



**Évaluation de l'impact du projet**  
**« Appui à la création d'un environnement ami des enfants à travers la**  
**participation communautaire dans les régions des Savanes, de Kara et de la**  
**Maritime »**  
*Financement du gouvernement du Japon*

## **Rapport final**

**IGIP AFRIQUE** Sarl  
Ingénieurs Conseils  
Eau - Environnement – Energie  
01 BP 4893 Ouagadougou 01 – BURKINA FASO  
Tél : (226) 50 34 15 29 ; email : [igipafrique-bf@zcp.bf](mailto:igipafrique-bf@zcp.bf)

**Septembre 2011**

<b>TABLE DES MATIERES</b>	
<b>LISTE DES ABREVIATIONS ET SIGLES.....</b>	<b>3</b>
<b>LISTE DES TABLEAUX .....</b>	<b>4</b>
<b>REMERCIEMENTS.....</b>	<b>5</b>
<b>RESUME ANALYTIQUE.....</b>	<b>6</b>
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>9</b>
1 PRESENTATION DU PROJET .....	10
2 OBJECTIFS ET METHODOLOGIE DE L'EVALUATION.....	12
2.1 OBJECTIFS .....	12
2.2 METHODOLOGIE DE L'EVALUATION .....	12
2.2.1 COLLECTE DES DONNEES .....	12
2.2.2 ECHANTILLON OBSERVE ET DONNEES COLLECTEES.....	13
2.2.3 TRAITEMENT ET ANALYSE DES DONNEES .....	15
3 DIFFICULTES RENCONTREES AU COURS DE L'EVALUATION.....	15
4 RESULTATS DE L'EVALUATION .....	16
4.1 ANALYSE DE LA PERTINENCE DU PROJET .....	16
4.1.1 DE L'ADEQUATION AVEC LA POLITIQUE GOUVERNEMENTALE.....	16
4.1.2 PRISE EN COMPTE DES BESOINS DES POPULATIONS .....	17
4.2 ANALYSE DE L'EFFICACITE ET DE L'EFFICIENCE DU PROJET .....	19
4.2.1 EFFICACITE DU PROJET .....	19
4.2.1.1 EFFICACITE DU VOLET EDUCATION.....	19
4.2.1.2 EFFICACITE DU VOLET SANTE .....	21
4.2.1.3 EFFICACITE DU VOLET EAU POTABLE, HYGIENE ET ASSAINISSEMENT (AEPHA) .....	24
4.2.2 EFFICIENCE DU PROJET .....	25
4.2.2.1 EFFICIENCE VOLET EDUCATION.....	25
4.2.2.2 EFFICIENCE DU VOLET SANTE .....	26
4.2.2.3 EFFICIENCE DU VOLET AEPHA.....	28
4.2.3 PRISE EN COMPTE DES QUESTIONS TRANSVERSALES COMME LE GENRE, LE VIH ET LE SIDA, 28	
4.3 EFFETS DU PROJET .....	29
4.3.1 EFFETS DU VOLET EDUCATION .....	29
4.3.2 EFFETS DU VOLET SANTE .....	39
4.3.3 EFFET DU VOLET AEPHA .....	45
4.3.4 APPRECIATIONS GENERALES PAR RAPPORT A LA MISE EN ŒUVRE DU PROJET .....	49
4.3.5 DURABILITE DU PROJET .....	50
4.4 LEÇONS APPRISES ET RECOMMANDATIONS .....	52
4.4.1 LEÇONS APPRISES ET LES BONNES PRATIQUES DU PROJET .....	52
4.4.2 RECOMMANDATIONS .....	52
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>54</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>55</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>57</b>

## LISTE DES ABREVIATIONS ET SIGLES

AEPHA	: Approvisionnement en eau potable, hygiène et assainissement
AEPA	: Approvisionnement en eau potable et assainissement
CMS	: Centre médical et social
COGES	: Comité de gestion
CPE	: Comité des parents d'élèves
CPN	: Consultation prénatale
CREPA	: Centre régional de l'eau potable et de l'assainissement
CSS	: Comité de santé scolaire
DRE	: Direction régionale de l'éducation
DRPDAT	: Direction régionale du plan, du développement et de l'aménagement du territoire
DRS	: Direction régionale de la santé
DSRP	: Document de stratégie de réduction de la pauvreté
EDIL	: Ecole d'initiative locale
EPP	: Ecole primaire publique
EPT	: Education pour tous
IGIP Afrique	: Ingenieur Gesellschaft für Internationale Planungsaufgaben en Afrique
MEPSA	: Ministère de l'enseignement primaire, secondaire et de l'alphabétisation
ONG	: Organisation non gouvernementale
PEP	: Poste d'eau potable
PHAST	: Promotion de l'hygiène, de l'assainissement et de la santé pour tous
PNDS	: Plan national de développement sanitaire
PTME/VIH	: Prévention de la transmission mère enfant du VIH
TDR	: Termes de référence
UNICEF	: Fonds des nations unies pour l'enfance
USP	: Unité de soins périphérique

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Niveau d'effort selon les domaines d'intervention du projet .....	11
Tableau 2 : Répartition des sites retenus, types et nombre de collectes réalisées selon les régions.....	13
Tableau 3 : Echantillon élèves des focus group .....	14
Tableau 4 : Taux de réalisation des activités du volet éducation prévues dans le plan d'action du projet .....	20
Tableau 5 : Répartition des structures sanitaires réhabilitées, des sites PTME et des sites de nutrition par région.....	21
Tableau 6 : Couverture de la PTME dans les trois régions du projet en 2010 .....	22
Tableau 7 : Réalisations du volet AEPHA dans les EPP.....	24
Tableau 8 : Réalisations du volet AEPHA dans les USP .....	24
Tableau 9 : Coût moyen prévisionnel et coût moyen de réalisation par rubrique de dépenses.....	25
Tableau 10: Mobilisation des ressources pour la réhabilitation des formations sanitaires.....	27
Tableau 11 : Situation des dépenses affectées au volet santé.....	27
Tableau 12 : Pourcentage de CPE /région par fréquence des réunions .....	30
Tableau 13 : Pourcentage de CPE par région selon les modalités de cotisation .....	31
Tableau 14 : Situation de certains indicateurs par région en 2010-2011 (échantillon de l'enquête).....	34
Tableau 15: Répartition des parents selon ce qu'ils font en premier lorsque leur enfant est malade...	42
Tableau 16 :Fréquence des changements intervenus énumérés par les parents enquêtés .....	43
Tableau 17 : Fréquence des suggestions faites par les parents pour amener les populations à se soigner à l'USP : .....	44

## **REMERCIEMENTS**

Les membres de l'équipe d'évaluation du bureau IGIP Afrique, remercient très sincèrement toutes les personnes physiques et morales qui ont facilité la réalisation de l'évaluation finale du projet financé par le gouvernement du Japon. Ils remercient les responsables de l'UNICEF/TOGO, en particulier la Représentante de l'UNICEF, pour la confiance faite au bureau d'études IGIP Afrique et les facilités qui ont été accordées aux experts pour la réalisation de leur mission dans de bonnes conditions.

L'équipe d'évaluation adresse également ses remerciements aux responsables des ONG partenaires de l'UNICEF à savoir CREPA, Aide et Action et des différentes structures techniques des Ministères chargés du Plan, de l'Education et de la Santé pour leur disponibilité et leurs appuis multiformes.

Enfin, la mission remercie sincèrement les populations cibles, touchées au cours de l'enquête terrain pour leur participation à l'enquête.

## RESUME ANALYTIQUE

Le projet d'Appui à la création d'un environnement ami des enfants dans les régions des Savanes, de la Kara et de la Maritime a été initié par l'UNICEF avec l'appui financier du Gouvernement du Japon. Il visait à soutenir la république du Togo dans ses efforts de développement dans le domaine de l'éducation et de la santé.

Le projet qui a couvert la période d'avril 2009 à juin 2011, avait pour ambition de contribuer à l'effort national entrepris pour l'amélioration de l'accès des enfants aux services essentiels d'éducation, de santé, d'eau, d'hygiène et d'assainissement en vue de leur développement harmonieux. Ces efforts s'inscrivent dans la stratégie de réduction de la pauvreté et des objectifs du millénaire pour le développement.

Le projet a couvert trois régions choisies pour leur niveau de pauvreté élevé et leur vulnérabilité. Dans ces régions, 60 écoles primaires et 60 unités de soins périphériques ont fait l'objet de l'intervention du projet comportant entre autres, la construction, la réhabilitation et l'équipement de salles de classes, la réhabilitation et l'équipement d'USP, la mise en place de points d'eau potable et d'ouvrages d'assainissement.

Le financement du projet accordé par le Gouvernement du Japon a été de 4 374 638 USD soit plus de deux milliards de FCFA. L'intervention du projet, basée sur une approche intégrée et participative, a impliqué les acteurs des secteurs du Plan, de l'Education et de la Santé, les ONG partenaires que sont CREPA et Aide et Action, et les communautés bénéficiaires.

La présente évaluation finale du projet a eu pour objectifs de : (i) mesurer les effets directs et l'impact des actions du projet japonais pour atteindre les résultats du programme en matière d'Education, d'Eau, Hygiène et Assainissement et de la Santé des enfants (filles & garçons) dans les localités retenues; (ii) mesurer les effets directs et l'impact du projet ; (iii) vérifier l'adéquation du projet par rapport aux politiques de l'Etat et aux besoins des populations bénéficiaires dans le domaine de l'éducation, la santé et l'eau et l'assainissement ; (iv) répertorier les changements à apporter pour permettre au programme de contribuer de façon optimale aux priorités de l'UNDAF et du DSRP.

Pour ce faire, la méthodologie de l'évaluation s'est articulée autour de trois phases : i) une phase préparatoire qui a servi à la rencontre de cadrage de l'évaluation avec l'équipe de l'UNICEF, à l'élaboration des outils de collecte de données, à la formation des enquêteurs et au pré-test des outils. ii) Une phase de collecte des données sur le terrain a combiné plusieurs techniques de collecte de données primaires auprès des différents responsables aux niveaux central, régional et local ainsi qu'auprès des bénéficiaires. Des visites d'ouvrages, de même que la synthèse des données secondaires notamment quantitatives à partir des annuaires statistiques et des rapports d'activités du projet et d'autres documents nationaux et internationaux, ont été faites. L'enquête terrain a été menée dans 17 écoles, 17 USP, 22 villages échantillonnés et auprès de 440 parents. Seize (16) *focus group* composés d'élèves garçons et filles ont également été réalisés. iii) la phase de traitement et l'analyse des données collectées. Les données collectées ont été saisies, traitées et analysées à l'aide des logiciels SPSS, ACCES et Excel en fonction des résultats attendus de la mission et suivant le plan d'analyse préétabli et approuvé par le commanditaire.

Tout le long de l'évaluation, l'équipe de consultants a bénéficié de la contribution et de l'appui des responsables de l'UNICEF, des institutions étatiques et des ONG partenaires de l'UNICEF.

L'analyse a porté sur la pertinence du projet, son efficacité, son efficience, ses effets et sa durabilité. Elle a permis d'apprécier la performance du projet, de tirer les leçons apprises de sa mise en œuvre et de faire des recommandations.

De l'appréciation de la pertinence, il résulte que le projet est en adéquation avec les politiques nationales en matière d'éducation, de santé, d'approvisionnement en eau potable, d'hygiène et d'assainissement. Les objectifs poursuivis par le projet cadrent parfaitement avec la Politique nationale d'éducation (EPT) et la mise en œuvre du Plan national de développement sanitaire (PNDS) 2009-2013. En plus il s'inscrit en droite ligne des orientations contenues dans le document de Stratégie de réduction de la pauvreté (DSRP). La stratégie du projet bâtie autour de l'intégration d'interventions relevant de plusieurs secteurs, de l'implication des institutions de l'Etat et des ONG partenaires et de la participation des communautés bénéficiaires organisées au sein des comités de santé des élèves, des comités de parents d'élèves et des comités de gestion des formations sanitaires s'est révélée pertinente eu égard aux résultats atteints. Les activités identifiées sont aussi en parfaite cohérence avec les besoins des communautés qui ont été impliquées dans la mise en œuvre.

L'efficacité du projet a été jugée également très bonne au regard de la performance du projet par rapport aux résultats attendus et des objectifs fixés. En effet, le taux d'exécution des activités par rapport aux prévisions est très satisfaisant sur l'ensemble des volets du projet : la totalité des activités relatives à la construction de 18 modules de 3 classes et la réhabilitation de 42 bâtiments scolaires, l'équipement des salles de classes, la dotation en kits scolaires, a été réalisé. Au niveau du volet sanitaire, toutes les structures programmées pour être réhabilitées et équipées l'ont été ; elles ont toutes intégré des services de nutrition et 98% d'entre elles mettent en œuvre des services de prévention de la transmission mère-enfant du VIH, contribuant ainsi à accroître la disponibilité des services de nutrition et de lutte contre le VIH. Dans le volet approvisionnement en eau, hygiène et assainissement, la réalisation des ouvrages a connu des taux très satisfaisants au-delà des prévisions tant au niveau des points d'eau potable que des ouvrages d'assainissement.

L'efficience a été appréciée sur la base des coûts de réalisation par rapport aux coûts prévisionnels. Dans l'ensemble des volets du projet, l'efficience a été jugée satisfaisante du fait des écarts relativement faibles entre l'exécution et la prévision budgétaires. Mieux, dans le volet construction des modules de classes, des économies réalisées de l'ordre de 4% ont permis de compenser le déficit au niveau des réhabilitations.

La durée relativement courte du projet ne permet pas de mesurer l'impact ; aussi l'évaluation a-t-elle porté sur les effets du projet. Les analyses montrent une amélioration de l'accès à l'école et des conditions d'encadrement pédagogique et d'apprentissage. Ainsi, on enregistre entre 2008 et 2010, un accroissement du nombre d'élèves et notamment celui des filles qui a augmenté de 5% dans l'ensemble des trois régions et très fortement dans la Kara (22%). L'amélioration des conditions matérielles d'apprentissage s'est traduite par des ratios élèves/table-banc de 2,6 en 2010 contre 4 en 2008, du ratio élèves/salles en dur de 68 contre 94. Les ratios élèves/enseignants, élèves/manuel de lecture, élèves/manuel de calcul sont passés de 2008 à 2010 respectivement de 49,5 à 47,8, de 2 à 1 puis de 3 à 1,4. Le taux d'abandon reste cependant élevé en particulier en classes de CP1 (14%) et de CM1 (7%). Il s'expliquerait par les difficultés d'alimentation des élèves, des mariages précoces et des grossesses non désirées chez les filles.

Au niveau sanitaire, un accroissement du taux de fréquentation des structures réhabilitées a été noté. Le taux moyen de fréquentation dans les trois régions passe respectivement de 25% en 2008 à 36% en 2010 pour les Savanes, de 27% à 44% pour la Kara, et de 23% à 24% pour la Maritime. Les 58 sites PTME mis en place dans les trois régions ont permis en 2010 à 87,04% des femmes enceintes reçues en CPN de faire le test de dépistage du VIH et à 90,46% des femmes enceintes séropositives de bénéficier d'un traitement ARV. La prise en charge de la malnutrition a concerné plus de 15 mille femmes enceintes et allaitantes malnutries et plus de 20 mille enfants malnutris de 2009 et 2010.

Au niveau de l'AEPHA, le projet a permis le développement de bonnes pratiques. Dans toutes les écoles, les latrines sont utilisées en respectant la séparation des blocs de filles et ceux des garçons. Les dispositifs de lavage des mains sont également utilisés avec une diffusion de la pratique de lavage des mains à la maison par les élèves interviewés.

Par contre, si à l'école tous les élèves boivent l'eau des points d'eau potable et utilisent des latrines, il n'en est pas de même dans leur famille, en raison de l'absence de points d'eau potable et de latrines dans certaines familles.

La pérennité des effets du projet a été appréciée du point de vue social, financier et technique en ressortant les facteurs capables de garantir leur durabilité. Du point de vue social, le renforcement des capacités des acteurs communautaires (CPE, Comité de santé scolaire, COGES) constitue une mesure importante nécessaire à l'appropriation des actions et à la pérennisation des effets. Il permet d'assurer la durabilité de ces effets à travers une bonne gestion des infrastructures et la sensibilisation continue des cibles pour l'adoption de comportements et pratiques favorables à l'accès des enfants à l'école, à l'hygiène et à la santé. Du point de vue financier, l'intérêt porté par l'Etat et les différents bailleurs de fonds au financement des secteurs sociaux, augure une bonne perspective de mobilisation continue des financements pour les activités relatives à l'amélioration de l'accès à l'éducation et la promotion de la santé des groupes spécifiques. Du point de vue institutionnel, la stratégie intégrée de mise en œuvre basée sur un partenariat UNICEF-ONG partenaires-structures techniques de l'Etat-populations bénéficiaires s'est révélée pertinente et efficace notamment au niveau régional. Elle traduit la disponibilité de ressources managériales capables d'assurer à long terme la durabilité. Enfin, du point de vue technique, l'utilisation d'une expertise nationale à travers le Ministère de la santé, les ONG internationales implantées au Togo, le transfert des compétences effectuées vers les animateurs locaux, les enseignants, les agents de santé et organisations à base communautaire, contribue à asseoir à terme, une durabilité des différents effets observés.

Il faut signaler cependant que si les conditions d'une durabilité des effets du projet existent, elle dépendent fortement de la capacité des communautés et des institutions étatiques à maintenir les acquis et à perpétuer les actions sur le long terme. C'est pourquoi l'UNICEF doit consolider les acquis en poursuivant le renforcement des capacités des acteurs, l'amélioration des capacités d'accueil des élèves et des conditions matérielles d'enseignement mais aussi prendre en compte les facteurs limitant ressortis lors de l'évaluation. Il s'agit particulièrement de mettre en place des cantines scolaires, de développer la santé scolaire, d'améliorer les conditions de travail des enseignants et de faire la promotion de latrines familiales.



## INTRODUCTION

Situé au sud de l'Afrique de l'Ouest, le Togo a une population estimée à 6 millions d'habitants en 2009, dont près de la moitié est constituée de jeunes (43,7%) de moins de 15 ans. Le pays a connu au cours des années 90 une instabilité sociopolitique et économique qui a eu un impact défavorable sur les indicateurs socio-économiques. Aussi, l'indice de développement humain du Togo, est passé de 0,510 en 1990, à 0,495 en 2004. Cette situation est le reflet de la contre performance du pays sur le plan économique. En effet, le taux de croissance du PIB réel a évolué en dents de scies se situant entre -0,2 en 2002 et 3,7 en 2010. Cette évolution de l'économie togolaise, conséquence de la chute de la production et de la détérioration des termes de l'échange dans les secteurs traditionnellement porteurs (phosphates, coton etc.) et de la faiblesse des investissements liée entre autres à la réduction de l'aide publique au développement, a eu des répercussions sur la situation sociale marquée par l'aggravation de la pauvreté. En plus de cela, l'augmentation des prix des denrées alimentaires et des produits pétroliers a ralenti les progrès enregistrés et affecté les populations les plus pauvres. Environ 61,7% des Togolais vivent en dessous du seuil de la pauvreté. La situation est plus difficile en milieu rural où vivent 79,7%<sup>1</sup> des pauvres. Les régions les plus affectées sont celles des Savanes, Centrale, Kara et Maritime, où l'incidence de la pauvreté se situe respectivement à 90,5%, 77,7%, 75,0% et 69,4%.

Le financement des secteurs sociaux notamment l'éducation et la santé a souffert de la diminution des dépenses publiques. Cette situation a eu pour conséquence le faible développement de l'accès à l'éducation (le TBS est passé de 109% en 2008<sup>2</sup> à seulement 113,8 en 2010). Le secteur sanitaire quant à lui, se caractérise par des taux élevés de mortalité maternelle (478 pour 100.000 naissances vivantes en 1998) et infanto-juvénile (123‰ en 2006). La prévalence du VIH/Sida est actuellement estimée à 3,2% de la population sexuellement active de 15 à 49 ans. La fourniture des services sociaux (éducation et santé) est aussi caractérisée par une détérioration des infrastructures et de la qualité de ces services.

Le Togo a souscrit aux OMD, dont l'objectif de l'éducation pour tous (EPT) en 2015. Cependant les statistiques nationales<sup>3</sup> indiquent que le pays est loin d'atteindre les objectifs. Le taux net d'accès à l'enseignement primaire est estimé à 70% en 2009 avec des disparités régionales importantes ; la région de la Maritime enregistre le plus faible taux d'accès (44%). L'efficacité interne du système montre un niveau élevé des taux de redoublements (24%) et un taux d'achèvement qui reste bas (57%). Le taux d'achèvement des filles était de 51% contre 63% pour les garçons<sup>4</sup>. L'un des principaux facteurs contribuant à cette situation est la faible qualité de l'environnement éducatif ; ceci résulte de la faiblesse des investissements publics avec pour conséquences l'absence et l'inadéquation des infrastructures scolaires, des ouvrages d'eau et d'assainissement (latrines, points d'eau potable), de matériel pédagogique, de fournitures scolaires et d'espaces de jeux nécessaires à l'épanouissement des enfants à l'école.

---

<sup>1</sup> Stratégie national de développement du Togo, Gouvernement Togo/PNUD 2007

<sup>2</sup> Annuaire statistiques de l'éducation. 2008-2009

<sup>3</sup> Annuaire statistiques de l'éducation. 2008-2009

En matière de santé, la situation nationale reste préoccupante. Les performances du système de santé sont faibles qui se caractérise par le faible accès aux services sanitaires. La faiblesse du niveau d'éducation, les croyances traditionnelles et le faible accès à une alimentation normale contribuent aux taux élevés de mortalité maternelle et infantile.

En vue d'accélérer l'atteinte de l'objectif de l'éducation pour tous (EPT) en 2015, le Gouvernement Togolais a décrété, en octobre 2008, l'abolition des frais scolaires pour l'éducation préscolaire et le primaire public. Cette décision a eu pour effet l'augmentation globale des effectifs de l'enseignement primaire public<sup>5</sup> sur l'ensemble du territoire à hauteur de 13% avec un pic de 27% pour les nouvelles entrées (CP1) en 2008-2009. En termes de répartition régionale, l'augmentation globale est plus forte dans la région des Savanes (+14%), suivie de Lomé Golfe (+13%), des régions des Plateaux et de la Maritime (+12%), puis de celles de la Centrale et de Kara (+11%). Concernant la hausse du nombre de nouveaux inscrits, la région des Plateaux (+32%) et de la Maritime (+31%) arrivent en tête, suivies de la Centrale et des Savanes (+25%), puis de Lomé Golfe (+23%) et de Kara (+22%).

Cette augmentation a créé des besoins importants en termes de renforcement de capacités du système éducatif, incluant la construction/réhabilitation et l'équipement de salles de classes, la dotation en matériel didactique, la formation et la rémunération de nouveaux enseignants.

C'est dans ce contexte que le Gouvernement du Japon a signé un Accord de partenariat avec l'UNICEF s'inscrivant dans le cadre du Programme de Coopération Togo-UNICEF et allouant un montant de 4, 374,638 USD destinés à appuyer le Togo pour l'atteinte de l'EPT.

À cet effet, trois régions ont été ciblées comme zone du projet à savoir les Savanes, la Kara et la Maritime. Le choix de ces régions se justifie par la pauvreté chronique des communautés et l'accès difficile des enfants aux services sociaux de base. De plus, ces régions, subissent régulièrement des aléas climatiques qui entraînent une désertification, des inondations récurrentes et un niveau élevé d'insécurité alimentaire.

Le présent rapport présente les résultats de l'évaluation finale du projet et comprend les principaux points suivants : i) la présentation du projet ; ii) les objectifs de l'évaluation et la méthodologie adoptée ; iii) les résultats ; iv) les leçons apprises et les recommandations.

## **1 Présentation du Projet**

Le projet «*Appui à la création d'un environnement ami des enfants dans les régions des Savanes, de Kara et de la Maritime* » initié par l'UNICEF avec l'appui du Gouvernement du Japon, a réellement débuté en avril 2009 et a pris fin en juin 2011. Ce projet a mis l'accent sur les domaines prioritaires de l'éducation primaire, de la santé maternelle et infantile notamment la nutrition et la prévention de la transmission mère-enfant du VIH, l'approvisionnement en eau potable, l'hygiène et l'assainissement.

L'objectif général du projet visait l'amélioration de l'accès des enfants aux services essentiels d'éducation, de santé, d'eau, d'hygiène et d'assainissement en vue de leur développement harmonieux.

---

<sup>5</sup> Pour le préscolaire, l'augmentation moyenne des effectifs est de 54%, avec dans l'ordre, la Centrale (+83%), Lomé Golfe (+73%), Kara (+48%), la Maritime et les Plateaux (+43%) et les Savanes (+37%)

Les objectifs spécifiques du projet portaient sur :

- l'amélioration de l'accès à une éducation de base de qualité à travers la mise à disposition d'un environnement favorable aux apprentissages et à l'enseignement des enfants, ainsi qu'une participation communautaire plus accrue à la gestion et gouvernance scolaires ;
- l'amélioration de l'accès à l'eau, à l'assainissement et à l'hygiène dans les écoles car elle contribue à de meilleures conditions de santé des enfants ainsi qu'à l'amélioration de leurs performances scolaires. L'école joue un rôle prépondérant pour favoriser le changement de comportement en ce qui concerne l'hygiène, ce qui peut contribuer à terme à améliorer la santé publique. En effet, l'amélioration des pratiques d'hygiène est essentielle pour réduire la transmission des maladies liées à l'eau et à l'assainissement ;
- la facilitation de l'accès des femmes et des enfants au service de santé primaire de qualité par la réhabilitation des USP.

Les principaux résultats attendus résultant de la mise en œuvre du projet étaient les suivants :

- un paquet essentiel d'apprentissage de qualité favorisant la parité des performances des élèves est défini et expérimentée au niveau périphérique en vue d'un passage à l'échelle ;
- construction et équipement d'écoles et d'infrastructures d'eau, d'hygiène et d'assainissement en milieu scolaire ;
- Les USP réhabilitées incluent des services de prévention de la malnutrition et offrent une prise en charge adéquate de la malnutrition sévère aiguë ;
- les USP réhabilitées incluent des services de prévention de la transmission de la mère à l'enfant et du VIH/Sida (PTME) ;
- Un travail de sensibilisation et d'éducation sur la santé et l'hygiène est effectué par les agents de santé.

Pour l'atteinte des résultats attendus et des objectifs fixés, plusieurs activités étaient identifiées pour être développées et mises en œuvre dans les domaines suivants et selon le niveau d'effort financier décrit ci-dessous.

**Tableau 1 : niveau d'effort selon les domaines d'intervention du projet**

<b>Domaines d'activités du projet</b>	<b>Niveau d'effort</b>
Mobilisation sociale	5%
Construction de modules de classes et réhabilitation des salles de classes vétustes	16%
Appui matériel aux élèves et aux enseignants en fournitures	11%
Réhabilitations des centres de santé	15%
Mise en place d'infrastructures d'eau et d'assainissement	35%
Renforcement de capacités des acteurs, Monitoring, logistique, visibilité	17%

Les bénéficiaires directs du projet sont les enfants scolarisés du primaire, les enfants de moins de cinq (5) ans et les femmes en âge de procréer. Les bénéficiaires indirects sont les hommes, les femmes, les enseignants, les agents de santé, les responsables d'organisations à base communautaire (COGES, CPE).

Le projet vise à améliorer :

- ✓ le rendement des élèves par l'augmentation de l'accès et le maintien à l'école,
- ✓ le cadre de vie des élèves à l'école,
- ✓ la qualité de vie des enfants et des mères par la satisfaction de leurs besoins directs en l'accès des soins de qualité.

La zone d'intervention du projet a couvert dans les trois régions (Savanes, Kara, Maritime), 60 écoles et 60 unités de soins périphériques pour une population totale desservie d'environ 946 923 habitants.

Les ministères en charge du plan, de l'éducation, de la santé et leurs structures déconcentrées, les ONG, Aide et Action et CREPA, ont été les principaux partenaires dans la mise en œuvre du projet.

Les besoins des populations étant importants et variés, le projet a été conçu de façon à apporter une réponse intégrée à travers une approche participative. L'intervention s'est appuyée sur le renforcement des capacités des communautés, l'implication des ONG, des institutions de l'Etat et des entreprises locales.

Un mécanisme de suivi des activités et d'évaluation du projet à travers des Comités de pilotage au niveau national et régional et le staff de l'UNICEF a été mis en place en vue de suivre la mise en œuvre et d'évaluer les résultats du projet.

## **2 Objectifs et méthodologie de l'évaluation**

### **2.1 Objectifs**

Pour mieux apprécier les effets du projet, une évaluation finale a été prévue sur l'ensemble des interventions. Cette évaluation a pour objectifs de mesurer les effets directs et l'impact des actions du projet pour atteindre les résultats du programme en matière d'éducation, de santé, d'eau, d'hygiène et d'assainissement, d'apprécier les résultats globaux du projet par rapport aux objectifs fixés et de tirer les leçons de sa mise en œuvre.

### **2.2 Méthodologie de l'évaluation**

La démarche méthodologique adoptée pour l'évaluation du projet s'appuie à la fois sur une évaluation basée sur le cadre logique du projet et sur une démarche qualitative. Ces deux démarches permettent d'apprécier la performance du projet par rapport à l'atteinte des objectifs visés et des résultats attendus, son efficacité, ses effets et sa durabilité.

L'évaluation s'est articulée autour de trois phases essentielles : *i*) le cadrage méthodologique et la conception des outils de collecte de données ; *ii*) la collecte des données quantitatives et qualitatives à travers une recherche documentaire, une enquête de terrain et des visites de sites ; *iii*) le traitement et l'analyse des données primaires et secondaires et la rédaction du rapport.

#### **2.2.1 Collecte des données**

Plusieurs méthodes et outils d'évaluation ont été utilisés pour collecter les données nécessaires à cette évaluation. Des guides d'entretiens semi-directifs sur les opinions et les représentations des parties prenantes des thèmes couverts par l'étude ont été élaborés.

Ainsi, après les analyses documentaires, des enquêtes d'opinion à travers des entretiens individuels et des focus groups, des visites de terrains, ont permis de recueillir des données primaires pour l'analyse des différents aspects de ce projet. La collecte des données a eu ainsi pour objectif de recueillir le point de vue des parties prenantes sur:

- la mise en œuvre du projet
- les résultats obtenus au regard des objectifs visés dans les différentes composantes du projet
- les effets et impacts du projet sur le renforcement de l'offre d'éducation et sur la santé de la mère et de l'enfant, par la création d'un environnement favorable aux enfants à l'école et à la dispensation de soins de PTME/VIH et de nutrition dans les formations sanitaires sites du projet

- les acquis, les bonnes pratiques, les défis et les solutions à envisager pour réussir le pari de l'EPT en 2020.

Les entretiens (individuels et focus group) ont visé les autorités centrales, les autorités régionales (Education, santé, plan) les responsables d'USP, les directeurs d'écoles, les élèves, les responsables des ONG Aide et Action et CREPA, et les responsables de programmes au niveau de l'UNICEF.

Pour apprécier les opinions des populations bénéficiaires sur la mise en œuvre du projet et les changements intervenus, une enquête par questionnaire semi structuré auprès d'un échantillon représentatif de parents dans 22 villages des régions cibles, a été réalisée.

## 2.2.2 Echantillon observé et données collectées

### ➤ Echantillonnage des sites

Un échantillonnage représentatif, prenant en compte les caractéristiques des différentes régions, préfectures et entités scolaires et sanitaires (EPP et USP) concernée par le programme a été constitué sur la base des TDR revus. La nature et l'importance des ouvrages réalisés dans les sites ont été également prises en compte (construction, réhabilitation, existence d'ouvrages d'eau et d'assainissement).

Le tableau ci-dessous, présente la liste des sites retenus dans l'échantillon, le type et le nombre de collectes réalisées.

Tableau 2 : Répartition des sites retenus, types et nombre de collectes réalisées selon les régions

REGION	PREFECTURE	VILLAGE	Nombre de ménages à enquêter	Focus Group Elèves	Visite école	Visites USP/CMS	Interviews responsables
KARA	ASSOLI	Boulade (USP)	60	1	1	2	4
		Koumode (USP)					
		Efolo (EPP)					
	DANKPEN	Natchitikpi (EPP + USP)	40	2	2	2	
		Namon (EPP + USP)	40	2	3	2	
		Nadoba ( EPP-A+EPP-B + USP)					
Pangouda (EPP + USP)							
MARITIME	VO	Akoumapé (USP)	40	3	3	2	3
		Asso-apegan (EPP)					
		Wogba (EPP)					
		Vo-koutimé (EPP)					
		Aklakou (USP)					
	LACS	Dzrekpo (USP)	20	1	1	1	
		Dagbati (EPP)					
	BAS-MONO	Attitogon (EPP + USP)	60	1	2	2	
Affagnan (EPP + USP)							
SAVANES	TANDJOARE	Loko (EPP)	80	2	2	2	4
		Dote (EPP)					
		Bogou (USP)					
		Natigou (USP)					
	OTI	Naboli (EPP)	40	2	2	2	
		Mogou (EPP + USP)					
		Kountoiré (USP)					
	KPENDJAL	Sogou-tchiel (EPP)	60	2	1	2	
		Naki-Est (USP)					
		Mandouri (hôpital)					
<b>Niveau central</b>							3
<b>TOTAL</b>			<b>440</b>	<b>16</b>	<b>17</b>	<b>17</b>	<b>14</b>

Ainsi, l'échantillon a concerné dix-sept (17) écoles et dix-sept (17) USP, soit trente-quatre (34) des sites concernés par le projet.

### ➤ Entretiens individuels

Les entretiens individuels aux niveaux central et régional ont concerné dans les trois régions tous les Directeur régionaux impliqués dans le projet « Appui à la création d'un environnement ami des enfants dans les régions des Savanes, de la Kara et de la Maritime ». Ainsi, dans chacune des régions, des directeurs et responsables des ministères de la Planification, du Développement et de l'Aménagement du Territoire, de l'Education nationale et de la Santé ont été interviewés.

Au niveau préfectoral, des responsables dans les inspections de l'éducation préscolaire et primaire et dans les districts sanitaires ont également été rencontrés. La visite dans ces directions avait pour but de collecter des données statistiques.

L'administration tant régionale que préfectorale s'est fortement mobilisée pour faciliter la collecte des données sur le terrain.

### ➤ Focus group élèves

Les focus group ont été réalisés dans 16 des EPP visitées. Ils ont concerné au total 192 élèves des différents cours (CP au CM) dont 79 filles. Le tableau n°3 ci-dessous indique la répartition des élèves interviewés selon le sexe et par région.

Tableau 3 : Echantillon élèves des focus group

Régions	Nombre d'élèves		
	Garçons	Filles	Total
Kara	21	26	47
Maritime	59	30	89
Savanes	33	23	56
<b>Total</b>	<b>113</b>	<b>79</b>	<b>192</b>

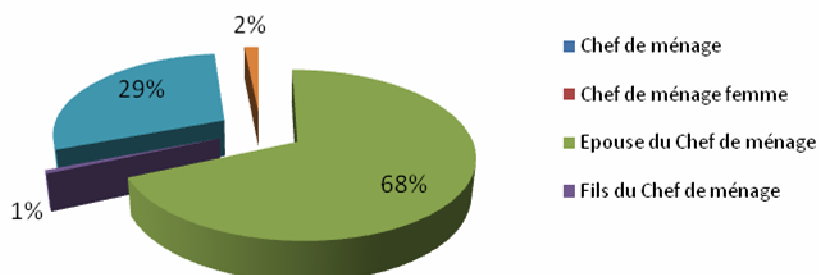
Source : Enquête terrain IGIP Afrique, juillet 2011

### ➤ Enquête ménage

L'enquête ménage a concerné 440 personnes dont 31% de femmes sur l'ensemble des trois régions.

Une technique de sondage aléatoire systématique a été employée afin de prendre en compte les caractéristiques des populations cibles. Le graphique ci-après montre que 68% des parents enquêtés sont des chefs de ménage homme et 29% des chefs de ménage femmes.

Graphique N°1: proportion des personnes enquêtées par statut dans le ménage



Source : Enquête terrain IGIP Afrique, juillet 2011

### ➤ Visites des ouvrages

Des visites de terrain ont permis d'apprécier l'existence et la qualité des ouvrages qui devraient être réalisés. Des prises de vue et des films ont permis d'illustrer les différentes infrastructures.

### 2.2.3 Traitement et analyse des données

Les logiciels *Access*, *Excel*, *SPSS* ont été utilisés pour la saisie, le traitement et l'analyse des données. Il a été procédé à une analyse à la fois quantitative et qualitative selon les données recueillies et suivant les critères habituels d'évaluation des projets : pertinence, efficacité, efficience, effet/impact, durabilité. Cette analyse a été consolidée par des données secondaires issues des annuaires statistiques de la santé et de l'éducation, du document du projet et des différents rapports d'activités des structures de mise en œuvre. Par ailleurs, diverses revues documentaires nationales et internationales ont été utilisées.

## 3 Difficultés rencontrées au cours de l'évaluation

Les principales difficultés rencontrées par les consultants au cours de l'évaluation sont les suivantes:

- l'identification parfois difficile des sites en particulier des EPP. Il a fallu des fois aller jusqu'à la préfecture solliciter l'avis de l'inspecteur en raison des noms multiples attribués à une localité ;
- l'impraticabilité des routes et pistes rurales du fait de la saison pluvieuse ;
- la difficulté de collecter les données statistiques sur le terrain, ces données statistiques n'étant pas toujours disponibles immédiatement sur place ;
- La fiabilité des données statistiques contenues dans les rapports annuels d'activités des formations sanitaires au regard du manque de cohérence avec les données transmises par les mêmes structures à l'Unicef ;
- l'absence de complétude des données rapportées dans les rapports des districts sanitaires ou des USP ;
- l'absence de nombreux ménages dans les concessions en raison des travaux champêtres ;
- la difficulté de regrouper parfois les élèves pour les focus group du fait des vacances scolaires ;
- L'impossibilité d'observer les comportements des élèves en situation réelle dans les écoles du fait également des vacances scolaires ;
- Le temps imparti à la mission relativement court et subséquemment, à la collecte des données

## **4 Résultats de l'évaluation**

Les constats faits et l'analyse de la performance du projet s'articulent autour des critères d'évaluation proposés dans les TDR à savoir sa pertinence, son efficacité, son efficience, ses effets et sa durabilité.

### **4.1 Analyse de la pertinence du projet**

L'analyse de la pertinence du projet s'est attachée à mesurer le degré d'adéquation du projet avec la politique d'éducation du gouvernement togolais, notamment avec les stratégies inscrites dans le plan sectoriel de l'éducation (PSE) 2010-2012, dans le PNDS 2009-2013, dans le document de Stratégie de réduction de la pauvreté (DSRP)<sup>6</sup> et celles portant sur l'eau et l'assainissement.

Il s'agissait également d'apprécier la congruence des actions avec les besoins réels des populations bénéficiaires. Cette analyse s'est appuyée sur les opinions et jugements des différents acteurs sur le terrain.

#### **4.1.1 De l'adéquation avec la politique gouvernementale**

La stratégie de mise en œuvre du projet est basée sur une approche intégrée prenant en compte la vie scolaire dans son ensemble, l'accompagnement sanitaire, l'accès à l'eau, l'hygiène et assainissement en vue de l'amélioration de l'environnement scolaire, de l'accès et au maintien des enfants à l'école. Cette vision stratégique cadre bien avec les objectifs du gouvernement togolais. En effet, le projet a ciblé l'accroissement de l'accès au système éducatif mesuré par les TBS, l'amélioration de la qualité de l'enseignement à travers une baisse des taux d'abandon et l'amélioration des ratios élèves salles de classes, de la proportion d'élèves ayant un paquet minimum de fournitures, du pourcentage d'enseignants ayant un kit de matériels didactiques. En matière d'équité, le projet a visé la parité filles/garçons et la réduction des disparités entre les régions. Au plan des infrastructures, il s'est agit de renforcer les capacités d'accueil par la construction, la réhabilitation, l'équipement de salles de classes et la mise en place d'infrastructures connexes (latrines, citernes d'eau, etc.). Ces différentes actions s'inscrivent dans les grandes options de la stratégie de développement du secteur de l'éducation qui visent à réaliser en 2020 la scolarisation primaire universelle et l'amélioration des conditions matérielles d'enseignement /apprentissage.

Les objectifs spécifiques du projet à travers le renforcement de la mobilisation sociale et communautaire autour de l'éducation cadrent bien avec les politiques de décentralisation décidées par le Togo.

Au plan sanitaire, les objectifs poursuivis par le projet, cadrent parfaitement avec le Plan national de développement sanitaire (PNDS) 2009-2013. En effet, la réhabilitation des infrastructures sanitaires et la mise en place de sites de PTME/VIH dans les centres de consultation prénatale (CPN) par le projet, constituent des actions programmées dans le PNDS. Par conséquent, il contribue à la mise en œuvre des plans stratégiques élaborés dans le cadre de la mise en œuvre du PNDS. En outre, le projet s'est inspiré des plans d'actions des structures sanitaires notamment des Directions régionales de la santé. Il a été conçu en collaboration avec le Ministère de la santé et d'autres partenaires, tant au niveau central que

---

<sup>6</sup> La mise en œuvre de la DSRP en raison des difficultés que le Togo a connues n'a véritablement commencé qu'à partir de 2010



régional avec l'implication des Directions régionales du plan, du développement et de l'aménagement du territoire.

Dans sa dimension accès à l'eau, l'hygiène et l'assainissement, le projet, par la réalisation d'ouvrages d'eau et d'assainissement dans les écoles et les USP à travers une approche associant l'eau, l'assainissement et la santé, s'inscrit dans la politique nationale d'AEPA en milieu rural et semi urbain (2006). Toutefois il faut noter que cette politique AEPA ne prévoit pas explicitement la mise en place d'ouvrages d'approvisionnement en eau potable dans les écoles et les USP. Les réalisations du projet permettent donc de conforter l'indissociable lien qui existe entre l'eau potable, l'assainissement et la santé.

Par le renforcement des capacités des acteurs en approches participatives pour la promotion de l'hygiène en milieu communautaire et scolaire, et la formation/sensibilisation d'enseignants sur l'hygiène en milieu scolaire, le projet contribue à l'atteinte des objectifs de renforcement de l'assainissement des eaux usées et excréta dans les écoles élémentaires inscrits dans la Politique nationale d'hygiène et d'assainissement au Togo (PNHAT : document de politique et celui d'opérationnalisation, 2009). Par ailleurs, dans sa mise en œuvre, le projet a respecté les principes de base de la PNHAT, notamment en ses axes (i) socioculturel (intégration de l'approche genre, adoption systématique de l'approche WASH), ce qui rend les élèves parties prenantes de cette intervention et entraîne l'arrêt de la défécation à l'air libre dans les écoles sites du projet ; (ii) technico-environnemental avec l'adoption de la latrine ECOSAN qui permet de minimiser autant que possible les charges et optimiser la valorisation des déchets et (iii) partenariat public-privé-société civile à travers la maîtrise d'œuvre assurée dans le cas d'espèce par le CREPA, l'implication des structures de l'Etat dans le suivi des travaux réalisés par des entreprises locales.

La totalité des responsables tant au niveau central, régional que local reconnaissent la pertinence du projet parce que, disent-ils, les actions du projet correspondent à des besoins urgents qui étaient déjà identifiés et répertoriés dans les plans d'actions sectoriels. Ils estiment que le projet est pertinent du fait également de l'intégration des besoins en éducation, santé, eau hygiène et assainissement.

Toutefois certains responsables évoquent des insuffisances de communication et d'implication des structures centrales de l'Etat dans le pilotage et le suivi des activités du projet.

L'avis d'un responsable régional de l'éducation « *Dans son principe, le projet est pertinent quand on voit comment cela a été conduit, c'est nous-mêmes qui avons identifié les sites mais comme c'était un projet intégré, il fallait harmoniser avec la santé, ce qui nous a un peu gêné pour assurer la cohérence avec les services de santé ; Il y'avait un grand besoin d'infrastructures et le projet était pour nous une opportunité* ».

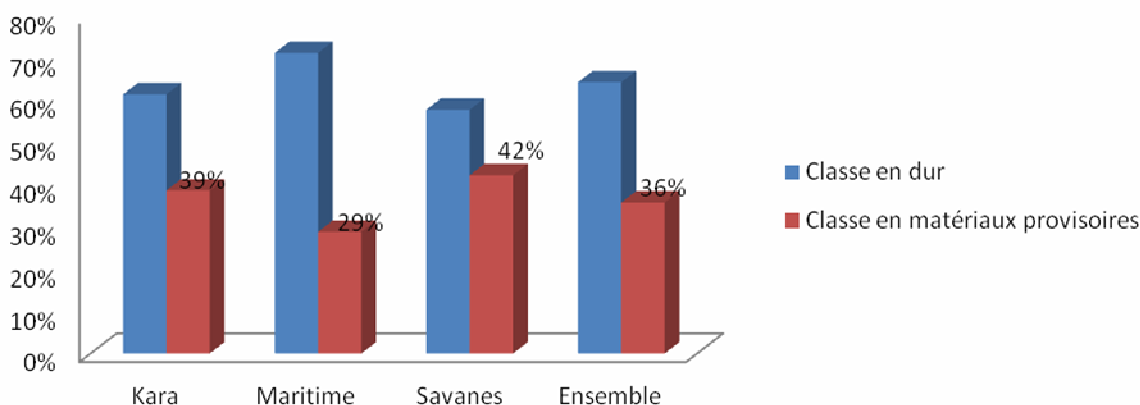
#### **4.1.2 Prise en compte des besoins des populations**

De manière générale, il ressort des différentes interviews et de l'enquête ménage que le projet, par ses axes d'interventions, a bien ciblé des besoins réels des populations. En effet, tous les responsables considèrent que les actions entreprises dans le cadre du projet correspondent aux expressions des besoins des populations à la base.

L'un d'eux disait ceci : « nous remercions l'UNICEF qui a été très proche de nous pendant les moments difficiles où beaucoup d'autres partenaires ont choisi de nous abandonner ».

En effet, le besoin en infrastructures était urgent dans les sites du projet où le déficit des salles de classes adaptées était important. Ce déficit était de 39% dans la région de Kara, de 29% dans la Maritime et de 42% dans les Savanes (cf. graphique n°2 ci-dessous). Sur l'ensemble des trois régions, les salles en matériaux provisoires représentaient 36%. Ce type de salle se présente sous forme de hangars avec des toits de pailles inadaptés aux intempéries et par conséquent ne permet pas d'assurer correctement et de façon continue les activités pédagogiques. Elles constituaient un souci majeur des populations et des enseignants.

Graphique N°2 : Situation initiale des classes selon type de matériaux en 2008-2009



Source : Document d'analyse situationnelle d'Aide et Action

Ainsi le projet, à travers la construction de nouvelles classes en matériaux définitifs, répond à des besoins réels. En plus des nouvelles constructions, des réhabilitations ont été réalisées dans plusieurs écoles où l'état de détérioration avancée des salles constituait une préoccupation des populations à cause de l'insécurité que cela pourrait occasionner à leurs enfants. Par ailleurs, ces salles détériorées ne permettaient pas un encadrement adéquat des élèves.

Au plan de la santé, la réhabilitation des infrastructures a eu pour conséquences d'améliorer le cadre d'accueil des patients, de créer les conditions favorables de mise en place des services de PTME et de nutrition au bénéfice surtout des cibles vulnérables que sont les enfants et les femmes enceintes. Ceci a permis de prendre en compte des besoins des populations en termes de disponibilité et d'accès aux services de santé.

En matière d'eau et d'assainissement, la réponse apportée par le projet est fortement appréciée par la population. Cependant, les besoins demeurent encore très importants tant au niveau des écoles qu'au niveau des structures de santé. En effet, le projet a contribué à améliorer l'accès à l'eau en mettant à la disposition des populations des points d'eau (forages, citernes, puits).

La pertinence de la citerne de captage des eaux de pluies, pour l'approvisionnement en eau potable des écoles comme des unités de soins, reste discutable.

En effet, cet ouvrage ne fait pas partie des ouvrages d'approvisionnement en eau potable énumérés dans le document de politique en matière d'approvisionnement en eau potable et

d'assainissement (AEPA). Par ailleurs, le souhait exprimé par les populations est de disposer plutôt d'un forage que de citerne car l'eau qui y est stockée dure peu de temps et nécessite d'être traitée régulièrement.

L'appréciation des responsables reste mitigée sur cette pertinence. Certains estiment que les citernes ne correspondent pas tellement à leur besoin et préféreraient des forages qui, pensent-ils, offrent le meilleur moyen d'approvisionner de manière durable les populations avec de l'eau potable; par contre un des responsables a un avis plutôt nuancé quant à la pertinence des citernes d'eau comme source d'approvisionnement en eau potable. Sur la question il avance ceci : « *si on peut déjà avoir l'eau, c'est un premier pas, ensuite il faut la traiter c'est encore mieux* » et il poursuit : *le projet nous a ouvert les yeux, aujourd'hui on a amélioré l'environnement scolaire.*

#### **Constats:**

- les objectifs poursuivis par le projet cadrent parfaitement avec les politiques en matière d'éducation, de santé et d'approvisionnement en eau et d'assainissement notamment du PSE, du PNDS et de la PNAHT;
- la stratégie de mise en œuvre est basée sur les principes suivants : (i) l'intervention est axée sur des zones pauvres; (ii) la promotion de l'équité de genre; (iii) le partenariat public – privé - société civile, (iv) la mobilisation sociale, la participation des acteurs communautaires, (v) la capitalisation des expériences, (vi) la communication entre les parties prenantes ;
- les actions identifiées de façon participative sont en parfaite cohérence avec les besoins des communautés ;
- le projet s'inscrit parfaitement dans les ambitions et les priorités du Togo en vue de l'éducation pour tous et plus particulièrement en ce qui concerne l'accroissement de l'accès et l'amélioration de la qualité de l'école ;
- les choix stratégiques pris pour sa mise en œuvre par l'UNICEF et le Gouvernement du Togo en l'occurrence de confier la maîtrise d'œuvre à des ONG est dans l'ensemble jugé pertinent. Certains responsables estiment que les structures centrales des Ministères auraient pu être plus impliquées dans le pilotage et le suivi du projet ;
- les besoins des populations en construction et en réhabilitation des infrastructures scolaires et sanitaires restent importants.

## **4.2 Analyse de l'efficacité et de l'efficience du projet**

L'analyse de l'efficacité du projet s'est faite en mesurant les écarts entre les prévisions de réalisation et l'exécution effective. Ceci en ce qui concerne le nombre de réalisations, les délais d'exécution, la qualité et la fonctionnalité des réalisations.

Au niveau de l'efficience du projet, la mesure porte sur les écarts entre les coûts de réalisation prévisionnels et les coûts effectifs.

### **4.2.1 Efficacité du projet**

#### **4.2.1.1 Efficacité du volet éducation**

Les activités spécifiques à la dimension éducation inscrites dans le projet sont la construction de modules de classes comprenant un magasin, la réhabilitation de salles de classes,

l'équipement en mobilier des écoles, l'aménagement d'aires de jeu au sein des écoles, la dotation des écoles en matériels didactiques et fournitures scolaires et la dotation en matériel sportif. En plus de ces activités de construction et d'équipement, le projet prévoyait le renforcement des capacités organisationnelles et de gestion des communautés bénéficiaires. L'ensemble des activités prévues au démarrage du projet a été réalisé ainsi qu'il suit :

**Tableau 4 : taux de réalisation des activités du volet éducation prévues dans le plan d'action du projet**

<b>Rubrique/Désignation</b>	<b>Quantité prévue</b>	<b>Quantité réalisée</b>	<b>Taux d'exécution</b>
<b>Construction</b>			<b>100%</b>
Modules de 03 salles de classes avec bureau de directeurs et magasin	18	18	100%
<b>Réhabilitation</b>			<b>100%</b>
Salles de classe	126	126	100%
<b>Equipement</b>			<b>100%</b>
tables bancs	1 620	1 620	100%
tables maîtres	54	72	133%
Chaises maîtres	155	126	81%
tables de direction	18	18	100%
fauteuil de directeur	18	18	100%
kits de fournitures scolaires élèves	15 000	15 000	100%
kits de matériels didactiques enseignants	432	451	104%
<b>Renforcement de capacités et sensibilisation</b>			<b>100%</b>
CPE restructuré autour des enjeux de l'école et du projet	60	60	100%
membre CPE formé sur rôles et responsabilités	160	160	100%
Réunion d'information et de sensibilisation des communautés	60	60	100%
Ateliers d'information des acteurs institutionnels / associatifs et autorités	3	3	100%

*Source : enquête terrain, rapports d'exécution finale du projet (Aide et Action) et calculs des auteurs*

Toutes les rubriques d'activités du volet éducation (construction, réhabilitation, équipement et renforcement des capacités) ont connu un taux d'exécution de 100%. Cependant, au niveau de l'équipement, on note pour l'ensemble une variation entre ce qui était prévu et ce qui est exécuté au niveau de l'acquisition de tables maîtres et des chaises maîtres avec respectivement 133% et 81%. Ceci est probablement lié à un réajustement sur le terrain en fonction des priorités des écoles.

Il ressort de l'enquête que les différents ouvrages ont été exécutés dans une période de 01 mois à 2 ans. Au niveau du renforcement des capacités, l'enquête révèle que tous les CPE et l'ensemble des Directeurs d'école ont bénéficié de formations sur la surveillance des chantiers, l'organisation et le fonctionnement des CPE, l'élaboration du plan d'action et du budget de l'école, l'utilisation et l'entretien des ouvrages.

En ce qui concerne la qualité des réalisations, les visites terrain de l'échantillon des 17 écoles ont permis d'apprécier de visu et de recueillir l'avis des utilisateurs sur la qualité des ouvrages. Ainsi, par rapport à l'état physique, toutes les salles de classe des écoles visitées répondent aux normes de qualité (mur en bon état, ouvertures fonctionnelles, bonne aération, tableau en bon état, existence de rampe pour handicapés); l'équipement mobilier acquis (les tables bancs, les tables enseignants et chaises, etc.) est aussi en bon état.

Ces taux d'exécution de 100% sont des prouesses réalisées grâce à l'expertise et la connaissance du terrain de l'ONG Aide et Action en charge de la maîtrise d'œuvre et aussi

grâce à la qualité du dispositif mis en place par l'UNICEF et la partie Japonaise. De plus, Aide et Action, qui est bien connu sur le terrain, a pu susciter une forte mobilisation communautaire grâce aux renforcements des capacités et l'appui des autorités administratives pour accompagner la mise en œuvre du projet. En effet, le système de passation des marchés géré au niveau régional par un comité de pilotage du projet, a très bien fonctionné.

#### 4.2.1.2 Efficacité du volet santé

Au niveau sanitaire, il faut rappeler que le projet avait pour objectif de faciliter l'accès des femmes et des enfants aux services de santé primaires de qualité par la réhabilitation des USP. Les résultats escomptés de ce projet étaient que les USP réhabilitées incluent des services de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME/VIH) et offrent des services de nutrition. Par ailleurs, des activités de sensibilisation et d'éducation sur la santé, la nutrition, l'hygiène et la santé de la reproduction sont effectuées par les agents de santé en direction des populations. Le tableau ci-après montre les niveaux de réalisation que le projet a atteint par rapport aux prévisions initiales.

**Tableau 5 : répartition des structures sanitaires réhabilitées, des sites PTME et des sites de nutrition par région.**

Régions	Nombre de structures réhabilitées		Nombre de sites PTME		Nombre de sites de nutrition	
	prévu	réalisé	prévu	réalisé	prévu	réalisé
Savanes	14	14	14	14	13	13
Kara	25	25	25	24	14	14
Maritime	21	21	21	20	19	19
Total	60	60 (100%)	60	58 (96%)	46	46 (100%)

Sources : UNICEF et rapports d'activités

Sur le nombre de formations sanitaires réhabilitées, la performance du projet est jugée excellente au vu des résultats atteints. L'ensemble des USP programmées dans le projet pour être réhabilitées ont effectivement été réhabilitées soit 100% de taux d'exécution. En dépit de quelques réajustements réalisés en accord avec les bénéficiaires en termes de travaux à exécuter au niveau des différents sites, l'évaluation finale indique une couverture totale des sites prévus. La qualité globale des travaux au niveau de différents sites a fait l'objet d'un examen par les évaluateurs. Si globalement on note que les travaux ont été satisfaisants, on peut cependant relever que la qualité laisse à désirer dans certains sites ou déjà quelques mois seulement après la réception des travaux, on enregistre une dégradation des ouvrages. C'est le cas du plancher à l'USP d'Aklakou et de la toiture qui coule au CMS d'Akoumapé.

L'un des résultats attendus du projet japonais est que les USP réhabilitées incluent des services de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME) et offrent des services de nutrition pour la réhabilitation nutritionnelle et la prévention de la malnutrition. Au terme du projet, l'évaluation révèle que 58 formations sanitaires réhabilitées ont inclus effectivement des services de PTME et que 46 offrent des services de prévention et de réhabilitation nutritionnelles. L'analyse par rapport aux prévisions indique des taux de réalisation très satisfaisants au niveau de ces activités avec respectivement 96% pour la mise en place des sites PTME et de 100% pour celle des services de nutrition.

**Tableau 6 : Couverture de la PTME dans les trois régions du projet en 2010**

REGIONS	grossesses attendues	femmes enceintes reçues en CPN	Taux de couverture en CPN	femmes enceintes ayant fait le test de dépistage du VIH	% femmes enceintes ayant fait le test de dépistage du VIH	femmes enceintes dépistées séropositives	femmes enceintes séro+ ayant reçu les ARV pour la PTME	% de femmes enceintes séro+ ayant reçu les ARV pour la PTME
Savanes	6 954	3 837	55,18%	3 103	80,87%	28	11	39,29%
Kara	6 529	3 342	51,19%	2 025	60,59%	30	19	63,33%
Maritime	29 129	13 569	46,58%	12 932	95,31%	686	643	93,73%
	<b>42 612</b>	<b>20 748</b>	<b>48,69%</b>	<b>18 060</b>	<b>87,04%</b>	<b>744</b>	<b>673</b>	<b>90,46%</b>

Source : Enquête terrain, rapport UNICEF

La contribution du projet à la disponibilité de services de PTME et de nutrition a été très importante au niveau des trois régions. En effet, cette disponibilité est passée de 28 sites en 2008 à 143 en 2010 dont 59 sites, soit 41% des sites PTME, sont le fait du projet. Les données collectées en 2010 dans ces 59 sites (cf. tableau n° 6 ci-dessus) montrent un taux d'adhésion des femmes enceintes vues en CPN au test de dépistage de 87,04%. Dans ces mêmes sites 90,46% des femmes dépistées séropositives reçoivent un traitement pour la prévention de la transmission mère enfant du VIH. Seul le taux de CPN reste faible (48,69%). Il existe d'autre part une grande disparité en termes de performance pour la couverture en services de PTME entre les régions qui constituent la zone du projet. En effet, la région des Savanes vient en dernier pour ce qui est du pourcentage de femmes enceintes séropositives ayant reçues les ARV pour la PTME avec seulement 39,29%.

Quant aux services de nutrition, on note que parmi les 60 USP réhabilitées par le projet japonais, 46 mettent en œuvre les activités de prévention et de prise en charge de la malnutrition. Elles représentent ainsi 13% des centres de réhabilitation nutritionnelle fonctionnels dans les trois (3) régions.

La promotion de la santé, de la nutrition, de l'hygiène et de la santé de la reproduction représente également un des résultats attendus du projet. Cependant, seul le volet hygiène et santé a été abordé avec la formation à l'approche PHAST de 60 agents de santé. Ces agents orientés en majorité sur la prise en charge des enfants et des femmes, ont été également dotés de kits de sensibilisation pour mener des activités d'éducation auprès des populations cibles. L'enquête de terrain a permis de rencontrer des agents formés et de constater que certains avaient commencé à mener des activités de sensibilisation avec les kits mis à leur disposition. Cependant, il a été noté que quelques agents formés ont été affectés, privant ainsi leurs structures sanitaires de capacités dans le domaine de l'IEC/CCC par l'approche PHAST. Néanmoins, il est nécessaire que les autres volets relatifs à la nutrition et à la santé de la reproduction soient pris en compte les mois ou années à venir dans la formation continue des agents concernés afin d'optimiser l'approche PHAST.

Au niveau de la participation communautaire, la totalité des USP et CMS dispose de COGES, élus en assemblée générale par la communauté. Mais moins de la moitié des COGES (41,2%) a bénéficié de formation dans le domaine de la gestion des services de santé ; l'absence de ressources financières expliquerait le fait que de nombreux comités n'ont pas bénéficié de formation. En effet, le projet n'a pas mené d'intervention particulière en la matière comme ce fut le cas des CPE dans les écoles.

#### 4.2.1.3 Efficacité du volet Eau potable, Hygiène et Assainissement (AEPHA)

La mise en œuvre du volet AEPHA a été confiée par l'UNICEF à l'ONG CREPA Togo. Les résultats atteints, au titre de ce volet sont ainsi résumés :

- Dans les EPP

**Tableau 7 : Réalisations du volet AEPHA dans les EPP**

Désignation	Quantités prévues	Quantités réalisées
Blocs de latrines écologiques à 3 cabines neuves	18*	77
Citernes de captage des eaux de pluies neuves de 25 m <sup>3</sup>	18	39
Blocs de latrines réhabilitées	42*	48
Citernes de captage des eaux de pluies, puits et forages réhabilités	42	34
Forages neufs	0	13
Postes d'eau potable (PEP)	420	420
Dispositifs de lavage des mains	120	120
Kits PHAST et formation des enseignants	213	213
Comités de santé scolaire	60	60

Source: Final report to the Government of Japan, July 2011 - UNICEF Togo

\* Nombre de latrines sans précision du nombre de blocs

- Dans les USP

**Tableau 8 : Réalisations du volet AEPHA dans les USP**

Désignation	Quantités prévues	Quantités réalisées
Citerne de captage des eaux de pluies neuve de 50 m <sup>3</sup>	10	1
Forages neufs	0	9
Toilettes à chasse manuelle (TCM) + douches neuves	10	5
Latrines + douches réhabilitées	0	6
Kits PHAST et formation des agents de santé	60	60

Source: Final report to the Government of Japan, July 2011 - UNICEF Togo

Nonobstant les différences de type d'ouvrages, les réalisations sont conformes aux prévisions. Le choix judicieux du remplacement des citernes, par des forages neufs, dans des EPP et presque l'ensemble des USP concernées, est à relever.

Ces réalisations ont été faites sur une durée de vingt-quatre (24) mois, contre vingt (20) mois initialement prévus.

#### **Constats:**

- Le projet a atteint dans tous les volets des niveaux de réalisation très satisfaisants du fait de la stratégie de mobilisation mise en place par l'UNICEF et les structures de mise en œuvre ;
- La durée initiale du projet de 20 mois n'a pas été suffisante pour achever l'ensemble des composantes ;
- La flexibilité par rapport au choix de sites et à la nature des ouvrages et des travaux à réaliser a permis d'atteindre des résultats satisfaisants.



## 4.2.2 Efficience du projet

La gestion du projet a été assurée par trois structures identifiées dans le document du projet: l'UNICEF, les ONG partenaires, les structures étatiques aux niveaux central et régional. En plus de ces trois structures, il convient de signaler le rôle joué par le responsable du suivi du projet au niveau de l'UNICEF tant dans la mobilisation des ressources que dans le suivi et l'évaluation du projet.

Au cours de la mise en œuvre du projet, l'équipe de l'UNICEF a été représentée au sein du projet par les trois chargés de programmes éducation, eau/assainissement et santé. Ces responsables ont contribué de façon directe à la mise en œuvre du projet en s'impliquant respectivement aux différentes actions relatives à la planification, au suivi et évaluation du projet dans les trois régions concernées. Ils ont joué un rôle d'appui aux différentes structures étatiques et ONG chargées de la mise en œuvre du projet et assuré la gestion de la communication, des acquisitions des manuels scolaires, des équipements et des produits de santé.

Les ONG partenaires à savoir Aide et Action et CREPA, ont été chacune un des maillons importants du dispositif de mise en œuvre. Elles ont apporté leur expertise et des appuis divers dans la construction/réhabilitation des écoles et des ouvrages d'eau et d'assainissement et dans la communication pour le changement social.

Les entreprises locales ont été recrutées à travers les procédures d'appel à concurrence selon un cahier de charges et sur la base de leur expérience.

### 4.2.2.1 Efficience volet éducation

Afin d'apprécier l'efficience du volet éducation, des coûts moyens de réalisation ont été calculés sur la base des budgets exécutés au niveau de chaque rubrique. L'analyse des écarts entre les coûts moyens prévus et ceux exécutés fait ressortir les écarts suivants :

**Tableau 9 : coût moyen prévisionnel et coût moyen de réalisation par rubrique de dépenses**

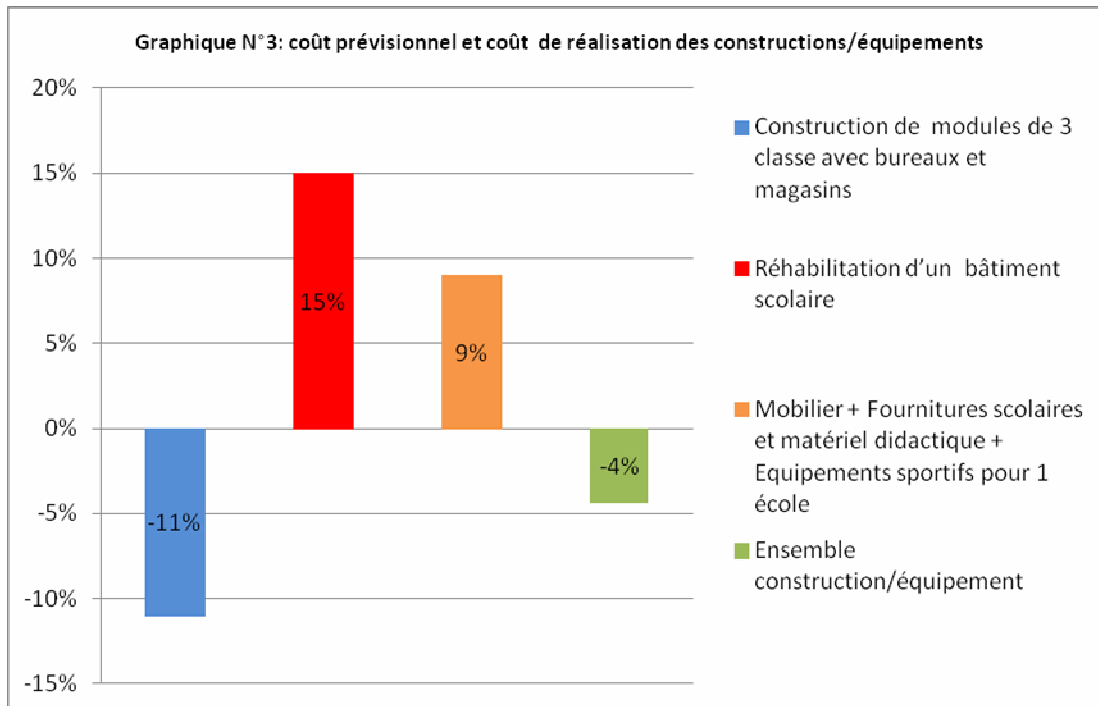
Désignation	Coût moyen prévisionnel	Coût moyen de réalisation	Ecart %
Construction de modules de 3 classes avec bureaux et magasins	20 000 000	17 811 538	-11%
Réhabilitation d'un bâtiment scolaire	4 500 000	5 172 463	15%
Mobilier + Fournitures scolaires et matériel didactique + Equipements sportifs pour 1 école	3 318 600	3 620 724	9%
<b>Ensemble construction/équipement</b>	<b>27 818 600</b>	<b>26 604 725</b>	<b>-4%</b>

*Source : Rapports d'exécution du volet Education et calculs des auteurs, juillet 2011*

Au niveau des réhabilitations et de l'équipement en mobilier, en fourniture de matériel didactique et d'équipement sportif, des dépassements par rapport au coût prévisionnel respectivement de +15% et de +9% ont été observés. Cela est dû d'une part à une sous estimation des coûts de réhabilitation des écoles souvent très anciennes (15 à 60 ans) et d'autre part à une variation des prix des équipements en cours de mise en œuvre du projet. Par contre, le

volet construction a été réalisé avec moins de ressources financières par rapport aux prévisions (-11%). Au stade actuel, l'investigation ne permet pas de justifier cette réduction des coûts, cependant l'approche régionale et la stratégie de maîtrise d'œuvre déléguée aux ONG, à implantation locale, ont certainement contribué à réduire les coûts de construction.

Le gain au niveau des constructions a permis de compenser le déficit au niveau des réhabilitations. En effet, le coût moyen réel des constructions et des équipements a été de 26 604 725 FCFA, contre une prévision de 27 818 600, soit un écart 1 213 875FCFA, correspondant à une réduction d'environ 4%.



Source : rapport d'exécution du projet Aide et Action (juin 2011),  
Final report to the Government of Japan, July 2011 - UNICEF Togo et Enquête terrain IGIP Afrique, juillet 2011

Dans la perspective d'une poursuite du projet, il est souhaitable que les estimations des réhabilitations et de leurs coûts soient plus précises, comme l'ont suggéré la plupart des responsables régionaux.

Dans son volet éducation, le projet a réussi à atteindre ses objectifs avec les moyens financiers alloués par le Gouvernement du Japon.

#### 4.2.2.2 Efficience du volet santé

Au niveau du volet santé, la mobilisation des fonds destinés aux travaux de réhabilitation directement exécutés par le Ministère de la santé, s'est faite par l'intermédiaire de la Direction des soins de santé primaires du Ministère de la santé.

**Tableau 10: mobilisation des ressources pour la réhabilitation des formations sanitaires**

Régions	Montant	Nombre USP	Coût unitaire
Savanes	52 235 120	14	3 731 080
Kara	93 277 000	25	3 731 080
Maritime	78 352 680	21	3 731 080
<b>Total</b>	<b>223 864 800</b>	<b>60</b>	<b>3 731 080</b>

Source : Direction des soins de santé primaires/Ministère de la santé

L'allocation des ressources financières s'est effectuée en deux virements successifs de 60 000 000 et de 163 864 800 FCFA soit au total 223 864 800 FCFA. Ces fonds étaient ensuite virés dans les comptes des trois directions régionales de la santé. Les prévisions budgétaires octroyaient en moyenne la somme de 3 731 080 FCFA à la réhabilitation de chaque structure. La plupart des responsables au niveau central et régional et même au niveau des formations sanitaires estiment que la réhabilitation des USP a été une œuvre salubre compte tenu de l'état défectueux dans lequel se trouvait la plupart des infrastructures. Cependant, ils déplorent l'insuffisance des ressources financières et auraient souhaité des réhabilitations complètes dans un nombre réduit d'USP ou de CMS. Face donc à l'insuffisance des ressources, des choix ont été opérés sur la nature des travaux à réaliser afin de rester dans la limite des ressources disponibles.

**Tableau 11 : Situation des dépenses affectées au volet santé**

NATURE DES DÉPENSES	COÛT EN FCFA	COÛT MOYEN
<b>Réhabilitation des 60 USP/CMS</b>	<b>220 257 137</b>	<b>3 670 952</b>
• Kits d'accouchement	21 433 687	357 228
• Lits berceaux et suite de couche/table d'accouchement	16 134 487	268 908
• Test rapide de dépistage du VIH	20 003 365	333 389
• ARV pour PTME	20 707 868	345 131
<b>Sous-total : médicaments, réactifs et équipement médical pour 60 USP/CMS</b>	<b>78 279 407</b>	<b>1 304 657</b>
• Forages	77 841 283	7 784 128
• Latrines	27 695 628	2 769 563
<b>Sous-total: Eau et assainissement dans 10 USP/CMS</b>	<b>105 536 911</b>	<b>10 553 691</b>
<b>Totaux</b>	<b>404 073 450</b>	<b>6 734 558</b>

Source : rapport final d'activité du projet/UNICEF

Dans la région de la Kara par exemple, l'exécution budgétaire montre que le coût unitaire de la réhabilitation va de 3 597 224 FCFA à 3 935 535 FCFA; l'écart moyen par rapport au montant alloué par réhabilitation varie entre seulement -133 856 FCFA et +204 455 FCFA. Ce qui traduit une bonne efficacité et une certaine équité dans l'utilisation des ressources allouées.

Sur la base du rapport d'exécution final du projet, les coûts moyens des différentes rubriques relatives au volet santé, montrent une dépense moyenne de 3 670 952 FCFA pour les

réhabilitations, de 1 304 657 FCFA pour les produits de santé et l'équipement médical et de 10 553 693 FCFA pour les ouvrages d'eau et d'assainissement (forage, polytank et latrine et douches). La dépense globale moyenne par formation sanitaire réhabilitée est estimée à 6 734 558 FCFA. Au regard des prévisions, on peut affirmer que dans son volet santé le projet a connu une bonne exécution budgétaire avec une utilisation efficiente des ressources allouées.

#### **4.2.2.3 Efficience du volet AEPHA**

Pour le volet AEPHA, la proposition financière de CREPA Togo, en date de mars 2009, s'élevait à six cent quatre-vingt-dix millions sept cent quatre-vingt-neuf mille cinq cent cinq (690 789 505) FCFA. L'UNICEF, par le protocole d'accord de coopération du 3 avril 2009, allouait au CREPA le montant de six cent quatre-vingt-six millions neuf cent vingt-trois mille cent quatre (686 923 104) FCFA pour l'exécution des activités du volet AEPHA. Ledit protocole d'accord de coopération autorisait au CREPA la variation du budget des activités dans la limite supérieure de dix pour cent (10%); toute variation au-delà de ce pourcentage requérait un consentement écrit à l'UNICEF à l'avance.

Le constat est que les dépenses totales effectuées, soit six cent quatre-vingt-deux millions cent cinquante cinq mille cinq cents (682 155 500) FCFA, sont inférieures (-0,7 %) au montant du budget inscrit dans le protocole d'accord de coopération du 3 avril 2009. Malgré l'allongement de la période d'exécution, les dépenses ont été contenues dans les limites budgétaires prévues. En référence à l'efficacité ressortie ci-dessus, il peut être conclu que l'exécution du volet AEPHA a été efficiente.

#### **4.2.3 Prise en compte des questions transversales comme le genre, le VIH et le SIDA,**

Dans sa mise en œuvre, le projet a pris en compte les aspects de genre et de lutte contre le VIH/Sida. Les éléments suivants pris à titre d'exemples illustrent ce fait.

- Au niveau de la prise en compte du genre:
  - o la mention faite de favoriser le recrutement de la jeune fille à l'école et de veiller à son maintien durant le cycle ;
  - o le souci de favoriser la participation des femmes dans les organisations à base communautaires (CPE, COGES, Comité de santé des élèves);
  - o La formation des agents de santé menant des activités de santé maternelle et infantile (SMI) à l'approche PHAST en vue d'intensifier l'IEC/CCC en direction surtout des femmes;
- Au niveau de la lutte contre le VIH/Sida: la mise en œuvre de la PTME/VIH dans la presque totalité des formations sanitaires réhabilitées (96%) a contribué à rendre disponibles les services de dépistage du VIH et de prise en charge des femmes enceintes dépistées séropositives.

**Constats:**

Sur la base des différents constats issus de l'analyse, l'appréciation de l'efficience peut être résumée comme suit :

- Les coûts de construction et d'équipement se sont révélés efficaces, particulièrement au niveau de la construction des modules de classes. Ce qui a permis de faire des économies d'échelles pour compenser les coûts supplémentaires de réhabilitations des bâtiments.
- En dépit de l'allongement de la période d'exécution, les dépenses des différentes composantes ont été quasiment contenues dans les limites budgétaires. L'intégration des thèmes transversaux portant sur le genre et le VIH concourt à l'accès des filles à l'école et l'adhésion des femmes au dépistage du VIH.

### **4.3 Effets du projet**

Le temps écoulé entre la fin du projet et la présente évaluation de moins d'un an, ne permet pas de mesurer l'impact du projet. Aussi l'évaluation a-t-elle porté sur l'appréciation et l'analyse des effets du projet. Ces effets concernent les acquis et les insuffisances qui ont été observés et ceux relevés par les bénéficiaires et les acteurs du projet, les changements positifs et négatifs intervenus dans le quotidien des populations en général et celui des groupes cibles du projet en particulier.

Les effets du projet sont analysés en lien avec les résultats attendus. Il s'agit précisément de la mobilisation sociale et communautaire autour des objectifs du projet, de l'amélioration de l'accès et du maintien des enfants à l'école, particulièrement des filles, de l'adoption de bonnes pratiques d'hygiène, assainissement et santé.

#### **4.3.1 Effets du volet éducation**

##### **➤ Du renforcement de la mobilisation sociale et communautaire**

Le renforcement de la mobilisation sociale autour des objectifs d'éducation pour tous constitue un des objectifs spécifiques du projet qui est aussi conforme aux axes stratégiques de la politique sectorielle de l'éducation. Le projet a permis de restructurer les Comités des parents d'élèves (CPE) et de renforcer leurs capacités organisationnelles et de gestion des écoles.

Toutes les écoles visitées lors de cette évaluation disposent d'un CPE. Le caractère fonctionnel de ces CPE et leur participation au renforcement de l'éducation sont mesurés par le volume d'activités menées et aussi par leur gestion associative.

Depuis 2009, la quasi-totalité des CPE ayant bénéficié du renforcement de capacités organise régulièrement des réunions (cf. tableau 12) et des assemblées générales des membres de l'Association des parents d'élèves. La majorité de ces CPE (89%) organise une réunion chaque trimestre et 2 assemblées générales en moyenne par an.

**Tableau 12 : pourcentage de CPE /région par fréquence des réunions**

		Fréquence des Réunions	
		Mensuelle	Trimestrielle
Région	Kara	33%	67%
	Maritime		100%
	Savanes		100%
Ensemble		11%	89%

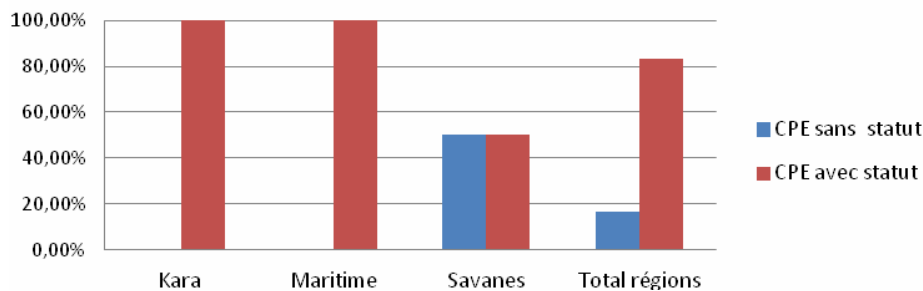
Source : Enquête terrain IGIP Afrique, juillet 2011

Sur le plan du pilotage et de la participation à la gestion de l'école, on note une amélioration à plusieurs niveaux.

La proportion de CPE disposant d'un statut et d'un règlement intérieur nécessaires à une légalité de leurs actions, s'est accrue, passant de 38% en 2008-2009 à 83,3% en 2010-2011 pour l'ensemble des trois régions. Les régions de Kara et de la Maritime atteignent quasiment 100% de CPE disposant de textes règlementaires.

La faible progression de la région des Savanes s'expliquerait par le niveau plus élevé de pauvreté et le faible niveau d'alphabétisation des parents d'élèves constaté sur le terrain lors de l'évaluation.

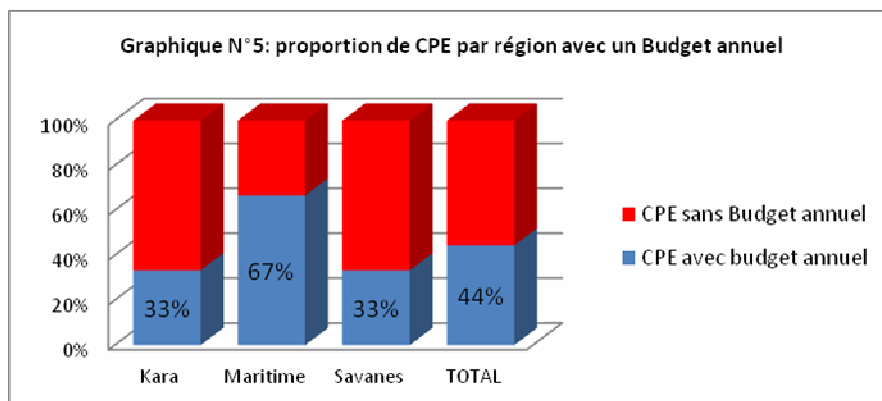
**Graphique N°4 : pourcentage de CPE par région possédant un statut**



Source : Enquête terrain IGIP Afrique, juillet 2011

Au niveau de la gestion financière, le renforcement de capacité par le projet a également apporté d'importantes améliorations. La proportion de CPE qui élabore un budget est passée de 39%<sup>7</sup> en 2008 à 50% en 2011 soit un gain de 11 points de pourcentage en l'espace de 2 ans.

<sup>7</sup> Rapport final d'exécution Aide et Action, juin 2011



Source : Enquête terrain IGIP Afrique, juillet 2011

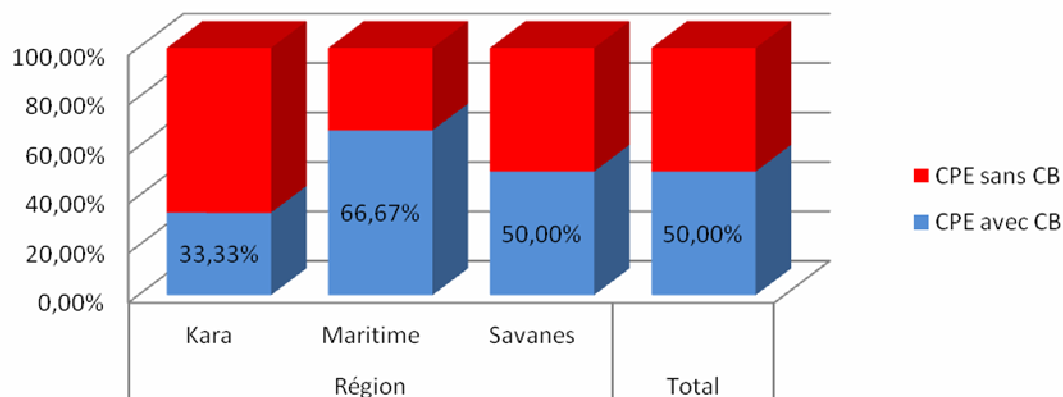
La mobilisation des ressources financières par le biais des cotisations s'est également améliorée, sur l'ensemble des CPE ; seulement 5,6% ne font pas de cotisation, 50% des CPE disposent d'un compte bancaire. Cependant l'enquête n'a pas permis de déterminer la proportion des comptes ouverts après la mise en œuvre du projet.

**Tableau 13 : modalités de cotisation des CPE selon les régions**

		Modalités de cotisation		
		aucune cotisation	an/élève	an/Parents
Région	Kara		16,7%	83,3%
	Maritime	16,7%	66,7%	16,7%
	Savanes		83,3%	16,7%
Moyenne		5,6%	55,6%	38,9%

Source : Enquête terrain IGIP Afrique, juillet 2011

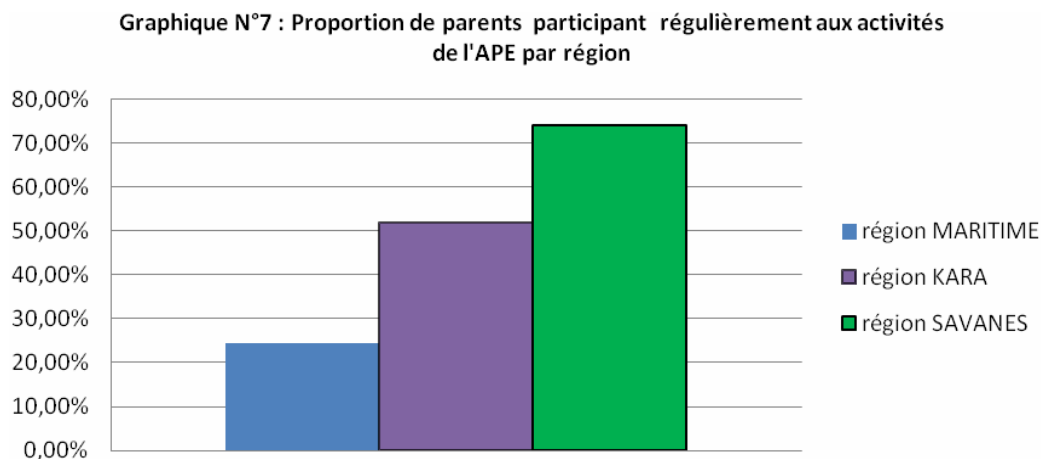
**Grahiqe N°6: Pourcentage de CPE disposant d'un compte bancaire par région**



Source : Enquête terrain IGIP Afrique, juillet 2011

L'enquête ménage a permis de constater la bonne connaissance du projet par les parents. En effet, 82% des personnes interrogées, toutes régions confondues, connaissent le projet. Dans les Savanes 97% des parents interrogés connaissent le projet.

Pour ce qui est de l'appartenance à l'Association des parents d'élèves, 89% des personnes sont membre de l'APE. Quant à la participation aux activités initiées par le CPE, elle très variable suivant les régions. La région des Savanes est la première région où les personnes interrogées affirment participer toujours aux activités de l'APE (74%), viennent ensuite la région de Kara avec 51% de participation régulière et enfin celle de la Maritime avec seulement 24,3%.



Source : Enquête terrain IGIP Afrique, juillet 2011

### ➤ Du renforcement de l'accès à l'école

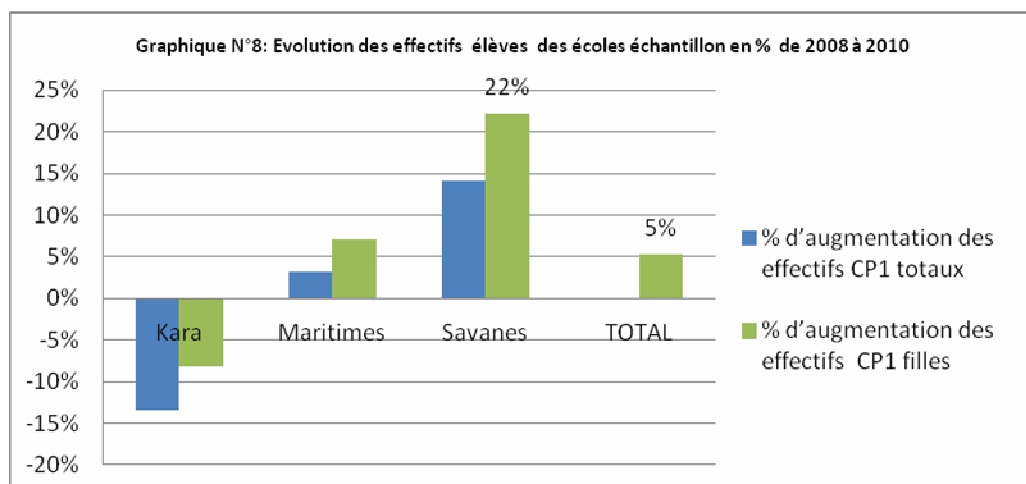
L'indicateur couramment utilisé pour évaluer l'accès est le taux brut d'admission (TBA) au CP1 qui correspond au rapport entre le nombre d'élèves nouvellement admis en première année et le nombre d'enfants ayant l'âge légal d'admission à l'enseignement primaire.

Dans le cadre de cette évaluation, il ne serait pas adapté puisqu'il est impossible de définir une population scolarisable spécifique aux écoles du projet étant donné que la population de référence est partagée avec d'autres écoles.

Ainsi, le pourcentage d'augmentation des effectifs filles/garçons au CP1 de ces écoles et l'indice de parité filles/garçons ont été utilisés comme indicateurs pour la mesure des effets du projet.

Sur la période du programme, l'accroissement des effectifs totaux dans l'échantillon de l'évaluation est différent d'une région à l'autre tel que ressorti dans le graphique n°8.

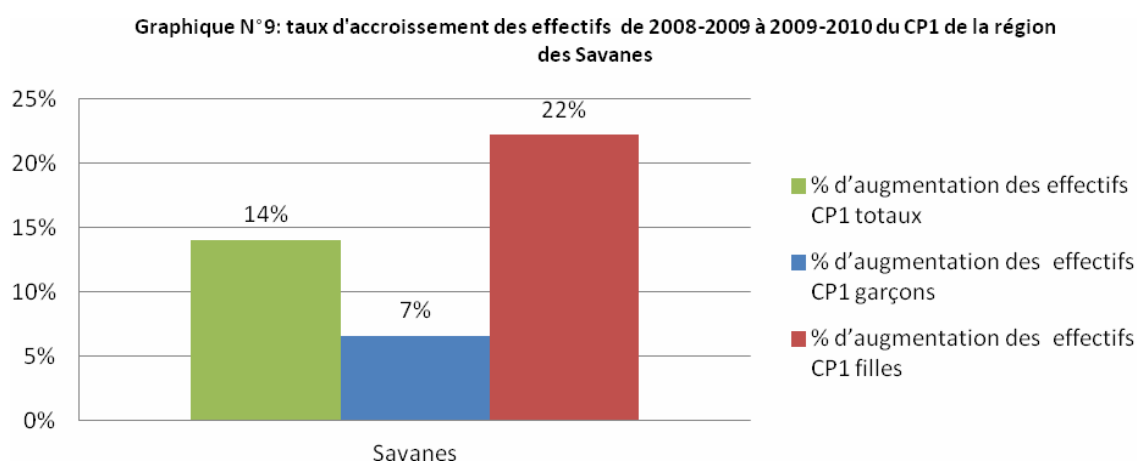




Source : Enquête terrain IGIP Afrique et rapports statistiques des DRE, juillet 2011

L'évolution des effectifs entre 2008-2009 et 2010-2011 montre pour les régions de la Maritime et des Savanes, un accroissement relativement important du nombre d'élèves notamment celui des filles.

Dans la région des Savanes, cet accroissement a été de 14% pour l'ensemble des élèves et de 22% pour les filles.



Source : Enquête terrain IGIP Afrique, rapports statistiques des DRE, juillet 2011 et calculs des auteurs

Par contre, pour dans la région de la Kara, les effectifs des écoles de l'échantillon ont connu une baisse de 13%. Cette baisse des effectifs pourrait s'expliquer par l'effort fait par le gouvernement pour accroître les infrastructures d'accueil et qui aurait décongestionné les écoles existantes et améliorant ainsi le ratio élèves/classes constaté dans l'annuaire statistique<sup>8</sup>. Il s'agirait donc de l'effet d'établissements nouveaux construits qui ont permis de décongestionner les anciens établissements.

<sup>8</sup> En effet, le ratio élèves/salles de classe dans la région de Kara est de 44, contre 46 au niveau national.

L'indice de parité au niveau des effectifs des filles et garçons est passé de 0.9 en 2008 à 1.0 en 2011. En effet, comparativement aux garçons, les effectifs au CP1 des filles ont connu une forte augmentation. Le pourcentage d'accroissement est de 5% pour l'ensemble des trois régions. Cette hausse montre une nette évolution des effectifs.

Graphique N°10: comparaison de l'indice de parité des effectifs du CP1 2008-2009 et 2010-2011



Source : Enquête terrain IGIP Afrique, rapports statistiques des DRE, juillet 2011, et calculs des auteurs

### ➤ De l'amélioration des conditions matérielles d'enseignement /apprentissage

Le projet, en s'appuyant sur un postulat développé par l'UNICEF quant à la nécessité de rendre disponible un Paquet éducatif essentiel (PEE) pour améliorer les conditions d'enseignement et d'apprentissage des enfants, a mis en œuvre les différentes actions évoquées dans les différentes parties de ce rapport.

Le PEE peut être défini comme un ensemble de services, de produits et d'actions indispensables pour permettre à l'école primaire togolaise de répondre aux critères de qualité et d'équité. Cela s'est traduit en termes d'effet par une amélioration de certains indicateurs scolaires énumérés au tableau n°14 ci-dessous.

Tableau 14 : Situation de certains indicateurs par région en 2010-2011 (échantillon de l'enquête).

Indicateurs	Kara	Maritime	Savanes	Moyenne
Ratio: élèves/table banc	2,5	3,6	1,6	2,6
Ratio: élèves/salle en dur	66,4	70,6	67,1	68,0
Ratio: élèves/enseignant	48,8	54,2	40,6	47,8
Ratio élèves/manuel lecture	1,0	1,0	0,8	0,9
Ratio élèves/manuel calcul	1,6	1,5	1,0	1,4

Source : Enquête terrain IGIP Afrique juillet 2011, calculs des auteurs

Ainsi pour l'ensemble, le ratio élève par table banc est passé de 4 élèves pour un table-banc en 2008-2009 à 2,6 élèves pour un table-banc. Ceci constitue une nette amélioration des conditions de travail des élèves. Ce ratio est acceptable en référence aux critères du Paquet éducatif

essentiel. Il faut noter néanmoins que cette amélioration n'est pas homogène pour l'ensemble des régions car le ratio reste élevé dans la Maritime où l'on a encore 4 élèves par table banc comparativement aux Savanes où il est de 2 élèves par table banc.

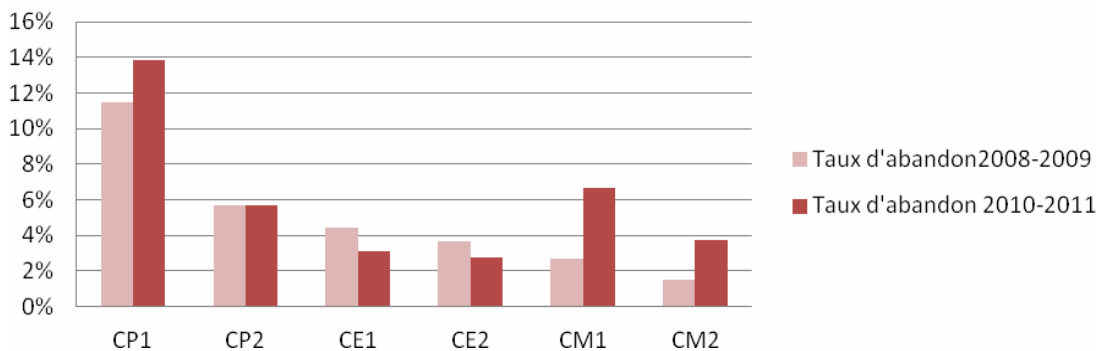
Le ratio élève/salle en dur est passé de 94 en 2008-2009 en moyenne à 68 en 2010-2011. Ceci constitue une amélioration considérable des conditions de pratique de l'activité pédagogique de manière continue.

Le ratio élève/enseignant a également connu une amélioration, passant de 49,5 en 2008-2009 à 47,8 traduisant une attractivité des écoles pour les enseignants et leur maintien. Ceci a été constaté sur le terrain où des enseignants nous ont affirmé qu'ils auraient quitté la zone, si le projet n'avait pas amélioré leurs conditions de travail.

Le ratio élève/manuel a également connu une nette amélioration dans l'ensemble. De 2 élèves par livre au début du projet, il est passé à un élève pour un livre de lecture et à 3 élèves pour 2 livres de calcul. Suivant les critères du PEE, le ratio pour les livres de lecture est bon, par contre pour les livres de calcul, on peut affirmer que le ratio est acceptable.

Ces indicateurs montrent que le projet a permis de mettre en place le Paquet éducatif essentiel dans les écoles sites du projet. Ce qui devrait avoir des conséquences positives sur les taux de flux. Bien qu'il soit trop tôt pour mesurer les impacts à ce niveau, l'analyse des taux de flux dans les écoles de l'échantillon permet de dégager les constats suivants en ce qui concerne les abandons, les redoublements, les promotions.

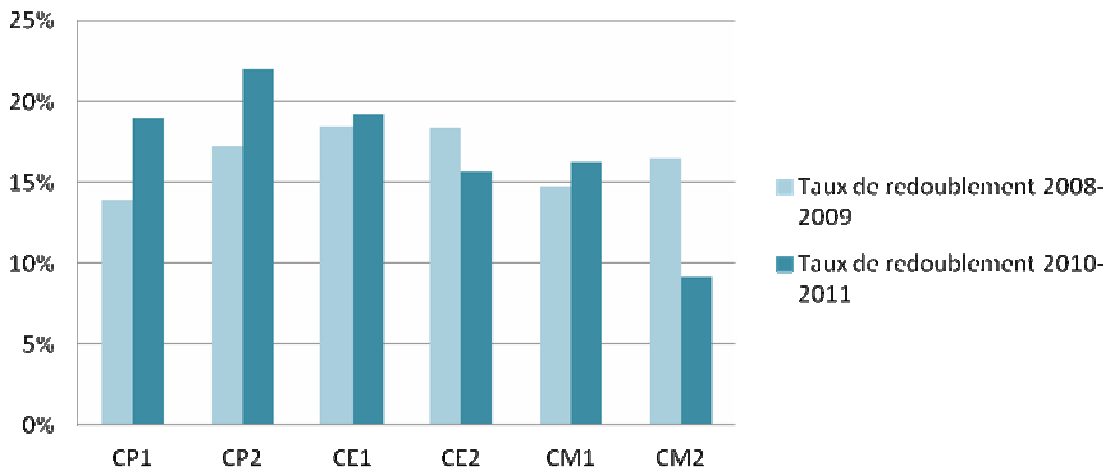
Graphique N°11 : comparaison des taux d'abandon 2008-2009 et 2010-2011



Source : Enquête terrain IGIP Afrique et rapports statistiques des DRE, juillet 2011, calculs des auteurs

Au niveau des abandons, on constate qu'ils sont toujours très élevés, surtout au CP1 (14%) et au CM1 (7%). Cet état de fait s'expliquerait selon les personnes interviewées par l'absence de cantine scolaire permettant aux élèves notamment les tout-petits, de se restaurer. Également, les abandons au CM1, notamment des filles (9%), peuvent s'expliquer par le fait des mariages précoces et des grossesses non désirées.

**Graphique N°12 : évolution des taux de redoublement 2008-2009 et 2010-2011**



Source : Enquête terrain IGIP Afrique, rapports statistiques des DRE, juillet 2011, et calculs des auteurs

Les pourcentages de redoublements restent encore très élevés dans l'ensemble (23%) au CP2. Ces forts taux de redoublement ont une incidence sur l'abandon qui est très élevé comme indiqué ci-dessus.

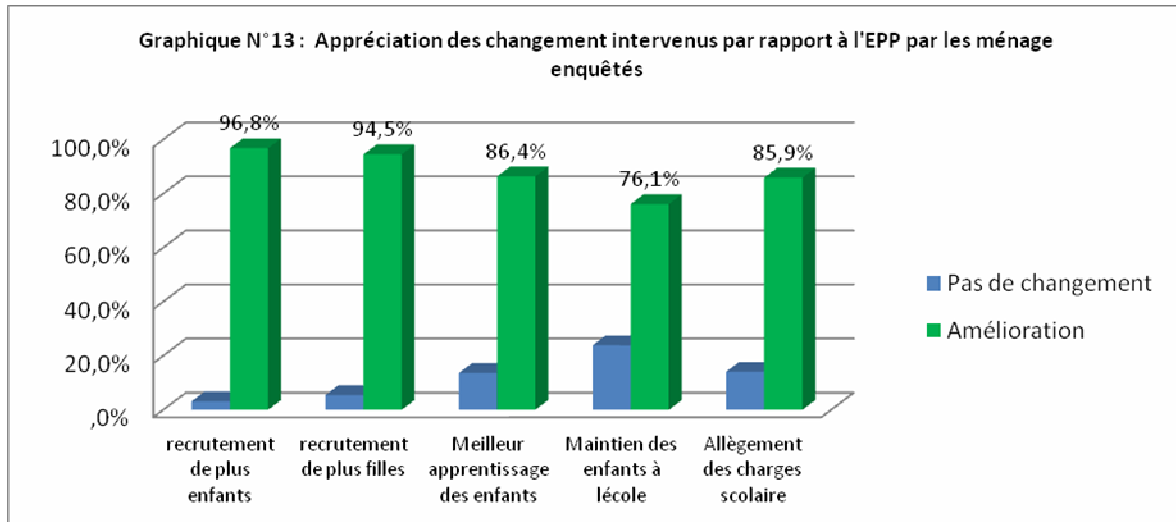
On note néanmoins une baisse assez importante de la proportion de redoublements au niveau du CM2 qui passe de 16% en 2008-2009 à 9% en 2010-2011. Ceci est le fait de bons résultats obtenus aux examens de fin de primaire par les écoles sites du projet.

L'analyse des promotions montre que pour le niveau CP, il n'y a pas d'évolution notable à la hausse; par contre au cours élémentaire, les résultats sont meilleurs. Il y a des efforts à faire au niveau de l'Etat pour améliorer ces taux de flux, car si le projet a permis de mettre en place des services essentiels pour améliorer les conditions d'apprentissage, il n'en demeure pas moins que le problème de la professionnalisation des enseignants et de leur prise en charge constituent des questions importantes à résoudre au regard de la proportion relativement élevée d'enseignants volontaires (27%) dans les écoles sites du projet.

#### ➤ **Appréciation des changements par les populations bénéficiaires (Parents et élèves)**

Les perceptions de changement du point de vue de l'accès à la scolarisation sont analysées à partir des opinions des bénéficiaires (parents, enfants) et des directeurs d'écoles

- **Perception des parents des changements au niveau scolaire**



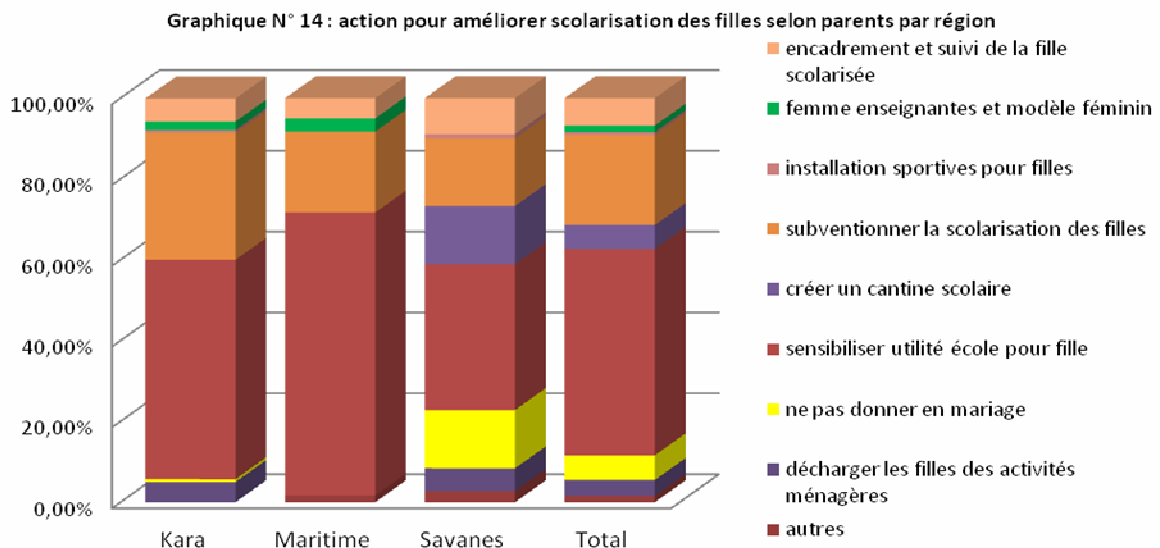
Source : Enquête terrain IGIP Afrique, juillet 2011

Plus de 95% des parents interviewés estiment que les actions du projet ont permis d'accroître les recrutements d'enfants à l'école, tant pour les garçons que pour les filles.

«Tous les enfants ont l'envie d'aller à l'école»

Environ 24 % estiment qu'il n'y a pas eu de changement positif au niveau du maintien des enfants à l'école.

En vue d'améliorer la scolarisation des filles, les propositions ci-après résumées dans le tableau ci-dessous ont été faites par les parents:



Source : Enquête terrain IGIP Afrique juillet 2011

Pour la consolidation des acquis du projet et pour l'amélioration de la scolarisation des filles, les parents font ressortir en majorité (51%) la nécessité de : (i) renforcer la sensibilisation des parents et des filles notamment en impliquant des femmes, (ii) subventionner de diverses manières la jeune fille tant pour ses besoins scolaires que personnels, (iii) développer des actions de proximité d'accompagnement (soutien et conseils) des jeunes filles déjà scolarisées, (iv) empêcher les mariages précoces (surtout dans les Savanes).

Près de 6% des parents pensent que l'installation de cantine contribuerait à alléger les charges des filles et améliorer leur scolarisation.

*« Bonne sensibilisation, construire les foyers avec les filles, envoyer des maîtresses » ;  
« Eviter qu'elles soient gardiennes de bétail ou de bébés, Créer une garderie »  
« Faire des puits et forages car c'est ce manque qui oblige les parents à ne pas encourager la scolarisation des filles »  
« Un bon encadrement de fille pour éviter les grossesses précoces »*

- ***Perception des enfants des changements au niveau scolaire***

Dans la totalité des focus, les enfants se sont révélés très bien informés des actions faites dans leur école par le projet. Ils ont évoqué des changements positifs apportés par la mise en œuvre du projet.

Au niveau de l'environnement scolaire, les élèves notent tous qu'il est plus propre, qu'il leur apporte la santé et sont fiers parce que l'école construite ou rénovée valorise leur village. Ils se sentent plus en sécurité dans les nouvelles salles.

*« On était assis sur des pierres maintenant on a des bancs. »  
« Cela nous protège du soleil et de la pluie ; nous sommes contents »  
« Nous sommes en bonne santé, on est moins serré parce qu'on est assis à 2 alors qu'avant on était à trois ».*

Néanmoins, la non satisfaction totale des besoins en salles confortables est relevée dans certaines écoles où les élèves déplorent le fait qu'ils soient encore obligés d'être sous appâtâmes.

Au plan pédagogique, les élèves disent qu'ils apprennent mieux à lire grâce aux livres et réussissent mieux. Les livres constituent pour eux une aide pour suivre le maître et aussi une source de motivation pour se maintenir à l'école. Ils peuvent surtout travailler à la maison avec leurs livres.

*« Cela aide à mieux suivre le maître. Aide à ne pas abandonner l'école ». « Ça nous fait avancer »  
« Nos parents ne souffrent plus pour acheter les fournitures »*

Toutefois, dans certaines écoles, les élèves déplorent une insuffisance des livres et souhaiteraient avoir chacun son livre.

Les élèves apprécient également l'apport du projet en matériels sportifs qui leur permettent de pratiquer des sports collectifs (football et volley-ball) et des jeux qu'ils ne faisaient pas avant. Cela améliore aussi leur santé affirment-ils. Ils sont très contents de pouvoir ainsi participer à des compétitions sportives. Cependant, ils évoquent l'insuffisance des maillots surtout pour les filles dans certaines écoles.

*«On est content de gagner les matchs».*  
*« Etre en bonne santé, être musclé»*  
*« Avant chacun portait son propre habit, maintenant le maillot »*

Pour l'amélioration de leur environnement scolaire, les élèves expriment des vœux de renforcement des actions déjà réalisées telle que la construction d'autres salles de classe, l'acquisition de plus de matériels sportifs, l'aménagement de terrains de jeu, l'augmentation du nombre de table bancs, la réalisation de forages. Ils évoquent aussi dans l'ensemble des focus le besoin de mettre en place une cantine scolaire et la réalisation d'une clôture pour sécuriser l'école.

#### **4.3.2 Effets du volet Santé**

Les principaux acquis qui ont été constatés par la mission d'évaluation sont entre autres : (i) le renforcement du système de santé à travers la réhabilitation des infrastructures, l'équipement médico-technique des formations sanitaires, la mise en place de services de prévention de la transmission mère –enfant du VIH, des services de nutrition au bénéfice des mères et des enfants; (ii) le renforcement des capacités des agents de santé, des comités de santé et des CPE dans les écoles; (iii) l'amélioration des indicateurs dans la zone d'intervention du projet; (iv) la responsabilisation des structures régionales dans la conception et le pilotage du projet et l'implication des communautés dans la mise en œuvre des activités du projet. Ce qui a permis sans doute de répondre aux besoins exprimés des populations; (v) la bonne collaboration qui a prévalu entre les ONG partenaires, les services techniques de l'Etat et les communautés impliquées dans la mise en œuvre du projet.

##### **➤ Principales insuffisances**

Les insuffisances et difficultés relevées dans la mise en œuvre du projet concernent :

- L'insuffisance du financement par rapport aux coûts de réhabilitation des infrastructures sanitaires. En effet, les différentes évaluations faites ont montré que la plupart des infrastructures était à un niveau avancé de dégradation que le budget alloué à chaque réhabilitation n'était pas suffisant. Des choix ont été opérés afin de privilégier les aspects les plus essentiels pour améliorer la fonctionnalité des infrastructures. Ainsi, les réhabilitations ont été incomplètes sur la plupart des infrastructures ;

- L'absence de ressources financières nécessaires aux activités de suivi des travaux sur le terrain ; dans la région de la Kara, c'est la Direction régionale de la santé qui a financé le carburant nécessaires aux sorties de contrôle et des relevés sur le terrain. Cette situation a eu des conséquences sur la qualité de certains ouvrages dont la réception a été refusée par le comité constitué à cet effet ;
- L'absence d'ancrage institutionnel du projet n'a pas facilité sa gestion, ce qui a rendu le pilotage assez difficile au niveau national. En effet, le comité de pilotage mis en place au niveau central a fonctionné seulement jusqu'en fin 2009. Le Ministère du plan a été impliqué jusqu'à la signature des protocoles mais n'a plus supervisé la gestion du projet après cette étape ;
- Le diagnostic qui a été fait sur les besoins de départ en termes d'ouvrages ne correspondait pas à la réalité du terrain ; par exemple certains sites dits à réhabiliter étaient vierges, ce qui a nécessité des réajustements et des changements d'options notamment pour les sources d'eau potable, entraînant la mise en place dans les formations sanitaires de forages à la place de citernes initialement prévues ;
- Le choix des agents à former dans l'approche PHAST ne correspondait pas nécessairement au profil des agents chargés des volets hygiène et assainissement dans les formations sanitaires. Le choix ayant été porté plus sur les agents qui s'occupent des femmes et des enfants en lieu et place des assistants et techniciens d'hygiène et d'assainissement. Certains de ces agents ont apparemment été frustrés de n'avoir pas été choisis pour un travail qui leur revenait de par leur profil et leur formation initiale. De même, la non-implication des structures techniques dans le suivi des agents formés à l'approche PHAST représente une insuffisance pour la pérennité de l'approche sur le terrain.

D'autres insuffisances ou contraintes qui ont quelque peu influencé le déroulement du projet ont été relevées par les acteurs à différents niveaux. Il s'agit de :

- manque de flexibilité par rapport à l'utilisation des ressources financières ;
- l'accès difficile à certains sites ;
- la rupture de certains matériaux de construction au niveau national (ciment) ;
- la lourdeur administrative avec UNICEF pour le déblocage des fonds ;
- le respect insuffisant des cahiers de charge de la part des entreprises ;
- la non-prise en compte des logements des agents dans la réhabilitation ;
- l'absence de renforcement de capacités des structures techniques dans le cadre du suivi des travaux en termes de formation et d'équipement de ces structures.

### ➤ **Changements apportés par la mise en œuvre du projet**

La mise en œuvre du projet a apporté plusieurs changements notamment positifs dans la vie des enfants et de mères en particulier, et des populations en général.

Les principaux changements relevés par les responsables d'USP, dans la vie des populations concernent:

- l'amélioration de l'accès aux services de santé à travers la disponibilité des services de PTME et de nutrition;
- l'augmentation de la fréquentation et de l'utilisation des services de santé par les populations avec une répercussion sur les couvertures sanitaires de CPN, de la prévention de la

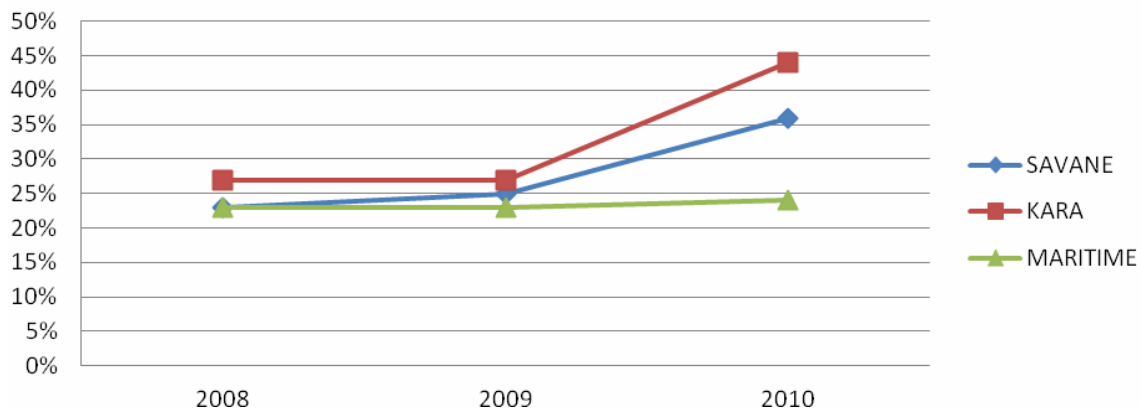


transmission mère-enfant du VIH, de la surveillance nutritionnelle des enfants, enregistrées dans les centres de santé (cf graphique n°13 ci-après) ;

- l'amélioration du cadre et des conditions de travail assurant une meilleure sécurité aux malades et aux agents de santé;
- l'amélioration de l'approvisionnement en eau, de l'hygiène et de l'assainissement au sein des formations sanitaires réhabilitées.
- l'amélioration de la qualité des services eu égard au renforcement des capacités des agents dans la promotion de l'hygiène et de la santé et des équipements et produits de santé.

Il est encore prématuré de mesurer l'impact du projet sur la réduction de la morbidité et de la mortalité infantile et maternelle dans les formations sanitaires. Cependant, on peut d'ores et déjà, affirmer sans risque de se tromper que la PTME et le dépistage et la prise en charge des cas de malnutrition auront un impact sur la diminution de la mortalité des femmes et des enfants.

Graphique N° 15 : Evolution du taux moyen de fréquentation des USP réhabilitées par région



Source : rapports annuels d'activités des formations sanitaires visitées

L'un des effets attendus du projet à travers la réhabilitation des formations sanitaires est la meilleure fréquentation des structures sanitaires grâce à l'amélioration du cadre sanitaire nécessaire à des soins de qualité. Le graphique n°15 ci-dessus porte sur l'évolution du taux de fréquentation mesurée à partir des données des formations sanitaires échantillonnées. Il indique pour l'ensemble des régions un accroissement du taux moyen de fréquentation entre 2009 et 2010 de 25% à 36% pour les Savanes, de 27% à 44 pour la Kara et de 23% à 24% pour la Maritime. Cet accroissement quoique faible par endroit, est corroboré par l'affirmation des responsables d'USP qui estiment que les formations sanitaires réhabilitées sont devenues plus attrayantes ; et que cela suscite une plus grande fréquentation des populations dont certaines craignaient d'y prendre d'autres maladies.

Cela semble également être en cohérence avec l'opinion des personnes enquêtées au sein des ménages dont les résultats sont inscrits au tableau n°15 ci-après.

**Tableau 15: répartition des parents selon ce qu'ils font en premier lorsque leur enfant est malade**

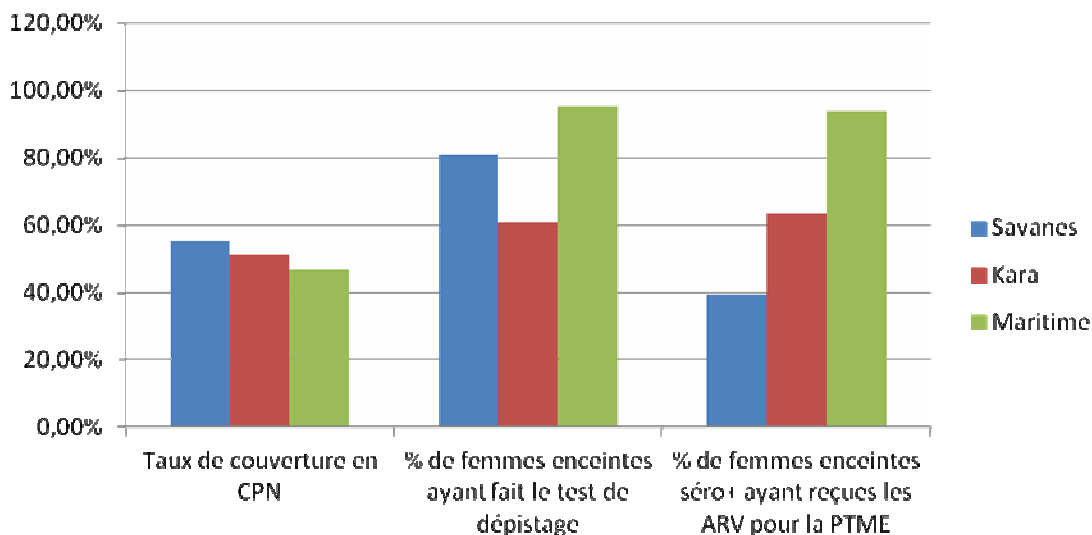
Réaction des parents	Nombre de parents	Proportion (%)
Réponses	416	
➤ Aller à l'USP	305	73,32
➤ Faire de l'automédication	97	23,32
➤ Aller chez le tradipraticien	14	3,36
Sans réponse	24	
Total	440	

*Source : Enquête terrain IGIP Afrique, juillet 2011*

Le tableau indique que 73,32% des parents ayant apporté une réponse à cette question, choisissent en premier lieu l'USP, lorsque leurs enfants sont malades. La proximité de l'USP vient en tête des principales motivations du choix de l'USP (83,28%), suivie de la qualité de l'accueil (64,59%), de l'efficacité des soins (39,02%) et du coût réduit des prestations (32,79%). Cependant, une proportion non négligeable de parents (23,32%) affirme faire de l'automédication et seulement 3,36% disent aller chez le tradipraticien en première intention. La proximité de la formation sanitaire et la qualité de l'accueil du personnel constituant les deux premiers facteurs de motivation des parents à aller en première intention dans l'USP, il est important d'améliorer l'accessibilité géographique des formations sanitaires et de sensibiliser le personnel sur leur rôle et leur responsabilité par rapport à la fréquentation des services de santé par les populations.

A l'inverse, les raisons données par les parents qui ne choisissent pas l'USP en première intention sont en premier l'éloignement de la structure, le mauvais accueil, le coût élevé des prestations et l'inefficacité des traitements.

**Graphique N°16: Taux d'utilisation des services de PTME dans les trois régions du projet en 2010**



*Source : Enquête terrain IGIP Afrique, juillet 2011*

L'utilisation des services de santé maternelle et infantile s'est nettement améliorée depuis 2009 sur la presque totalité des formations sanitaires sites du projet. En dépit d'une couverture en CPN relativement faible dans l'ensemble de la zone d'intervention, l'adhésion des femmes enceintes au test de dépistage du VIH dans le cadre de la PTME a atteint un niveau très appréciable avec 87,04% des femmes enceintes ayant fait le test en 2010, indiquant clairement la pertinence du projet dans la lutte contre le VIH/Sida (cf. graphique n°16 ci-dessus). Ce taux devrait même être plus élevé si on rapporte le nombre de femmes enceintes ayant fait le test à celui des femmes enceintes ayant fait l'objet de counseling pour le test. De même, des efforts ont été enregistrés dans la prise en charge de femmes enceintes dépistées séropositives dont le pourcentage de femmes enceintes séropositives qui reçoivent les ARV dans les formations sanitaires se situait à 90,46% en 2010 comme l'indique le graphique ci-dessus.

Dans le cadre de la prévention et de la prise en charge de la malnutrition, les mères d'enfants malnutris et les femmes enceintes/allaitantes malnutries bénéficient des conseils nutritionnels pour une alimentation adéquate de même que pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Les données recueillies auprès de l'UNICEF indiquent que de 2009 à 2010, 15.898 femmes enceintes et allaitantes malnutries et 20.919 enfants malnutris ont été pris en charge (soit 1.639 enfants malnutris sévères et 19.280 enfants malnutris modérés). Les taux moyens de guérison, de décès et d'abandon étaient respectivement de 85% ; 1% et 14,4%.

Les opinions ont été recueillies au sein de la communauté, auprès de 440 personnes dans les ménages par rapport aux changements intervenus dans le quotidien des populations dans le domaine de la santé suite à l'intervention du projet. Le tableau ci-après montre les changements relevés.

**Tableau 16 : fréquence des changements intervenus énumérés par les parents enquêtés**

<b>Changements énumérés</b>	<b>Fréquence</b>	<b>%</b>
Diminution de maladies	292	33,95
Accessibilité des soins	279	32,44
Améliorations des la qualité de soins	237	27,56
Autres changements énumérés	52	6,05
Total	860	100,00

*Source : Enquête terrain IGIP Afrique, juillet 2011*

Les principaux changements énumérés sont : (i) la diminution des maladies avec une fréquence de 33,95%, (ii) l'accessibilité aux soins de santé avec 32,44%, (iii) l'amélioration de la qualité des soins avec 27,56%. D'autres changements non moins importants ont été soulignés par quelques parents comme l'existence de journées de sensibilisation.

Les suggestions formulées par les personnes interrogées dans les ménages en vue d'amener les populations à se soigner plus dans l'USP sont répertoriées au tableau ci-dessous. Le besoin de personnel qualifié compétent et disposant d'un équipement nécessaire constitue la première préoccupation. De même, la disponibilité des médicaments dans les USP réhabilitées, la réduction des coûts des prestations et la subvention des produits sont les principales actions qui pourraient favoriser une meilleure fréquentation des USP réhabilitées.

**Tableau 17 : Fréquence des suggestions faites par les parents pour amener les populations à se soigner à l'USP :**

<b>Principales suggestions</b>	<b>fréquence</b>	<b>%</b>
<b>1.</b> Affecter du personnel qualifié et doter les USP d'un équipement adéquat	58	20,07
<b>2.</b> Améliorer la disponibilité des médicaments, création de pharmacie et de dépôts	55	19,03
<b>3.</b> Réduire les coûts des prestations et des médicaments	45	15,57
<b>4.</b> Sensibiliser les populations	43	14,88
<b>5.</b> Réhabiliter et rouvrir des USP fermées ou construire de nouvelles USP	38	13,15
<b>6.</b> Subventionner ou rendre gratuits des produits	27	9,34
<b>7.</b> Promouvoir les activités génératrices de revenus	13	4,50
<b>8.</b> Réaliser des forages pour faciliter l'approvisionnement en eau	05	1,73
<b>9.</b> Instituer la prise en charge sans prépaiement	03	1,04
<b>10.</b> Doter les USP d'ambulance	02	0,69
<b>Total</b>	<b>289</b>	<b>100,00</b>

*Source : Enquête terrain IGIP Afrique, juillet 2011*

La participation communautaire a été abordée à deux niveaux : d'une part par rapport à la réalisation des travaux de réhabilitation des infrastructures sanitaires, d'autre part en lien avec la mise en place et la fonctionnalité des COGES. Il s'agissait de vérifier si la participation communautaire s'est accrue dans les 60 USP et CMS réhabilités. Les données recueillies dans les structures sanitaires visitées indiquent que l'ensemble des formations sanitaires dispose de COGES fonctionnels tenant pour la plupart des réunions mensuelles et des assemblées générales biennuelles avec la population. La composition de ces COGES est très variable en nombre et en genre. En effet, ce nombre varie entre trois et six personnes pour les USP et les CMS et 09 personnes pour l'hôpital de district ; la représentativité des femmes est également très faible (entre 0 et 3), le poste le plus occupé par les femmes dans le bureau est celui de trésorière. Dans le cadre du projet, les COGES ont été impliqués dans l'identification des besoins de réhabilitation dans les sites respectifs, influençant ainsi le choix de la nature des travaux à effectuer dans l'USP. Par exemple, à Koumondè dans le district d'Assoli, le COGES a fait modifier le choix initial de remplacer la toiture existant en tuiles par un nouveau plancher au sol totalement carrelé. Les COGES ont également participé au suivi et au contrôle de l'exécution des travaux et à la désignation des jeunes devant servir de main d'œuvre à l'entreprise de travaux. Dans le domaine du renforcement de capacités de membres des COGES, seuls 41,2% des COGES ont bénéficié de formation soit 7 COGES sur 17 notamment sur la gestion des COGES et des services de santé. L'absence de financement expliquerait ce faible pourcentage de COGES formés.

Les opinions recueillies au sein des communautés indiquent sur la base du nombre de réponses données que 69,32% des personnes interrogées connaissent le COGES. Cette proportion faible pourrait s'expliquer par le fait que le COGES relève d'une formation sanitaire qui couvre plusieurs villages. Donc il peut être moins connu dans les villages non siège de la formation sanitaire. Seulement 56,81% des personnes rencontrées disent avoir participé aux activités du COGES et 42,35% à la désignation des membres du COGES lors de l'Assemblée générale. Ces taux estimés bas traduisent la faible participation communautaire. Ce qui ne facilite pas le rôle du COGES. On note cependant que près de  $\frac{3}{4}$  des personnes interrogées soit 72,4% sont satisfaites

des actions menées par le COGES. Ce qui montre que la population comprend le bien-fondé de ces COGES et le bénéfice qu'elle peut tirer de l'action de ces derniers dans le domaine de la résolution de leur problème de santé.

### 4.3.3 Effet du volet AEPHA

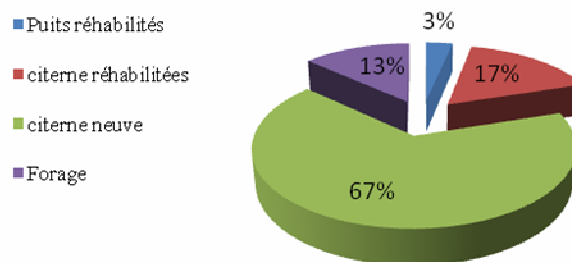
Les entretiens avec les différents acteurs (partenaires de mise en œuvre et bénéficiaires) ont permis de recueillir des données dont l'analyse permet de ressortir les effets du projet.

Des questions idoines ont été posées à dix-sept (17) responsables de l'échantillon d'EPP ; de même, seize (16) focus group ont été animés avec des élèves des mêmes EPP. Pour le volet AEPHA, les effets relevés peuvent être ainsi résumés :

Par rapport aux ouvrages et équipements dans les écoles, il existe dans la presque totalité des EPP un point d'eau fonctionnel, des installations d'hygiène et assainissement. Ceci donne de bons ratios de couverture en AEPHA pour les élèves dans ces EPP.

En effet, il ressort de l'enquête terrain, la réalisation de points d'eau dans quinze des dix-sept EPP visitées, soit un taux de couverture en points d'eau de 88%. Les citernes représentent l'essentiel des points (sources) d'eau (84% du total des ouvrages).

Graphique N°17 : Points d'eau dans les 17 EPP de l'échantillon



Source : Enquête terrain IGIP Afrique, juillet 2011.

Les citernes réalisées dans les EPP comportent divers inconvénients liés à la qualité de l'eau qui nécessite d'être régulièrement traitée. En effet, elles ne sont pas des sources d'eau potable, aussi est-il souhaitable d'envisager dans le futur, des forages qui sont sources d'eau potable.

Les puits réparés et les forages réalisés ont connu la pose de pompes à motricité humaine. Des artisans locaux pour leur réparation ont été formés mais pas dans la totalité des sites. Il est nécessaire de compléter ce processus pour assurer une maintenance et prise en charge de proximité des pannes. Egalement, il est indispensable que la contribution des populations utilisatrices soit effective et au moment du prélèvement.

Les résultats de l'enquête ressortent que l'existence de ces sources d'eau, couplée à la présence des postes d'eau potable (PEP) dans les classes, a amené les élèves à n'avoir pour eau de boisson à l'école, que celle des PEP. Ces postes d'eau potable sont une bonne initiative, mais la durabilité des dispositifs actuels (seau en plastique de 50 litres avec un robinet) n'est pas du tout

avérée à cause de la fragilité du matériel utilisé. A ce niveau, des efforts d'amélioration sont nécessaires pour assurer une plus grande durabilité.

#### ➤ **De l'utilisation des latrines**

Des latrines en blocs séparés pour garçons et filles sont présentes dans toutes les EPP de l'échantillon.

L'analyse des données des focus group élèves fait ressortir que la quasi-totalité des élèves sont satisfaits de leur utilisation. Ainsi, la défécation à l'air libre dans les écoles ne se fait plus.

La séparation des blocs fille /garçon est également respectée par l'ensemble des élèves dans les EPP. L'entretien des latrines est assuré de manière régulière (au moins 1 fois/ semaine) par le comité de santé scolaire.

Les latrines visitées lors des enquêtes sont parues, dans la quasi-totalité, propre et bien entretenues. La séparation en blocs pour les filles et pour les garçons, l'existence des comités d'hygiène, la formation d'enseignants à la méthode PHAST, sont autant de dispositions qui contribuent à la bonne utilisation et gestion des ouvrages d'assainissement.

Le choix de la latrine ECOSAN, très hygiénique (séparation des fèces et de l'urine recueillie dans un contenant fermé), d'entretien facile (usage de la cendre en lieu et place de détergents), de vidange aisée (dalles amovibles permettant d'accéder aux fèces hygiénisés alors pelletables) et offrant la possibilité de valorisation agricole des fèces hygiénisés (d'où possibilité d'accroissement de revenus monétaires), comporte un fort gage de durabilité. Cependant, dans aucune des EPP, il n'a été signalé la valorisation des fèces.

Du reste, une latrinisation à l'échelle, permettant d'atteindre un minimum de nombre de latrines ECOSAN, est nécessaire pour tirer davantage de bénéfices de ce type de latrine.

#### ➤ **De l'utilisation des dispositifs de lavage des mains**

Dans les écoles de l'échantillon, des dispositifs de lavage des mains sont réalisés et déclarés fonctionnels. Des expériences pratiques n'ont pu être vécues, en raison de la période des vacances scolaires au moment de l'enquête, mais les bénéficiaires ont déclaré utiliser ces dispositifs, systématiquement après les toilettes, à l'école et même à la maison où certains élèves affirment avoir répliqué le dispositif qui serait également utilisé par les membres de leurs familles.

#### ➤ **De la formation /sensibilisation selon l'approche PHAST**

Par rapport à l'éducation à l'hygiène et à l'assainissement dans les écoles, des enseignants ont été formés à la méthode PHAST dans toutes les EPP de l'échantillon, en moyenne trois par EPP, et des comités de santé scolaires ont été mis en place. Les élèves connaissent dans la plupart des EPP, ce comité.

L'éducation à l'hygiène a permis de faire acquérir par les bénéficiaires des connaissances quant au lien entre la bonne santé et une bonne hygiène corporelle et alimentaire.

Il est certain qu'il est difficile d'isoler les effets du présent projet, surtout pour le volet AEPHA. Toutefois, il apparaît, d'après les résultats des enquêtes de terrain, que ce volet a eu pour effet l'incitation à l'utilisation des latrines, au-delà du périmètre scolaire, en particulier dans les

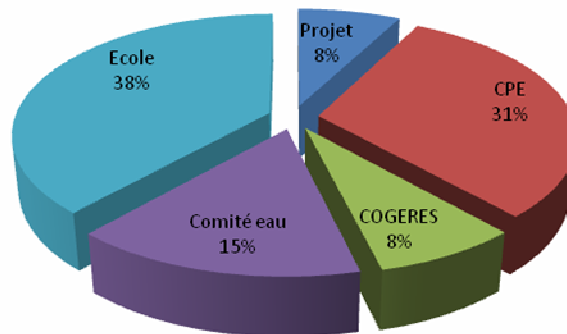
familles. Le principal frein à la dissémination de cette bonne pratique s'avère être la pauvreté monétaire. En effet, peu de scolaires interviewés déclarent utiliser les latrines à la maison ; les raisons de la non utilisation identifiées étant l'absence de latrines et l'absence de moyens pour s'en doter.

### ➤ De la gestion et de l'entretien des ouvrages

L'enquête ressort l'existence de mécanismes variables de gestion et d'entretien des ouvrages dans les EPP visitées. Dans ces EPP, les frais d'entretien et de réparation des ouvrages d'eau sont assurés par l'école (38%) sur son budget de fonctionnement, par les CPE et COGERES (39%) et le Comité d'eau créé généralement à l'initiative des enseignants et du CPE (15%).

Il a été constaté la mise en place d'activités génératrices de revenus pour financer l'entretien des ouvrages. Il s'agit de la vente au volume de l'eau du forage, de l'exploitation de mini pisciculture avec le trop plein des citernes. Ces activités génératrices de revenus sont à encourager.

Graphique N°18 : Prise en charge des frais de réparation en cas de panne de l'ouvrage d'eau



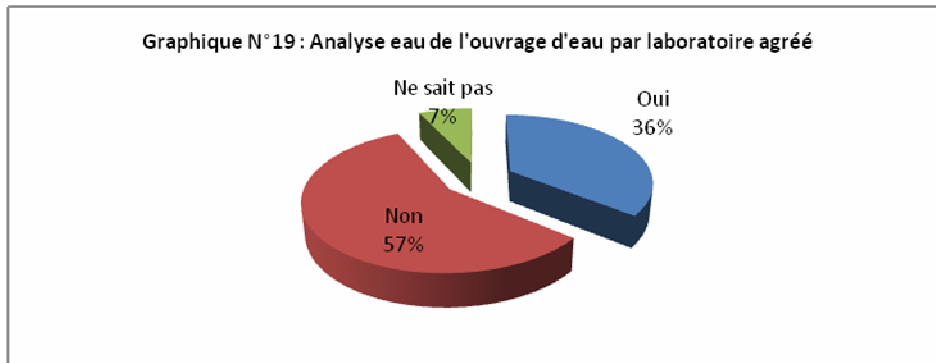
Source: Enquête terrain IGIP Afrique, juillet 2011.

De même, la conscience de la nécessité de consommer de l'eau potable se diffuse. Cependant, un grand nombre d'élèves affirme boire l'eau de sources non potable à la maison. Les raisons évoquées sont principalement liées aux pannes des ouvrages communautaires.

Les points d'eau scolaires sont sollicités par les communautés (40% des cas dans l'échantillon d'enquête). Ces sollicitations contribuent à l'usure rapide desdits ouvrages. Aussi, il est normal d'attendre une contribution directe des préleveurs afin d'assurer la pérennité des ouvrages. L'enquête ressort que cette contribution n'est pas toujours effective.

### ➤ De la qualité de l'eau

L'enquête auprès des responsables d'EPP ressort que pour les ouvrages d'approvisionnement en eau des EPP de l'échantillon, l'analyse de la qualité de l'eau collectée ou distribuée n'est pas systématique. En effet, 57% des responsables interviewés ont déclaré qu'aucune analyse d'eau n'a été faite et 7% ne pas savoir.



*Source : Enquête terrain IGIP Afrique, juillet 2011*

Les 36% des ouvrages pour lesquels une analyse d'eau aurait été faite sont constitués de trois (3) forages neufs et de deux (2) paires de citernes de 25 m<sup>3</sup> chacune. La fréquence des analyses déclarées est disparate ; l'analyse a lieu à la mise en service (40%), annuellement (20%) et également 20% selon une périodicité semestrielle.

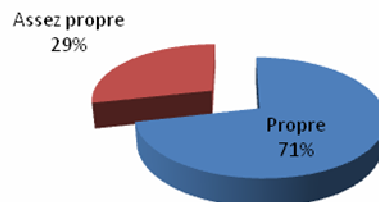
Quel que soit l'ouvrage d'approvisionnement en eau potable, l'analyse de l'eau par un laboratoire agréé devrait être faite avant la mise en service, et par la suite, au moins semestriellement pour les citernes. Cette analyse est fondamentale pour pouvoir conférer à l'eau de l'ouvrage son caractère de potabilité. Elle devient un impératif, au regard du type d'ouvrages prédominant (citernes) et des utilisateurs de l'eau ainsi mobilisée (des enfants).

Le dispositif du projet prévoit un traitement régulier de l'eau des citernes à l'aide de l'eau de javel. La disponibilité des produits après la première dotation accordée par le projet devrait être assurée par l'école selon les directeurs.

### ➤ De la propreté autour des ouvrages d'eau

Le constat visuel effectué autour des ouvrages d'eau ressort un état de propreté convenable pour tous les points d'eau de l'échantillon. En effet, cet état varie de "très propre" (71%) à "assez propre" (29%).

**Graphique N° 20 : Propreté autour de l'ouvrage d'eau**



*Source : Enquête terrain IGIP Afrique, juillet 2011*

Dans l'ensemble, les élèves ont déclaré utiliser systématiquement les lave-mains après les toilettes, aussi bien à l'école qu'à la maison. Dans une large majorité des focus, il est ressorti que les autres membres de la famille se lavent également les mains après les toilettes.



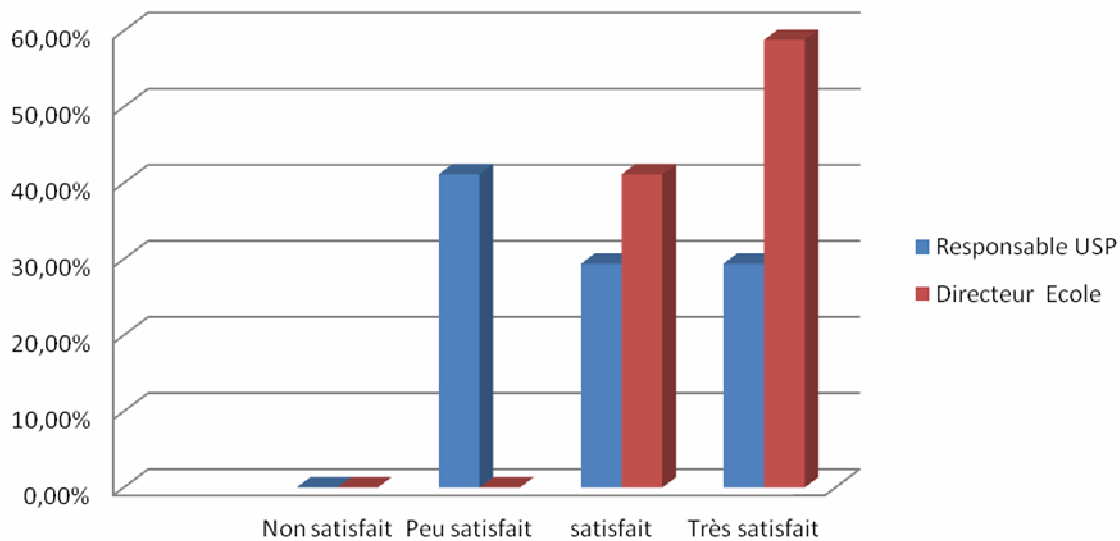
En l'absence de situation de référence ou de groupe témoin, il est hasardeux d'imputer au projet, la pratique du lavage des mains après les toilettes par les autres membres de la famille. Toutefois, il apparaît que les élèves maintiennent à la maison les bonnes pratiques d'hygiène acquises à l'école, ce qui fait d'eux, des agents porteurs de changement dans leur communauté.

- « Il n'y a plus de défécation à l'air libre dans notre école avec la réalisation des latrines qui sont propres »
- « Notre école est plus propre »
- « Le lavage des mains après les toilettes et avant de manger nous permet d'éviter les maladies ».

#### 4.3.4 Appréciations générales par rapport à la mise en œuvre du projet

Dans l'ensemble, les différentes personnes interviewées lors de l'enquête, que ce soit les responsables régionaux, les directeurs d'école primaire publique, les responsables d'unité de soins périphérique, sont satisfaits de la mise en œuvre du projet et jugent leur niveau d'implication élevé.

Graphique N° 21 : Niveau de satisfaction des responsables des sites du projet



Source : Enquête terrain IGIP Afrique, juillet 2011

Il ressort de l'enquête qu'au niveau des directeurs d'école, 41% sont satisfaits et 59% très satisfaits. La mise en œuvre du projet répondait selon eux à leurs attentes.

Par contre, au niveau des USP, même si la plupart des responsables interviewés se déclarent satisfaits, on note que près de 41% sont peu satisfaits. Les raisons invoquées pour justifier le peu de satisfaction sont entre autres la mauvaise qualité des services, le manque de toilettes dans certaines formations sanitaires, la réhabilitation partielle ou la défectuosité de certaines parties

après la réhabilitation, la non prise en compte des logements, le manque d'eau potable, l'insuffisance d'équipement et de matériels. L'appréciation du niveau d'implication dans la mise en œuvre du projet par les directeurs d'école indique que 95% d'entre eux estiment s'être bien impliqués. Chez les responsables d'USP, 76,47% d'entre eux affirment avoir été impliqués à des degrés divers.

Ce niveau d'implication des acteurs traduit bien l'approche développée dans la stratégie de mise en œuvre visant l'implication des différentes parties prenantes.

En résumé, les activités réalisées dans le cadre du projet ont répondu aux besoins des responsables de sites. Une bonne proportion d'entre eux ont été impliqués et sont satisfaits de la mise en œuvre du projet.

Ils suggèrent que le projet puisse être prolongé pour prendre en compte les besoins non ou partiellement satisfaits.

#### Constats:

- Le paquet éducatif essentiel a permis d'améliorer les conditions d'encadrement et d'apprentissage des élèves mais doit être complété par la professionnalisation et la prise en charge des enseignants notamment volontaires en vue d'améliorer la qualité de l'enseignement ;
- L'amélioration des conditions de travail à travers la construction, la réhabilitation et l'équipement des infrastructures scolaires et sanitaires a permis de retenir les agents à leur poste et d'augmenter les taux d'utilisation ;
- L'absence d'interface en terme de services de santé entre les écoles et les USP n'a pas permis aux élèves de bénéficier directement des effets de la réhabilitation des USP, révélant ainsi la non intégration des interventions mises en œuvre dans le domaine de l'éducation et celui de la santé ;
- La mise en place d'ouvrages d'eau et d'assainissement dans les écoles a amélioré l'environnement physique et les conditions sanitaires des élèves ; certains d'entre eux ont répliqué dans les familles l'usage des dispositifs de lavage des mains. Mais l'absence ou l'insuffisance des ouvrages d'eau et d'assainissement dans les ménages limitent la continuité des bonnes pratiques au sein de la communauté.

#### **4.3.5 Durabilité du projet**

La pérennité des effets de la mise en œuvre du projet a été appréciée du point de vue social, financier et technique en ressortant les atouts capables de garantir la durabilité des effets obtenus. La mobilisation sociale autour des objectifs d'éducation pour tous s'est considérablement accrue suite aux activités de formation et de sensibilisation du projet. La tenue régulière des réunions des CPE et la participation à la gestion financière de l'école constituent des bases pour la pérennisation des actions. Par ailleurs, la mise en œuvre de la politique sectorielle contribuera à consolider le Paquet éducatif essentiel pour l'amélioration des apprentissages.

Du point de vue social, plusieurs changements positifs tels que l'accroissement des effectifs d'élèves, l'amélioration des conditions d'enseignement et d'apprentissage, l'accroissement de la fréquentation des unités de soins, l'adoption de bonnes pratiques de santé et d'hygiène sont survenus dans l'environnement scolaire et sanitaire des zones d'intervention du projet. Ces

changements ont été obtenus grâce à l'environnement créé par le projet sur la base des politiques et stratégies dans les domaines de l'éducation, de la santé, de l'eau et de l'assainissement.

La durabilité de ces changements dépend des bénéficiaires eux-mêmes à travers la bonne gestion et la bonne utilisation des infrastructures et des ouvrages réalisés. La poursuite du renforcement des capacités des acteurs communautaires constitue une mesure nécessaire à l'appropriation des actions et à la pérennisation des effets.

Du point de vue institutionnel, la stratégie basée sur l'approche intégrée de partenariat UNICEF-ONG partenaires-Structures techniques de l'Etat-Populations bénéficiaires, s'est révélée pertinente en particulier au niveau décentralisé, pour résoudre les questions à la fois de l'éducation, de la santé et de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement dans les zones de pauvreté identifiées. En outre, l'adéquation des activités du projet avec les plans d'action des directions régionales de l'éducation et de la santé, structures pérennes de l'Etat, l'utilisation d'animateurs par les ONG au niveau local dans la mise en œuvre des activités, etc. constituent autant de support pour asseoir la durabilité du projet.

Du point de vue financier, l'intérêt porté par l'Etat et les différents bailleurs de fonds au financement des secteurs sociaux, augure une bonne perspective de mobilisation continue des financements pour les activités relatives à l'amélioration de l'accès à l'éducation et la promotion de la santé des groupes spécifiques que sont les femmes enceintes et les enfants. Aussi l'adoption d'un document de stratégie de réduction de la pauvreté comme référentiel de développement, la reprise de l'aide publique au développement et l'adhésion du Togo au pacte mondial du partenariat international pour la santé (IHP+), assoient de fait les conditions d'une mobilisation possible des ressources additionnelles nécessaires à la consolidation des acquis du projet et à l'extension des interventions menées dans le cadre de ce projet.

Enfin, du point de vue technique, l'ensemble des mesures qui consistent à l'utilisation d'une expertise nationale à travers le Ministère de la santé, les ONG internationales implantées au Togo, au transfert des compétences/technique d'animation aux agents de santé et organisations à base communautaire pour la gestion et l'entretien des ouvrages, contribue à la durabilité des effets du projet.

#### **Constats:**

- La formation des CPE, la mobilisation sociale autour des objectifs de l'EPT constitue des gages de poursuite des actions en faveur de la scolarisation de tous les enfants.
- La mise en place des CSS dans les écoles, la formation des enseignants à l'approche PHAST permet également de perpétuer les bonnes pratiques d'hygiène et d'assainissement.
- La formation d'artisans locaux à la réparation des pannes des points d'eau potable (système à motricité humaine), est une garantie de la durabilité des ouvrages d'eau.
- La non implication des structures techniques dans le suivi des agents formés à l'approche PHAST représente toutefois une insuffisance pour la pérennité de l'approche sur le terrain.

## **4.4 Leçons apprises et recommandations**

### **4.4.1 Leçons apprises et les bonnes pratiques du projet**

Les principales leçons apprises et les bonnes pratiques issues de la mise en œuvre du projet sont :

#### **➤ Les Leçons apprises**

- L'implication des ONG sélectionnées sur la base de leur compétence et de leur expérience du terrain permet d'atteindre des résultats probants mais exige la participation des structures étatiques dans la formulation des interventions à mener, le suivi des activités et l'évaluation des résultats ;
- La rénovation d'une structure sanitaire constitue un élément à la fois de motivation pour les agents de santé et pour les populations. Pour les agents de santé, cela améliore leurs conditions de travail et pour les patients, cela représente un milieu sécurisant et renforce l'image de la structure et la confiance des bénéficiaires vis-à-vis de celle-ci.

#### **➤ Les bonnes pratiques**

- La mise en œuvre de projet intégré comportant des interventions de plusieurs secteurs de développement n'est pas aisée en termes de coordination et de suivi des interventions. Cependant, elle oblige une collaboration intersectorielle par la nécessaire synergie d'action des acteurs et apporte une réponse plus adéquate aux problèmes des bénéficiaires ;
- La mise en place dans les écoles des comités d'hygiène et de santé est une bonne pratique qui devrait être mise à l'échelle pour améliorer l'environnement scolaire et inculquer un changement durable dans les comportements tant individuels que collectifs. Elle permet également d'assurer la durabilité des effets produits par le projet et leur diffusion au sein de la communauté ;
- La responsabilisation des structures régionales dans la passation des marchés et le suivi des travaux de réhabilitation ont été des éléments motivants des acteurs de la santé au niveau régional ;
- La mobilisation sociale en faveur de la scolarisation pour tous ;
- L'instauration d'un concours « Ecole propre » pour encourager l'hygiène dans les écoles du projet.

### **4.4.2 Recommandations**

Au regard des éléments d'analyse issus de l'enquête, pour assurer la pérennité des effets du projet, les recommandations suivantes sont formulées :

- Volet éducation : i) Poursuivre la construction de nouvelles salles et la réhabilitation des salles vétustes pour accroître l'accès des enfants, particulièrement des filles. ii) Poursuivre les dotations en kits et fournitures scolaires au profit des élèves et des filles en particulier. iii) Mettre en place des cantines scolaires afin d'offrir un repas chaud aux enfants à midi en vue de les maintenir à l'école. En effet, au cours des entretiens avec les directeurs d'école, ceux-ci ont révélé que le nombre d'enfants en classe diminue à partir des mois de janvier-février et

que cela est lié à la période de soudure. iv) Renforcer la professionnalisation et la prise en charge des enseignants pour améliorer la qualité de l'enseignement. En effet, il est important de rendre disponible des livres pour un apprentissage adéquat des élèves mais cela doit être soutenu par une bonne formation pédagogique et une motivation des enseignants pour les rendre capables d'exploiter les ouvrages et d'utiliser des méthodes d'apprentissage favorisant l'assimilation des différents programmes.

- *Volet santé* : i) Poursuivre la réhabilitation des USP pour améliorer la fréquentation. ii) Subventionner les soins destinés aux enfants et aux femmes enceintes. iii) Favoriser l'implication des agents de santé communautaire dans le suivi des grossesses et l'accompagnement des femmes enceintes pour l'amélioration de la couverture en CPN. iv) Améliorer la disponibilité des médicaments par la mise en place de dépôt MEG dans les USP réhabilitées. v) Améliorer la disponibilité des ARV pour la PTME afin de prendre en charge toutes les femmes enceintes séropositives. vi) Développer la santé scolaire par la mise en place d'infirmeries ou de dispositifs de secourisme dans les écoles, pour constituer une interface entre l'école et les services de santé. Ceci garantirait une réelle prise en charge sanitaire des élèves. vi) Renforcer l'équipement des services de santé gage d'une stabilité du personnel, et d'une meilleure qualité des prestations et d'une stabilité du personnel.
  
- *Volet AEPHA* : i) Poursuivre la mise en place des sources d'eau potable en privilégiant les forages. ii) Poursuivre la formation des artisans locaux pour assurer la maintenance des pompes à motricité humaine. iii) Favoriser la mise en œuvre de latrines ainsi que de dispositifs de lavage des mains au sein de la communauté qui abrite l'école afin de consolider les bonnes habitudes acquises à l'école. iv) Faire des blocs latrines pour les enseignants et réaliser des rampes pour les handicapés. v) Renforcer les capacités opérationnelles des services techniques d'hygiène et d'assainissement de l'Etat et les impliquer dans le suivi des agents formés à l'approche PHAST.

Afin de consolider les importants acquis du projet dans une perspective de pérennisation des effets et de contribution à l'atteinte des OMD à l'horizon 2015, il est souhaitable que des actions soient poursuivies notamment dans le cadre de l'EPT, la promotion de la santé, de l'hygiène et de l'assainissement en milieu scolaire.

## CONCLUSION

En collaboration avec le Gouvernement du Togo et le Gouvernement du Japon, l'UNICEF a mis en œuvre d'avril 2009 à juin 2010 un projet d'appui à la création d'infrastructures scolaires et d'hygiène dans les régions des Savanes, de Kara et de la Maritime. Ce projet dénommé « Appui à la création d'un environnement ami des enfants dans les régions des Savanes, de la Kara et de la Maritime » s'inscrit étroitement dans le cadre de l'appui apporté par l'UNICEF pour le développement et l'épanouissement de l'enfant au Togo.

La présente évaluation qui fait partie du dispositif de suivi mis en place par l'UNICEF a permis de mesurer l'efficacité, l'efficience et les effets induits par la mise en œuvre du projet. Ainsi il ressort de l'analyse de la pertinence que le projet est en parfaite adéquation avec les politiques et les stratégies en matière d'éducation (PSE), de santé (PNDS), d'approvisionnement en eau, d'hygiène et d'assainissement (PNAEP et PNHAT).

Le projet du point de vue de l'efficacité a atteint dans ses différents volets d'excellents taux d'exécution physique tout en restant sensiblement proches des prévisions budgétaires grâce à une stratégie efficace de mise en œuvre.

En ce qui concerne les effets induits par le projet dans l'environnement de sites d'exécution, il ressort qu'il a principalement entraîné : une amélioration de l'accès des enfants et particulièrement des filles à l'école primaire publique, une amélioration des conditions d'encadrement pédagogique et environnement scolaire dans son ensemble, l'adoption de bonnes pratiques par les élèves en matière d'hygiène et d'assainissement. Il a, par ailleurs, permis de susciter une fréquentation plus accrue des structures sanitaires et la disponibilité de services spécifiques de nutrition et de prévention de transmission mère enfant du VIH dans les USP sites.

Egalement la stratégie de mise en œuvre du projet, à travers une approche multisectorielle et de participation des communautés, a contribué à développer le partenariat entre les différents secteurs en vue de favoriser l'éducation pour tous. De même, le renforcement des capacités des acteurs étatiques et communautaires effectué par le projet au sein de l'école (comité de santé des élèves, CPE, enseignants) et des structures de santé (COGES, agents de santé) constitue une base d'appropriation des acquis et d'une pérennisation des effets.

Afin de consolider les acquis et de garantir une durabilité des effets, il est fortement recommandé à l'UNICEF de poursuivre des actions entreprises tant au niveau du développement des infrastructures que du renforcement des capacités des acteurs en vue de contribuer à un développement durable des secteurs de l'éducation et de la santé au profit des enfants.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Aide et Action, (2011). Rapport d'exécution du projet « Appui à l'amélioration de l'environnement scolaire dans les Régions Maritime, Kara et Savanes» avril 2009 à juin 2011.Togo
2. UNICEF (2009). Rapport étude « Paquet éducatif essentiel pour la gestion d'une école primaire de qualité et d'équité au Togo » Togo
3. PNUD (2007) Document de programme pays Togo, 2008-2012. Togo
4. Ministère de la santé (2009). Plan national de développement sanitaire ( PNDS) 2009-2013,version du 14 février 2009 ;
5. CREPA/Togo (2011). Rapport final de projet « appui à l'amélioration de l'environnement des enfants à travers la participation en matière de santé-éducation dans 75 écoles et 60 USP des régions Maritime, de la Kara et des Savanes du Togo , mai 2009 à avril 2011, Juin 2011 ;
6. DEP/ Ministère de la santé (2009) Principaux indicateurs de santé, année 2008, Direction de la planification, de la formation et de la recherche, octobre 2009. Togo;
7. Ministère de la santé (2011).Analyse de la performance du système de santé au Togo, draft 3, février 2011.Togo
8. Ministère des mines, énergie (2006).Politique nationale en matière d'approvisionnement en eau potable, et eau, juillet 2006. Togo
9. Politique nationale d'hygiène et d'assainissement au Togo (PNHAT), document d'opérationnalisation, novembre 2009 ;
10. Aide et Action, Unicef. (2009). Projet Faire Ensemble « Appui à l'amélioration de l'environnement scolaire dans les régions Maritime, Kara et Savanes», proposition d'intervention formulée par Aide et Action : 22 avril 2009 ;
11. Annexe I : Accord type de coopération au projet (PCA), Accord type de coopération au projet, Entre, UNICEF, le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance Et L'ONG Internationale AIDE ET ACTION INTERNATIONAL, 22 avril 2009 ;
12. Annexe I : Protocole d'Accord de Coopération (PAC), Protocole d'Accord de Coopération Entre UNICEF, le Fond des Nations Unies pour l'Enfance Et L'ONG Internationale CREPA Togo, 03 avril 2009 ;
13. Aide et Action (2009). Projet Faire Ensemble « Appui à l'amélioration de l'environnement scolaire dans les régions Maritime, Kara et Savanes » analyse situationnelle sur les sites du projet, Septembre 2009 ;

14. Aide et Action (2010), Projet Japonais et Danois « Appui à l'amélioration de l'environnement scolaire dans les régions Maritime, Kara et Savanes» Rapport d'exécution partielle rédigé par, Financement Danois et japonais, Mars 2010 ;
15. Aide et Action (2010). Projet Japonais et Danois « Appui à l'amélioration de l'environnement scolaire dans les régions Maritime, Kara et Savanes» Rapport d'exécution partielle rédigé par Aide et Action, Financement Danois et japonais Décembre 2010 ;
16. Unicef (2009). Projet Faire ensemble, « Appui à l'amélioration de l'environnement scolaire dans les régions Maritime, Kara et Savanes» Rapport de visites de sites à réhabiliter, Juin 2009.



# **ANNEXES**

## Annexe 1

### LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

	Nom et prénoms	Fonction/Qualification	Structure
1.	Mamadou Lamine SOW	Education officer	Unicef
2.	Christine JAULMES	Représentante adjointe	Unicef
3.	SALAMI Fataou	Wash officer	Unicef/TOGO
4.	Vincent	Suivi du développement de l'enfant	Unicef/TOGO
5.	TEPE-DJANYIH Viviane Eli	Directrice Résidente	CREPA/TOGO
6.	DOEVI A. Edgard Dozi	Coordonnateur Général de l'unité de coordination des programmes Gouvernement /SNU	DRPDAT
7.	LARE Lardja	Coordonnateur national du programme éducation pour tous	MEPSA
8.	KOMLAGAN Atayi Sylvain	Directeur des soins de santé primaires et Coordonnateur du programme de suivi du développement de l'enfant	Ministère de la santé
9.	SANI Amidou	Chef de division de l'assainissement et de l'hygiène du milieu	Ministère de la santé
10.	PALANGA Pélagie	Comptable de la direction des soins de santé primaires	Ministère de la santé
11.	ATAMBA Fanté	Ingénieur de travaux de génie civil	DRS de la KARA
12.	MONDORO Padagniaki		
13.	KOLA	Directeur régional du plan	DRPDAT de la KARA
14.	NAM PAKEDAME Gilbert	Directeur régional du plan	DRPDAT des Savanes
15.	KATANGA T. Poro	Directeur régional de l'éducation	DRE de la KARA
16.	AGATE Tchamdja	Chef de division établissement et vie scolaire	DRE de la Kara
17.	SALAH Kouégan	Inspecteur de l'enseignement préscolaire et primaire	IEPP de la préfecture d'ASSOLI
18.	BODI Mouza	Statisticien	IEPP de la préfecture d'ASSOLI
19.	PADABADE Didjionnèdina	Assistant médical/généraliste	District sanitaire d'ASSOLI
20.	BILAKEMA B. Komlan	Assistant médical/génie sanitaire	District sanitaire d'ASSOLI
21.	BANTAKPA S. René	Assistant médical chargé du suivi/évaluation Fonds Mondial point focal PTME	District sanitaire d'ASSOLI
22.	TCHIAGANDI Essoh-Sam	Assistant d'hygiène d'Etat	USP de Koumondè
23.	AKAKPO Djifa	Directeur régional du plan	Direction régionale du plan de la Maritime
24.	ARFA Tom-Iteng Désiré	Coordonnateur du bureau national	ONG Aide et Action /TOGO
25.	COA MI Acakpo Coffi	Directeur régional de l'éducation	DRE de la Maritime
26.	NAYO/APETSIANYI Y.D. Josée	Directrice régionale de la santé	DRS de la Maritime
27.	DOVI Kwoami	Responsable du service régional d'assainissement	DRS de la Maritime
28.	ALPKPA Komla	Ingénieur de génie sanitaire	DRS de la Maritime
29.	AKAKPOVI Adjété		DRS de la Maritime
30.	LOKOSSA Kodzo	Directeur d'école	EPP de Wogba
31.	ADOBOE Kodjo-Messan	Directeur d'école	EPP d'Asso-Apégan
32.	SEMEGNON Apélépé	Assistant médical	USP Aklakou
33.	EPOU Adjovi Dovi	Accoucheuse Auxiliaire	USP Aklakou
34.	AGOSSOU Ayéwanou	Assistant médical	USP Attitogon

35.	DOUTI Yendougnouian	Directeur d'école	EPP Attitogon C
36.	KOMLAN Alowodouna	IDE	USP Affagnan
37.	EBOH Ekoué	Assistant d'hygiène d'Etat	USP Affagnan
38.	ADJOKPO Koffivi	Enseignant CE2 B	EPP Affagnan AB
39.	AWOUDZI Agbemavi	IDE	USP Dzrekpo
40.	KPONBLAN Clémentine	Accoucheuse permanente	USP Dzrekpo
41.	KABLE Afi	Sage-femme d'Etat	CMS Akoumapé
42.	EDOH Koukou	Assistant médical	CMS Akoumapé
43.	SENA Kouakou	Directeur d'école	EPP Vo-koutimé
44.	FOOVI Yawovi	Enseignant volontaire CM1	EPP Vo-koutimé
45.	AMEDOKPO Komkou	Enseignant volontaire CP1	EPP Vo-koutimé
46.	DJOKOTO Koami	Membre bureau CPE	EPP Vo-koutimé
47.	AGBEMAPLE Kodjo	Directeur d'école	EPP Dagbati
48.	ALOMESSOU KOKOVI,	Infirmier d'etat	USP-Bogou
49.	KANNANDIBE DAMIGOU,	Infirmier d'Etat	USP Natigou
50.	MAWISSI BARNABO FRANCOIS		USP Mogou
51.	Mme MANA, GBODO	Infirmier	USP Kountoiré
52.	GNADJA YAMA	Infirmier d'Etat	CMS Naki-Est
53.	GODOEGAN KOMI	Infirmier d'Etat	Hopital de district de Mandouri
54.	KADI KOMI	infirmier auxiliaire	Bouladè
55.	SEM YAO	infirmier chef de poste	USP Namon
56.	MAMBAEFEI KPADJA	Infirmier d'Etat	USP Pangouda
57.	KOUTANTO ADI ABIDE	Accoucheuse	USP Nadoba
58.	NAMAK MINHINAM	Directeur d'école	NATCHITIKPI
59.	BATOU BOUWESSODJO, ZANGABA SAFIANOU		EPP EFOLO
60.	ATIGA KOMLAN		Namon
61.	N'POH LUC		Nadobab
62.	NDA DENIS		Nadoba a
63.	SAMRE ANITE	Directeur Ecole	EPP Pangouda b
64.	LAMBONI PAKINDAME	Directeur d'école	EPP Loko centre
65.	DJOMBLI M'BOKMI	Directeur d'école	EPP Naboli
66.	KOLA PADAWASSIH, ABDOULAYE MOUSTAPHA	Directeur d'école	Mogou A et Mogou B
67.	DARMANE ALIOU	Directeur d'école	EPP Sogou-tchiel
68.	DOUTI GNIMPO, YADJA GMAME	Directeur d'école	EPP Bagre - kouampante
69.	DOUTI LADJA	Directeur d'école	EPP Dote

Annexe 2 :

**LISTE DES SITES VISITES**

REGIONS	PREFECTURES	ECOLES	USP/CMS	Villages enquêtées
SAVANES				
	KPENDJAL	EPP Sogou-tchiel	CMS Naki Est	Sogou-tchiel
	OTI	EPP Naboli	USP Kountoiré	Naboli
		EPP Mogou A&B	USP Mogou	Mogou
	TANDJOARE	EPP Dote	USP Bogou	Dote
		EPP Loko	USP Natigou	Loko
KARA	ASSOLI	EPP Efolo	USP de Koumondè	Efolo
			USP Bouladé	Bouladé
				Koumondè
	DANKPEN	EPP Namon	USP Namon	Namon
		EPP Natchitikpi	USP Natchitickpi	Natchitikpi
	KERAN	EPP Nadoba A	USP Nadoba	Nadoba
		EPP Nadoba B		
		EPP Pangouda B	USP Pangouda	Pangouda
MARITIME				
	LACS	EPP Dagbati	USP Dzrekpo	Dagbati
	BAS MONO	EPP Affagnan AB	USP Affagnan	Affagnan
		EPP Attitogon C	CMS Attitogon	Attitogon
	VO	EPP d'Asso- Apégan	CMS Aklakou	Asso-Apégan
		EPP de Wogba	CMS Akoumapé	Wogba
		EPP Vo-koutimé		Vo-koutimé
<b>TOTAUX</b>	<b>09 préfectures</b>	<b>17 EPP</b>	<b>17 USP/CMS</b>	<b>22 villages</b>

### Annexe 3

#### Répartition des membres COGES selon le sexe

Régions	Nom de l'USP	Composition du COGES		Total
		Nombre de Femmes	Nombre d'Homme	
KARA	USP NAMON	1	3	4
	USP NATCHITICKPI	2	3	5
	USP KOUMONDE	3	3	6
	USP PANGOUDA	2	3	5
	USP NADOBA	2	3	5
	USP BOULADE	0	3	3
MARITIME	CMS AKOUMAPE	1	3	4
	CMS ATTITOGON	1	2	3
	USP DZREKPO	1	2	3
	USP AFAGNAN	1	2	3
	CMS AKLAKOU	1	2	3
SAVANE	CMS NAKI EST	1	4	5
	USP MOGOU	1	2	3
	USP KOUNTOIRE	0	3	3
	USP NATIGOU	1	2	3
	USP BOGOU	0	3	3
	HOPITAL DE DISTRICT MANDOURI	1	8	9
Total		19	51	70

## Annexe 4

### Taux de flux par cours et par genre des écoles de l'échantillon.

	CP1	CP2	CE1	CE2	CM1	CM2
2010-2011						
<b>Taux de promotion 2010-2011</b>	67%	72%	78%	82%	77%	87%
<i>Taux de promotion (Filles) 2010-2011</i>	69%	70%	78%	79%	73%	89%
<i>Taux de promotion (Garçons) 2010-2011</i>	66%	74%	78%	84%	80%	86%
<b>Taux de redoublement 2010-2011</b>	19%	22%	19%	16%	16%	9%
<i>Taux de redoublement (Filles) 2010-2011</i>	17%	24%	19%	19%	18%	9%
<i>Taux de redoublement (Garçons) 2010-2011</i>	20%	20%	19%	14%	15%	9%
<b>Taux d'abandon 2010-2011</b>	14%	6%	3%	3%	7%	4%
<i>Taux d'abandon (Filles) 2010-2011</i>	14%	6%	3%	4%	9%	9%
<i>Taux d'abandon (Garçons) 2010-2011</i>	14%	6%	3%	2%	5%	5%
2008-2009						
<i>Taux de promotion (Filles) 2008-2009</i>	79%	77%	73%	74%	85%	79%
<i>Taux de promotion (Garçons) 2008-2009</i>	71%	77%	80%	81%	81%	84%
<b>Taux de promotion 2008-2009</b>	75%	77%	77%	78%	83%	82%
<i>Taux de redoublement (Filles) 2008-2009</i>	13%	17%	21%	22%	13%	19%
<i>Taux de redoublement (Garçons) 2008-2009</i>	15%	18%	17%	16%	16%	15%
<b>Taux de redoublement 2008-2009</b>	14%	17%	18%	18%	15%	16%
<i>Taux d'abandon (Filles) 2008-2009</i>	9%	6%	6%	5%	2%	2%
<i>Taux d'abandon (Garçons) 2008-2009</i>	14%	5%	4%	3%	3%	1%
<b>Taux d'abandon 2008-2009</b>	11%	6%	4%	4%	3%	2%

## **Annexe 5 :**

### **Recueil des perceptions de changements par les enfants**

#### **4\_2\_Changements\_niveau\_environnement**

Environnement plus propre, « on était assis sur des pierres maintenant on a des bancs. »

Valorise le village

L'école est plus propre

ça nous apporte la santé

Nous sommes en bonne santé, on est moins serré parce qu'on est assis à 2 alors qu'avant on était à 3.

Les maladies ne peuvent plus nous atteindre

PEP, lave-mains, tables-bancs, latrines

Fournitures, table-bancs, PEP, gobelets, poubelles, lave-mains, latrines

Plus de confort pour suivre les cours, évite les maladies

Plus de défécation à l'air libre

Plus de défécation au champ avec les latrines ; Lavage des mains avant les repas, après les toilettes

Présence de nouvelles infrastructures durables

Pas de défécation à l'air libre avec la réalisation des latrines

Présence de latrines, de laves mains et de PEP ; comités de santé de vingt (20) membres

#### **4\_1\_Changements\_niveau\_pedagogique**

Apprennent à mieux lire

Apprentissage de la lecture

Permet d'apprendre à mieux lire

ça fait moitié dépense pour l'école

ça nous fait avancer

ça nous permet de réussir

tables-bancs, chaises plaque

Cahiers, stylos, livres, ensemble géométrique

Fournitures

Réussite plus facile grâce à l'accès aux fournitures

Disponibilité des livres de lecture et de calcul pour chaque élève

On apprend mieux avec les livres de lecture et calcul pour chacun

Livres de lectures + calcul pour chaque élève

#### **4\_3\_Changements\_niveau\_sport\_et\_loisir**

Plus d'espoir car nous avons remporté une coupe.

Pratique du sport , des jeux

Nous sommes en meilleure santé

On est content de gagner les matchs

Etre en bonne santé, être musclé

Ballons (volley, football), maillots (volley et football), chaussures (foot)

Maillots, ballons de foot et filet, ballon de volley

Tenues de sport, ballons de foot et volley-ball, ensembles géométriques

Divertissement, santé, remporter la coupe

Plus de pratiques de sport avec les ballons disponibles. Participation à la compétition inter-écoles

Plus de pratiques sportives, coupe inter-écoles remportées

Pratique du football

Volley ball pour les filles et garçons

#### **30\_Projet\_Don\_Kits\_scolaires\_Si\_OUI\_Apport**

Facilité d'apprentissage

Facilite l'apprentissage

Mieux apprendre

ça nous encourage à travailler

ça nous fait avancer

Diminution des charges pour les parents  
Cela aide à mieux suivre le maître. Aide à ne pas abandonner l'école.  
Diminution des charges pour les parents  
Permet de poursuivre les études jusqu'au bout  
Nos parents ne souffrent plus pour acheter les fournitures  
Meilleure réussite  
Diminution des charges des parents  
Devenir plus intelligent car lecture et calcul à la maison

La joie et moins de dépenses pour les parents

### **31\_1\_Apreciation\_disponibilite\_livres\_scolaires**

Permet de lire et bien faire la dictée  
Aide à apprendre à lire  
Mieux comprendre, apprendre à lire  
On arrive à mieux apprendre à lire  
Nous apporte la connaissance  
Insuffisant, on a un livre pour deux  
Moyen  
Insuffisant  
Très satisfaisant  
n apprend mieux car les livres sont disponibles pour chacun  
Très content  
1 livre par banc. Mieux si c'est 2 livres par banc : étudier mieux  
Bonne chance ; 1 livre de lecture + 1 livre de calcul par élève

### **31\_2\_Apreciation\_disponibilite\_tables\_bancs**

A l'aise pour travailler  
Insuffisant, au CP on est assis à trois  
Bonne  
Bonne  
Satisfaisant. On est passé de 4 par bancs à 2  
2 élèves par table contre 3 à 4 par table-banc avant le projet

### **31\_3\_Apreciation\_disponibilite equipmt\_sportifs\_loisirs**

Voir  
Permet de faire le sport et pratiquer des jeux  
Avant chacun portait son propre habit  
Insuffisant (un seul ballon)  
Insuffisant, pas de maillots pour les filles  
Seulement au CM2  
Insuffisant  
On participe aux compétitions, on est content  
Pas de foot ni de volley avant le projet

### **31\_4\_Apreciation\_renovation\_salles\_classes**

L'école est plus propre  
Insuffisant  
Bonne, jardin d'enfants (réfection)  
Bonne  
Bonne  
Cela nous protège du soleil et de la pluie ; nous sommes contents  
Meilleure sécurité



### **31\_5\_Appreciation\_constructivites\_salles\_classes**

Normalisation du parcours. On a un maître pour chaque classe.

Augmentation du nombre d'élèves

Insuffisant, on est toujours sous les appâtâmes

Beaucoup d'enfants viennent à l'école

Les inscriptions sont plus nombreuses. Poursuite du cursus

Insuffisant

Bonne mais insuffisant. Il y a toujours des classes qui ont plus de 80 élèves

Joie - Sécurité - Belle école

### **32\_1\_Que\_faire\_ameliorer\_environnement\_ecole**

Aérer les latrines, planter des arbres, construction d'autres classes, ajouter d'autres bancs, filets et poteaux pour le foot.

Construction d'un PSP, construction du marché, mise en place d'une cantine, école maternelle, normalisation de l'école.

Planter des arbres, ajouter le nombre de ballons et fournir des chaussures pour le foot.

Cantine, pompe à eau, lumière, maternelle, plus de fournitures.

Cantine, puits, normalisation de l'école

Construction d'un CEG, clôture de l'école, construction d'un forage, ajouter des livres, augmenter les effectifs d'enseignants.

Forage, construction d'autres latrines, construction de logements pour enseignants, mieux payer nos maîtres.

Cantine

Transformer les appâtâmes en salles de classe

Construction de forages, cantine, clôturer pour lutter contre la divagation des animaux, les hommes traversent à moto...

Souhait de la diminution du nombre d'EV (4/6 actuellement) - Suppression de frais d'écolage - Cantine scolaire

Construire des urinoirs, mur de clôture de l'école

Cantine scolaire ; Placer une porte pour "fermer" l'entrée de l'école

Clôturer l'école (plus de sécurité : animaux, passants) - Case (appâtâmes) pour revendeuses de repas qui s'abritent sur les terrasses des salles de classes en cas de pluies

Deuxième module de trois (3) classes + bureau administration + équipement / Cantine scolaire / Ajouter équipement de sport (ballons + maillons) et PEP / Paillotes pour réunion des enseignants

## Annexe 6

### Recueil des perceptions de changements par les parents

Tableau croisé recrutement de plus enfants \* région

			région			Total
			Kara	Maritime	Savanes	
recrutement de plus enfants	pas de changement	Effectif	4	6	4	14
		% compris dans région	2,9%	5,0%	2,2%	3,2%
	amélioration	Effectif	136	114	176	426
		% compris dans région	97,1%	95,0%	97,8%	96,8%
Total	Effectif		140	120	180	440
	% compris dans région		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tableau croisé recrutement de plus de filles \* région

			région			Total
			Kara	Maritime	Savanes	
recrutement de plus de fille	pas de changement	Effectif	7	7	10	24
		% compris dans région	5,0%	5,8%	5,6%	5,5%
	amélioration	Effectif	133	113	170	416
		% compris dans région	95,0%	94,2%	94,4%	94,5%
Total	Effectif		140	120	180	440
	% compris dans région		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tableau croisé Meilleur apprentissage des enfants \* région

			région			Total
			Kara	Maritime	Savanes	
Meilleur apprentissage des enfants	pas de changement	Effectif	29	17	14	60
		% compris dans région	20,7%	14,2%	7,8%	13,6%
	amélioration	Effectif	111	103	166	380
		% compris dans région	79,3%	85,8%	92,2%	86,4%
Total	Effectif		140	120	180	440
	% compris dans région		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

**Tableau croisé Maintien des enfants à l'école \* région**

			région			Total
			Kara	Maritime	Savanes	
Maintien des enfants à l'école	pas de changement	Effectif	63	19	23	105
		% compris dans région	45,0%	15,8%	12,8%	23,9%
	amélioration	Effectif	77	101	157	335
		% compris dans région	55,0%	84,2%	87,2%	76,1%
Total	Effectif		140	120	180	440
	% compris dans région		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

**Tableau croisé Allègement des charges scolaires \* région**

			région			Total
			Kara	Maritime	Savanes	
Allègement des charges scolaire	pas de changement	Effectif	23	24	15	62
		% compris dans région	16,4%	20,0%	8,3%	14,1%
	amélioration	Effectif	117	96	165	378
		% compris dans région	83,6%	80,0%	91,7%	85,9%
Total	Effectif		140	120	180	440
	% compris dans région		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

## Annexe 7

### Propositions des parents pour l'amélioration de la scolarisation des filles selon les régions

	Kara	Maritime	Savanes	Total
autres	0,0%	1,7%	2,8%	1,6%
	7	0	10	17
décharger les filles des activités ménagères	5,0%	0,0%	5,6%	3,9%
	1	0	26	27
ne pas donner en mariage	0,7%	0,0%	14,4%	6,1%
	76	84	65	225
sensibiliser utilité école pour fille	54,3%	70,0%	36,1%	51,1%
	0	0	26	26
créer une cantine scolaire	0,0%	0,0%	14,4%	5,9%
	44	24	30	98
subventionner la scolarisation des filles	31,4%	20,0%	16,7%	22,3%
	1	0	2	3
Installer des infrastructures sportives pour filles	0,7%	0,0%	1,1%	0,7%
	3	4	0	7
femmes enseignantes et modèle féminin	2,1%	3,3%	0,0%	1,6%
	8	6	16	30
encadrement et suivi de la fille scolarisée	5,7%	5,0%	8,9%	6,8%
	12,9%	0,0%	6,7%	6,8%

**Annexe 8**  
**INSTRUMENTS DE COLLECTE DE DONNEES**

**Evaluation du projet d'appui à la création d'infrastructures scolaires et d'hygiène dans les régions des Savanes, de la Kara et de la Maritime**

<b>Fiche de collecte de données au niveau des parents (Hommes et femmes)</b>
--

**Questionnaire entretien individuel**

Date de l'entretien: /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/    Fiche N°/\_\_\_\_\_/

Région de : \_\_\_\_\_

Préfecture de \_\_\_\_\_

Nom du village \_\_\_\_\_

Nom, prénoms \_\_\_\_\_

Place occupée dans votre famille \_\_\_\_\_

Noms et prénoms de l'enquêteur \_\_\_\_\_

1- Êtes-vous au courant du projet « **Faire ensemble** » dans votre région? Oui /\_\_\_/ Non /\_\_\_/ (Si non, expliquer l'objet du projet, et continuer l'entretien)

2- Pouvez-vous nous dire ce que ce projet a fait dans votre village?

- Réhabilitation de l'USP /\_\_\_/
- Equipement de l'USP /\_\_\_/
- Construction/réhabilitation d'écoles /\_\_\_/
- Distribution de kits scolaires /\_\_\_/
- Equipement de l'école /\_\_\_/
- Mise en place/appui d'une cantine /\_\_\_/
- Dotation en équipement de sport /\_\_\_/
- Réalisation de point d'eau /\_\_\_/
- Construction/réhabilitation de latrines /\_\_\_/
- Mise en place de dispositifs de lavage de mains /\_\_\_/
- Mise en place/appui du CPE /\_\_\_/
- Autres (A préciser) \_\_\_\_\_

3- Depuis que le projet a aidé votre école, qu'est ce qui a changé ?

- Plus d'enfants vont à l'école /\_\_\_/
- Plus de filles vont à l'école /\_\_\_/
- Les enfants étudient mieux /\_\_\_/
- Les enfants restent plus longtemps à l'école /\_\_\_/
- Les charges scolaires ont diminué /\_\_\_/
- Autres changements (A préciser) \_\_\_\_\_

- 4- Quels sont les changements intervenus dans le quotidien des populations dans le cadre de la santé depuis la réhabilitation de l'USP par le projet ?
- Augmentation de l'accessibilité aux soins /\_\_\_/
  - Amélioration de la qualité (accueil, discrétion, confidentialité, efficacité des traitements) des soins /\_\_\_/
  - Diminution des maladies /\_\_\_/
  - Autres changements (A préciser) \_\_\_\_\_
- 5- Lorsque votre enfant est malade, que faites-vous en premier lieu?
- Aller chez le tradipraticien /\_\_\_/
  - Aller à l'USP /\_\_\_/
  - Faire de l'automédication /\_\_\_/
  - autres, A préciser: \_\_\_\_\_
- 6- Si vous allez à l'USP, dites pourquoi ce choix ?
- Proximité /\_\_\_/
  - Efficacité des soins /\_\_\_/
  - Coût réduit /\_\_\_/
  - Qualité de l'accueil /\_\_\_/
  - Autres, A préciser \_\_\_\_\_
- 7- Si vous n'allez pas à l'USP, dites pourquoi ?
- Eloignement /\_\_\_/
  - Coûts élevés des prestations /\_\_\_/
  - Mauvais accueil /\_\_\_/
  - Inefficacité des traitements /\_\_\_/
  - Autres, à préciser \_\_\_\_\_
- 8- Qu'est-ce qui pourrait être fait pour amener la population à se soigner à l'USP ?
- 9- Où vous approvisionnez-vous en eau de boisson? Point d'eau USP /\_\_\_/ Point d'eau Ecole /\_\_\_/ Point d'eau village /\_\_\_/ Autres (A préciser) \_\_\_\_\_
- 10- Apportez-vous une contribution à la gestion du point d'eau ? Oui /\_\_\_/ Non /\_\_\_/
- 11- Si oui, mode de contribution? Cotisation /\_\_\_/ Paiement au volume /\_\_\_/ Autres (A préciser) \_\_\_\_\_
- 12- Utilisez-vous des latrines Oui/\_\_\_/ Non /\_\_\_/. Si oui, depuis quand ? (année) /\_\_\_/
- 13- Participation à la gestion de l'école :
- Etes-vous membre de l'APE ? Oui /\_\_\_/ Non /\_\_\_/ si non pourquoi ? \_\_\_\_\_
  - Participez-vous aux activités de l'APE ? Jamais /\_\_\_/ Parfois /\_\_\_/ Souvent /\_\_\_/ Toujours /\_\_\_/
  - Avez-vous participé à la désignation des membres du CPE ? Oui /\_\_\_/ Non /\_\_\_/
  - Quelle est votre appréciation des actions du CPE dans le village ? Non satisfait /\_\_\_/ Peu satisfait /\_\_\_/ Satisfait /\_\_\_/ Très satisfait /\_\_\_/

14- Participation à la gestion de l'USP :

- Connaissez-vous le COGES ? Oui /\_\_\_/ Non /\_\_\_/
- Participez-vous aux activités Jamais /\_\_\_/ Parfois /\_\_\_/ Souvent /\_\_\_/ Toujours /\_\_\_/
- Avez-vous participé à la désignation des membres du COGES ? Oui /\_\_\_/ Non /\_\_\_/
- Quelle est votre appréciation des actions du COGES dans le village ? Non satisfait /\_\_\_/ Peu satisfait /\_\_\_/ Satisfait /\_\_\_/ Très satisfait /\_\_\_/

15- Qu'est-ce qui pourrait être fait pour améliorer :

- L'accès des filles à l'école ? \_\_\_\_\_
- Le maintien des filles jusqu'au CM2 ? \_\_\_\_\_

---

---

---

---

*Je vous remercie pour votre collaboration*

**Evaluation du projet d'appui à la création d'infrastructures scolaires et d'hygiène dans les régions  
des Savanes, Kara et Maritime**

**Fiche de collecte de données au niveau des responsables centraux,  
régionaux, préfectoraux et des ONG**

**Guide d'entretien individuel**

Date de l'entretien: /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/    Fiche N°/\_\_\_/\_\_\_/

**IDENTIFICATION**

Région de : \_\_\_\_\_  
Préfecture de \_\_\_\_\_  
Localité/quartier \_\_\_\_\_  
Nom de la structure \_\_\_\_\_  
Nom, prénoms de la personne interviewée \_\_\_\_\_  
Fonction de la personne interviewée \_\_\_\_\_  
Noms et prénoms des enquêteurs \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**MODALITES D'INTERVENTION DU PROJET**

1. Qui a pris l'initiative du projet/de l'intervention ? \_\_\_\_\_
2. Comment le projet/le dossier de demande de(s) réalisation (s) a été monté ? \_\_\_\_\_
3. Par quelle(s) structure (s) le dossier de demande a été acheminée? \_\_\_\_\_
4. Dans quels délais vous avez obtenu une réponse ? \_\_\_\_\_
5. Quelle part de contribution était attendue des bénéficiaires? \_\_\_\_\_

**MODALITES DE REALISATION DES INVESTISSEMENTS**

6. Qui a réalisé les investissements/activités (entreprise, association, individu, autres.....) ? \_\_\_\_\_
7. Origine (urbaine ou rurale) : \_\_\_\_\_
8. Comment celui qui a réalisé les travaux ou les prestations a été retenu ? \_\_\_\_\_
9. Quelle a été la contribution en nature qui a été fournie par les bénéficiaires ? \_\_\_\_\_
10. Quelle a été la contribution en espèce qui a été fournie par les bénéficiaires ? \_\_\_\_\_

**RENFORCEMENT DES CAPACITES DES BENEFICIAIRES**

11. Type et nombre de formations réalisées? \_\_\_\_\_
12. Bénéficiaires ? : \_\_\_\_\_
13. Quelles ont été les modalités de mise en œuvre? \_\_\_\_\_
14. Quels sont les changements apportés dans le quotidien des bénéficiaires de la formation? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**APPRECIATIONS GENERALES SUR LE PROJET**

15. Pertinence: ce projet était-il en adéquation avec :
  - les politiques de l'État \_\_\_\_\_
  - les besoins des populations \_\_\_\_\_
16. Les stratégies utilisées ont-elles été efficaces? Oui /\_\_\_/    Non /\_\_\_/



Pourquoi? \_\_\_\_\_

17. Selon vous, quels sont les effets du projet \_\_\_\_\_

18. Pensez-vous que les actions réalisées seront pérennisées? Oui /\_\_\_/ Non /\_\_\_/  
Pourquoi? \_\_\_\_\_

19. Énumérez les principales difficultés rencontrées dans la mise en œuvre du projet \_\_\_\_\_

20. Suggestions/perspectives par rapport aux changements à apporter pour permettre de contribuer de façon optimale aux priorités de l'UNDAF et du document de stratégie de réduction de la pauvreté (DSRP) et de l'éducation pour tous (EPT) [s'il s'agit de responsable de l'éducation]

#### APPRECIATIONS DE L'EVALUATEUR AU COURS DE LA VISITE

21. Conformité technique du bien ou du service réalisé : \_\_\_\_\_

22. Complétude des travaux : achevé /\_\_\_/ Incomplet /\_\_\_/ Réserves /\_\_\_/

23. Si incomplet ou réserves, indiquez pourquoi? \_\_\_\_\_

24. Quel a été le niveau de résolution des contraintes de départ? \_\_\_\_\_

25. Observations : \_\_\_\_\_

*Je vous remercie pour votre collaboration*

**Evaluation du projet d'appui à la création d'infrastructures scolaires et d'hygiène dans les régions des Savanes, de la Kara et de la Maritime**

**Fiche de collecte au niveau des responsables d'USP**

**Questionnaire d'entretien Individuel**

Date de l'entretien: /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/    Fiche N°/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

**IDENTIFICATION**

Région de : \_\_\_\_\_

Préfecture de \_\_\_\_\_

Nom du village \_\_\_\_\_

Nom&prénoms et fonction de la personne interviewée \_\_\_\_\_

Noms et prénoms des enquêteurs \_\_\_\_\_

**DONNEES SANITAIRES**

- 1- Nom de la formation sanitaire visitée : \_\_\_\_\_
- 2- Type de réalisation : Nouvelle construction /\_\_\_/ réhabilitation /\_\_\_/
- 3- Nature des infrastructures réalisées/réhabilitées : dispensaire /\_\_\_/ maternité /\_\_\_/ SMI /\_\_\_/ autres /\_\_\_/ A préciser \_\_\_\_\_
- 4- Nombre de villages couverts par l'USP /\_\_\_/\_\_\_/
- 5- Nombre d'habitants de la zone de responsabilité de l'USP /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/
- 6- La communauté a-t-elle participé à la construction/réhabilitation de l'USP? Oui /\_\_\_/ Non /\_\_\_/
- 7- Si Oui indiquez la nature de cette participation \_\_\_\_\_
- 8- Indiquez le type et nombre de changements intervenus dans le quotidien des élèves/enseignants et communautés dans le contexte de la santé depuis la construction/réhabilitation de l'USP?
  - Augmentation de l'accès aux soins de santé /\_\_\_/
  - Amélioration de la qualité des soins /\_\_\_/
  - Diminution des maladies /\_\_\_/
  - Autres changements (A préciser) \_\_\_\_\_
- 9- Accessibilité de l'USP:
  - % de la population à moins de 5 km de l'USP en 2008 /\_\_\_/\_\_\_/% en 2010/\_\_\_/\_\_\_/%
  - % de la population à moins de 10 kms de l'USP en 2008 /\_\_\_/\_\_\_/% en 2010/\_\_\_/\_\_\_/%
- 10- Indiquez le nombre total d'enfants et d'adultes (hommes/femmes) soignés dans l'USP :
  - En 2008: Enfants /\_\_\_/\_\_\_/ ; adultes hommes /\_\_\_/\_\_\_/; adultes femmes /\_\_\_/\_\_\_/
  - En 2009: Enfants /\_\_\_/\_\_\_/ ; adultes hommes /\_\_\_/\_\_\_/; adultes femmes /\_\_\_/\_\_\_/
  - En 2010: Enfants /\_\_\_/\_\_\_/ ; adultes hommes /\_\_\_/\_\_\_/; adultes femmes /\_\_\_/\_\_\_/
- 11- Votre USP est-elle un site de PTME? Oui /\_\_\_/ Non /\_\_\_/
- 12- Si Oui indiquez le nombre et le pourcentage de femmes enceintes reçues en consultation prénatale en 2009, 2010 comparé à 2008
  - En 2008:Nombre de femmes /\_\_\_/\_\_\_/; pourcentage /\_\_\_/
  - En 2009:Nombre de femmes /\_\_\_/\_\_\_/; pourcentage /\_\_\_/
  - En 2010:Nombre de femmes /\_\_\_/\_\_\_/; pourcentage/\_\_\_/

- 13- Si Oui indiquez le nombre et le pourcentage de femmes enceintes reçues en consultation prénatale ayant fait le test de dépistage du VIH
- En 2008:Nombre de femmes /\_\_\_/\_\_\_/; pourcentage /\_\_\_/
  - En 2009:Nombre de femmes /\_\_\_/\_\_\_/; pourcentage /\_\_\_/
  - En 2010:Nombre de femmes /\_\_\_/\_\_\_/; pourcentage/\_\_\_/
- 14- Si Oui indiquez le nombre de femmes enceintes dépistées séropositives au VIH
- En 2008:Nombre de femmes dépistées séropositives /\_\_\_/\_\_\_/
  - En 2009:Nombre de femmes dépistées séropositives /\_\_\_/\_\_\_/
  - En 2010:Nombre de femmes dépistées séropositives /\_\_\_/\_\_\_/
- 15- Si Oui indiquez le nombre et le pourcentage de femmes enceintes séropositives qui reçoivent les ARV pour prévenir la transmission mère-enfant
- En 2008:Nombre de femmes /\_\_\_/\_\_\_/; pourcentage /\_\_\_/
  - En 2009:Nombre de femmes /\_\_\_/\_\_\_/; pourcentage /\_\_\_/
  - En 2010:Nombre de femmes /\_\_\_/\_\_\_/; pourcentage/\_\_\_/
- 16- Votre USP (réhabilitée) qui offre-t-elle des services de nutrition pour la réhabilitation nutritionnelle et la prévention de la malnutrition? Oui /\_\_\_/ Non /\_\_\_/
- 17- Si Oui indiquez le nombre de nourrissons vus en consultation:
- en 2008 /\_\_\_/\_\_\_/ en 2009 /\_\_\_/\_\_\_/ et en 2010 /\_\_\_/\_\_\_/
- 18- Quel est le nombre de malnutris dépistés
- En 2008 /\_\_\_/\_\_\_/ dont modérés /\_\_\_/\_\_\_/ et sévères /\_\_\_/\_\_\_/
  - En 2009 /\_\_\_/\_\_\_/ dont modérés /\_\_\_/\_\_\_/ et sévères /\_\_\_/\_\_\_/
  - En 2010 /\_\_\_/\_\_\_/ dont modérés /\_\_\_/\_\_\_/ et sévères /\_\_\_/\_\_\_/
- 19- Quelles sont par ordre d'importance les 05 maladies les plus fréquentes dans la communauté?
1. \_\_\_\_\_
  2. \_\_\_\_\_
  3. \_\_\_\_\_
  4. \_\_\_\_\_
  5. \_\_\_\_\_
- 20- Y a-t-il un COGES au niveau de l'USP ? Oui /\_\_\_/ Non /\_\_\_/
- 21- Quelle est la composition du comité par sexe (Nbre F et H): Hommes /\_\_\_/\_\_\_/ Femmes /\_\_\_/\_\_\_/
- 22- Quelle la fréquence et le nombre de réunions réalisées par le COGES?
- Fréquence: Mensuelle /\_\_\_/ trimestriel /\_\_\_/ semestrielle /\_\_\_/ annuelle /\_\_\_/
  - Nombre de réunions réalisées en 2009 /\_\_\_/\_\_\_/ en 2010 /\_\_\_/\_\_\_/ en 2011 /\_\_\_/\_\_\_/
  - Nombre d'AG tenue avec la population en 2009/\_\_\_/\_\_\_/ en 2010/\_\_\_/\_\_\_/ en 2011/\_\_\_/\_\_\_/
- 23- Les membres du COGES ont-ils reçu une formation? Oui /\_\_\_/ Non /\_\_\_/
- 24- Si Oui dites quel type de formation ont-ils bénéficié? \_\_\_\_\_
- 25- Quelles actions ont été menées par le COGES pour susciter une utilisation des services de santé par la population? Sensibilisation /\_\_\_/ Mise en place de cellules de santé /\_\_\_/ Baisse de la tarification/\_\_\_/ Système de partage des coûts /\_\_\_/ autres A préciser \_\_\_\_\_
- 26- Indiquer le nombre d'agents de santé par qualification et par sexe:
- Infirmier auxiliaire/\_\_\_/\_\_\_/ accoucheuse /\_\_\_/\_\_\_/ Sage-femme/\_\_\_/\_\_\_/ autres A Préciser \_\_\_\_\_
- 27- Indiquer en nombre d'année, la durée de service de chaque agent de santé dans l'USP \_\_\_\_\_
- Infirmier auxiliaire/\_\_\_/\_\_\_/ accoucheuse /\_\_\_/\_\_\_/ sage femme /\_\_\_/\_\_\_/
  - autres \_\_\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/
- 28- Combien d'agents de santé ont-ils été formés à l'approche de promotion de l'hygiène et de la santé pour tous (PHAST) ? /\_\_\_/\_\_\_/

29- Indiquer le nombre de séances de sensibilisation réalisées sur la santé et l'hygiène:

- En 2008 /\_\_\_/\_\_\_/ En 2009 /\_\_\_/\_\_\_/ en 2010 /\_\_\_/\_\_\_/

#### DONNEES APPROVISIONNEMENT EN EAU DE L'USP

- 30- L'USP dispose-t-elle d'un point d'eau ? Oui /\_\_\_/ Non /\_\_\_/
- 31- Si oui, précisez le type d'ouvrage existant Puits/\_\_\_/ Forage /\_\_\_/ Citerne/\_\_\_/  
Autres (A préciser) \_\_\_\_\_
- 32- S'agit-il d'une réhabilitation /\_\_\_/ ou d'une nouvelle réalisation /\_\_\_/
- 33- Date de réalisation/réhabilitation \_\_\_\_\_ Source de financement \_\_\_\_\_
- 34- Fonctionnalité du point d'eau de l'USP? Fonctionnel /\_\_\_/ Non fonctionnel /\_\_\_/
- 35- Si pas fonctionnel, donnez les raisons \_\_\_\_\_
- 36- L'eau du point d'eau a-t-elle été analysée par un laboratoire agréé ? Oui /\_\_\_/ Non /\_\_\_/
- 37- Si oui, fréquence des analyses ? Mise en service /\_\_\_/ Semestrielle /\_\_\_/ Annuelle /\_\_\_/
- 38- Quel est l'état de propreté autour du point d'eau de l'USP?
- Propre /\_\_\_/ assez propre /\_\_\_/ sale /\_\_\_/ très sale /\_\_\_/
- 39- Qui utilise l'ouvrage ? les malades /\_\_\_/ les agents de santé /\_\_\_/ les populations /\_\_\_/ autres personnes A  
préciser \_\_\_\_\_
- 40- Qui prend en charge les frais de réparation en cas de panne de l'ouvrage ? Projet /\_\_\_/ COGES /\_\_\_/ Agents  
de santé /\_\_\_/ Autres A préciser \_\_\_\_\_
- 41- La communauté a-t-elle participé à la mise en place de l'ouvrage ? Oui /\_\_\_/ Non /\_\_\_/
- 42- Si Oui indiquez la nature de cette participation : Financière /\_\_\_/ Nature /\_\_\_/ Physique /\_\_\_/

#### DONNEES HYGIENE ET ASSAINISSEMENT A L'USP

- 43- Y a t-il des latrines à l'USP ? Oui/\_\_\_/ Non /\_\_\_/
- 44- Si oui, quel est le type ? Ecologique /\_\_\_/ VIP /\_\_\_/ Autres /\_\_\_/
- 45- Quel est le nombre de blocs /\_\_\_/\_\_\_/ ; le nombre de cabines par bloc /\_\_\_/\_\_\_/
- 46- S'agit-il d'une réhabilitation /\_\_\_/ ou d'une nouvelle réalisation /\_\_\_/
- 47- Date de réalisation / réhabilitation \_\_\_\_\_ Source de financement \_\_\_\_\_
- 48- Utilisation des latrines : Utilisées /\_\_\_/ Non utilisées /\_\_\_/
- 49- Etat de propreté des latrines et autour des latrines:
- Propre /\_\_\_/ assez propre /\_\_\_/ sale /\_\_\_/ très sale /\_\_\_/
- 50- Les latrines sont-elles séparées entre hommes et femmes ? Oui /\_\_\_/ Non /\_\_\_/
- 51- Y a t-il un bloc pour les personnes de mobilité réduite? Oui /\_\_\_/ Non /\_\_\_/
- 52- Y a-t-il un dispositif de lavage des mains ? Oui /\_\_\_/ Non /\_\_\_/ ; fonctionnel ? Oui /\_\_\_/ Non /\_\_\_/
- 53- L'USP dispose t-elle de douches si oui combien de cabines y a t-il? \_\_\_\_\_
- 54- Etat / Fonctionnalité des douches \_\_\_\_\_
- Fonctionnel /\_\_\_/ Non fonctionnel /\_\_\_/
- 55- L'approche PHAST a-t-elle été développée ? Oui /\_\_\_/ Non /\_\_\_/
- 56- Combien d'agents ont-ils été formés ? /\_\_\_/ ; combien de kits PHAST distribués ? /\_\_\_/
- 57- La communauté a-t-elle participé à la réalisation/réhabilitation de l'ouvrage d'assainissement? Oui /\_\_\_/ Non  
/\_\_\_/
- 58- Si Oui indiquez la nature de cette participation : Financière /\_\_\_/ Nature /\_\_\_/ Physique /\_\_\_/

## APPRECIATION GENERALE DE LA MISE EN ŒUVRE DU PROJET

- 59- Les activités réalisées par le projet correspondaient-elles à un besoin? Oui /\_\_\_/ Non /\_\_\_/ Justifiez votre réponse \_\_\_\_\_
- 60- Comment jugez-vous le niveau de votre implication/participation à la mise en œuvre du projet? (justifiez votre réponse) \_\_\_\_\_
- Non impliqué /\_\_\_/
  - Peu impliqué /\_\_\_/
  - Bien impliqué /\_\_\_/
  - très bien impliqué /\_\_\_/
- 61- Qu'est-ce qui pourrait être fait pour améliorer la qualité et l'utilisation de vos services ? \_\_\_\_\_
- 62- Comment jugez-vous votre niveau de satisfaction par rapport à la mise en oeuvre du projet dans votre contexte de la santé ?
- Non satisfait /\_\_\_/
  - Peu satisfait /\_\_\_/
  - Satisfait /\_\_\_/
  - Très satisfait /\_\_\_/
- 63- Si non ou peu satisfait dites pourquoi ? \_\_\_\_\_
- 64- Si non ou peu satisfait, que proposez-vous ? \_\_\_\_\_
- 65- Comment appréciez-vous le niveau de résolution du problème initial vis à vis de la santé des élèves en particulier et des populations en général? (justifiez votre réponse) \_\_\_\_\_
- Non satisfaisant /\_\_\_/
  - Peu satisfaisant /\_\_\_/
  - Satisfaisant /\_\_\_/
  - Très satisfaisant /\_\_\_/

*Je vous remercie pour votre collaboration*

**Evaluation du projet d'appui à la création d'infrastructures scolaires et d'hygiène dans les régions des Savanes, de la Kara et de la Maritime**

**Fiche de collecte au niveau des directeurs d'école**

**Questionnaire d'entretien Individuel**

Date de l'entretien: /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ Fiche N°/\_\_\_/\_\_\_/

Noms et prénoms des enquêteurs \_\_\_\_\_

**IDENTIFICATION**

Région de : \_\_\_\_\_

Préfecture de \_\_\_\_\_

Nom du village \_\_\_\_\_

Nom, prénoms : \_\_\_\_\_

Fonction de la personne interviewée: \_\_\_\_\_

1. Nom de l'école \_\_\_\_\_ date de création \_\_\_\_\_

2. Votre école est-elle une : EPP /\_/ EPC /\_/ EPE /\_/ EDIL<sup>9</sup> /\_/ Autre \_\_\_\_\_

**DONNEES SCOLAIRES**

3. Nombre de classes pédagogiques: /\_\_\_/\_\_\_/

4. Indiquez les classes en double CP1 /\_\_\_/ CP2 /\_\_\_/ CE1 /\_\_\_/ CE2 /\_\_\_/ CM1 /\_\_\_/ CM2 /\_\_\_/

5. Effectifs enseignants par statut et genre année scolaire \_\_\_\_\_

Années scolaires	2007-2008			2009-2010		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
Fonctionnaires						
Auxiliaires						
Volontaires						
Autres _____						
<b>Total</b>						

6. Effectifs par cours et par sexe en 2010-2011

	CP1	CP2	CE1	CE2	CM1	CM2	TOTAL
Filles	/___/	/___/	/___/	/___/	/___/	/___/	/___/
Garçons	/___/	/___/	/___/	/___/	/___/	/___/	/___/

7. Nombre de salles de classes : Salles en dur /\_\_\_/ Salles en Banco /\_\_\_/ Autres /\_\_\_/ préciser \_\_\_\_\_

8. Quels sont les types et le nombre de d'infrastructures construites ou mis en place par le projet dans votre école?

- Classes construites en dur /\_\_\_/ en Banco /\_\_\_/ Autres /\_\_\_/ préciser \_\_\_\_\_
- Logement construit en dur /\_\_\_/ en Banco /\_\_\_/ Autres /\_\_\_/, préciser \_\_\_\_\_

<sup>9</sup> Donner la signification de ces abréviations

- Cantine construite en dur /\_\_\_/ en Banco/\_\_\_/ Autres /\_\_\_/, préciser \_\_\_\_\_
  - Latrines construites en dur /\_\_\_/ en Banco/\_\_\_/ Autres /\_\_\_/, préciser \_\_\_\_\_
  - Point d'eau potable /\_\_\_/
  - Dispositif de lavage des mains /\_\_\_/
9. Quels sont les types et le nombre d'infrastructures réhabilitées par le projet dans votre école?
- Classes /\_\_\_/ Logement /\_\_\_/ Cantine /\_\_\_/ Latrines /\_\_\_/ PEP /\_\_\_/
  - Autres /\_\_\_/, préciser \_\_\_\_\_
10. Citez les équipements sportifs reçus du projet : Ballons de foot /\_\_\_/ Ballons de volley /\_\_\_/ Filet volley /\_\_\_/ Autres (a préciser) \_\_\_\_\_
11. Indiquez le nombre d'élèves par sexe ayant bénéficié de kits de fournitures scolaires fournis par le projet :  
Garçons /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ Filles /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

### PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE

12. Y a-t-il un CPE? : Oui /\_\_\_/ Non /\_\_\_/
13. Si oui, quelle est le nombre de membres par sexe dans le CPE<sup>10</sup>: Hommes/\_\_\_/\_\_\_/ Femmes/\_\_\_/\_\_\_/
14. Le CPE a-t-il un statut et règlement intérieur? /\_\_\_/
15. Quel est le mode de désignation des membres? Cooptation /\_\_\_/ élection /\_\_\_/ autres \_\_\_\_\_
16. Quelle est la durée du mandat du CPE actuel ? 1 an /\_\_\_/ 2 ans /\_\_\_/ 3 ans /\_\_\_/ autres \_\_\_\_\_
17. Quelle est la fréquence et le nombre de réunions réalisées par le CPE dans l'année?
- Fréquence: Mensuelle /\_\_\_/ trimestrielle /\_\_\_/ semestrielle /\_\_\_/ annuelle /\_\_\_/
18. Quelle est le nombre de réunions et d'AG réalisées par le CPE les années ci-après énumérées?
- Nombre de réunions réalisées en 2009 /\_\_\_/\_\_\_/ en 2010 /\_\_\_/\_\_\_/ en 2011 /\_\_\_/\_\_\_/
  - Nombre d'AG tenues avec les parents en 2009 /\_\_\_/\_\_\_/ en 2010 /\_\_\_/\_\_\_/ en 2011 /\_\_\_/\_\_\_/
19. Activités réalisées par le CPE (*indiquez à la suite le nombre de fois*)
- En 2008-2009 : type \_\_\_\_\_ Nombre /\_\_\_/\_\_\_/
- En 2009-2010 : type \_\_\_\_\_ Nombre /\_\_\_/\_\_\_/
- En 2010-2011 : type \_\_\_\_\_ Nombre /\_\_\_/\_\_\_/
20. Montant des cotisations fixées par le CPE / \_\_\_\_\_/ par .....
21. Le CPE possède-t-il un Compte Bancaire ? : Oui /\_\_\_/ Non /\_\_\_/ Année d'ouverture /\_\_\_/
22. Le CPE élabore t-il un budget annuelle : Oui /\_\_\_/ Non /\_\_\_/
23. Existe t-il des rapports d'activités et PV de réunions du CPE : Oui /\_\_\_/ Non /\_\_\_/
24. Nombre et types de formations dont ont bénéficié les membres du CPE dans le cadre du projet :
- Suivi de la réalisation des infrastructures /\_\_\_/
  - Administration et gestion associatives /\_\_\_/
  - Plan d'action et budget /\_\_\_/
25. Citez les associations, ONG (ou acteurs) partenaires de l'école et le type de relation correspondante
1. \_\_\_\_\_
  2. \_\_\_\_\_
  3. \_\_\_\_\_

<sup>10</sup> Prendre la liste des membres du CPE avec une indication de la fonction et du genre

## DONNEES APPROVISIONNEMENT EN EAU DE L'ECOLE

26. L'Ecole dispose-t-elle d'un point d'eau fonctionnel? Oui /\_\_\_/ Non /\_\_\_/
27. Si non fonctionnel, donnez les raisons \_\_\_\_\_
28. Si oui, précisez le type d'ouvrage existant Puits/\_\_\_/ Forage /\_\_\_/ Citerne/\_\_\_/
29. Autres (A préciser) \_\_\_\_\_
30. S'agit-il d'une réhabilitation ? /\_\_\_/ ou d'une nouvelle réalisation ? /\_\_\_/
31. Date de réalisation/réhabilitation \_\_\_\_\_ Source de financement \_\_\_\_\_
32. L'eau du point d'eau a-t-elle été analysée par un laboratoire agréé ? Oui /\_\_\_/ Non /\_\_\_/
33. Si oui, fréquence des analyses ? Mise en service /\_\_\_/ Semestrielle /\_\_\_/ Annuelle /\_\_\_/
34. Quel est l'état de propreté autour du point d'eau de l'école?
  - Propre /\_\_\_/ assez propre /\_\_\_/ sale /\_\_\_/ très sale /\_\_\_/
35. L'ouvrage est utilisé par ? les élèves /\_\_\_/ les enseignants /\_\_\_/ les populations /\_\_\_/ (vous pouvez cocher plusieurs cases)
36. Si la communauté utilise l'ouvrage quelle contribution apporte-telle en contre partie ?
37. Financières /\_\_\_/ Nature /\_\_\_/ autres (préciser) \_\_\_\_\_
38. Qui prend en charge les frais de réparation en cas de panne de l'ouvrage ?
  - Projet /\_\_\_/ CPE /\_\_\_/ Enseignants /\_\_\_/
  - Autres (A préciser) \_\_\_\_\_
39. La communauté a-t-elle participé à la mise en place de l'ouvrage ? Oui /\_\_\_/ Non /\_\_\_/
40. Si Oui indiquez la nature de cette participation : Financière /\_\_\_/ Nature /\_\_\_/ Physique /\_\_\_/

## DONNEES HYGIENE ET ASSAINISSEMENT A L'ECOLE

41. Y a t-il des latrines fonctionnelles à l'école ? Oui/\_\_\_/ Non /\_\_\_/
42. Si oui, quel est le type ? Ecologique /\_\_\_/ VIP /\_\_\_/ Autres /\_\_\_/
43. Quel est le nombre de blocs /\_\_\_/\_\_\_/ ; le nombre de cabines par bloc /\_\_\_/\_\_\_/
44. S'agit-il d'une réhabilitation /\_\_\_/ ou d'une nouvelle réalisation /\_\_\_/
45. Date de réalisation / réhabilitation \_\_\_\_\_ Source de financement \_\_\_\_\_
46. Utilisation des latrines : Utilisées /\_\_\_/ Non utilisées /\_\_\_/
47. Etat de propreté des latrines et autour des latrines:
48. Propre /\_\_\_/ assez propre /\_\_\_/ sale /\_\_\_/ très sale /\_\_\_/
49. Les latrines sont-elles séparées pour les filles et pour les garçons ? Oui /\_\_\_/ Non /\_\_\_/
50. Y a t-il un bloc pour les personnes de mobilité réduite? Oui /\_\_\_/ Non /\_\_\_/
51. Y a t-il un bloc pour les enseignants ? Oui /\_\_\_/ Non /\_\_\_/
52. Ces latrines ont-elles un dispositif de lavage des mains ? Oui /\_\_\_/ Non /\_\_\_/ ; fonctionnel ? Oui /\_\_\_/ Non /\_\_\_/
53. Qui s'occupe du nettoyage des latrines ? Elèves /\_\_\_/ CPE /\_\_\_/ Autres A préciser \_\_\_\_\_
54. Fréquence de nettoyage: Quotidien /\_\_\_/ Tous les 3 jours /\_\_\_/ Hebdomadaire /\_\_\_/ Jamais /\_\_\_/
55. Qui prend en charge les frais d'entretien/nettoyage Projet /\_\_\_/ CPE /\_\_\_/ Enseignants /\_\_\_/ Autres A préciser \_\_\_\_\_
56. Que devient la latrine lorsque la fosse est remplie ? Vidange /\_\_\_/ Abandon /\_\_\_/
57. L'approche PHAST a-t-elle été développée ? Oui /\_\_\_/ Non /\_\_\_/
58. Combien d'enseignants ont-ils été formés ? /\_\_\_/ ; combien de kits PHAST distribués ? /\_\_\_/
59. La communauté a-t-elle participé à la réalisation de l'ouvrage d'assainissement ?  
Oui /\_\_\_/ Non /\_\_\_/
60. Si Oui, la nature de cette participation : Financière /\_\_\_/ Nature /\_\_\_/ Physique /\_\_\_/



### APPRECIATION GENERALE DE LA MISE EN ŒUVRE DU PROJET

61. Les activités réalisées par le projet correspondaient-elles à un besoin? Oui /\_\_\_/ Non /\_\_\_/
- Justifiez votre réponse \_\_\_\_\_
62. Comment jugez-vous le niveau de votre implication/participation à la mise en œuvre du projet?
- Non impliqué /\_\_\_/ Peu impliqué /\_\_\_/ Bien impliqué /\_\_\_/ très bien impliqué /\_\_\_/
  - (justifiez votre réponse) \_\_\_\_\_
63. Comment jugez-vous votre niveau de satisfaction par rapport à la mise en œuvre du projet dans votre contexte de la santé ?
- Non satisfait /\_\_\_/ Peu satisfait /\_\_\_/ Satisfait /\_\_\_/ Très satisfait /\_\_\_/
64. Si non ou peu satisfait, dites pourquoi ? \_\_\_\_\_
65. Comment appréciez-vous le niveau de résolution du problème initial vis à vis de l'accès à l'éducation, en particulier des filles ? (justifiez votre réponse) \_\_\_\_\_
- Non satisfaisant /\_\_\_/ Peu satisfaisant /\_\_\_/ Satisfaisant /\_\_\_/ Très satisfaisant /\_\_\_/
66. Qu'est-ce qui pourrait être fait pour améliorer l'accès des filles à l'école ? \_\_\_\_\_

***Nous vous remercions pour votre collaboration!***

**Evaluation du projet d'appui à la création d'infrastructures scolaires et d'hygiène dans les régions  
des Savanes, Kara et Maritime**

**1**

**Fiche de collecte de données au niveau des élèves**

**Guide d'entretien de groupe**

Date de l'entretien: /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ Fiche N°/\_\_\_/\_\_\_/

Région de : \_\_\_\_\_

Préfecture de \_\_\_\_\_

Nom du village \_\_\_\_\_

Nombre de personnes dans le groupe /\_\_\_/\_\_\_/ dont filles /\_\_\_/\_\_\_/ et garçons /\_\_\_/\_\_\_/

Noms et prénoms des enquêteurs \_\_\_\_\_

- 1- Êtes-vous au courant du projet « *faire ensemble* » dans votre village ?
- 2- Si Oui, dites ce que ce projet a fait dans votre village?
  - 2.1. Dans le domaine de l'éducation \_\_\_\_\_
  - 2.2. Dans le domaine de la santé \_\_\_\_\_
  - 2.3. Dans le domaine de l'eau potable et de l'assainissement \_\_\_\_\_
- 3- Pouvez-vous énumérer quelques actions que ce projet a réalisées dans votre école? \_\_\_\_\_
- 4- Quels types de changements sont intervenus dans votre quotidien à la suite des actions du projet dans l'école ? :
  - Au niveau pédagogique (*sonder livres, kits scolaires, matériels didactiques*) \_\_\_\_\_
  - Dans l'environnement de l'école (*sonder infrastructures scolaires, table-bancs, cantine, points d'eau potable, latrines, lave-mains*) \_\_\_\_\_
  - Au niveau des sports et loisirs (*terrains de sport, équipement de sport*) \_\_\_\_\_
- 5- Quels sont les changements intervenus dans votre quotidien dans le domaine de la santé depuis la réhabilitation de l'USP par le projet (Sonder l'utilisation des services de santé, existence et participation au Comité santé, Consommation d'eau potable, utilisation des latrines, non défécation à l'air libre, autres. (A préciser)? \_\_\_\_\_
- 6- Lorsque vous tombez malade, que faites-vous ?  
Entrer à la maison /\_\_\_/ Consulter tradi-praticiens /\_\_\_/, Aller à l'USP /\_\_\_/  
Automédication /\_\_\_/, Autres /\_\_\_/
- 7- Etes-vous satisfait(e) des soins qui vous sont donnés à l'USP ? Oui /\_\_\_/ Non /\_\_\_/  
Etait-ce ainsi avant la réhabilitation ?
- 8- Combien de filles et de garçons composent le comité de santé/d'hygiène dans votre école?
  - Filles: /\_\_\_/\_\_\_/ garçons: /\_\_\_/\_\_\_/
- 9- Que faites-vous quand vous avez soif à l'école ? \_\_\_\_\_
- 10- Vous arrive-t-il encore de boire de l'eau de rivière/marigot ou de puits ? Oui /\_\_\_/ Non /\_\_\_/ Justifier votre réponse \_\_\_\_\_
- 11- Quel type de latrines existe-t-il dans votre école ? ECOSAN /\_\_\_/ VIP /\_\_\_/
- 12- Utilisez-vous ces latrines? Oui /\_\_\_/ Non /\_\_\_/

- 13- Les latrines sont-elles séparées pour garçons et filles ? Oui /\_\_\_/ Non /\_\_\_/
- 14- Est-ce qu'il arrive que les garçons utilisent aussi les latrines des filles? Oui /\_\_\_/ Non /\_\_\_/
- 15- Si oui pourquoi, selon vous ? \_\_\_\_\_
- 16- Les latrines séparées sont-elles une bonne chose ? Oui /\_\_\_/ Non /\_\_\_/
- Justifiez votre réponse \_\_\_\_\_
- 17- Ces latrines correspondent-elles aux besoins des filles ? Oui /\_\_\_/ Non /\_\_\_/
- Justifier votre réponse \_\_\_\_\_
- 18- Ces latrines correspondent-elles aux besoins des garçons ? Oui /\_\_\_/ Non /\_\_\_/
- Justifier votre réponse \_\_\_\_\_
- 19- Utilisez-vous également des latrines à la maison ? Sinon, pourquoi ?
- 20- Les autres membres de votre famille font-ils de même ?
- 21- Y-a-t-il un lave-mains à l'école ? Oui/\_\_\_/ Non /\_\_\_/
- 22- Utilisez-vous le lave-main après les toilettes ? Oui/\_\_\_/ Non /\_\_\_/
- Justifier votre réponse \_\_\_\_\_
- 23- Vous lavez-vous également les mains à la maison après les toilettes ? Oui/\_\_\_/ Non /\_\_\_/
- 24- Les autres membres de votre famille font-ils de même ?
- 25- Dites-nous qui gère les points d'eau et les dispositifs de lavage de mains à l'école ?
- les filles ? /\_\_\_/ les garçons ? /\_\_\_/ ou les deux ?/\_\_\_/
- 26- Si cela repose essentiellement sur les filles, dites pourquoi ?
- 27- Qui s'occupe de l'entretien des latrines ?
- les filles ? /\_\_\_/ les garçons ? /\_\_\_/ ou les deux ?/\_\_\_/
- 28- Si cela repose essentiellement sur les filles, dites pourquoi ?
- 29- Le projet vous a-t-il donné des kits de fournitures scolaires ?
- 30- Si oui, qu'est-ce que cela vous a-t-il apporté ?
- 31- Quelle appréciation faites-vous de votre situation actuelle à l'école par rapport à :
- La disponibilité des livres scolaires
  - La disponibilité des tables-bancs
  - La disponibilité d'équipements sportifs et de loisirs
  - La rénovation de salles de classe
  - La construction de nouvelles salles de classe
- 32- Qu'est-ce qui peut être fait pour améliorer davantage votre environnement à l'école? \_\_\_\_\_
-

**ANNEXE N°9 :  
TERMES DE REFERENCE**

**POUR L'EVALUATION DE L'EFFET DU PROJET FINANCE PAR LE  
GOUVERNEMENT DU JAPON DANS LES REGIONS SAVANES, KARA &  
MARITIME**

**CONTEXTE DU PROJET FAISANT L'OBJET DE L'EVALUATION**

Le Togo a connu 15 années d'instabilité sociopolitique et économique. Pendant cette période, les indicateurs de développement ont stagné voire baissé. Actuellement, 62% des Togolais vivent en dessous du seuil de pauvreté et 79% de la population rurale vit dans l'extrême pauvreté. En plus de cela, l'augmentation des prix des denrées alimentaires et de l'essence ont ralenti les quelques progrès enregistrés et affecté les couches de la population les plus pauvres et les plus vulnérables.

En octobre 2007, des élections législatives se sont déroulées dans le pays. En septembre 2008, une Table Ronde qui s'est tenue à Bruxelles réunissant la communauté des bailleurs de fonds et le Gouvernement Togolais a marqué la reprise de l'aide internationale dans le pays.

Dans ce contexte, le Gouvernement du Japon a signé un Accord de Partenariat avec l'UNICEF s'inscrivant dans le cadre du Programme de Coopération Togo-UNICEF et allouant un montant de 4,374,638 USD pour améliorer l'accès des enfants Togolais aux services essentiels de santé, d'éducation et d'eau, hygiène et assainissement en vue de leur développement harmonieux.

Le partenariat a ciblé trois (3) régions en se basant sur la pauvreté chronique des communautés et l'accès difficile des enfants aux services sociaux de base à cause de l'éloignement, du manque de personnel et de l'état de délabrement des infrastructures de santé, d'éducation, d'eau et d'assainissement. De plus, chaque année, ces régions, subissent des aléas climatiques qui entraînent tant une désertification que des inondations récurrentes et un niveau élevé d'insécurité alimentaire.

- Maritimes (les préfectures de Lacs, Vo, Afagnan)
- Kara (Kara les préfectures de la Kéran, Dankpen et Assoli)
- Savanes (les préfectures de Kpenjal, Tandjaoure, Oti)

**OBJECTIF DU PROJET**

**Objectif du projet :**

- Amélioration de l'accès à une éducation de base de qualité à travers la mise à disposition d'un environnement favorable aux apprentissages et à l'enseignement des enfants, ainsi qu'une participation communautaire plus accrue à la gestion et gouvernance scolaire
- L'amélioration de l'accès à l'eau, à l'assainissement et à l'hygiène dans les écoles car elle contribue à de meilleures conditions de santé des enfants ainsi qu'à l'amélioration de leurs performances scolaires. L'école joue un rôle prépondérant pour favoriser le changement de comportement en ce qui concerne l'hygiène, ce qui peut contribuer à terme à améliorer la santé publique. En effet,

l'amélioration des pratiques d'hygiène est essentielle pour réduire la transmission des maladies liées à l'eau et à l'assainissement.

- Facilitation de l'accès des femmes et des enfants au service de santé primaire de qualité par la réhabilitation des USP.

**Les parties prenantes importantes au projet sont :**

- **Gouvernement**

- I. Le Ministère de l'Education et ses services décentralisés
- II. Le Ministère de la santé et ses services décentralisés
- III. Le Ministère de la Planification, du Développement et de l'Aménagement du Territoire et ses services décentralisés

- **La Société Civile**

- I. ONG Aide & Action
- II. ONG CREPA
- III. La Communauté à la Base
- IV. Les bénéficiaires que sont les Enfants

- **Les Donateurs**

- I. Gouvernement Japonais
- II. UNICEF Togo

## JUSTIFICATION DE L'EVALUATION

L'évaluation de l'effet du programme financé par l'Agence Japonaise pour la Coopération Internationale (JICA) s'inscrit dans les actions menées par l'UNICEF dans le cadre du Programme de Coopération Togo-UNICEF de 2008 à 2011, dans les domaines de l'éducation, la santé, l'eau, l'hygiène et l'assainissement. L'évaluation vise à :

- Apprécier le niveau de réalisation des activités prévues
- Analyser les effets – escomptés ou non – du projet sur les conditions des enfants, notamment en matière de scolarisation, d'accès aux soins de santé et d'adoption des bons comportements en matière d'hygiène et d'assainissement.
- Maîtriser les stratégies les plus appropriées et performantes dans le contexte togolais en vue d'un passage à l'échelle.
- Documenter les évidences et des bonnes pratiques, mais aussi des échecs éventuels qui informeraient des programmes futurs de développement à l'UNICEF et à ses partenaires

## LES OBJECTIFS DE CETTE EVALUATION

**Les objectifs de cette évaluation**

- i) mesurer les effets directs et l'impact des actions du projet japonais pour atteindre les résultats du programme en matière d'Education d'Eau, Hygiène et Assainissement et de la Santé des enfants (filles & garçons) dans les localités retenues;
- ii) mesurer les effets directs et l'impact des résultats ci-dessous et évaluer la mesure dans laquelle le programme les a atteints;

iii) vérifier l'adéquation du projet par rapport aux politiques de l'Etat et aux besoins des populations bénéficiaires dans le domaine de l'éducation, la santé et l'eau et l'assainissement.

iv) répertorier les changements à apporter pour permettre au programme de contribuer de façon optimale aux priorités de l'UNDAF et du DSRP.

L'évaluation portera sur les points essentiels suivants :

- la pertinence du projet
- l'efficacité des activités mises en œuvre
- l'efficience des actions mises en œuvre
- les impacts du projet
- la durabilité des actions

**L'évaluation sera concentrée sur les trois interventions**

- Education Primaire
- Santé
- Eau, Hygiène et Assainissement

**a) Un paquet essentiel d'apprentissage de qualité favorisant la parité des performances des élèves est défini et expérimenté au niveau périphérique, en vue d'un passage à l'échelle.**

**b) Construction et équipement d'écoles et d'infrastructures d'eau d'hygiène et d'assainissement en milieu scolaire, avec comme indicateurs :**

- % d'augmentation de la scolarisation filles/garçons par école ;
- Ratio élève/salle de classe ;
- Ratio élève/point d'eau ;
- Ratio élève/laitrine
- Ratio élèves/manuels scolaires

**c) Les USP réhabilitées sur fonds japonais incluent des services de prévention de la malnutrition et offrent la prise en charge adéquate de la malnutrition sévère aigue. Les USP incluent aussi des services de prévention de la transmission du VIH-SIDA de la mère à l'enfant (PTME). Un travail de sensibilisation et d'éducation sur la santé et l'hygiène est effectué par les agents de santé.**

Proposition de question

Par rapport aux données de bases incluses dans l'étude situationnelle conduite par Aide et Action en Avril 2009, vérifier les informations suivantes dans les écoles cibles :

Accès :

- Effectif des élèves par cours et par sexe ;
- Effectif des enseignants par types et genre ;

- Nombre et nature de manuels scolaires (livres de calcul, livres de français, guides de maitres en calcul et en Français)
- Ratio élève manuels scolaires (livres de calcul, livres de français, guides de maitres en calcul et en Français)

#### Infrastructures et Equipements Scolaires

- Nombre de mobilier en bon état (chaises, tables bureau, bureau directeur, fauteuil directeur, armoires)
- Nombre de salles de classes (dur, banco, autres)
- Nombre de cabines de latrines pour filles et garçons,
- Nombre de dispositifs de lavage des mains ;
- Nombre d'équipements sportifs (terrain de jeux, ballon de foot, ballon de volley, ballon de handball, filets) ;
- Nombre et nature de matériels didactiques (ensemble géométrique, globe terrestres, cartes géographiques, balance Roberval)
- Nombre/existence de cantines scolaires

#### Hygiène et santé en milieu scolaire

- Existence et fonctionnalité d'un comité de santé scolaire dans chaque école
- Existence et nature d'un point d'eau à l'école ;
- Nombre d'enseignants formés à l'approche PHAST
- Etat de l'environnement scolaire en termes de propreté
- Entretien des infrastructures d'eau, d'hygiène et d'assainissement
- Défécation à l'Air Libre autour de l'école.

#### Infrastructure et services de santé dans la communauté

- Nombre total d'USP réhabilitées par rapport au nombre prévu
- Nombre d'USP réhabilitées et équipées en matériels de soins
- Nombre total d'enfants et d'adultes (hommes/femmes) soignés dans les USP réhabilitées (pour mesurer le taux de fréquentation)
- Personnel de santé présent dans les USP réhabilitées/ nombre d'USP réhabilitées qui disposent d'au moins un infirmier auxiliaire et une accoucheuse (sage- femme auxilliaire) –durée de service du personnel dans l'USP
- Nombre d'USP réhabilités qui offrent des services de PTME ;
- Nombre d'USP réhabilités qui offrent des services de nutrition pour la réhabilitation nutritionnelle et la prévention de la malnutrition.

#### Qualité :

- Pourcentage d'abandons scolaires par sexe et par niveau et par année scolaire à partir de 2007-2008 ;

- Pourcentage de réussite scolaire par niveau, sexe et par année scolaire à partir de l'année scolaire 2007-2008 ;
- Pourcentage de redoublants par niveau, sexe et année scolaire à partir de 2007-2008
- Nombre et pourcentage de femmes enceintes reçues en consultation prénatale en 2009, 2010 comparé à 2008
- Nombre et pourcentage de femmes enceintes reçues en consultation prénatale ayant fait le test de dépistage du VIH
- Nombre de femmes enceintes dépistées séropositives au VIH
- Nombre et pourcentage de femmes enceintes séropositives qui reçoivent les ARV pour prévenir la transmission mère-enfant.

#### Participation Communautaire :

##### Au niveau des écoles

- Existence et nombre de membres (Femmes et Hommes) de CPE par école et par sexe
- Mode de sélection des membres de CPE, durée du mandat, existence de statuts, règlements intérieurs ;
- Nombre de réunions par trimestre, par an ;
- Nombre et nature d'actions entreprises par le CPE ;
- Existence et gestion du budget du CPE et d'un compte bancaire ;
- Existence et nature des cotisations ;
- Nature des relations du CPE avec l'école et les autres membres de la communauté, avec l'inspecteur ;

##### Pour l'offre de services de santé

- Participation de la communauté aux travaux de réhabilitation ou l'entretien des USP
- Rôle des Comités santé dans la mobilisation en vue de l'utilisation des services de santé

##### L'impact de l'intervention, telle qu'elle est vue par les enfants bénéficiaires et les jeunes jusqu'à 21 ans (bénéficiaires au non)

- Type et nombre de changements intervenus dans leur quotidien au niveau de l'école (la qualité de l'enseignement, les conditions d'apprentissage ont-ils changé ? si oui, comment ? etc.)
- Type et nombre de changements intervenus dans leur quotidien dans le contexte de la santé. Si l'USP est proche de l'école : lorsque vous tombez malade à l'école, que faites-vous ; vous rentrez à la maison ou vous allez au centre de santé à proximité ? Si vous allez à l'USP, pourquoi ce choix ? Une fois à l'USP de quels soins bénéficiez-vous ? êtes-vous satisfait(e) des soins qui vous y sont donnés ? était-ce ainsi avant la rénovation de l'USP?
- Type et nombre de changements intervenus dans leur quotidien dans le cadre de l'accès à l'eau potable et aux infrastructures sanitaires (quelle eau buvez-vous généralement ? Vous arrive-t-il



encore de boire de l'eau de rivière ou du puits ? Pourquoi ? Pendant les heures de cours, lorsque vous avez soif que faites-vous ? Pourquoi ?

- Les garçons utilisent-ils aussi vos latrines ? pourquoi, selon vous ? Les latrines (séparées) sont-elles une bonne initiative ? pourquoi ?
- Qu'est-ce qui devait être fait et qui ne l'a pas été pour améliorer votre environnement scolaire ?
- Qu'est-ce qui est insuffisant ou mal fait ?
- Le type de latrines répond-t-il à vos attentes ou vous conviennent-ils ? Pourquoi ? Correspond-il aux besoins des garçons ? Des filles ?
- Etes-vous satisfait du type et du nombre de source d'eau potable installé ? Pourquoi ? Si non, que proposez-vous ?
- La gestion des points d'eau et des systèmes de lavage de main repose-t-elle essentiellement sur les filles ? Pourquoi ? Est-ce la même chose pour l'entretien des latrines ?
- Combien de filles et de garçons composent les comités d'hygiène ?

## METHODOLOGIE

Elle doit être suffisamment participative et s'articulera autour de 3 points essentiels:

- La revue documentaire : Le travail se basera sur la recherche bibliographique. Il s'agit de consulter le document de projet (proposal), les publications, les rapports de formation, les rapports d'activités des ONGs, bref tous les documents élaborés dans le cadre de ce projet par les différents partenaires, les documents de stratégie et de politique, les publications des institutions internationales...  
Ces différents documents permettront au consultant de collecter toutes les informations nécessaires sur le projet et de disposer des éléments indispensables concernant les politiques et les stratégies en matière d'eau et assainissement
- La collecte d'informations qualitatives et quantitatives : Il s'agira d'organiser des visites des sites et communautés qui ont bénéficié du projet selon un échantillonnage représentatif (60 écoles et 60 USP sont concernées par le projet dans trois régions –liste disponible) et de discuter avec les communautés sur leur implication aux différentes activités du projet et leur appréciation de son impact sur leur vie/environnement quotidien. Il est important de prendre en compte l'opinion des bénéficiaires directs du projet, y compris le personnel d'éducation et de santé, les CPE, les leaders communautaires, les parents et les enfants. Les rencontres avec les prestataires des USP, usagers des USP et les membres du COSAN serviront aussi à cette fin. La collecte de ces informations sera effectuée à l'aide d'outils participatifs appropriés.
- Les rencontres avec les institutions décentralisées de l'Etat et les ONGs intervenant dans le domaine de l'éducation, la santé, l'eau, hygiène et assainissement participant ou non au projet permettront d'obtenir leurs points de vue sur le déroulement et les résultats du projet, ainsi que leurs stratégies actuelles, leurs perspectives en la matière et les données statistiques sur les populations bénéficiaires.

L'évaluation fera l'analyse des effets du projet au regard de la situation d'avant la mise en œuvre des interventions. A cet effet, les données de base devront être déterminées à partir de la revue de la littérature et des informations complémentaires collectées sur le terrain.

L'évaluation sera appuyée sur une méthodologie mixte prévoyant la collecte et l'analyse de données quantitatives et qualitatives complémentaires avec des questionnaires, discussion de groupes etc.

**Néanmoins, le consultant fera une proposition technique de sa méthodologie.**

### PRINCIPALES TACHES A REMPLIR PAR LES CONSULTANTS

Deux consultants constitueront l'équipe de l'évaluation :

**Consultant I :** Le chef de l'équipe doit être titulaire d'un doctorat en sciences sociales (éducation, sociologie, communication) avec une expérience prouvée en matière d'évaluation de programme de développement, surtout dans le cadre de l'impact de services sociaux de base sur la communauté en particulier les enfants expérience aussi dans le cadre participatif avec une capacité en approche de responsabilisation communautaire de base sur le genre. La personne est habillée en utilisation des méthodes d'évaluation et de la collecte de données, et peut présenter une analyse avec des tableaux explicatifs et montrer des preuves d'un bon écrivain.

**Consultant II :** Il doit avoir un diplôme en santé publique ; une expérience prouvée en matière de l'évaluation de programme de développement, surtout dans le cadre des services sociaux de base expérience aussi dans le cadre participatif avec une capacité en approche de responsabilisation communautaire basé sur le genre. La personne est habillée en utilisation des méthodes d'évaluation, de la collecte de données, et une bonne pratique de l'informatique.

Les consultants :

- ❖ Présenteront un calendrier détaillé des activités
- ❖ Soumettront et fera valider les outils, les méthodes, les techniques de travail
- ❖ Présenteront un rapport d'étape (réalisation sur le terrain)
- ❖ Organiseront toutes les rencontres sur le terrain en vue de collecter l'information pour l'analyse
- ❖ Soumettront un rapport provisoire des résultats de l'évaluation qui sera validé lors d'une rencontre avec l'équipe de l'UNICEF, les ONG partenaire et le partenaire du Gouvernement
- ❖ Soumettront dans les délais requis le rapport final de l'évaluation

### DUREE DE LA CONSULTATION

Trente (31) jours ouvrable, du 20 Juin au 22 Juillet 2011

9 jours de visite de terrain en raison de 3 jours par région (Savanes, Kara, maritime) au taux de DSA des Nations Unies.

### RESULTATS ATTENDUS

#### *Résultats attendus*

Le rapport devra comporter les éléments suivants :

- Un résumé analytique du projet évalué, les objectifs de l'évaluation, la méthodologie utilisée, les principales conclusions et recommandations ;
- une introduction qui justifie l'évaluation ;
- les objectifs de l'évaluation et la méthodologie utilisée ;
- Exécution du projet  
Cette partie présentera la manière dont l'exécution des activités s'est déroulée sur le terrain. Plus particulièrement, le rapport s'attachera à montrer si les activités et les résultats ont été menés à leur terme dans le cadre du budget et du calendrier impartis. Les indicateurs portant sur le niveau des réalisations faciliteront l'estimation des progrès réalisés dans l'exécution.
- Résultats du projet  
Il s'agit ici d'évaluer dans quelle mesure le projet est parvenu à concrétiser ses résultats immédiats et ses objectifs de développement. Les indicateurs d'impact de la matrice du cadre logique et les statistiques de manière générale sont essentiels pour satisfaire aux exigences de cette section.
- Recommandations  
- les réponses aux questions de l'évaluation et les conclusions ; les recommandations et les conditions de leur mise en œuvre ;
- Enseignements tirés  
Il s'agit d'une liste des leçons apprises pouvant servir à d'autres projets.
- les annexes, notamment les instruments de collecte de données et tout autre document jugé pertinent. (voir canevas de rédaction en Annexe 1).

**Le consultant devra remettre à l'UNICEF un exemplaire du rapport imprimé et une copie sur disquette.**

#### **ARRANGEMENTS ADMINISTRATIFS, FINANCIERS ET LOGISTIQUES**

Le choix du consultant et son recrutement seront fait selon les procédures administratives de l'UNICEF

Les dispositions administratives et financières sont définies comme suit :

- L'UNICEF assurera la prise en charge de la logistique, des fournitures et matériels nécessaires pour la consultation à savoir :
  - les frais de consultation du consultant (honoraires et DSA)
  - le déplacement sur le terrain
  - un traducteur local pour faciliter le travail avec les communautés et pour guider le consultant dans les villages
  - Les travaux de secrétariat pour la saisie du rapport
  - Fourniture du bureau

Les modalités de paiement des honoraires et per diem seront déterminées de façon spécifique dans le contrat qui sera passé avec le consultant.

## **Canevas de Rédaction du Rapport**

### **1/ Page de garde**

### **2/ Sommaires ou tables des matières**

### **3/ Liste des abréviations/sigles)**

### **4/ Remerciement (facultatif)**

### **5/ Résumé analytique**

- Faire le résumé du rapport en invoquant le but de l'étude, les méthodes utilisées, les résultats obtenus, les principales conclusions et les recommandations par ordre de priorité. **(2-3 pages au maximum)**.

### **6/ Introduction**

- Décrire l'activité de l'étude suivant le contexte, le problème constaté, les objectifs et les stratégies).
- Enoncer le plan de présentation du document.

### **7/ Objectifs et méthodes utilisées**

- Donner la liste des buts et objectifs de l'étude (les questions auxquelles l'étude devrait répondre).
- Décrire les méthodes/techniques utilisées. Exemple : quelles ont été les données collectées ? Quelles sont les méthodes spécifiques utilisées pour les recueillir et les analyser ?
- Justifier la visite des sites sélectionnés.
- Présenter brièvement (les promoteurs, composition de l'équipe, durée ou planification des activités).

### **8/ Constats/Analyse**

- Présenter clairement les résultats et les données sous forme des tableaux, de graphiques et figures (si ceci s'avère indispensable),
- Donner les raisons des réalisations et échecs, en particulier les contraintes principales et permanentes,
- Expliquer les comparaisons qui sont faites pour juger s'il y a eu un progrès ou pas,
- Formuler des conclusions à la fin de chaque section ou inclure les effets des conclusions sur la réalisation des objectifs du programme;

### **9/ Recommandations / Leçons apprises**

- Formuler les recommandations pour différentes catégories d'utilisateurs par ordre de priorité,
- Mentionner les coûts de leur mise en œuvre (si possible)
- Etablir un plan clair entre les recommandations et conclusions et mettre l'accent sur leur implication pour les décideurs
- Elaborer un calendrier indicatif pour la mise en œuvre des recommandations (si possible).
- Enoncer (si possible) les leçons apprises relatives à l'étude pour les planificateurs et gestionnaires de programme,

### **10/ Conclusion**

- Présenter les grandes lignes (selon les principaux constats) qui méritent une attention particulière en une (1) page maximum.

### ***11/ Référence bibliographique***

- Dresser la liste de tous les ouvrages, documents, revues et journaux consultés.

### ***12/ Annexes***

- Liste des personnes contactées,
- Liste des sites visités,
- Instruments de collecte de données (questionnaires, grilles d'entretien, fiches d'observation etc.),
- Autres documents importants en rapport avec l'étude,
- Termes de référence.