponse de l'UNICEF et de ses partenaires au COVID-19 au Togo est basée d'une part sur un mécanisme de suivi, évaluation, recherches et coordination stratégique et d'autre part sur une coordination nationale et décentralisée avec la mise en place des comités locaux préfectoraux et des cellules de surveillance dans les communautés.

I24. En rapport avec la coordination des stratégies et actions des réunions avec la cellule de gestion de crise du ministère de la santé auquel l'UNICEF devra participer et des réunions à organiser par la Taskforce urgence du bureau de l'UNICEF ont été planifiées. Dans ce cadre, il est prévu la mise à jour de façon hebdomadaire du plan de financement par l'UNICEF de la réponse nationale à la crise du COVID-19. Les données de la revue des rapports publiés sur le SitRep ne fournissent pas des données sur les différents progrès réalisés.

I25. S'agissant des recherches et évaluation, il est attendu que des outils de suivi et de rapportage des interventions soient disponibles et les SitRep documentent régulièrement le niveau de performance de la mise en œuvre du plan de réponse au COVID-19 et les partages à temps avec WCARO. Les données disponibles issues de SitRep et des entretiens avec les informateurs clés (PME) montrent qu'une Recherche Action sur la vaccination et enregistrement dans le contexte de la pandémie de COVID 19 au Togo a été réalisée et le Global SitRep #12 et Global SitRep #13 sont soumis respectivement le 25/11/2020 et le 22/01/2021. Le rapport publié sur le SitRep #12 indique le suivi de la mise en œuvre du Plan de Suivi Evaluation en réponse à la COVID-19 des Agences SNU au Togo a été réalisé. L'Evaluation Rapide au Milieu de l'Action (MARE) de la réponse de l'UNICEF et de ses partenaires à la COVID-19 au TOGO en 2020 est en cours de réalisation.

I26. Concernant la coordination nationale, les données fournies par les informateurs clés du niveau national et régional ressortent que l'appui de l'UNICEF n'a pas été direct, de plus, l'Action sociale, partenaire important de l'UNICEF dans le cadre de la réponse n'est pas représentée dans les comités régionaux et préfectoraux. Tout est inscrit dans une stratégie nationale de riposte ayant à sa tête une coordination stratégique (CNGR) qui est décentralisée en CLGR dans chaque préfecture, une coordination technique (Cellule sectorielle). La coordination dépend directement du comité national de la gestion de la riposte rattaché à la Présidence de la République et dans les régions et préfectures

elle est assurée par les Préfets. A cet effet, les directives découlaient du CNGR et du MSHPAUS vers les prestataires de divers secteurs à la périphérie pour l'application

127. Si certains informateurs estiment que la planification des actions a été faite au niveau de chaque secteur avec implication de l'ensemble des parties prenantes, surtout la communauté, selon d'autres sources certaines composantes de la société civile notamment les OSC et les médiateurs n'ont pas été suffisamment associés aux actions de planification. Ce qui pourrait contribuer davantage aux résultats s'ils étaient impliqués au moment de la planification stratégique.

« N'ayant pas été associé en notre qualité d'OSC, nous ne serons donner une appréciation conséquente. La seule chose que nous relevons et le regrettons, est la mise à l'écart des OSC pour ce genre d'intervention' » Le responsable d'une ONG lors des discussions de groupe dans la région des Savanes.

« Nous ne saurons parler de la coordination générale qui était présidée par les Préfets car nous n'étions pas impliqués. Mais avec l'œil extérieur, nous dirons que les réunions de ces comités de riposte ont permis de réagir souvent à temps pour orienter les mesures à prendre ». Un représentant de la direction régionale de l'Action sociale

128. Pour le fonctionnement, les données indiquent que des rencontres périodiques des membres des comités locaux avec l'implication des groupes cibles sont organisées pour échanger sur le respect des mesures barrières, ensuite proposer des approches de solutions aux difficultés

« Le mécanisme de coordination a permis à tous les acteurs de parler le même langage et de se répartir les rôles pour la satisfaction des besoins de terrain ». Un informateur clé du secteur de la santé dans la région centrale

129. Les informations fournies par les acteurs de mise en œuvre opérationnelle soulignent l'implication de tous les acteurs et un bon coaching. Elles font état d'un mécanisme de coordination qui a permis de suivre l'évolution des cas au jour le jour, de collecter et gérer les données.

130. La mise en œuvre effective des actions planifiées a facilité la mobilisation de différents acteurs. La collaboration des leaders communautaires et l'engagement des populations a été effectif pour permettre à la communauté de jouer un rôle prépondérant dans la mise en œuvre. Dans ce sens, un responsable WASH dans la région de la Kara faisait savoir lors de la discussion que :

L'implication des acteurs clés tels que les parents, les élèves et les enseignants chacun sachant le rôle qui lui ait dévolu a contribué à atteindre les résultats escomptés.

Certaines voix par contre principalement dans les régions des Plateaux, Savanes et Centrale ont relevé l'insuffisance du suivi et de la coordination. Les données provenant de ces sources indiquent les ressources ne sont pas suffisantes sur le plan financier et matériel pour descendre dans les communautés et suivre les ressources humaines formées. Les Agents de santé communautaires formés, les cellules de vigilance mises en place manquent de moyens pour leurs activités. Aussi, les données ont-elles ressorti le caractère peu ascendant dans l'identification des besoins pour leur prise en compte dans la planification stratégique, mais cette lacune a été justifiée au niveau central par la nature urgente dans les réponses qui n'avait permis de disposer de temps suffisant.

3.8. Forces et faiblesses

131. Des éléments internes et externes au fonctionnement de l'UNICEF qui ont contribué ou entravé la réalisation des résultats attendus de la réponse à la COVID-19 ont été évoqués par les informateurs clés aussi bien lors des entretiens que des discussions de groupe dans les régions et au niveau central.

132. Au rang des facteurs externes qui ont facilité la mise en œuvre des stratégies et activités de la réponse nationale COVID-19, les plus évoqués par les informateurs clés de toutes les régions sont la formation des acteurs, en particulier celle des Agents de Santé Communautaire en vue du dépistage précoce du virus de la COVID dans les communautés mais également qui a constitué en même temps des canaux de sensibilisation de la population; l'engagement des autorités politiques, le dynamisme des comités locaux de gestion de la riposte et des comités de veille sanitaire à travers la sensibilisation des populations ; l'appui technique des directions régionales de la santé à travers l'affectation d'experts à l'intérieur des régions et la synergie d'action entre les organisations de promotion de la femme et des personnes vulnérables. . Ces mêmes sources indiquent que le fait d'avoir un partenaire qui mobilise et mette à la disposition des acteurs, des ressources matérielles et financières constitue un facteur ayant favorisé la réalisation des résultats. La déclaration suivante d'une Cheffe Division Enseignement et Vie Scolaire/Point Focal Education et Développement résume l'essentiel :

« Les éléments externes sont surtout la mobilisation nationale. Le fait que partout on faisait passer le même message, qu'on ait mis des comités de veille et de signalisation des étrangers ».

133. Les données indiquent par ailleurs que la bonne collaboration entre les services étatiques et les partenaires a facilité la mise en œuvre des actions Les dotations de l'UNICEF en intrants pour le maintien du respect des mesures barrières (dispositifs de lavage des mains, cache-nez, savon et gels hydro alcoolique etc.) ont été citées comme forces dans presque toutes les discussions et entretiens. Egalement au cours des discussions dans plusieurs endroits, l'appui à la prise en charge des enfants infectés et affectés et la réorientation des appuis financiers vers les domaines et actions de riposte dans les secteurs de la santé, de l'éducation et de la communication a été mentionné comme facteur favorable.

134. En ce qui concerne les éléments défavorables à la mise en œuvre des actions et à la réalisation de plus de résultats et qui constituent des faiblesses à la mise en œuvre de la réponse nationale COVID-19, les acteurs du niveau opérationnel ont d'une manière générale mentionné les lourdeurs administratives notamment le retard dans les décaissements des fonds qui n'a pas permis la réalisation des activités planifiées à temps et la réduction des sorties de terrain pour le suivi de la mise en œuvre des activités. Aussi, le faible financement des activités par les acteurs d'exécution a-t-il été relevé mais beaucoup plus dans les régions de la Kara et des Savanes.

135. D'autres facteurs tels que la réticence et la méfiance des populations sur l'existence de la maladie et surtout au début, l'insuffisance dans l'implication des organisations de la société civile mais également la propagation de fausses nouvelles au sein des communautés dans toutes les régions du pays sur la vaccination, ont été mentionnés par ces informateurs clés comme des éléments ayant entravé l'atteinte de certains résultats.

4. Conclusions, leçons tirées et recommandations

4. I. Conclusions

136. L'évaluation MARE est une approche à trois étapes qui est conduite pour cerner la mesure dans laquelle la réponse COVID-19 a atteint ou non les objectifs envisagés et aider à identifier les ajustements devant permettre d'améliorer la qualité et les effets de la réponse actuelle. Conformément à l'approche, elle vise à déterminer la pertinence, l'efficacité, l'efficacé, la durabilité, la coordination et l'impact de la réponse de l'UNICEF et de ses partenaires au COVID-19 au Togo.

137. Au terme de la collecte des données de la première étape ou module organisée dans cinq régions du pays, les données fournies par les acteurs au niveau de la planification et de la coordination ainsi que ceux responsables de la mise en œuvre opérationnelle des stratégies montrent que les stratégies planifiées et mises en œuvre jusqu'alors demeurent toutes adaptées aux besoins sur le terrain pour faire face à la crise de COVID-19. Toutefois, il urge que des stratégies complémentaires soient ajoutées en vue de s'adapter rapidement au contexte en constante évolution, particulièrement des stratégies pour la mobilisation à l'adhésion des populations à la vaccination contre le COVID-19.

138. En se rappelant des stratégies et actions développées dans le cadre de la réponse, l'analyse des rapports d'activités, les entretiens et discussions avec les informateurs clés ont fait savoir que différentes stratégies mises en œuvre dans les cinq régions couvertes par la collecte, ont touché au tant les zones rurales et urbaines, les enfants et adultes. Les résultats indiquent qu'à travers l'appui de l'UNICEF, la distribution des cache-nez, de dispositifs de lave mains dans les écoles, formations sanitaires, les sensibilisations et les formations de différents acteurs ont permis de créer des effets au niveau des populations et contribuer à répondre efficacement contre la pandémie.

139. L'évaluation tire les conclusions selon lesquelles :

- ✓ Dans un contexte d'incertitude aux niveaux local et régional, le bureau du Togo a réussi à rester concentré et à obtenir des résultats, contribuant ainsi à des résultats essentiels dans le cadre de la réponse à l'épidémie de COVID-19 au Togo
- ✓ L'UNICEF Togo a réagi rapidement en préparant un plan d'intervention conforme aux plans formulés par les Nations Unies et le gouvernement du Togo, en renforçant le système de santé, en soutenant la fourniture des vaccins et d'autres matériels médicaux, en améliorant le RCCE pour promouvoir le changement de comportement et en promouvant des mécanismes pour assurer la continuité des soins de santé, l'éducation et la protection des plus vulnérables.
- ✓ L'approche initiale de la réponse, orientée vers les intrants, est acceptable. Elle s'est concentrée sur le renforcement de l'IPC par le biais de l'approvisionnement, ce qui était le principal défi à l'époque, étant donné le haut degré d'incertitude quant à la manière dont la période entre la réponse d'urgence et le DPC est sortie de la RTE.
- ✓ Il est devenu évident que les limitations d'accès sur le terrain ont affecté le déploiement normal d'activités essentielles au bénéfice des enfants du Togo. Il faut s'attendre à ce que la perturbation de l'accès à l'éducation, telle que mentionnée dans le rapport, soit finalement résolue si les écoles restent ouvertes.
- ✓ Si l'incidence et l'impact de la COVID-19 ont été limités au Togo, l'impact secondaire sur les conditions socio-économiques, sur les enfants et sur les jeunes filles, est préoccupant. Cela affectera principalement les populations déjà démunies, notamment dans les centres urbains et surtout parmi les personnes handicapées. Il est donc possible d'aligner la programmation de l'UNICEF sur ces nouvelles priorités et de contribuer à un changement permanent.
- ✓ La pandémie a entraîné dans toutes les régions des effets divers, négatifs et positifs que ce soit dans le secteur de la santé, de l'éducation ; dans la vie familiale, dans les relations interpersonnelles, sur les activités professionnelles et sur l'économie des ménages. Les données ont montré des effets des interventions sur les connaissances de la population sur la maladie et l'adoption des pratiques et mesures de protection. Les données ont toutefois relevé un relâchement des habitudes dû à la baisse des actions de sensibilisation surtout dans les

communautés éloignées. Le lavage des mains est devenu une pratique régulière pour éviter la maladie, malheureusement, il se pose une contrainte avec le manque de points d'eau dans certaines localités or la réponse n'a pas mis l'accent sur l'installation de points d'eau dans ses stratégies.

- ✓ Une coordination nationale de la gestion de la riposte et décentralisée au niveau préfectoral et communautaire est en place. Le suivi et la coordination sont basés sur des réunions à tous les niveaux, le partage des informations, l'analyse des infirmations et la prise de décision en temps réel. Toutefois, le suivi et la coordination sont insuffisants au niveau communautaire pour assurer une meilleure symbiose des interventions, l'identification des besoins de manière exhaustive. Par ailleurs, le mécanisme de la coordination n'a pas suffisamment impliqué surtout au niveau décentralisé, certaines composantes importantes telles que l'Action sociale et les ONG.
- ✓ Les résultats sont atteints grâce à une planification ambitieuse restée dans le temps et dans l'espace. Ils sont atteints aussi en partie grâce à la prompt réactivité des autorités sanitaires, des partenaires d'appui nationaux et internationaux dont l'UNICEF grâce à leurs soutiens financiers et matériels et du bon travail des équipes de terrain. L'évolution des contextes nécessite le renforcement des actions en cours mais également fait apparaître de nouveaux besoins et l'urgence d'autres stratégies.

4. 2. Leçons tirées

Quels sont les enseignements tirés de la réponse d'un point de vue opérationnel et stratégique ?

Plusieurs leçons sont tirées par les acteurs selon les données provenant des discussions et entretiens avec les informateurs clés.

Leçon 1 : La plupart des acteurs ont mentionné comme leçon que l'intersectorialité a bien fonctionné et a joué un grand rôle dans la lutte contre la pandémie ce qui a été un point fondamental à ne pas perdre de vue. Le fait que tous les secteurs se sont mobiliser et ont travaillé ensemble a permis une gestion plus efficace de la crise de sorte à ne négliger aucun aspect.

Leçon 2 : Certains acteurs ont trouvé que le fait que le pays n'ait jamais connu une crise de telle envergure a fait que les réflexes de gestion de crise n'étaient pas vite rentrés dans les habitudes. Disposer de plan de préparation et de réponse aux urgences sanitaire et disposer de comité permanent de gestion de crise sanitaire au niveau préfectoral permettraient une plus grande anticipation dans la prise des décisions et des actions à réaliser. Et ensuite prévoir et allouer des ressources dans la planification et la budgétisation pour les urgences.

Leçon 3 : Tous les acteurs sont unanimes sur le fait que l'implication de toutes les parties prenantes dans la gestion de la crise, l'implication des leaders communautaires dans l'identification des personnes vulnérables et l'implication de ces dernières dans la priorisation des besoins, l'implication des autorités administratives et communautaires dans la mise en œuvre, bref, l'implication de tous les secteurs et acteurs sur le terrain a été un facteur déterminant dans la réussite de la mise en œuvre des actions et pour l'atteinte des résultats escomptés. La stratégie de ne laisser aucun acteur de côté pour quelque raison que ce soit ou à quel niveau que ce soit est une stratégie gagnante à tous les coups.

Leçon 4 : Le mécanisme de suivi supervision à distance avec utilisation des NTIC, et le rapportage des données en temps réel avec utilisation de logiciel nouveau (kobocollect par ex) ; existence de plan de supervision périodique du niveau central vers le niveau opérationnel ont été bénéfiques. Toutefois, le dispositif au niveau opérationnel était juste préfectoral et aurait pu être plus efficace si les services clés du niveau régional étaient impliqués davantage.

Leçon 5 : Pour l'identification des besoins et des populations cibles, c'est efficace et pertinent de toujours procéder par des enquêtes et cela faciliterait la mise en œuvre du projet. L'identification continue des besoins et le suivi-évaluation des actions permet de maintenir la pertinence de la réponse dans le temps ou en fonction de l'évolution du contexte.

Leçon 6 : Les renforcements des capacités des prestataires et des acteurs communautaires, la mise en place des équipes d'intervention rapides et des équipes de veilles sanitaire, le renforcement du système de surveillance dans les formations sanitaires, dans les communautés et aux points d'entrée sont des acquis aujourd'hui pour une meilleure gestion de crises similaires. Il y a aussi la capacité de communication acquise par les leaders communautaires qui arrivent à sensibiliser plus facilement leur population.

Leçon 7 : Le lavage des mains est aujourd'hui une bonne pratique qui a contribué à réduire d'autres maladies liées aux mains sales.

Leçon 8 : Le niveau insuffisant d'implication des acteurs plus proches des communautés dans la gestion de la réponse a affecté l'efficacité de la réponse et la redevabilité aussi bien envers les donateurs, partenaires et les communautés.

Leçon 9 : Le manque de définition claire des indicateurs et des cibles n'assure pas pleinement l'évaluabilité de la réponse.

Leçon 10 : Le fait que le Togo ne soit pas un pays d'urgence a créé un manque d'expérience ajouté au manque de prise en compte de l'Action Sociale dans le cadre de coordination mis en place a limité son leadership dans la gestion de la pandémie de COVID-19.

Leçon 11 : Le manque de suivi et de moyens mis à disposition des comités de veille communautaires constitue le maillon faible du système de surveillance mis en place et a limité dans le signalement des étrangers, le suivi des voyageurs et les sensibilisations au niveau communautaire.

Leçon 12 : De bonnes relations et un dialogue constant avec les partenaires nationaux facilitent le processus de planification et de mise en œuvre d'une intervention d'urgence.

Leçon 13 : Les limites des dispositifs frontaliers pour le contrôle des points d'entrée démontrent que la gestion d'une crise comme celle de la COVID-19, qui nécessite la prise en compte des mouvements des populations, doit être transfrontalière.

Leçon 14 : Le renforcement de capacité des relais communautaires tels que les acteurs médiatiques, les leaders communautaires et religieux, les enseignants permet de faciliter l'accès à l'information et diffuser des messages de manière adaptée sur la COVID-19 pour atteindre les populations.

Leçon 15 : L'intégration d'une stratégie de vaccination depuis le démarrage d'une réponse nationale à une crise sanitaire est propice pour une mise en œuvre des activités qui y sont associées dans un plus bref délai que dans le cas d'une vaccination discutée et lancée tardivement.

Leçon 16 : Une crise sanitaire affecte le bien-être d'une population à plusieurs niveaux : non seulement sur le front de la santé mais aussi sur le front financier et psycho-social ce qui pourrait augmenter la vulnérabilité des communautés.

Leçon 17 : Malgré la planification logistique, la disponibilité discontinue des équipements de prévention affecte la durabilité des mesures de prévention.

Leçon 18 : Disposer de ressources pour suivre les progrès de la réponse par rapport aux objectifs envisagés, également avec le soutien du bureau régional de l'UNICEF, est essentiel pour suivre les progrès et l'impact de la réponse et, si nécessaire, pour adapter certaines de ces interventions alors qu'elles sont encore en cours.

Leçon 19 : La recherche des solutions pour faire face aux changements engendrés par la COVID-19 au niveau des enfants dans leur scolarisation et au niveau familial a développé des capacités chez enfants et les jeunes des capacités de résilience et renforcer leur confiance /autonomisation grâce à des stratégies mises en œuvre au niveau personnel, au niveau des familles et au niveau des écoles.

Leçon 20 : Le fait d'avoir un plan d'urgence de l'UNICEF développé et prêt à être utilisé s'avère essentiel pour mettre en place une réponse rapide et efficace.

4.3. Recommandations issues de l'évaluation de l'appui de l'UNICEF à la réponse nationale COVID-19

- Quelles sont les recommandations pour améliorer la réponse ?
- Que faut-il faire de plus ?
- Quelles mesures spécifiques l'UNICEF devrait-il prendre (par exemple, en matière de mise en œuvre/plaidoyer) pour mieux adapter l'intervention/le programme à la crise ?

Au vu des constats faits à différents niveaux, les réorientations suivantes sont nécessaires pour l'appui de l'UNICEF et de ses partenaires à la réponse nationale COVID-19 :

Numéro	Les recommandations	Niveau de priorité	Responsable de la mise en œuvre
RECOMMANDATIONS STRATEGIQUES			
1.	Faire le plaidoyer auprès du gouvernement (Primature et Présidence) pour l'intégration de l'Action Sociale, mais également veillez à l'implication des ONGs et communes dans les organes de coordination pour assurer une gestion plus durable et holistique de la crise	élevé	Ministère de la planification du développement et de la coopération / UNICEF
2.	Renforcer le leadership de l'Action Sociale pour jouer pleinement son rôle de gestion dans les cas d'urgence et de prise en charge psychosociale	élevé	Ministère de la planification du développement et de la coopération / UNICEF
3.	Renforcer le mécanisme de suivi en l'élargissant aux entités communautaires ainsi que les dispositifs de reportage afin de documenter et rendre disponible les résultats en mettant régulièrement à jour les données du SitRep	élevé	Ministère de la planification du développement et de la coopération / UNICEF
4.	Renforcer les mesures de prévention et de sensibilisation déjà mises en place dans le secteur de l'éducation, en particulier dans les écoles des districts les plus reculés où de graves problèmes de santé et de sécurité se posent.	Moyen	Ministère en charge de l'éducation
5.	Introduire la préparation aux situations d'urgence et un plan d'urgence dans le CPD et les plans de travail.	Moyen	UNICEF
6.	Renforcer les capacités internes du personnel de l'UNICEF et des partenaires en matière de gestion des urgences.	Moyen	UNICEF
7.	Plaidoyer auprès des donateurs, de l'UNCT et du Gouvernement afin de donner la priorité à des approches spécifiques pour faire face aux problèmes de santé et au soutien social des enfants.	Moyen	Ministère de la planification du développement et de la coopération
RECOMMANDATIONS OPÉRATIONNELLES			
8.	Organiser la révision ou l'actualisation du plan de travail avec les partenaires pour l'intégration des nouveaux besoins tels que la gestion des impacts socioéconomiques de la pandémie, le coté psychosociale, la prise en compte des ONG et Communes ainsi que la communication sur la vaccination ; en prenant en compte la fixation des résultats attendus, des cibles ainsi que leur délai de réalisation	Moyen	Ministère de la planification du développement et de la coopération / UNICEF

Numéro	Les recommandations	Niveau de priorité	Responsable de la mise en œuvre
9.	Veiller à la compréhension et l'application effective des procédures de l'UNICEF en matière d'urgence ;	Moyen	UNICEF
10.	Renforcer le dispositif communautaire de surveillance en décentralisant la disponibilité des moyens pour assurer les déplacements, des intrants et le suivi des comités de veille	Moyen	Ministère de la planification du développement et de la coopération / UNICEF
11.	Renforcer les capacités des communautés pour l'adoption des comportements de préparation et d'adaptation aux risques	Moyen	UNICEF
12.	Redéployer les Ressources Humaines au niveau des laboratoires en charge des tests COVID-19	Moyen	Ministère en charge de la santé
13.	Renforcer la célérité dans l'approvisionnement des consommables en quantité suffisante pour une couverture plus équitable du territoire	Elevé	UNICEF
14.	Elargir le partenariat avec les ONG (non seulement en matière de la mise en œuvre mais aussi de la planification de la réponse) et accompagner les communes pour la prise en compte de la gestion des situations d'urgence dans les plans de développement communaux ainsi que le renforcement des ressources humaines qualifiées en matière d'urgence	Elevé	UNICEF
15.	Renforcer le volet socio-économique et le volet psychosocial pour gérer les impacts à court et long terme de la COVID-19	Moyen	UNICEF
16.	Renforcer les interventions intersectorielles dans les communautés pour la prise en compte exhaustive des besoins et pour plus d'efficacité dans les interventions	Moyen	UNICEF
17.	Intégrer un volet protection de l'enfance dans les mécanismes de feedback communautaire	Moyen	UNICEF
18.	Développer des activités de résilience dans la communauté à travers le renforcement des capacités d'autonomisation des femmes ainsi que de résilience scolaire des adolescents	Moyen	Ministère en charge de l'Action Sociale / UNICEF

ANNEXES

Matrice d'évaluation

Critère	Question de l'évaluation	Indicateurs	Technique de collecte	Sources
1. Pertinence	1.1. Dans quelle mesure le processus et les mécanismes de la réponse permettent-ils d'atteindre les résultats escomptés (adaptabilité du processus, niveau d'utilisation des preuves lors de la planification, qualité de la coordination et de l'exécution) ?		- Analyse documentaire - Entretien semi-structuré	Plans Rapports Informateurs Clés
	1.2. Dans quelle mesure la réponse prend-elle en compte et répond-elle aux besoins spécifiques des enfants (filles et garçons) et de leurs familles ?		- Analyse documentaire - Entretien semi-structuré	Plans Rapports Informateurs Clés
2. Cohérence	2.1 Quels sont les facteurs (internes et externes à l'UNICEF) qui contribuent ou entravent le plus la réalisation des résultats attendus de la réponse ?		- Analyse documentaire - Entretien semi-structuré	Plans Rapports Informateurs Clés
3. Efficacité	3.1. Quels sont les effets pas attendus (positifs et négatifs) de la réponse à la COVID-19 en général et en ce qui concerne les droits de l'enfant en particulier ? 3.2. Comment interpréter / comprendre l'écart entre la réalité sur le terrain et la réponse attendue en termes de résultats stratégiques et opérationnels ? 3.3. Quels sont les enseignements tirés de la réponse d'un point de vue opérationnel et stratégique ? 3.4. Dans quelle mesure et comment l'accès des enfants et de leurs familles aux services sociaux de base (éducation, santé, enregistrement des naissances, etc.) a-t-il changé ? 3.5. Dans quelle mesure la réponse prend-elle en compte et répond-elle aux besoins spécifiques des enfants (filles et garçons) et de leurs familles ?		- Analyse documentaire - Entretien semi-structuré - Groupe de discussions	Plans Rapports Informateurs Clés
	3.6. Quels sont les changements les plus significatifs que vous avez remarqués dans votre vie familiale, et en particulier dans la vie de vos enfants, à cause de COVID-19 ? 3.7. Quels sont les changements constatés dans votre dynamique familiale et dans vos relations avec vos enfants depuis le début de la pandémie COVID-19 ? 3.8. Quels changements avez-vous remarqués en ce qui concerne l'éducation de vos enfants grâce à COVID-19 ?		- Entretien semi-structuré - Groupe de discussions	Chef ménage

Critère	Question de l'évaluation	Indicateurs	Technique de collecte	Sources
	<p>3.9. Quels changements avez-vous observés en ce qui concerne la santé de vos enfants à la suite de la COVID-19 ?</p> <p>3.10. Compte tenu de la situation COVID-19, quels changements avez-vous constatés concernant votre activité professionnelle / vos moyens de subsistance / vos revenus et comment cela a-t-il affecté votre vie familiale et celle de vos enfants ?</p> <p>3.11. Quels effets pensez-vous que l'épidémie de COVID-19 pourrait avoir sur votre vie et votre santé et celles de votre famille à moyen et long terme ?</p> <p>3.12. Dans quelle mesure les messages sur les mesures de prévention ont-ils été efficaces, clairs et compréhensibles ?</p> <p>3.13. Dans quelle mesure avez-vous pu suivre les messages et vous conformer aux mesures communiquées par le gouvernement ?</p> <p>3.14. Comment avez-vous vécu la mise en œuvre des mesures de protection (confinement, fermetures, etc.) ?</p>			
	<p>3.15. Avez-vous entendu parler de la COVID-19 ? Si oui, que savez-vous de la COVID-19 ?</p> <p>3.16. Les gens / les adultes disent qu'il y a des moyens d'éviter la COVID-19. Pouvez-vous en mentionner quelques-unes ? Par rapport à celles que vous avez mentionnées, y en a-t-il qui sont plus faciles ou plus difficiles à mettre en pratique pour les enfants ?</p> <p>3.17. Depuis que la COVID-19 existe, avez-vous constaté des changements dans vos activités quotidiennes ?</p> <p>3.18. Avez-vous constaté des changements à l'école ou dans votre façon de travailler à l'école ? Pour vous même et pour les autres enfants de votre communauté ?</p> <p>3.19. Connaissez-vous des enfants qui doivent mendier ou travailler hors de chez eux à cause de la COVID-19 parce que leur famille n'a plus de revenus ? Si oui, combien d'enfants connaissez-vous dans cette situation ?</p> <p>3.20. Depuis le début de la COVID-19, comment vous êtes-vous sentie(s) ?</p> <p>3.21. Depuis le début de la COVID-19, quels changements avez-vous observés dans les relations que vous entretenez avec votre famille ?</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Entretien semi-structuré - Groupe de discussions 	Enfants

Critère	Question de l'évaluation	Indicateurs	Technique de collecte	Sources
4. Viabilité/ Durabilité	4.1. Quelles mesures spécifiques l'UNICEF devrait-il prendre (par exemple, en matière de mise en œuvre/plaidoyer) pour mieux adapter l'intervention/le programme à la crise ?		- Analyse documentaire - Entretien semi-structuré - Groupe de discussions	Plans Rapports Informateurs Clés
5. Equité, Genre et Droits Humains	5.1 Dans quelle mesure le programme a-t-il intégré et respecté les approches basées sur l'équité, le genre et les droits humains ?		- Analyse documentaire - Entretien semi-structuré - Groupe de discussions	Plans Rapports Informateurs Clés
	5.2. Dans quelle mesure le programme a-t-il contribué à la réduction des disparités liées au sexe et contribué à la promotion de l'égalité de genre ?			
	5.3. Dans quelle mesure le programme a-t-il contribué à la réduction des causes et barrières/ facteurs entravant l'atteinte des résultats pour les groupes les plus vulnérables ?			
	5.4. Connaissez-vous des enfants qui doivent mendier ou travailler hors de chez eux à cause de la COVID-19 parce que leur famille n'a plus de revenus ? Si oui, combien d'enfants connaissez-vous dans cette situation ?			- Entretien semi-structuré - Groupe de discussions

Tableaux complémentaires

Tableau A1 : répartition des groupes de discussions par région

	Maritime	Plateaux	Centrale	Kara	Savanes	Total
Groupe de filles de 13 - 17 ans	1	2	2	2	2	9
Groupe de garçons de 13 - 17 ans	2	1	3	1	1	8
Total	3	3	5	3	3	17

Tableau A2 : répartition des enfants ayant participé aux discussions par sexe, par région et par tranche d'âge.

	Fille		Garçon		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Région						
Maritime	8	11,3%	9	13,8%	17	12,5%
Plateaux	11	15,5%	11	16,9%	22	16,2%
Centrale	20	28,2%	21	32,3%	41	30,1%
Kara	8	11,3%	12	18,5%	20	14,7%
Savanes	24	33,8%	12	18,5%	36	26,5%
Tranche d'âge						
10 - 14 ans	50	70,4%	46	70,8%	96	70,6%
15 - 19 ans	21	29,6%	19	29,2%	40	29,4%
Total	71	100,0%	65	100,0%	136	100,0%

Tableau A3 : répartition des chefs ménages par sexe par région par préfecture et par localité

	Féminin		Masculin		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Région						
Centrale	17	37,0%	13	18,8%	30	26,1%
Kara	10	21,7%	10	14,5%	20	17,4%
Maritime	6	13,0%	17	24,6%	23	20,0%
Plateaux	4	8,7%	16	23,2%	20	17,4%
Savanes	9	19,6%	13	18,8%	22	19,1%
Préfecture						
Bas mono	5	10,9%	8	11,6%	13	11,3%
Bassar	3	6,5%	7	10,1%	10	8,7%
Blitta	0	0,0%	10	14,5%	10	8,7%
Kozah	7	15,2%	3	4,3%	10	8,7%
Kpele	3	6,5%	7	10,1%	10	8,7%
Kpendjal	5	10,9%	7	10,1%	12	10,4%
Ogou	1	2,2%	9	13,0%	10	8,7%
Oti-sud	4	8,7%	6	8,7%	10	8,7%
Tchamba	10	21,7%	0	0,0%	10	8,7%
Tchaoudjo	7	15,2%	3	4,3%	10	8,7%
Vo	1	2,2%	9	13,0%	10	8,7%
Localité						
Adeta (novivé)	2	4,3%	3	4,3%	5	4,3%

Afagnagan	3	6,5%	5	7,2%	8	7,0%
Akoumapé	0	0,0%	5	7,2%	5	4,3%
Atitigon	2	4,3%	3	4,3%	5	4,3%
Bassar	2	4,3%	3	4,3%	5	4,3%
Blitta-village	0	0,0%	5	7,2%	5	4,3%
Borgou	1	2,2%	4	5,8%	5	4,3%
Dikpéléou	0	0,0%	5	7,2%	5	4,3%
Gando	3	6,5%	2	2,9%	5	4,3%
Gnagna	1	2,2%	4	5,8%	5	4,3%
Kaboli	5	10,9%	0	0,0%	5	4,3%
Komah	2	4,3%	3	4,3%	5	4,3%
Kpangalam	5	10,9%	0	0,0%	5	4,3%
Kpele- Nord (Elé)	1	2,2%	4	5,8%	5	4,3%
Kpinzinde	4	8,7%	1	1,4%	5	4,3%
Lama	3	6,5%	2	2,9%	5	4,3%
Mandouri	4	8,7%	3	4,3%	7	6,1%
Ountivou	0	0,0%	5	7,2%	5	4,3%
Sanda afohou	1	2,2%	4	5,8%	5	4,3%
Takpamba	1	2,2%	4	5,8%	5	4,3%
Tchamba	5	10,9%	0	0,0%	5	4,3%
Vogan	1	2,2%	4	5,8%	5	4,3%
Total	46	100,0%	69	100,0%	115	100,0%

Tableau A4 : Liste des informateurs clés ayant participé aux entretiens

Profil du Répondant	Sexe	Responsabilité du Répondant	Localisation
Coordonnatrice de la composante éducation de la coopération Togo-Unicef	F	travailler aux côtés du ministère et Unicef sur les dossiers relatifs à la réponse	Lomé
Ingénieur génie Sanitaire	M	Point Focal régional PCI	Maritime
Point focal Éducation et Développement	M	Acteur	
Coordonnateur	M	Directeur régional du plan	
Directeur Régional de la planification - Centrale	M	Coordonnateur des programmes de développement et des actions de la coopération (PTF, ONG) dans la région de façon générale, chargé du suivi du partenariat entre les radios locales et le Programme Togo-Unicef pour la production et la diffusion d'émissions et informations sur les droits des enfants et des femmes y compris en situation d'urgence	Centrale
Médecin de Santé Publique - Directeur Régional de la Santé de la Région Centrale	M	Coordonnateur Régional de la lutte contre la Covid 19	
Directrice Exécutive ONG PAFED	F	Contribuer à la riposte contre la pandémie de covid-19 à travers l'identification et la mise en œuvre des actions en faveur des groupes vulnérables.	
DR PLANIFICATION KARA	M	Assistance et appui dans les sensibilisations	Kara
Agent Technique de la Statistique	M	Chef Division Planification DRE Kara / Production des données statistiques de l'éducation	
Chef Division Enseignements et de la vie scolaire	M	Conseiller municipal	
Directeur Préfectoral de la Santé	M	Coordonner les activités de riposte et de contrôle de l'épidémie	Savanes
Coordinateur de l'Exécutif	M	Information et mobilisation sociale	
Ingénieur sanitaire	M	Chargé de PCI	
Directeur Préfectoral de la Santé Kpendjal-Ouest	M	Coordonner les activités de sensibilisation et de riposte contre la pandémie à Covid-19 , Assurer le secrétariat du Comité Local et de Gestion de la Riposte (CLGR) de Kpendjal-Ouest	
Coordinateur	M	3ASC	
Point Focal Education et Développement Cheffe Division Enseignement et Vie Scolaire	F		
Médecin généraliste/DPS	M		
Médecin chef du district sanitaire de l'Oti	M	Coordonnateur des activités sanitaires dans le district de l'Oti	
Directeur Préfectoral de la Santé	M	DPS Tandjoare / Coordonnateur des activités du secteur de la santé dans la préfecture de Tandjoare	
Lieutenant de gendarmerie - Commandant de compagnie / Membre du comité local	M		
Président des chefs cantons	M		
Institutrice - Présidente des femmes leaders	F		

Logisticien de Santé	M	Responsable logistique de la CDF	
PF SNIS-Charge SNIS	M	Gestionnaire des données Covid -19	

Tableau A5 : Liste des informateurs clés participant aux discussions de groupe en ligne

Profil du Répondant	Sexe	Localisation
Coordonnateur National de la composante Survie de l'Enfant	M	Lomé
Chef division santé communautaire	M	
Chef Division Nutrition	M	
Chef Division VIH	M	
Chef Division Immunisation	M	
Coordonnateur de la composante Protection de l'enfant.	M	
Direction de l'Hygiène et de l'assainissement de Base Niveau National	M	
Coordonnatrice de la composante éducation de la coopération Togo-Unicef	F	
Maritime		
Directeur Régionale de la Planification	M	Maritime
Point focal Éducation et Développement	M	
Direction régionale Eau et Assainissement	M	
Chef régional Protection de l'enfant /Action sociale	M	
Directeur régionale de la santé	M	
Représentant du DRS	M	
Responsable Radio Horizon	M	
Plateaux		
Directeur Régionale de la Planification	M	Plateaux
Chef division à la Direction régionale de la Planification	M	
M&E - Section WASH ; Direction régionale de la santé	M	
Directeur Régional de l'Action Sociale	M	
Inspecteur de l'éducation nationale (Danyi et Ogou)	M	
Représentant du Directeur Régional de la Santé	M	
Directeur Régional Education Plateaux Est	M	
Maire de la Commune Ogou 3	M	
Point focal régional pour la surveillance des maladies	M	
Chargé de communication au niveau régional (Santé)	M	
Centrale		
Directeur Régional de la planification - Centrale	M	Centrale
Directeur Régional de la Santé de la Région Centrale	M	
Chef section à la Direction Régional Education	F	
Directeur Régional Education	M	
Kara		
Directeur Régionale de la Planification-Kara	M	Kara
Représentant INSEED	M	
Section WASH ; Direction régionale de la santé	M	
Directeur Régional de l'Action Sociale	M	
Responsable Radio Tabala	M	

Directeur Régional de la Santé	M	
Directeur Régional Education	M	
Coordonnateur de l'ONG SAR Afrique	M	
Chef division à la Direction régionale de l'éducation Kara	M	
Chef Division Enseignements et de la vie scolaire	F	
Directeur Régional Education	M	Savanes
Représentant du Directeur Régional de la Santé	M	
Responsable Radio communautaire Savanes	M	
Responsable Section Hydraulique	M	
Responsable Radio NAPA	M	
Responsable Radio communautaire Savanes	M	
Coordinateur 3 ASC	M	
Coordinateur CDD-Togo	M	
Représentant DR INSEED	M	
Directeur Régional Education	M	

Outils de collecte

Evaluation Rapide au Milieu de l'Action (MARE) de la réponse de l'UNICEF et de ses partenaires à la covid-19 au Togo en 2020

GUIDE D'ENTRETIEN - RESPONSABLES DE PROGRAMME

INTRODUCTION

Cette collecte intervient dans le cadre de l'Evaluation Rapide au Milieu de l'Action (MARE) de la réponse de l'UNICEF et de ses partenaires à la COVID-19 au Togo en 2020. Elle est conduite par une équipe du bureau régional de l'UNICEF, du bureau Togo de l'UNICEF et de deux consultants nationaux.

Les résultats de cette évaluation permettront de fournir des preuves solides à l'Unicef et au Gouvernement Togolais sur la mesure dans laquelle la réponse COVID-19 a atteint ou non les objectifs envisagés d'une part et d'assister les gestionnaires de la réponse dans l'adoption de mesures correctives et dans l'apport d'ajustements destinés à améliorer la qualité et les effets de la réponse actuelle.

C'est en ce sens que nous souhaiterions que vous participiez à cette évaluation car les informations que vous nous donnerez seront très utiles.

Nous aimerions, avec votre accord que vous répondiez à certaines questions. Les informations que vous allez nous fournir seront confidentielles. Votre participation est complètement volontaire et il n'y aura pas de conséquences négatives si vous choisissez de ne pas répondre à nos questions.

La réponse aux différentes questions vous prendra environ 30 à 40 minutes.

Donnez-vous votre accord pour participer à cette évaluation ?

OUI

NON

Consigne :

- La collecte se fait en ligne.
- Pour chaque axe de question, saisissez vos réponses dans la case réservée en bas de la question.
- A la fin, soumettez le fichier renseigné aux consultants aux adresses suivantes : paultekou@gmail.com et rosayawu@gmail.com
- Une discussion de groupe sera organisée à la suite de l'exploitation des informations fournies.

SECTION 0 : IDENTIFICATION

N°	Questions	Modalités
Q1	Niveau	1 = Central 2 = Décentralisé
Q2	Région	1 = Maritime 2 = Plateaux 3 = Centrale 4 = Kara 5 = Savanes
Q3	Préfecture	1 = Oti-sud 2 = Kpendjal 3 = Kozah 4 = Bassar 5 = Tchamba 6 = Blitta 7 = Kpele 8 = Ogou 9 = Vo 10 = Bas mono 11 = Autres
Q4	Sexe du répondant	1 = Masculin 2 = Féminin
Q5	Nom & prénoms du répondant	
Q6	Responsabilité du répondant	
Q7	Titre	
Q8	Contact du répondant (tél & mail) :	
Q9	Nom et prénoms de l'enquêteur :	
Q10	Date	/__ / __ / Mai 2021
Q11	Heure de début	/__ / __ / Heure Min

Les renseignements contenus dans ce questionnaire sont confidentiels. Ils sont couverts par le secret statistique et ne peuvent être publiés que sous forme anonyme.

Introduction

1. Quel est votre rôle et votre implication dans la réponse ?

2. Quelles sont les stratégies et actions proposées dont vous avez connaissance par rapport à votre rôle et implication ?

I- Pertinence de la réponse nationale à la COVID-19

1.1. Comment les stratégies ou les actions proposées dans le cadre de la réponse à la Covid-19 peuvent-elles apporter de réponse à la crise (adéquation des actions au contexte du pays) ?

1.2. Comment l'évolution du contexte de Covid-19 a-t-elle été prise en compte dans la l'élaboration de la réponse ?

II- Coordination et Durabilité

2.1. Comment la planification des actions telle que faite a – t –elle permis d'atteindre les résultats escomptés ?

2.2. Comment le mécanisme de coordination prévu a-t-il permis d'apporter des solutions pour faire face à la crise ?

2.3. Quels sont les éléments en place qui assurent la pérennité des résultats de la réponse ?

III- Efficacité et Leçons tirées de la réponse COVID-19 et les résultats positifs et négatifs inattendus

3.1. Quels sont les résultats atteints dans le cadre de la réponse ?

3.2.a. Quels sont les éléments internes au fonctionnement de l'UNICEF qui ont contribué le plus à la réalisation des résultats attendus de la réponse ?

3.2.b. Quels sont les éléments internes au fonctionnement de l'UNICEF qui ont entravé le plus la réalisation des résultats attendus de la réponse ?

3.3.a. Quels sont les éléments externes au fonctionnement de l'UNICEF qui ont contribué le plus à la réalisation des résultats attendus de la réponse ?

3.3.b. Quels sont les éléments externes au fonctionnement de l'UNICEF qui ont entravé le plus la réalisation des résultats attendus de la réponse ?

3.4.a. Quels sont les effets inattendus positifs de la réponse sur la population ?

3.4.b. Quels sont les effets inattendus négatifs de la réponse sur la population ?

3.5.a. Quels sont les effets inattendus positifs sur les droits des enfants en matière de Santé, d'éducation, de justice, d'information... ?

3.5.b. Quels sont les effets inattendus négatifs sur les droits des enfants en matière de Santé, d'éducation, de justice, d'information... ?

3.6. Selon le niveau auquel vous êtes impliqué dans la réponse, qu'est-ce qui était prévu sur le plan stratégique ?

3.7.a. Quels sont les éléments qui expliquent l'écart entre ce qui est fait et ce qui est prévu sur le plan stratégique ?

3.7.b. Quelles leçons avez-vous tiré de ces écarts ?

3.8. Selon le niveau auquel vous êtes impliqué dans la réponse, qu'est-ce qui était prévu sur le plan opérationnel ?

3.9.a. Quels sont les éléments qui expliquent l'écart entre ce qui est fait et ce qui est prévu sur le plan opérationnel ?

3.9.b. Quelles leçons avez-vous tiré de ces écarts ?

IV- Prise en compte de l'équité et le genre

4.1. Comment les enfants (filles et garçons) ont-ils été pris en compte dans l'élaboration des documents et la planification des actions ?

4.2. Comment les besoins des enfants ont-ils été pris en compte dans la mise œuvre de la réponse ?

4.3. Comment les enfants (handicapés, vulnérables) et leurs familles ont-ils été touchés ?

4.4. Comment la réponse a-t-elle changé l'accès des enfants à l'éducation ? A la santé ? A l'enregistrement des naissances ? A la nutrition ? A la justice ? Au logement ? Et autres droits ?

V - Bonnes pratiques

5.1. Au vu des difficultés et succès rencontrés jusqu'à présent, quels aspects avez-vous retenu qui vous serait utile pour la suite de la réponse ou dans le cadre de crises similaires ? en termes :

- Préparation ?
- Gestion ?
- Suivi-évaluation ?
- Identification des besoins et des populations cibles ?

VI- Recommandations pour améliorer la performance de la réponse COVID-19

6.1. Quelles mesures spécifiques l'UNICEF devrait-il prendre pour mieux adapter le programme à la crise (par exemple, en matière de mise en œuvre/plaidoyer) ?

6.2. Y a-t-il des insuffisances pour lesquelles UNICEF devrait prendre des mesures pour une meilleure mise en œuvre, tant en interne qu'en externe ? Lesquelles ?

6.3. Quelles actions non prises en compte pensez-vous qu'il faille ajouter pour améliorer la réponse (gestion de la réponse, l'atteinte des populations, ...) ?

6.4. Quels sont les aspects liés à la mise en œuvre de la réponse nationale COVID-19 que vous aimeriez voir traiter mais que nous n'avons pas abordés ?

6.5. Autres commentaires SVP ?

Heure de fin / __ / __ /

Heure Min

MERCI POUR VOTRE PARTICIPATION !

Evaluation Rapide au Milieu de l'Action (MARE) de la réponse de l'UNICEF et de ses partenaires à la COVID-19 au Togo en 2020

GUIDE DE DISCUSSION DE GROUPE AVEC LES INFORMATEURS CLES

Informations générales et caractéristiques des participants

N°	Questions	Modalités
Q1	Région	1 = Maritime /___/ 2 = Plateaux /___/ 3 = Centrale/Kara /___/
Q7	Date	/___/ /___/ Août 2021
Q8	Heure de début	/___/ /___/ Heure Min
Q9	Heure de fin	/___/ /___/ Heure Min

Profil des participants à la discussion de groupe

Identifiant	Institution	Fonction	Rôles dans la gestion de la crise
P1.			
P2.			
P3.			
P4.			
P5.			
P6.			
P7.			
P8.			
P9.			
P10			

INTRODUCTION

La discussion de groupe est organisée pour approfondir et compléter les informations fournies individuellement dans le cadre de MARE (Evaluation Rapide au Milieu de l'Action) de la réponse de l'UNICEF et de ses partenaires à la COVID-19 au Togo.

Vos opinions et commentaires au cours de cette discussion permettront de situer sur la mesure dans laquelle l'appui de l'Unicef a contribué à l'atteinte ou non des objectifs envisagés par la réponse COVID-19 d'une part et d'assister les gestionnaires de la réponse dans l'adoption de mesures correctives et dans l'apport d'ajustements destinés à améliorer la qualité et les effets de la réponse actuellement.

Les discussions vous prendront environ 50 minutes.

Avez-vous des questions ?

Axes de discussion

1. D'après vous, la réponse à la crise COVID-19 est-elle toujours pertinente dans votre région vu le contexte actuel (vaccination, évolution des cas de contamination) et pourquoi ?
2. Dans quelle mesure la réponse prend-elle en compte et répond-elle aux besoins spécifiques des enfants (filles et garçons) et de leurs familles ? et des familles les plus vulnérables ?
3. Quelle appréciation faites-vous du mécanisme de coordination à vos niveaux respectifs (secteur) dans le cadre de la réponse ?
4. Quels ont été les résultats atteints qui ont affecté les enfants et leurs familles ? Lesquels ont été les plus significatifs ?
5. Y a-t-il eu des écarts entre ce qui était prévu et ce qui a été réalisé concernant ce qui est lié à l'appui de l'Unicef ? Quels résultats n'ont pas été atteints ?
6. D'après vous, quels ont été les effets inattendus (positifs et négatifs) de la réponse à la COVID-19 l'appui de l'Unicef ? Comment ont-ils affecté la population en général et les enfants en particulier ?
7. **Sur le plan stratégique**, y a-t-il eu des écarts entre ce qui était prévu et ce qui a été réalisé au niveau de votre secteur ? Quels sont les éléments qui expliquent cet écart ? Qu'avez-vous tiré comme leçons ?
8. **Sur le plan opérationnel**, y a-t-il eu des écarts entre ce qui était prévu et ce qui a été réalisé au niveau de votre secteur ? Quels sont les éléments qui expliquent cet écart ? Qu'avez-vous tiré comme leçons ?
9. Quels sont les éléments en place ou qui devraient être place s'agissant de l'appui de l'Unicef pour assurer la pérennité des résultats de la réponse ?
10. Faut-il réorienter l'appui de l'Unicef ? de la réponse ? pourquoi ?
11. Quelles sont vos recommandations pour améliorer la mise en œuvre avec l'appui de l'Unicef et les résultats de la réponse, compte tenu du contexte actuel ?

Merci pour votre participation !

Evaluation Rapide au Milieu de l'Action (MARE) de la réponse de l'UNICEF et de ses partenaires à la covid-19 au Togo en 2020

**GUIDE DE DISCUSSION DE GROUPE AVEC LES ENFANTS :
CARTOGRAPHIE CORPORELLE**

Informations générales et caractéristiques des participants

N°	Questions	Modalités
Q1	Région	1 = Maritime 2 = Plateaux 3 = Centrale 4 = Kara 5 = Savanes
Q2	Localité	
Q3	Lieu de la discussion	
Q4	Cible (Groupe de filles/Groupe de garçons de 13 - 17 ans)	
Q5	Nom et prénoms des animateurs : 1. _____ / Contact _____ / Sexe : _____ 2. _____ / Contact _____ / Sexe : _____	
Q6	Date	/ __ / __ / Mai 2021
Q7	Heure de début	/ __ / __ / Heure Min
Q8	Heure de fin	/ __ / __ / Heure Min

Liste de participants à la discussion de groupe

Les discussions de groupe doivent réunir seulement un maximum de 12 participant-es.

Assurez-vous que chacun d'eux consente verbalement à prendre part à l'évaluation.

Identifiant	Age	Classe	Handicap Oui/Non	Si oui préciser	Consentement signé
P1.					
P2.					
P3.					
P4.					
P5.					
P6.					
P7.					
P8.					
P9.					
P10					
P11					
P12					

Les renseignements contenus dans ce questionnaire sont confidentiels. Ils sont couverts par le secret statistique et ne peuvent être publiés que sous forme anonyme.

Formulaire de consentement parental

Pour les entrevues des enfants dans le cadre de l'Évaluation Rapide au Milieu de l'Action (MARE)

Les témoignages et les photos sont très importants dans le cadre de cette évaluation pour l'Unicef. Ils nous aident à illustrer de manière directe les problématiques qui touchent les enfants, ainsi que le travail que l'Unicef fait.

Il se peut que nous utilisions votre témoignage dans nos supports de communication, pour publication dans le rapport d'évaluation, afin d'illustrer ce que nous faisons et ce que nous nous efforçons à changer pour améliorer la situation des enfants de par le monde. Votre photo et vos mots pourront éventuellement aussi être publiés sur internet ou diffusés à la télévision ou à la radio.

En connaissance de cause, accordez-vous à l'équipe de l'évaluation la permission de partager publiquement l'expérience de votre enfant et d'utiliser l'information à des fins éducatives et promotionnelles (par exemple, des rapports, des brochures) ?

Comprenez-vous que l'enfant ne percevra aucune somme d'argent comme résultat directe de cette interview ?

Avez-vous reçu toutes les explications nécessaires de notre part par rapport aux objectifs et retombées possibles de cette interview ?

Si oui, merci de remplir les informations ci-dessous :

Je soussigné(e) Monsieur/Madame.....
père/mère/sœur/frère/professeur/encadreur/tuteur de.....

DECLARE

Autoriser ce dernier/cette dernière à être interviewé(e) par :

Monsieur/Madame/Mlle.....de.....mandaté
(e) par l'Unicef.

Cette interview portera sur les thèmes suivants :
.....

Fait à....., le..... 2021

Nom et signature :

Etape 1 : Introduction et consentement

Bonjour [Mme/M.], je m'appelle _____ et je suis là dans le cadre de l'Evaluation Rapide au Milieu de l'Action (MARE) de la réponse de l'UNICEF et de ses partenaires à la covid-19 au Togo en 2020 commandité par Unicef Togo.

Les résultats de cette évaluation permettront de fournir des preuves solides à l'Unicef et au Gouvernement Togolais sur la mesure dans laquelle la réponse COVID-19 a atteint ou non les objectifs envisagés d'une part et d'assister les gestionnaires de la réponse dans l'adoption de mesures correctives et dans l'apport d'ajustements destinés à améliorer la qualité et les effets de la réponse actuelle.

C'est en ce sens que nous souhaiterions que vous participiez à cette évaluation car les informations que vous nous donnerez seront très utiles.

Je voudrais, avec votre accord vous poser certaines questions. Les informations que vous allez nous fournir seront confidentielles. Votre participation est complètement volontaire et il n'y aura pas de conséquences négatives si vous choisissez de ne pas répondre à nos questions.

Vous avez le droit de refuser de répondre aux questions qui vous paraissent gênantes et vous pouvez arrêter l'entretien à n'importe quel moment si vous le souhaitez.

Instructions

La méthode de cartographie corporelle sera utilisée lors des discussions de groupe avec les enfants de 13 à 17 ans dans les écoles. Et il s'agira des groupes homogènes de filles ou de garçons.

Les discussions seront facilitées par des modérateurs (étudiants) de même sexe que le groupe qu'ils animent.

Les étapes de la cartographie corporelle seront suivies pour mener les discussions.

- (i) Un enfant se portera volontaire pour se faire dessiner la silhouette de son corps sur une large feuille de papier collée au sol ;
- (ii) Des questions clés relatives à la carte du corps suivantes seront utilisées pour animer les discussions. Ces questions aborderont les changements avant et après les interventions appuyées par l'UNICEF.

Poser des questions sur les changements liés aux différentes parties du corps.

Brise-glace

1. Ces derniers temps de quelles maladies parle-t-on souvent dans votre milieu ?

2. Connaissez-vous des enfants qui doivent mendier ou travailler hors de chez eux à cause de la COVID-19 parce que leur famille n'a plus de revenus ? Si oui, combien d'enfants connaissez-vous dans cette situation ?

La tête : changements dans les connaissances des enfants, dans leur façon de penser et dans la façon dont les adultes pensent à eux.

1. Comment fait-on pour éviter d'être contaminé par la COVID-19 ?

2. Depuis quand connaissez-vous ces moyens ?

3. Par quels canaux /moyens avez-vous appris cela ?

4. Parmi ces moyens de prévention lesquels sont plus faciles à mettre en pratique pour les enfants ? Lesquels sont plus difficile ?

Les yeux : changements dans la façon dont les enfants se voient eux-mêmes et voient leur famille, leur communauté, leur école ainsi que le changement dans la façon dont les adultes les voient.

1. Depuis le début de la COVID-19, quels changements avez-vous observés dans les relations que vous entretenez avec votre famille ?

2. Quels changements avez-vous remarqué dans la manière dont vous vous voyez (? La façon dont vous regardez votre famille et les autres ? Et la façon dont les autres vous voient ?

Les oreilles : changements dans votre façon d'écouter et d'être écoutés par les autres.

1. Quels sont les changements dans votre façon d'écouter depuis l'apparition de la COVID-19 ?

2. Quels sont les changements dans la façon dont les autres vous écoutent depuis l'apparition de la COVID-19 ?

La bouche : changements dans la façon dont les enfants parlent et les adultes parlent d'eux et avec eux.

1. Depuis l'apparition de la COVID-19, quels sont les changements intervenus dans votre façon de parler entre vous ?

2. La façon dont vous parlez avec les autres (adultes) ?

3. La façon dont les adultes parlent avec les enfants ?

Les épaules : changements dans les responsabilités des enfants (filles et garçons).

1. Depuis que la COVID-19 existe, quels sont les changements que vous avez constatés dans vos responsabilités (dans vos devoirs, rôles) ?

Le cœur : changements dans la façon de se sentir et dans les attitudes des enfants envers les autres et des autres envers eux.

1. Depuis le début de la COVID-19, comment vous êtes-vous senti(e) s ?

Relance : Quels sentiments avez-vous depuis l'apparition de la COVID-19 ?

2. Depuis l'apparition de la COVID-19, quels sont les changements dans la façon dont les autres se sentent vis-à-vis de vous ?

L'estomac : changements dans ce que les enfants mangent.

1. Depuis l'apparition de la COVID-19, quels sont les changements intervenus dans ce que vous mangez ? Et dans votre façon de manger ?

Les mains et les bras : changements dans ce que les enfants font comme activités et la façon dont les adultes les traitent.

1. Depuis que la COVID-19 existe, quels sont les changements que vous avez constatés dans vos activités quotidiennes ?

2. Ces changements sont-ils restés comme tels jusqu'à maintenant ? Si non à quels moments y-a-t-il eu de nouveaux changements ?

3. Quels changements avez-vous constaté à l'école ? Depuis quand ?

4. Quels changements avez-vous constaté dans votre façon de travailler à l'école ? Depuis quand ?

5. Quels changements avez-vous constaté dans la façon de travailler à l'école des autres enfants ? Depuis quand ?

6. Quels sont les changements intervenus dans la façon dont les adultes vous traitent ?

Les pieds et les jambes : changements dans leurs déplacements.

1. Depuis l'apparition de la COVID-19, quels sont les changements intervenus dans vos déplacements ?

Pensez-vous que l'apparition de la COVID-19 a entraîné d'autres changements ? Dessinez-les, puis commentez-les.

Que faudrait-il faire différemment pour améliorer les programmes d'intervention contre la COVID-19 pour les enfants et leurs communautés ?

Commentaire général

MERCI POUR VOTRE PARTICIPATION !

Evaluation Rapide au Milieu de l'Action (MARE) de la réponse de l'UNICEF et de ses partenaires à la COVID-19 au Togo en 2020

GUIDE D'ENTRETIEN – CHEFS DE MENAGES

SECTION 0 : IDENTIFICATION

N°	Questions	Modalités
Q1	Région	1 = Maritime 2 = Plateaux 3 = Centrale 4 = Kara 5 = Savanes
Q2	Localité	
Q3	Sexe de l'enquêté	1 = Masculin 2 = Féminin
Q4	Activité professionnelle de l'enquêté	_____
Q5	Nom et prénoms de l'enquêteur :	
Q6	Date	/ __ / __ / Mai 2021
Q7	Heure de début	/ __ / __ / Heure Min
Q8	Heure de fin	/ __ / __ / Heure Min

Les renseignements contenus dans ce questionnaire sont confidentiels. Ils sont couverts par le secret statistique et ne peuvent être publiés que sous forme anonyme.

CONSENTEMENT

Bonjour [Mme/M.], je m'appelle _____ et je suis là dans le cadre de l'Evaluation Rapide au Milieu de l'Action (MARE) de la réponse de l'UNICEF et de ses partenaires à la COVID-19 au Togo en 2020.

Les résultats de cette évaluation permettront de fournir des preuves solides à l'Unicef et au Gouvernement Togolais sur la mesure dans laquelle la réponse COVID-19 a atteint ou non les objectifs envisagés d'une part et d'assister les gestionnaires de la réponse dans l'adoption de mesures correctives et dans l'apport d'ajustements destinés à améliorer la qualité et les effets de la réponse actuelle.

C'est en ce sens que nous souhaiterions que vous participiez à cette évaluation car les informations que vous nous donnerez seront très utiles.

Je voudrais, avec votre accord que vous répondiez à certaines questions. Les informations que vous allez nous fournir seront confidentielles. Votre participation est complètement volontaire et il n'y aura pas de conséquences négatives si vous choisissez de ne pas répondre à nos questions.

Vous avez le droit de refuser de répondre aux questions qui vous paraissent gênantes et vous pouvez arrêter l'entretien à n'importe quel moment si vous le souhaitez.

L'entretien vous prendra environ 30 - 40 minutes.

Avez-vous des questions ?

Donnez-vous votre accord pour participer à cette évaluation ?

1. Dites- nous ce que la COVID-19 a changé (en positif et négatif) dans votre vie personnelle et professionnelle, familiale et au sein de la communauté...Quels sont les changements constatés dans votre dynamique familiale depuis le début de la pandémie COVID-19 jusqu'à maintenant ?

2. Quels sont les changements constatés dans vos relations avec vos enfants depuis le début de la pandémie COVID-19 jusqu'à maintenant ?

3. Dites- nous ce que la COVID -19 a changé (en positif et négatif) en ce qui concerne l'éducation de vos enfants (Programmes d'enseignement ; relations enseignants-élèves ; relations entre élèves ; etc.) ?

4. Qu'est-ce qui a changé dans l'utilisation des services de santé par vos enfants à cause de la COVID-19 (Vaccination, Consultation, Soins) ?

5. Qu'est-ce qui a changé dans votre activité professionnelle à cause de la COVID-19 ?

6. Comment l'effet de COVID-19 sur votre activité professionnelle a-t-il affecté votre famille ?

7. Comment l'effet de COVID-19 sur votre activité professionnelle a-t-il affecté vos enfants ?

8. Quels effets de COVID-19 sur vos revenus ?

9. Comment l'effet de COVID-19 sur vos revenus a-t-il affecté votre famille ?

10. Comment l'effet de COVID-19 sur vos revenus a-t-il affecté vos enfants ?

11. Quels effets pensez-vous que l'épidémie de COVID-19 pourrait avoir

A moyen terme :

- sur votre vie ?
- sur votre santé ?
- sur la vie votre famille ?

12. Quels effets pensez-vous que l'épidémie de COVID-19 pourrait avoir

A long terme :

- sur votre vie ?
- sur votre santé ?
- sur la vie votre famille ?

13. Comment votre famille s'est-elle adaptée à la situation depuis l'apparition de la covid-19 ?

14. Avez-vous reçu des messages sur les mesures de prévention de COVID-19 ? Par quels canaux ?

15. Quels messages avez-vous retenus ?

16. Quelle appréciation faites-vous de la clarté et la compréhension des messages reçus ?

17. Dans quelle mesure avez-vous pu suivre les messages et vous conformer aux mesures communiquées par le gouvernement ?

18. Sinon quels ont été les obstacles ?

19. Comment avez-vous vécu la mise en œuvre des mesures de protection (confinement/bouclage, fermetures, couvre-feu, etc.) ?

20. Quels effets les mesures de protection ont eu sur votre vie quotidienne ?

21. Au vu de ces effets que recommanderiez-vous pour mieux véhiculer les messages de prévention ? Pour améliorer l'accès aux services de base (santé, éducation) ? Pour mieux soutenir la population à adresser les effets négatifs de la COVID-19 ?

Commentaire général

MERCI POUR LA PARTICIPATION

Evaluation Rapide au Milieu de l'Action (MARE) de la réponse de l'UNICEF et de ses partenaires à la covid-19 au Togo en 2020

**GUIDE DE DISCUSSION DE GROUPE AVEC LES ENFANTS :
CARTOGRAPHIE CORPORELLE**

Phase 2&3

Informations générales et caractéristiques des participants

N°	Questions	Modalités
Q1	Région	1 = Maritime 2 = Plateaux 3 = Centrale 4 = Kara 5 = Savanes
Q2	Localité	
Q3	Lieu de la discussion	
Q4	Cible (Groupe de filles/Groupe de garçons de 13 - 17 ans)	
Q5	Nom et prénoms des animateurs : 1. _____ /Contact _____ / Sexe : _____ 2. _____ /Contact _____ / Sexe : _____	
Q6	Date	/__ / __ / Août 2022
Q7	Heure de début	/__ / __ / Heure Min
Q8	Heure de fin	/__ / __ / Heure Min

Liste de participants à la discussion de groupe

Les discussions de groupe doivent réunir seulement un maximum de 12 participant-es.

Assurez-vous que chacun d'eux consente verbalement à prendre part à l'évaluation.

Identifiant	Age	Classe	Handicap Oui/Non	Si oui préciser	Consentement signé
P1.					
P2.					
P3.					
P4.					
P5.					
P6.					
P7.					
P8.					
P9.					
P10					
P11					
P12					

Les renseignements contenus dans ce questionnaire sont confidentiels. Ils sont couverts par le secret statistique et ne peuvent être publiés que sous forme anonyme.

Formulaire de consentement parental

Pour les entrevues des enfants dans le cadre de l'Évaluation Rapide au Milieu de l'Action (MARE)

Les témoignages et les photos sont très importants dans le cadre de cette évaluation pour l'Unicef. Ils nous aident à illustrer de manière directe les problématiques qui touchent les enfants, ainsi que le travail que l'Unicef fait.

Il se peut que nous utilisions votre témoignage dans nos supports de communication, pour publication dans le rapport d'évaluation, afin d'illustrer ce que nous faisons et ce que nous nous efforçons à changer pour améliorer la situation des enfants de par le monde. Votre photo et vos mots pourront éventuellement aussi être publiés sur internet ou diffusés à la télévision ou à la radio.

En connaissance de cause, accordez-vous à l'équipe de l'évaluation la permission de partager publiquement l'expérience de votre enfant et d'utiliser l'information à des fins éducatives et promotionnelles (par exemple, des rapports, des brochures) ?

Comprenez-vous que l'enfant ne percevra aucune somme d'argent comme résultat directe de cette interview ?

Avez-vous reçu toutes les explications nécessaires de notre part par rapport aux objectifs et retombées possibles de cette interview ?

Si oui, merci de remplir les informations ci-dessous :

Je soussigné(e) Monsieur/Madame.....
père/mère/sœur/frère/professeur/encadreur/tuteur de.....

DECLARE

Autoriser ce dernier/cette dernière à être interviewé(e) par :

Monsieur/Madame/Mlle.....de.....mandaté
(e) par l'Unicef.

Cette interview portera sur les thèmes suivants :
.....

Fait à....., le..... 2022

Nom et signature :

Etape 1 : Introduction et consentement

Bonjour [Mme/M.], je m'appelle _____ et je suis là dans le cadre de l'Evaluation Rapide au Milieu de l'Action (MARE) de la réponse de l'UNICEF et de ses partenaires à la covid-19 au Togo en 2020 commandité par Unicef Togo.

Les résultats de cette évaluation permettront de fournir des preuves solides à l'Unicef et au Gouvernement Togolais sur la mesure dans laquelle la réponse COVID-19 a atteint ou non les objectifs envisagés d'une part et d'assister les gestionnaires de la réponse dans l'adoption de mesures correctives et dans l'apport d'ajustements destinés à améliorer la qualité et les effets de la réponse actuelle.

C'est en ce sens que nous souhaiterions que vous participiez à cette évaluation car les informations que vous nous donnerez seront très utiles.

Je voudrais, avec votre accord vous poser certaines questions. Les informations que vous allez nous fournir seront confidentielles. Votre participation est complètement volontaire et il n'y aura pas de conséquences négatives si vous choisissez de ne pas répondre à nos questions.

Vous avez le droit de refuser de répondre aux questions qui vous paraissent gênantes et vous pouvez arrêter l'entretien à n'importe quel moment si vous le souhaitez.

Instructions

La méthode de cartographie corporelle sera utilisée lors des discussions de groupe avec les enfants de 13 à 17 ans dans les écoles. Et il s'agira des groupes homogènes de filles ou de garçons.

Les discussions seront facilitées par des modérateurs (étudiants) de même sexe que le groupe qu'ils animent.

Les étapes de la cartographie corporelle seront suivies pour mener les discussions.

- (iii) Un enfant se portera volontaire pour se faire dessiner la silhouette de son corps sur une large feuille de papier collée au sol ;
- (iv) Des questions clés relatives à la carte du corps suivantes seront utilisées pour animer les discussions. Ces questions aborderont les changements avant et après les interventions appuyées par l'UNICEF.

Poser des questions sur les changements liés aux différentes parties du corps.

Brise-glace

5. Ces derniers temps de quoi parle-t-on souvent dans votre milieu (problèmes, phénomène...)?

La tête : Changements dans les connaissances des enfants, dans leur façon de penser et dans la façon dont les adultes pensent à eux.

3. Que pensez-vous de la COVID-19 actuellement dans votre communauté ?

4. Qu'est-ce qui a changé dans votre façon de penser depuis l'année dernière ?

Les yeux : changements dans la façon dont les enfants se voient eux-mêmes et voient leur famille, leur communauté, leur école ainsi que le changement dans la façon dont les adultes les voient.

3. Depuis l'année dernière, quels changements avez-vous observés dans les relations que vous entretenez avec votre famille ?

4. Quels changements avez-vous remarqué dans la manière dont vous vous voyez (? La façon dont vous regardez votre famille et les autres ? Et la façon dont les autres vous voient actuellement ?

Les oreilles : changements dans votre façon d'écouter et d'être écoutés par les autres.

3. Quels sont les changements dans votre façon d'écouter actuellement ?

La bouche : changements dans la façon dont les enfants parlent et les adultes parlent d'eux et avec eux.

4. Quels sont les changements intervenus dans votre façon de parler entre vous actuellement ?

5. La façon dont vous parlez avec les autres (adultes) ?

6. La façon dont les adultes parlent avec les enfants ?

Les épaules : changements dans les responsabilités des enfants (filles et garçons).

2. Quels sont les changements que vous avez constatés dans vos responsabilités (dans vos devoirs, rôles) depuis que la COVID-19 a régressé ?

Le cœur : changements dans la façon de se sentir et dans les attitudes des enfants envers les autres et des autres envers eux.

3. Depuis que la COVID-19 a régressé, comment vous êtes-vous senti(e) s ?

Relance : Quels sentiments avez-vous ?

4. Et quels sont les changements dans la façon dont les autres se sentent vis-à-vis de vous ?

L'estomac : changements dans ce que les enfants mangent.

2. Quels sont les changements intervenus dans ce que vous mangez actuellement comparé au début de la COVID-19 ? Et dans votre façon de manger ?

Les mains et les bras : changements dans ce que les enfants font comme activités et la façon dont les adultes les traitent.

7. Quels changements constatez-vous dans vos activités quotidiennes actuellement ?

8. Quels changements avez-vous constaté à l'école ? Depuis quand ? Et dans votre façon de travailler à l'école ?

9. Quels sont les changements intervenus dans la façon dont les adultes vous traitent ?

Les pieds et les jambes : changements dans leurs déplacements.

Quels sont les changements intervenus dans vos déplacements depuis la baisse des cas de COVID-19 ?

Avez-vous constaté d'autres changements depuis l'année passée ? Dessinez-les, puis commentez-les.

Que faites-vous pour faire face à ces changements ? (Que fait votre famille, votre communauté) ? Que pensez-vous faire ?

Commentaire général

MERCI POUR VOTRE PARTICIPATION !

Evaluation Rapide au Milieu de l'Action (MARE) de la réponse de l'UNICEF et de ses partenaires à la COVID-19 au Togo en 2020

GUIDE D'ENTRETIEN – CHEFS DE MENAGES

Phase 2&3

SECTION 0 : IDENTIFICATION

N°	Questions	Modalités
Q1	Région	1 = Maritime 2 = Plateaux 3 = Centrale 4 = Kara 5 = Savanes
Q2	Localité	
Q3	Sexe de l'enquêté	1 = Masculin 2 = Féminin
Q4	Activité professionnelle de l'enquêté	_____
Q5	Nom et prénoms de l'enquêteur :	
Q6	Date	/__ / __ / Août 2022
Q7	Heure de début	/__ / __ / Heure Min
Q8	Heure de fin	/__ / __ / Heure Min

Les renseignements contenus dans ce questionnaire sont confidentiels. Ils sont couverts par le secret statistique et ne peuvent être publiés que sous forme anonyme.

CONSENTEMENT

Bonjour [Mme/M.], je m'appelle _____ et je suis là dans le cadre de l'Évaluation Rapide au Milieu de l'Action (MARE) de la réponse de l'UNICEF et de ses partenaires à la COVID-19 au Togo en 2020.

Les résultats de cette évaluation permettront de fournir des preuves solides à l'Unicef et au Gouvernement Togolais sur la mesure dans laquelle la réponse COVID-19 a atteint ou non les objectifs envisagés d'une part et d'assister les gestionnaires de la réponse dans l'adoption de mesures correctives et dans l'apport d'ajustements destinés à améliorer la qualité et les effets de la réponse actuelle.

C'est en ce sens que nous souhaiterions que vous participiez à cette évaluation car les informations que vous nous donnerez seront très utiles.

Je voudrais, avec votre accord que vous répondiez à certaines questions. Les informations que vous allez nous fournir seront confidentielles. Votre participation est complètement volontaire et il n'y aura pas de conséquences négatives si vous choisissez de ne pas répondre à nos questions.

Vous avez le droit de refuser de répondre aux questions qui vous paraissent gênantes et vous pouvez arrêter l'entretien à n'importe quel moment si vous le souhaitez.

L'entretien vous prendra environ 30 minutes.

Avez-vous des questions ?

Donnez-vous votre accord pour participer à cette évaluation ?

1. Quels changements avez-vous constaté dans votre vie et votre communauté depuis l'année passée ?

2. Comment vous êtes-vous adapté à la situation ? Comment votre famille s'est-elle adaptée à la situation ?

3. Dites- nous ce que la COVID-19 a changé (en positif et négatif) dans votre vie personnelle et professionnelle, familiale et au sein de la communauté...Quels sont les changements constatés dans votre dynamique familiale depuis le début de la pandémie COVID-19 jusqu'à maintenant surtout dans vos relations avec vos enfants ?

4. Comment votre famille s'est-elle adaptée à la situation depuis l'apparition de la covid-19 ?

5. Que faites-vous pour faire face à ces changements ? Que pensez-vous faire ?

6. Que fait la communauté ou que pensez-vous qu'elle peut faire pour faire face à ces changements ?

Commentaire général

MERCI POUR LA PARTICIPATION