



CROIX-ROUGE TOGOLAISE
COORDINATION NATIONALE PROJET UE-CRA-CRD-CRT
Contrat ONG-PVD/2003/064-511/TG



BP : 655 Lomé-Togo / TEL: (228) 221 21 10 / Fax : (228) 221 52 28 / E-Mail: crtsiege@laposte.tg

RAPPORT Final du Projet :

Promotion de la santé de la famille par l'action Communautaire dans les Régions des Savanes et des Plateaux du Togo

Contrat ONG-PVD/2003/064-511/TG

**Pour la Croix-Rouge Allemande, la Croix-Rouge Danoise, la Croix-
Rouge Togolaise et la Commission Européenne**

Octobre 2004 - Septembre 2008

*Rapport – Ce document a été fait avec l'appui de la Commission Européenne.
Les opinions exprimées dans le présent document sont celles de la Coordination Nationale du
Projet et ne reflètent en aucun cas l'opinion officielle de la Commission.*

Projet financé par UE/CRA/CRD
Réf. Contrat ONG-PVD/2003/064-511/TG

Octobre 2008

I. DONNEES PRINCIPALES DU PROJET

Pays :	Togo
Régions :	Régions de Plateaux et de Savanes
Titre du Projet :	Promotion de la santé de la famille par l'action communautaire dans les Régions des Savanes et des Plateaux du Togo
Référence :	Contrat ONG-PVD/2003/064-511/TG
Rapport final :	4 ans d'exécution
Période de couverte	29 Septembre 2004 au 30 Septembre 2008
Préparé par :	Achille Tofodji LOKOSSOU-DAH-LADE, Coordinateur National du Projet.
Date :	Octobre 2008
Contribution UE :	1.499.648 EURO
Contribution CRA :	250.000 EURO
Contributions CRD	250.000 EURO
Organisme d'exécution :	Croix Rouge Togolaise
Date de signature de la Convention:	29 septembre 2004

*Rapport – Ce document a été fait avec l'appui de la Commission Européenne.
Les opinions exprimées dans le présent document sont celles de la Coordination Nationale du
Projet, et ne reflètent en aucun cas l'opinion officielle de la Commission.*

I. Table des matières

N°	Titre	Page
0	Données principales du projet	2
I	Table des matières	3
II	Liste des abréviations	4
III	Résumé du projet	5
IV	Résumé du présent rapport	7
V	Contexte général du Projet	8
VI	Avancement par rapport aux résultats	9
	Résultat 1	9
	Résultat 2	13
	Résultat 3	16
VII	Avancement par rapport au but et aux objectifs	19
VIII	Facteurs de qualité / Aspects transversaux	20
IX	Autres activités réalisées	22
X	Conclusions	22
XI	Annexe	23

II. LISTE DES ABREVIATIONS

AEP :	A pprovisionnement en E au P otable
AEPHA :	A dduction d' E au P otable H ygiène et A ssainissement
AO :	A ppel d' O ffres
AMC :	A gent de M obilisation C ommunautaire
CD :	C omité de D irection (de la Croix-Rouge Togolaise)
CE :	C omité d' E au

CM : Club de Mères
CPN : Consultation Pré Natale
CRA : Croix-Rouge Allemande
CRD : Croix-Rouge Danoise
CRT : Croix-Rouge Togolaise
CSS : Caisse de Solidarité de Santé
DAO : Dossier d'Appel d'Offre
DPD : Direction Préfectorale de la Santé
DRS : Direction Régionale de la Santé
DRH : Direction Régionale des ressources Hydraulique
EVC : Etude de Vulnérabilité et de Capacités
FISCR : Fédération Internationale des Sociétés de la Croix Rouge et du Croissant Rouge
FORMENT : Formation à l'Entretien
ICP : Infirmier Chef de Poste
JNV : Journée Nationale de Vaccination
LCM : Leader de Club de Mères
OMD : Objectifs du Millénaires pour le Développement
ONG : Organisation Non Gouvernementale
PHAST : Participatory Hygiene And Sanitation Transformation
PV : Procès Verbal
SASC : Secouriste Agent de Santé Communautaire
SIDA : Syndrome D'immuno Déficience Acquis
T1, T2,Tx : Trimestre 1,2,x
TdR ou TDR : Termes de Référence
TSGS : Technicien Supérieur de Génie Sanitaires
UE : Union Européenne
USP : Unité des Soins Périphérique
FNUAP Fond des Nations Unis pour la Population
WATSAN : Water and Sanitation

III. RESUME DU PROJET (MAX 2 PAGES)

Titre du Projet	Promotion de la santé de la famille par l'action communautaire dans les Régions des Savanes et des Plateaux du Togo
Agence contractuelle et partenaire	Croix-Rouge Allemande (Chef de fil du Consortium) Croix-Rouge Danoise Croix-Rouge Togolaise (agence exécutante)
Personne de	Desk Officer Central and West Africa, Brigitte Disselhoff, Croix-Rouge Allemande ,

Contact du Chef de fil du Consortium	Carstennstrasse 58, D-12205 Berlin, Allemagne Téléphone (+49) 30 – 85 404 328 / disselhb@drk.de
Personne de Contact de l'agence exécutante	Secrétaire Général, Croix-Rouge Togolaise, B.P 655 Lomé, Togo Téléphone (+228) 221 21 10 / crtSiege@laposte.tg
No. Projet et Montant	Contrat ONG-PVD/2003/064-511/TG 1.999.648 €, dont 1.499.648 € (75 %) provenant de l'UE
Zone d'intervention	Région des Savanes et Région des Plateaux, Togo <ul style="list-style-type: none"> • 33 localités dans la Région des Savanes réparti comme suit: <ul style="list-style-type: none"> - Kpendjal : 03 localités - Tandjoare; 10 localités - Tone: 12 localités - Oti:08 localités • 37 localités dans la Région des Plateaux réparti comme suit: <ul style="list-style-type: none"> - Agou : 14 localités - Amou : 6 localités - Kloto : 4 localités - Wawa : 13 localités
Durée	Octobre 2004 – Septembre 2008 soit 48 mois
Objectifs du projet	<u>Objectif global</u> : Les conditions de vie des populations les plus vulnérables dans les régions des Plateaux et des Savanes sont améliorées, contribuant ainsi au développement social décentralisé du Togo <u>Objectif spécifique</u> : Les conditions d'hygiène des populations les plus vulnérables dans les régions des Plateaux et des Savanes sont améliorées.
Résultats principaux prévus	<u>Résultat 1</u> : 70 communautés dans les régions des Plateaux et des Savanes ont été instruites et mobilisées en matière de santé de la famille et de l'hygiène du milieu <u>Résultat 2</u> : L'accès à l'eau potable est assuré pour 25.500 bénéficiaires, et au moins 8.200 personnes utilisent et entretiennent correctement des latrines familiales <u>Résultat 3</u> : Les capacités de la Croix Rouge Togolaise ont été renforcées afin de soutenir effectivement les communautés rurales en abordant les problèmes de santé liés à l'eau et à l'assainissement.
Activités principales prévues	<ul style="list-style-type: none"> • Réaliser une étude de vulnérabilité et capacité des communautés présélectionnées • Former 420 Secouristes agents de santé communautaire • Former 70 animatrices et 1400 membres des Clubs de mères • Mener des campagnes de mobilisation sanitaire dans les 70 communautés cibles • Appuyer les comités d'eau existants et encourager la création d'autres comités, le cas échéant • Réaliser 57 forages dotés d'une pompe à levier, margelle et clôture • Former 10 Artisans Réparateurs et Recycler 7 autres dans la zone du projet • Construire 1.028 latrines à doubles fosses dans 51 localités • Former les formateurs ainsi que le personnel d'encadrement de la Croix-Rouge Togolaise en gestion de projets de développement, de suivi et évaluation et d'encadrement de volontaires
Résultat 1	
Résultat 2	

Résultat 3	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcer les structures opérationnelles de la Croix-Rouge Togolaise et former les volontaires et des responsables des sections locales • Renforcer la coopération entre les communautés rurales et les autorités locales à travers des structures existantes de la Croix-Rouge Togolaise
Contraintes Majeures	<ul style="list-style-type: none"> • Le retard pris dans le démarrage des activités pour cause de Campagne Nationale intégrée de Vaccination de distribution de MII et de Mebendazole au T4 2004 et de trouble sociopolitique suite à l'élection présidentielle Durant le 2^{ème} trimestre 2005. • La charge de travail considérable des AMC vu la distance qui sépare les villages d'intervention ; • Pénurie de ciment entraînant le retard dans réalisation des latrines ; • pannes multiples du matériel informatique pour cause de délestage de l'électricité ; • Inondations dans la partie septentrionale du Pays en T4 2006 réduisant la disponibilité des volontaires et du personnel de la Coordination Régionale des Savanes ; • L'état peu praticable des pistes et l'insécurité sur les routes ; • La démission, le départ ou la maladie de certains volontaires ; • La cherté galopant des produits de premières nécessités; entraînant les difficultés des communautés à cotiser pour les caisses eau.
Conclusion	<p>le projet à largement atteint les objectifs assignés et peut être considéré comme un projet référence à la CRT en matière d'eau, d'Hygiène, d'assainissement et de santé communautaire. En effet, mise à par l'amélioration tangible du cadre de vie des populations observée dans les villages cibles, ce projet a hissé la CRT parmi les acteurs les plus crédibles du secteur eau assainissement et santé communautaire sur le plan national. Nous avons pour preuve, les diverses sollicitations des acteurs étatiques et non-étatiques (DPS, DRH, Services d' Assainissement, les ONG et Organisations onusiennes), les participations et les contributions forts appréciées de la SN dans les ateliers et rencontre des partenaires du secteur du Togo. Les Directions Régionales de la Santé considèrent désormais les volontaires de la Croix-Rouge comme les premières cloches d'alerte dans les villages. Ce projet à également permis l'émergence d'une société civile rurale embryonnaire dans les communautés avec : la responsabilisation des autorités locales et l'engagement des communautés dans la résolution des problèmes liés à la santé ; le changement du rôle des femmes dans la communauté à travers une forte implication dans la vie publique et une prise de responsabilité plus poussée dans la prise en charge des problèmes financier et sanitaire ; la prise de conscience des communautés sur la corrélation entre la santé et l'environnement.</p>

IV. RESUME DU PRESENT RAPPORT

Au regard du Résultat 1

Toutes les activités planifiées ont été réalisées à savoir : la réalisation d'une étude de vulnérabilité et de capacité, la formation et le recyclage de 420 Secouristes agents de santé communautaire, la formation de 1.400 membres des Clubs de mères soit 20 membre/club, la formation de 70 animatrices leader de CM, la conception, la production et la mise à disposition des volontaires des matériels didactiques dans chaque village, la tenue des campagnes de mobilisation sanitaire dans les 70 communautés cibles et les réunions bilan statistiques organisées à la fin de chaque mois autour du coach local et de l'ICP. Au total, du T2 2006 au T3 2008, 4.403 enfants de 0 à 11 mois et 3.904 femmes enceintes ont été suivis ; 19.519 causeries éducatives ont été organisées avec la participation de 277.798 personnes ; 3.380 opérations de

salubrité ont été menées avec la mobilisation de 157.132 personnes soit en moyenne 47 personnes par opération ; 3.134 puits perdus et 2.259 enclos ont été construits.

Le projet a suscité un changement dans le comportement des villageois en matière hygiène, d'assainissement et en santé communautaire. En effet, la mobilisation communautaire très perceptible dans la zone du projet autour des activités d'hygiène et d'assainissement. Dans les localités cibles, que ce soit dans les concessions, les abords des unités de soins de santé, des points d'eau, la propriété est perceptible. On note également une très forte diminution des accouchements à domicile, la réduction du taux de mortalité infantile, la systématisation des consultations prénatales le suivi de la vaccination des enfants de 0 à 11 mois, l'éradication de la dracunculose, la diminution des crises de paludisme, la valorisation de l'allaitement maternel, la diminution des maladies diarrhéiques.

Au regard du résultat 2

Les activités planifiées ont été réalisées au delà de ce que le projet à initialement prévu. Ainsi, 57 forages équipés de pompe à motricité humaine avec margelle et clôture ont été réalisés au lieu de 51 prévus en début du projet ; 57 Comités eau (un par forage) ont été mis en place, formés et suivis; 1.096 latrines VIP à doubles fosses ont été construites dans 57 localités contre 1.028 initialement prévu ; 70 comités d'hygiène et d'assainissement (un par village) ont été mis en place par les communautés avec l'appui du projet pour impliquer d'avantage les autorités locales dans la gestion des problèmes de salubrité dans leur village et assurer ainsi la pérennité du projet ; 59 maçons villageois ont été formés pour la construction des latrines dans leurs localités. Il faut dire qu'avec le projet, l'accès à l'eau potable est en nette amélioration dans les zones d'intervention du projet : de 9,59% dans la Région des Savanes et 16% dans les Plateaux, on est arrivé à 35%. On note également un net changement de comportements liés à l'hygiène et à l'assainissement : les enfants ne font presque plus de selles les cours des maisons ; l'eau des douches est drainée dans les puits perdus ; les ménages ou les communautés ont initié leurs propres latrines par concession ou par quartier ; et les plus réticents utilisent systématiquement des houes pour leur défécation aux abords des villages et dans les champs.

Au regard du résultat 3

Conformément au cadre logique du projet, le personnel du projet ont été formés ainsi que le personnel d'encadrement de la Croix-Rouge Togolaise et les formateurs polyvalents en gestion de projets de développement, de suivi et évaluation et d'encadrement de volontaires ; 70 Coachs locaux ont été formés renforçant ainsi les structures opérationnelles de la Croix-Rouge Togolaise au niveau de la base (sections locales) ; la mise en place des Comités d'eau et d'Hygiène, l'implication des autorités administratives et locales dans toutes les étapes du projet, la participation active des volontaires dans les **Journées Nationales de Vaccination (JNV)**, etc. ont permis de renforcer la coopération entre les communautés rurales et les autorités locales.

V. CONTEXTE GENERAL DU PROJET

Le Togo a traversé depuis 1990, une crise sociopolitique aggravée depuis la rupture de la coopération avec ses principaux partenaires, notamment l'Union Européenne. Cette situation a engendré un malaise général caractérisé entre autre par la détérioration poussée de l'économie, la désintégration du tissu social, la paupérisation croissante de la population et une chute drastique des dépenses publiques de santé. Cette situation a été aggravée par les élections présidentielles d'Avril 2005 et les événements tragiques qui l'on accompagnés. Suite aux élections législatives d'octobre 2007 considérées comme transparentes et libres par divers observateurs, l'Union Européenne a officiellement levé la suspension de la coopération avec le Togo. Ainsi, le climat politique s'est fortement amélioré avec l'entrée au parlement de deux partis d'opposition et la nomination d'un Premier Ministre qui depuis septembre 2008 a fait

place à Nouveau issu du PNUD. La première action de ce dernier a été d'organiser une Conférence des Partenaires du Togo à Bruxelles ce qui a fortement réanimé l'espoir d'un appui en assistance technique du côté ces partenaires.

Sur le plan socioéconomique, le Togo à l'instar des Pays du monde (surtout de l'Afrique), a souffert de la flambée vertigineuse du prix des denrées de premières nécessités et les produits pétroliers. Ce qui fragilise encore plus le pouvoir d'achat des populations rurales déjà très pauvres qui ont légué au second plan leur problème de santé. Les inondations qui ont surtout touché la Région des Savanes en septembre 2006 et les Régions des Plateaux et Maritime en juin 2008 ont aggravé la situation sanitaire des populations sinistrées et endommagé les infrastructures routière. Les partenaires au développement comme entre autres l'Unicef, PAM, La Croix-Rouge Française et la Fédération des Sociétés Nationales Croix-Rouge et Croissant-Rouge ont entrepris dans les Savanes en 2007-2008, un programme de prise en charge des enfants malnutris et de distribution de vivres et de non vivres avec la CRT comme structure opérationnelle. De même, en 2008 dans les Régions des Plateaux et Maritimes, la CR Suisse, la CR Allemande, l'Ambassade des Etats Unis et autres partenaires ont appuyé la CRT dans sa prise en charge des sinistrés des inondations.

Sur le plan sanitaire, il faut noter les conditions précaires d'approvisionnement en eau potable, du nombre faible des ouvrages d'assainissement et des pratiques néfastes d'hygiène. En effet, selon le résultat de l'enquête nationale à indicateur multiple Togo 2006 de l'UNICEF, le taux de couverture en eau potable est bas dans les deux régions: **47%** dans les Savanes et **41,9%** dans les Plateaux ; les taux de couverture en ouvrages d'assainissement comme les latrines familiales ont diminué par rapport à son niveau de 2002 : **6%** dans les Savanes et **17,5%** dans les Plateaux contre respectivement 13,5% et 35,1% en 2002. Les taux de couverture vaccinale sont également faibles dans les régions cibles **44,8%** (Savanes) et de **43,6%** (Plateaux),¹ tandis que les taux de malnutrition des enfants de moins de 5 ans sont élevés : **33,6%** (Savanes) et **25,6%** (Plateaux).

La situation décrite montre la nécessité de renforcer l'appui aux organismes non étatiques, comme la Croix-Rouge Togolaise, pour diversifier et renforcer la société civile au Togo. C'est dans cette dynamique que le présent projet s'est inscrit à travers son volet relatif au développement institutionnel de la Croix-Rouge Togolaise, auxiliaire des pouvoirs publics. La stratégie de la Croix-Rouge et celle du projet a combiné le volet de l'installation des ouvrages hydro sanitaires avec le volet de promotion de l'éducation sanitaire, tout en impliquant les ressources humaines locales et en renforçant les capacités au niveau communautaire. A en croire le résultat de l'évaluation finale, cette approche a permis d'assurer une amélioration durable du bien-être physique et social des communautés cibles.

VI. AVANCEMENT PAR RAPPORT AUX RESULTATS

Résultat 1. 70 communautés sont instruites et mobilisées en matière de santé de la famille et de l'hygiène du milieu

Pour atteindre ce résultat, le projet a prévu :

- a. Réaliser une étude de vulnérabilité et capacité (EVC) des communautés présélectionnées ;
- b. Former 420 Secouristes agents de santé communautaire ;
- c. Former 1.400 membres des Clubs de mères (soit 20 membre/club) ;
- d. Former 70 animatrices leader de CM ;
- e. Mener des campagnes de mobilisation sanitaire dans les 70 communautés cibles.

¹ Taux de couverture vaccinale (12-11 mois) au niveau national : 49,2%

Il faut signaler que pour la fiabilité des activités du projet dans les villages cibles, ils ont été identifiés et ont connu la mise en œuvre dudit projet en deux vagues.

1.1 Etudes de vulnérabilité et de capacité (EVC)

Avant la rédaction du présent projet, une EVC a été réalisée en début d'année 2003 dans les deux Régions en collaboration avec les services d'assainissement. Or le projet n'a été financé qu'en septembre 2004 ; il fallait donc actualiser les données de l'étude préliminaire. Pour cela, quatre EVC ont été réalisées : deux en février 2005 (une dans chaque Région) pour identifier les localités de la 1^{ère} vague et deux autres en Novembre 2005 (également une dans chaque Région) pour identifier les localités de la 2^{ème} vague.

L'objectif général de ces EVC était non seulement d'actualiser les résultats de la première étude, mais surtout d'évaluer les besoins des populations, leurs capacités à participer à la mise en œuvre des activités, à assurer la pérennisation des acquis éventuels dudit projet et d'apprécier les initiatives locales. L'EVC a couvert un total de 80 villages dans les Plateaux et a permis de retenir 37 villages ciblés tandis que dans les savanes l'EVC a couvert 70 villages et a permis de retenir 33 villages. La méthodologie utilisée pour ces EVC a constitué d'une part à l'enquête interview individuelle auprès de groupes spécifiques tels que (i) les agents de la structure de santé et (ii) l'artisan réparateur s'il y en a un ; et d'autre part, l'enquête en discussions de groupe (focus groups) auprès de deux groupes constitués a priori dans la communauté selon le genre. Les villages retenus ont été répartis en 2 groupes : Les villages de pleines activités qui ont bénéficié du paquet total des activités du projet (activités d'animation et ouvrages communautaires) et les villages d'animation où se sont déroulées seulement des activités de sensibilisation à l'hygiène et à l'assainissement. La liste des villages retenus se trouve en annexe 1.

1.2 Formation des secouristes agents de Santé Communautaires (SASC)

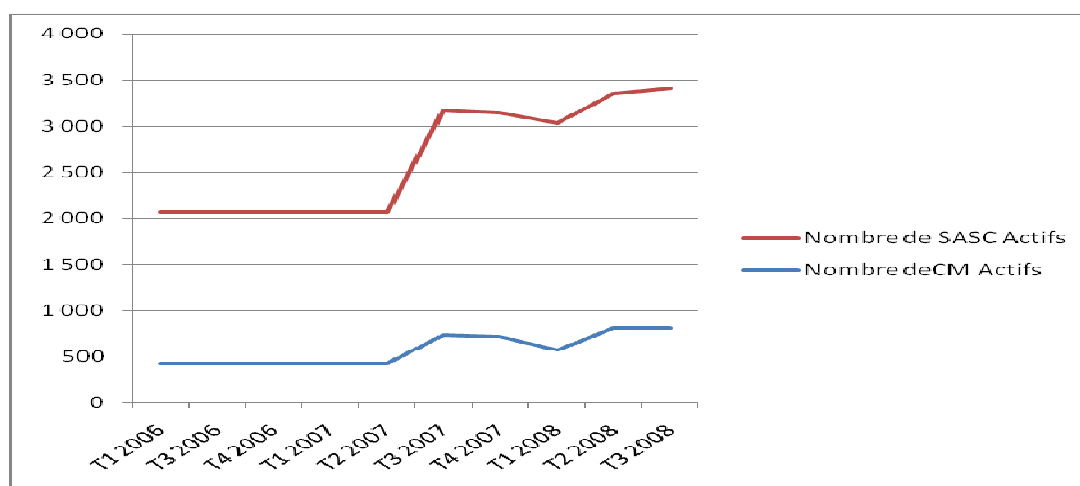
Pour avoir un impact significatif tous en utilisant les ressources humaines endogène et des moyens limités, le présent projet a misé sur l'importance du volontariat et de la mobilisation communautaire en adoptant la stratégie ARCHI 2010" (**African Red Cross and Red Crescent Health Initiative**) de la Fédération Internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant Rouge en accord avec les Principes Fondamentaux du Mouvement.

Ainsi, suite à des tests organisés par les Coordinations Régionales, 420 SASC (105 femmes et 315 hommes) soit une moyenne de 6 SASC/localité ont été identifiés dans leur communauté avec l'aide des autorités locales et sanitaires.

Les volontaires ainsi identifiés ont bénéficié d'une formation qui leur a permis de mener les activités de prévention dans leurs villages à travers le suivi des enfants de 0 -11 mois et des femmes enceintes pour la vaccination, la surveillance communautaire des maladies épidémiologiques, la promotion de l'hygiène et l'assainissement du milieu, la lutte contre les maladies diarrhéiques et promotion des SRO, et la lutte contre le paludisme et promotion des moustiquaires imprégnées. Au total, 12 sessions de formation (7 Plateaux, 5 Savanes) de 5 jours pour les localités de la 1^{ère} vague et de 7 jours pour la 2^{ème} vague ont été organisées et réalisées par les AMC appuyés par les formateurs polyvalents et les Coordonnateurs régionaux (cf. Tableau Annexes 1). La dernière année du projet, 410 volontaires ont bénéficié d'un recyclage de 4 jours au cours des 15 sessions organisées à cet effet. Parmi les SASC recyclés, les femmes représentent 25 %.

Les SASC formés ont identifié à leurs tours au moins un associé avec qui il ont travaillé dans une zone qui leur a été attribuée dans le village. Ils y mènent des visites a domiciles, des causeries éducatives au sein des groupes organisés ou dans le grand public, aident les infirmiers Chefs de Poste (ICP) des dispensaires lors des vaccinations, initient des activités de salubrité dans le village, etc. L'évolution des volontaires SASC et leurs associés actifs de même que celle des Clubs de Mère du T2 2006 au T3 2008 sont présentées par le graphe ci-après.

Graph 1: Evolution des volontaires SASC + Associés et Club de Mères actifs de T1 2006 au T3 2008



1.3 Formation des Clubs de Mères et des animatrices Leaders

Conformément à la stratégie de la CRT, le présent projet a mis sur la mise en place des Clubs de mères dans les localités du projet comme instrument de mobilisation communautaire. Ainsi, 70 CM (37 dans les Plateaux et 33 dans les Savanes) ont officiellement été mis en place par le projet ; Mais, l'engouement suscité par ses clubs a entraîné par effet boule de neige, la naissance de près de 650 CM dont la majorité sont dans la Région des Savanes. Les 1.400 femmes membres des 70 CM mise en place sur le projet (20 membres par club) ont ensuite été formées en 70 sessions de 3 jours dans leur village en santé maternelle et infantile, promotion de la femme, Activités Génératrices de Revenues, etc. Ces clubs regroupent actuellement plus de 2.588 membres actifs.

Après quelques mois de fonctionnement, les membres des CM identifient la Leader du club (LCM) qui n'est autre que l'animatrice qui guide le CM à élaborer un plan d'action périodique, à rédiger des comptes rendus des activités et à assurer aux membres du club une formation continue sur la santé communautaire lors des réunions et véhiculent ces messages autour d'elles dans le village. Pour assurer convenablement leur rôle, les 70 LCM ont reçu une formation spécifique et ont bénéficié d'un recyclage de la part du projet sur le Leadership, la Vie associative, la Création et la gestion des AGR. Précisons que la majorité des dites animatrices sont des fois SASC, ce qui les conforte bien dans leur rôle et leur facilite la collaboration avec le Coach Local.

Notons que chaque CM dispose d'une Caisse de Solidarité Sociale qui fonctionne comme une assurance maladies de base pour les membres du club ; mène des AGR qui procurent au club et aux membres des assises financières pour faire face aux besoins de plus en plus croissants dans les ménages ; mène régulièrement des activités de salubrité dans leurs localités. Le tableau 2 en Annexes 1 montre les sessions de formation des CM et des LCM.

1.4 Production des matériels didactiques et kit d'assainissement

Les SASC formés ont été dotés de matériels didactiques pour leur séance de sensibilisation. Nous pouvons citer : un guide de travail, un manuel d'animation et un cahier registre pour le suivi des activités par SASC ; les Boîtes à images sur le paludisme, la vaccination, l'hygiène du milieu, les maladies diarrhéiques par binôme de SASC et une valise PHAST par village.

Aussi, chaque CM a bénéficié d'une Boîte à images qui traite tout les thèmes relatifs à leur domaine d'intervention, un manuel sur la vie associative, d'un manuel d'animation à l'usage de la leader et les cahiers de gestion du club. Avec le réaménagement budgétaire de 2008, les volontaires recyclés (SASC et LCM) ont encore bénéficié de ces matériels d'animation et de reporting de même que les coachs pour les appuyer dans la poursuite des activités après le projet. De plus, les CM ont bénéficié d'une valise PHAST dans le but est de les rendre plus autonomes dans leurs activités. Ainsi au total, 140 Boîtes à Images Vaccination, 140 boîtes à

images paludisme, de 840 cahiers des SASC et 140 registres de rapports des coachs locaux et 140 Boites à image CM ont été distribués aux volontaires. La liste des outils pédagogiques et supports éducationnels se trouve en annexe 2 du document.

Dans le but de la pérennisation des acquis du projet sur le plan de l'assainissement, le réaménagement budgétaire de 2008 a permis d'équiper les Comité d'hygiène et d'assainissement en outils de travail pour poursuivre les actions de salubrité, d'entretien dans les localités du projet. Les kits d'assainissement distribués sont composés de 5 râtaux, 5 pelles, 5 pioches et 2 brouettes.

1.5 Campagnes de mobilisation sanitaire et des sessions d'éducation sanitaire

1.5.1 Visibilité du projet

La visibilité de projet a été mise en œuvre à travers les campagnes médiatisées, la confection de dépliants et de panneaux de sensibilisation. En effet, aux fins de diffuser les actions du projet notamment les bonnes pratiques d'hygiène et d'assainissement au grand public des zones d'intervention du projet, les Coordinations Régionales ont organisé pendant toute la durée dudit projet des campagnes médiatisées sur les radios partenaires dans les Régions. Il s'agit dans la Région des savanes des Radios : Radio Communautaire de Dapaong et la Voix de l'Oti à Mango; Dans la Région des Plateaux de : la Radio Catholique Virgo Potens et Excelsior d'Atakpamé, Sky FM de Badou, Peace FM de Kpalimé (cf. annexes 6 pour le récapitulatif des émissions). Ces radios et la Télévisions Nationale (TVT) ont également effectué et diffusés des reportages sur les activités du projet. Aussi, les articles ont été écrits et publiés sur le projet dans les journaux officiels que privés.

Pour la visibilité du projet, 4 séries de dépliants ont été réalisées durant le projet et un dernier est en cours de préparation pour sa clôture. Aussi avec le réaménagement budgétaire de 2008, le projet a confectionné des panneaux de fortune dans les villages avec images et des messages du projet avec logo de l'Union Européenne et de la Croix-Rouge.

1.5.2 Mobilisation communautaire pour la santé

Cette mobilisation a été faite sur 4 grands axes : les causeries éducatives faite en grand public, dans les groupes organisés ou lors des visites à domicile ; les opérations de salubrité ; le suivi vaccinal et la surveillance des maladies sous surveillance épidémiologique. Ainsi, du T2 2006 au T3 2008, les volontaires ont animé 19.519 Causeries éducatives au bénéfice de 277.798 personnes soit une moyenne de 9 causeries par mois et par village avec la participation de 14 personnes par causerie (Cf. Tableaux 3 et 4 Annexes 3). Ceci est largement supérieur à l'objectif d'une causerie par mois fixé par le cadre logique du projet.

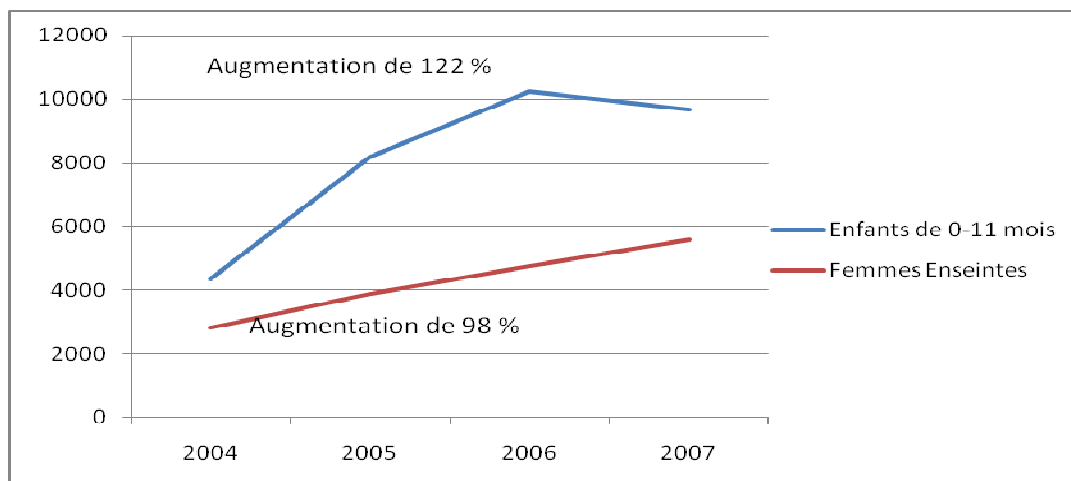
Ces sensibilisations ont conduit à l'organisation de 3.380 opérations de salubrité qui ont mobilisé 157.132 personnes soit une moyenne de 2 opérations par village et par mois ; chaque opération mobilise 46 personnes (Cf. Tableaux 5 et 6 Annexes 4). Durant cette période, 3.134 puits perdus et 2.259 enclos ont été construits (Cf. Tableaux 7 et 8 Annexes 4). Ces résultats sont également satisfaisants puisqu'ils dépassent l'objectif d'une opération de salubrité par mois fixé par le projet.

Sur le plan du suivi vaccinal, les enfants de 0 à 11 mois et les femmes enceintes sont repertoriés dans le cahier des volontaires et suivi tous les mois jusqu'à leurs vaccinations complètes (après 9 mois) ou leurs accouchement (généralement après 5 mois de suivi). Du T2 2006 au T3 2008, les enfants et femmes enceintes ont été suivi respectivement 39.629 et 19.519 fois (Cf. Tableaux 9 et 10 Annexes 5) soit 4.403 enfants et 3.904 femmes repertoriées. Ceci représente en moyenne 16 enfants et 14 femmes enceintes repertoriés par an et par village.

Dans sa conception, le projet a prévu une augmentation de 10 % du taux de vaccination des enfants de 0 – 11 mois, et que 85 % des femmes ayant accouché dans la zone de projet aient reçu leurs 2 doses de VAT avant l'accouchement dans les Unités de soins périphériques. Ces

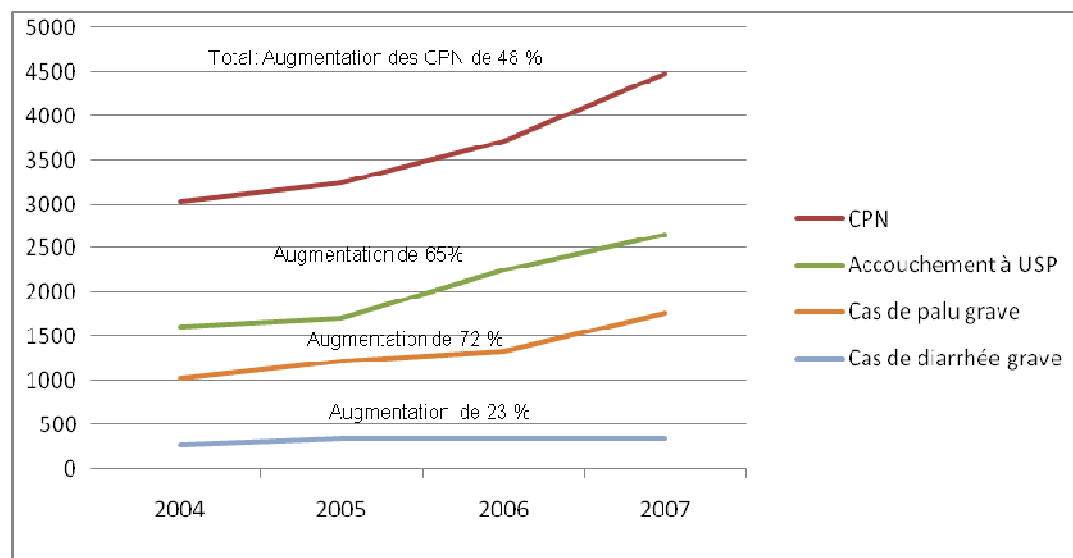
indicateurs ont été largement atteints par ce projet puisqu'on note une augmentation globale de vaccination de 122 % chez les enfants de 0 -11 mois et de 98 % chez les femmes enceintes.

Graphe 2: Evolution de vaccination des enfants et des femmes enceintes de 2004-2007



Source: 16 USP (8 USP par région) où se trouvent les villages de projet

Sur le plan de la surveillance communautaire des maladies et lutte contre le paludisme, les volontaires constituent la base du système d'alerte. Ainsi, ils ont référé les cas de maladies suspectées aux USP de même que les cas de diarrhée et de paludisme grave. Pour ce faire, le projet à mis sur pied un système de référence et de contre référence entre les volontaires et les USP outillé par un carnet de référence. Les données statistiques collectées dans 16 USP de 2004 à 2007 ont montré une augmentation globale des CPN de 48% et des accouchements assistés de 65% ; une augmentation des consultations pour cause de diarrhée de 23% et pour le paludisme grave de 72%. Cela peut s'expliquer par le fait que grâce aux sensibilisations des volontaires, les populations s'adressent plus souvent aux USP et les cas de maladies auparavant traités à domicile ou à l'indigénat sont désormais envoyés aux dispensaires.



Graphe 3: Evolution des CPN, Accouchements assistés et des consultations pour le paludisme et les diarrhées de 2004 à 2007

Résultat 2. L'Accès à l'eau potable est assuré pour 25 500 bénéficiaires et au moins 8 200 personnes utilisent et entretiennent correctement des latrines familiales

Pour atteindre ce résultat, le projet prévoit de :

- a. Appuyer les comités d'eau existants et le cas échéant, encourager la création d'autres comités ;
- b. Réaliser 51 forages dotés d'une pompe à levier, margelle et clôture ;
- c. Construire 1.028 latrines à doubles fosses dans 51 localités

2.1 Installation des Comités Eau et Formation des Membres.

Conformément à la politique nationale en matière d'AEPHA en milieu rural et semis urbain, le projet a mis en place un Comité Eau par point d'eau installé. Ainsi, 57 CE ont été mis en place dans les 2 Régions (29 dans les Plateaux et 28 dans les Savanes) et les 7 membres qui les composent (Président, Secrétaire, trésorière, 2 agents d'entretien, 2 femmes chargées de propreté) ont été formés par le projet avec l'appui des Agents FORMENT des Directions Régionales de l'Eau et des Ressources Hydrauliques (Cf. Tableau 11 annexe 7). Une petite trousse d'outils est remise aux chargés d'entretien dans le Comité Eau pour assurer l'entretien sommaire des parties extérieures des forages.

Ces CE ont élaboré et soumis à l'approbation de leur communauté, un règlement d'usages de l'ouvrage et se chargent ensuite de la gestion et du suivi selon ce que prévoit ce règlement. Deux systèmes de recouvrement sont les plus utilisés dans les villages : la vente à la bassine et la cotisation mensuelle par ménage. Par rapport à ces deux systèmes, on a remarqué que dans les localités qui ont adopté la cotisation mensuelle par ménage (généralement 100F/ménage), tous les ménages ne cotisent pas régulièrement mais utilisent le forage ce qui rend modeste les caisses eau dans ces villages. En revanche dans les localités où l'on vend l'eau à la bassine, certains ménages faute de moyen gardent les vieilles habitudes et vont toujours puiser l'eau dans les rivières alors que les caisses eau sont mieux fournies.

Le suivi des CE est fait par les AMC sur la base de la stratégie FORMENT (FORmation à l'ENTretien) recommandée par la politique nationale de l'eau. Tous les CE disposent d'un compte ouvert dans une institution financière de la place avec au montant minimum de 150.000. De plus, 96% de ces comités disposent d'un stock de pièces de rechange. Le tableau 12 Annexe 7, montre la situation financière des CE au 30 juin 2006.

2.2 Réaliser 57 forages équipés de pompe avec margelle et clôture

Le projet a prévu initialement la construction des 51 forages dont 26 dans les plateaux et 25 dans les Savanes ; toutefois, avec les exonérations dont a bénéficié le projet sur les travaux des forages, on a finalement réalisé 57 forages (29 dans les Plateaux et 28 dans les Savanes) soit 6 forages additionnels. L'identification des localités bénéficiaires des forages additionnels a été faite au sein des villages d'animation sur la base des critères de performance des volontaires et d'abnégation des populations à la mise en œuvre des conseils des volontaires. Le projet a ainsi amélioré l'accès à l'eau potable dans les villages puisque de 9,59% dans la Région des Savanes et 16% dans les Plateaux, on est arrivé à 35% dans les zones d'intervention.

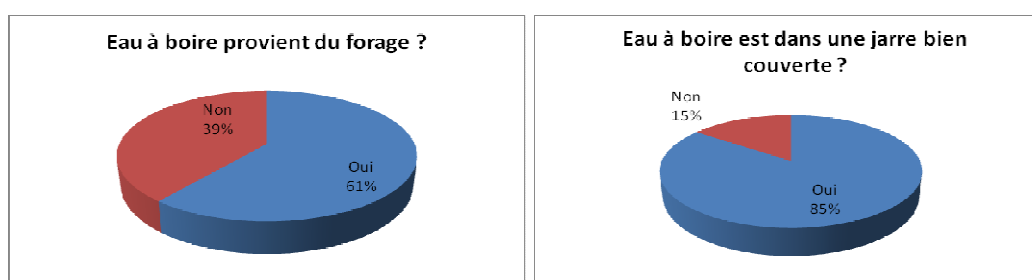
Les forages ont été réalisés en deux vagues. La première vague de 31 forages est terminée en an 2 et la seconde vague de 26 forages a été définitivement réceptionnée en T2 2008. Ces réalisations ont été précédées d'un processus d'appel d'offre qui a conduit à retenir deux entreprises pour l'exécution des travaux et deux bureaux d'étude pour le contrôle. Il s'agit Pour les Entreprises de : Foramat qui a réalisé 41 forages dans les deux Régions et de Forage Technic Eau qui a réalisé 16 forages dans la Région des Plateaux. Pour les bureaux de contrôle, il s'agit de : BECATEC pour la Région des Savanes et IGA pour la Région des Plateaux.

Tous les forages prévus ont été réalisés dans les règles de l'art et équipés de pompe à motricité humaine (53 India Mark II et 4 Vergnet). Les ouvrages ont été définitivement réceptionnés et confiés aux communautés. Il est à noter que les structures étatiques notamment la DRH et la Direction régionale du Plan ont été impliquées dans la supervision et la réception des forages

Dans le but d'assurer un entretien permanent des forages et palier au manque d'Artisans réparateurs dans les Régions, le projet a formé avec l'appui des DRH, 10 artisans réparateurs de pompe et recyclé 7 autres dans la Région des Savanes. Les 10 nouveaux artisans ont été positionnés dans la zone de projet et dotés d'une caisse à outil chacun (Tableau 13 Annexes 8). Aussi, en l'an 4 du projet trois caisses à outil ont été constituées pour d'une part appuyer les Directions Régionales de l'Hydraulique des deux Régions et d'autre part laisser une caisse témoins dans la SN pour servir à d'éventuels projets WATSAN que pilotera la CRT.

Le résultat des enquêtes PHAST réalisé au T1 2008 dans 70 localités du projet auprès de 3.486 Ménages montre une appropriation satisfaisante des bonnes pratiques en matière d'eau par les communautés cibles.

Graphe 7: Utilisation d'eau potable dans les communautés de projet

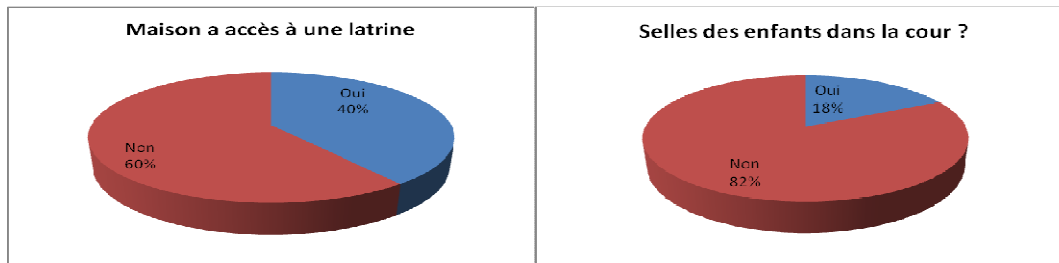


2.3 Construction des latrines à doubles fosses

L'approche utilisée pour la promotion des latrines familiales consiste à former/recycler des maçons déjà en activité dans les villages cibles, puis à les impliquer dans la campagne de construction des latrines. Les services Préfectoraux et Régionaux de l'Assainissement sont associés à la campagne de construction des latrines à travers la supervision des maçons. Ainsi, le projet a formé en deux vagues, 59 maçons locaux en construction des latrines. 6 Assistants d'Hygiène et TSGS des services étatiques ont également été associés à la formation afin de leur permettre d'assurer le suivi technique (Cf. Tableau 14 Annexe 9).

L'identification des bénéficiaires a été faite suivant des critères bien précis par les commissions latrines mises sur pied dans chaque village. Une fois le bénéficiaire identifié, il fournit suivant disponibilité du sable et du gravier et creuse la fosse après que l'Assistant d'hygiène ou le TSGS ait fait l'implantation. Le projet livre ensuite au bénéficiaire le reste du matériel requis (en général du ciment et du fer) pour la construction des latrines. Cette approche a permis d'une part un transfert de compétence à la base et assure la réplique de ces types de latrines dans les localités. D'autre part elle a permis la construction de 1.096 latrines (591 dans les plateaux et 505 dans les Savanes) alors que le projet a prévu initialement 1.028 latrines (Cf. Tableau 15 Annexe 9). Les latrines construites sont de type VIP familiales ou concessionnelles et respectent les règles de l'art à en croire les rapports des Services Régionaux de l'Assainissement qui ont été impliqués dans le suivi des ouvrages. Il faut dire que les sensibilisations ont aussi conduit les ménages ou les communautés à initier 1.097 latrines traditionnelles qui malheureusement sont saisonnières du fait de la qualité du matériel utilisé. Le résultat des enquêtes PHAST réalisé au T1 2008 dans 57 localités du projet auprès de 3486 ménages montre ce qui suit sur le comportement dans les villages sur l'utilisation de latrine.

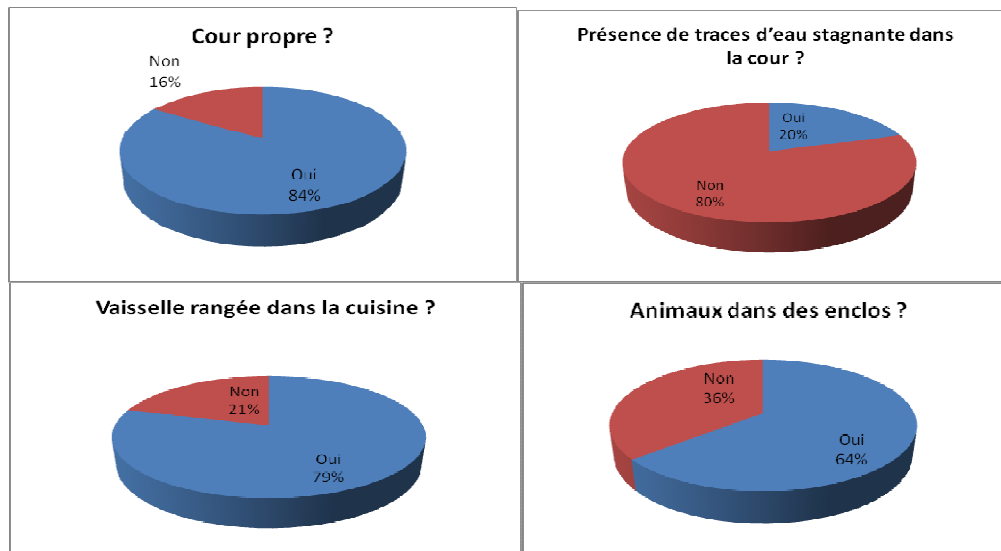
Graphes 9 : Comportement dans les villages au T1 2008 par rapport aux Latrines



2.4 Comité D'hygiène et d'assainissement

Pour pérenniser les acquis du projet et impliquer d'avantage les autorités locales dans la prise en charge des problèmes de salubrité de leur village, le projet a opté pour la stratégie des comités d'hygiène et d'assainissement. Ces comités sont des émanations des communautés elles-mêmes pour renforcer les systèmes communautaires d'assainissement dans les localités. Ils appuient entre autres le nettoyage des places publiques, la gestion des eaux usées et la vulgarisation de la construction des puits perdus, etc. Pour ce faire, le projet les a équipés de kit d'assainissement composé de pelles, de râpeaux et de brouettes. Les Comités d'Hygiène et d'Assainissement ont été initiés dans les 70 communautés du projet. Les graphes suivants, montrent sans ambiguïté que la stratégie utilisée est efficace et satisfaisante.

Graph 7: Situation de l'hygiène et Assainissement dans les villages au T1 2008



Résultat 3 : Les capacités de la CRT ont été renforcées afin de soutenir les communautés rurales en abordant les problèmes de santé liés à l'eau et à l'assainissement

Engagement du projet :

- a. Former les formateurs ainsi que le personnel d'encadrement de la Croix-Rouge Togolaise en gestion de projets de développement, de suivi et évaluation et d'encadrement de volontaires ;
- b. Renforcer les structures opérationnelles de la Croix-Rouge Togolaise à travers la formation des volontaires et des responsables des sections locales ;
- c. Renforcer la coopération entre les communautés rurales et les autorités locales à travers des structures existantes de la Croix-Rouge Togolaise

3.1 Formation du personnel et le personnel d'encadrement de la CRT en gestion de projet

Le personnel du projet et le personnel d'encadrement de la CRT ont bénéficiés d'un certain nombre de formation et de recyclage selon ce qui a été prévu par le projet. Nous pouvons citer entre autres :

- l'atelier de revue des outils existants à la CRT organisé à Sokodé du 23 au 26 janvier 2005 qui à abouti à l'élaboration des supports pédagogiques du projet.
- la Formation des formateurs polyvalents du Projet (le Coordinateur National, les deux Coordinateurs Régionaux, les quatre Agents de Mobilisation Communautaire et deux volontaires venus des régions des savanes et plateaux) organisée à Kpalimé en 2005 puis leur recyclés à Sokodé en 2007. Ces formation leur à permis de former à leur tour les volontaires sur le terrain (les SASC, les CM, les LCM, le CE).
- l'atelier de planification des activités organisé a mis parcours qui a permis a tout le personnel de s'imprégner du mécanisme de planification et de s'approprier d'avantage le projet.
- l'atelier de revue des outils pédagogiques qui a rassemblé à Sokodé et 2007 tous le personnel du projet élargis aux formateurs polyvalents, au personnel de CRT Coordination Régionale Centrale et au chef de département Santé pour harmoniser les fiches de rapport, élaborer les calendriers de formation des CE et évaluer les outils pédagogiques élaborés par le projet.
- la formation du Chef Comptable et du Coordinateur National du projet en ProAbis un logiciel comptable Allemand.
- La formation du personnel technique du projet (AMC, Coachs préfectoraux, Coordinateurs Régionaux et Coordinateur National) en suivi-évaluation au moyen des outils PHAST assurée par CREPA du 05 au 13 Mai 2008 à Sokodé.

En plus de tous ses formations en ateliers, des formations sur le tas du personnel et des volontaires au moyen des appuis formatifs des niveaux supérieurs régional et national (Missions des Coordinateurs Régionaux et missions de la Coordination Nationale) a contribué à améliorer les prestations des uns et des autres, notamment au niveau du rapportage, de la planification et du suivi des activités.

3.2 Renforcer les structures opérationnelles de la CRT

Pour piloter ce projet, une Coordination National a été mise en place au siège de la CRT à Lomé et constitué par un Coordinateur National et un Chef Comptable tous deux recrutés et payés entièrement par le projet. Ils ont été appuyés en plein temps les deux premières années du projet par une Coordinatrice expatriée qui, devenue conseillère expatrié à continué par donné des appuis ponctuels durant les deux dernières années. Les Coordinations Régionales ont été renforcées par le recrutement de 4 Agents de Mobilisation Communautaires (2 AMC par Région) entièrement payé par le projet. Trois chauffeurs dont deux au niveau des régions et un au niveau national et deux gardiens de nuits au niveau des régions ont été affectés à temps

plein au projet par la CRT. Aussi, le projet a financé 50% des salaires des Coordinateurs et des Secrétaires Comptables au niveau des deux Régions et contribue aux frais de fonctionnement (loyer, eau, électricité) des Coordinations Régionales du 01 octobre 2004 au 30 septembre 2008.

Durant la première année d'exécution, la Coordination Nationale a consacré son temps à : mettre en place un système de gestion (planification, reporting, comptabilité, finance) qui est depuis copié par d'autres projets de la CRT (projet SIDA Plateaux et Projet CR Suisse dans la Région Centrale) ; élaborer de nouveaux supports éducationnels et de reporting ou harmoniser les supports existants ; acquérir des matériels (immobilisation, mobilier, matériels informatiques, matériels roulants, etc.) pour faciliter le bon déroulement des activités ; organisé les EVC pour identifier les villages cibles et formé le personnel du projet.

Pour coordonner les activités des volontaires dans les localités ciblées et conformément à la stratégie de la CRT, le projet a identifié avec l'aide des différentes communautés, des Coachs locaux. Ces derniers sont les premiers responsables et portes parole des volontaires Croix-Rouge au niveau local. Ils entretiennent des relations fonctionnelles avec les autorités, locales, sanitaires et ONG au niveau local. 70 coachs locaux (dont 3 femmes) ont été formés sur ce projet en 4 sessions de formations.

Pour appuyer les AMC dans leurs activités vu la charge du travail, l'étendue et l'accessibilité des zones d'intervention, et pour rattraper le retard accusés dans le démarrage du projet, 5 Coachs préfectoraux ont été sollicités conformément aux recommandations de l'évaluation à mis parcours. Ces Coachs sont des volontaires qui ont un travail et qui ont accepté consacrer au moins deux jours par semaine pour les activités du projet. Leur appui a duré de Novembre 2006 à Septembre 2008 avec quelques mois de suspension de contrat du au retard pris dans l'acceptation du dernier réaménagement budgétaire.

3.3 Renforcer la coopération entre les communautés rurales et les autorités locales à travers les structures de la CR

Le présent projet a fortement contribué au renforcement de la coopération entre les communautés et les autorités compétentes à tous les niveaux. Nous pouvons citer pour preuve :

- l'élaboration des accords de collaboration entre la Croix-Rouge Togolaise et le Ministère de la Santé, protocole d'accord signé en Mai 2008 ;
- une plus grande implication et une meilleure responsabilisation des autorités locales dans la mise en œuvre des activités de salubrité publique, la gestion des ouvrages d'eau et d'assainissement facilitant ainsi l'appropriation du projet par les Communautés concernées ;
- la multiplication des assemblées villageoises sous la présidence des Chefs de village avec la participation des différents acteurs des villages et des réseaux de volontaires de la CRT entraînant ainsi une certaine cohésion sociale dans les communautés.
- le renforcement des structures locales de développement (CVD, CDQ, COGES) à travers la mise sur pied des Comités d'hygiène et d'assainissement, les Comités Eau et même de Comités de Gestion des activités du projet par endroit.

Les structures locales de la CRT se sont vues également renforcées par le projet. Nous avons pour preuve :

- La création de 36 nouvelles sections locales et de nombreux clubs de mères (même dans les localités voisines du projet) ce qui rassure pour une prise en charge durable des acquis dudit projet ;
- Le fait que la CRT/ Coordination Régionale des Plateaux a été fait membre du Comité local pour la gestion intégrée des services essentiels (eau, téléphone, électricité assainissement) dans la commune d'Atakpamé ;
- la célébration des journées événementielles (de : Croix-Rouge, Don de Sang, Femmes) et les camps des volontaires surtout dans les Plateaux devenu des rendez-vous incontournables de

rencontres entre des fils du milieu y compris ceux de la diaspora avec les autorités locales et préfectorales.

Pour conclure nous dirons que les structures de pérennisation mise en place par le projet suscitent une adhésion des communautés et des autorités locales et administrative. Ce qui témoigne des incessants remerciements de ces derniers et les diverses sollicitations fait à la Croix-Rouge dans le cadre de ma mobilisation communautaire pour les activités de salubrité ou pour la vaccination.

3.4. Planification - Suivi – Reporting

La planification générale des activités est faite chaque trimestre par le Coordinateur National après discussion avec l'équipe des Coordinations régionales. Au niveau régional, les réunions de planification entre les Coordinateurs, les secrétaires comptables et les AMC sont mensuelles. Par rapport au suivi des activités, il a été réalisé à plusieurs niveaux. D'abord au niveau local avec les Coachs locaux qui suivent les activités des différentes catégories de volontaire ; ensuite au niveau des préfectures ou Zones AMC où le suivi est assuré par les AMC appuyé par les Coachs préfectoraux ; au niveau Régional par les Coordinateurs Régionaux et au niveau National par le Coordinateur National. Pour réaliser le suivi sur le terrain, le Coordinateur National et le Chef comptable ont effectué une mission par trimestre dans les Régions, les Coordinateurs Régionaux ont effectué au plus 5 missions mensuelles, les AMC ont visité au moins une fois par trimestre l'ensemble des localités de leur zone tandis que les Coachs préfectoraux ont visité au moins une fois par mois leurs localités.

Il faut également noter que le projet a reçu plusieurs visites comme entre autres celui du représentant de l'UE à Dapaong, des représentants et volontaires de la CRA et de la CRD, la Délégué WATSAN de la Fédération, etc. Ces visites ont permis de faire un tour d'horizon de la mise en œuvre des activités, et de s'appesantir sur le degré de responsabilisation des populations locales en vue de la pérennisation des acquis du projet, mais surtout d'échanger avec les volontaires et d'observer les changements opérés par les populations dans le domaine de la santé.

Le niveau de reporting a pratiquement été le même que le suivi. Les Coachs locaux remplissent des fiches de rapport mensuel sur la base des informations recueillies auprès des volontaires ; les AMC récupèrent les rapports des Coachs, analysent le données et produisent des rapports trimestriels qu'ils soumettent ensuite aux Coordinateurs Régionaux ; ces derniers rédigent un rapport synthèse qu'ils envoient au Coordinateur National.

Dans les deux Régions, les Comités Régionaux CRT ont effectivement tenus des réunions trimestrielles d'information prévu a leur intention par le projet.

3.6 Revues Evaluations et Audit

Le présent projet a connu 3 revues annuelles, 2 évaluations et 3 audits. En effet, le projet a connu chronologiquement :

- une première revue organisée en septembre 2005 avec la participation du représentant de la CRD pour l'Afrique de l'ouest ;
- un premier audit externe réalisé au Togo en novembre 2005 par un cabinet Burkinabé (ACECA) diligenté par la CRA ;
- une évaluation à mi-parcours diligentés par la CRA et réalisée en août 2006 par une consultante indépendante assistée par la Représentante Régionale de la CRD de l'époque;
- un second audit externe réalisé en Allemagne en Novembre 2006 par le cabinet Burkinabé (ACECA) diligenté par la CRA ;
- une seconde revue en septembre 2007 conduite par la Coordinatrice Eau Assainissement de la FISCR pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre ;
- un troisième audit externe réalisé en Allemagne en fin 2007;

- Une évaluation finale enfin en juillet 2008 conduite par des consultants externes diligentée par la CRA avec l'appui de la Coordination Nationale du Projet.
- Un audit final du projet sera réalisé en Allemagne à la fin du projet.

VII . AVANCEMENT PAR RAPPORT AU BUT ET AUX OBJECTIFS

Objectif général : Les conditions de vie des populations les plus vulnérables dans les régions des Plateaux et des Savanes sont améliorées, contribuant ainsi au développement social décentralisé du Togo

D'une manière générale, les populations des localités cibles du projet constatent un changement positif quant à leur état de santé dû aux effets direct ou induits des différentes réalisations du projet. En effet, 35% des localités cibles du projet ont accès à l'eau potable contre 16% dans les Plateaux et 9,6% dans les Savanes avant le début du projet ; on note une augmentation globale du taux de vaccination de 122% chez les enfants de 0-11 mois et de 98 % et chez les femmes enceintes ; une augmentation des CPN de 48% et des accouchements assistés de 65%; une augmentation du taux de fréquentation des USP qui se traduit par une consultation plus précoce pour les cas de paludisme et de diarrhée (augmentation globale des consultations de 23% et 72% respectivement pour cause de diarrhée et de paludisme grave); de plus, le taux d'utilisation des MII est de 58% chez les enfants de 0-5 ans et de 60% chez les femmes enceintes. Ces résultats vont donc au-delà des prévisions du cadre logique qui a prévu une augmentation de 10 % du taux de vaccination des enfants de 0 – 11 mois et que 85 % des femmes ayant accouché dans la zone de projet aient reçu leurs 2 doses de VAT avant l'accouchement dans les Unités de Soins Périphériques.

Le projet a ainsi réussi à contribuer à l'amélioration des conditions de vie des populations les plus vulnérables, répondant ainsi à l'orientation stratégique 2007-2011 de la Croix-Rouge en matière de santé communautaire et des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD).

Objectif spécifique : Les conditions d'hygiène des populations les plus vulnérables dans les régions des Plateaux et des Savanes sont améliorées.

A travers la formation des volontaires et leurs engagements vis-à-vis les habitants des villages du projet, la création des points d'eau pour l'accès à l'eau potable, la construction des latrines et la mise en place des Comités d'hygiène et d'assainissement, le projet a véritablement contribué à l'amélioration des conditions d'hygiène des populations les plus vulnérables des Régions des Plateaux et des Savanes. L'enquête PHAST réalisé par le projet donnés statistiques suivant :

- 40% des ménages disposent d'une latrine dans leur maison qu'ils utilisent alors qu'il n'existait pratiquement pas de latrines dans ces villages au départ ;
- 18% seulement des ménages portent des traces de selles des enfants dans la cour ;
- 58% des ménages disposent de puits perdus derrière la douche ;
- 64% des ménages ont leurs animaux dans les enclos ;
- 84% des ménages ont leur cours régulièrement propre ;
- 79% des ménages ont leur vaisselle propre et bien arrangé dans la cuisine;
- 61% des ménages utilisent l'eau de forage pour la boisson ;
- 85% des ménages conservent/stockent correctement l'eau de boisson.

VIII. FACTEURS DE QUALITÉ/ Aspects transversaux

✓ la pertinence et la qualité de la conception

A croire les résultats de l'évaluation finale, on note : une concordance entre le cadre logique du projet et les objectifs assignés, une adéquation avec les enjeux régionaux et mondiaux de l'heure ; une prise en compte des politiques et des lois en vigueur dans le pays en matière de santé, d'eau, d'hygiène et assainissement ; une justification des besoins en eau et assainissement dans les deux Régions; et une pertinence dans le choix des groupes cibles.

✓ l'efficacité de la mise en œuvre du projet

L'analyse des coûts d'exécution et des coûts requis sur le marché, montre une performance financière du projet qui est due au fort engagement des promoteurs du projet qui ont réussi à mobiliser les populations concernées pour leur participation effective au projet. Avec une moyenne de 15.000 CFA par habitant, le projet a mis en marche les changements substantiels dans les villages cibles. Il faut signaler que les ratios de coût unitaire assez compétitifs obtenus dans la réalisation des ouvrages d'eau ont été possibles grâce aux exonérations que la gouvernance de CRT a pu obtenir auprès de l'administration des services des finances. Pour les latrines, la réduction du coût unitaire de l'ouvrage constaté est due à la contribution des communautés dans la fourniture de matériels locaux comme le sable et le gravier suivant la disponibilité.

✓ l'efficacité actuelle du projet

L'efficacité du présent projet est liée selon l'évaluation finale à : son cadre institutionnel (une structure souple qui intègre les volontaires en activité dans leur village appuyé par l'équipe des Coordinations Régionales et qui sont chapoté par une Coordination Nationale) ; l'implication de la gouvernance de la CRT à tous les niveaux ; les approches et les méthodes utilisées pour la mobilisation sociale dans les villageois.

✓ l'impact actuel du projet

L'impact du projet est révélé au niveau socio-économique, socio culturel et environnemental. Sur le plan socio économique on note : l'amélioration de l'état de santé des ménages, surtout avec l'augmentation du nombre de CPN et d'accouchement assistés; l'augmentation de la capacité de travail et de la production (agraire, artisanale) ; l'initiation de quelques Activités Génératrices de Revenues par plusieurs membres de Club des Mères et autres femmes des localités et un développement communautaire autocentré (centré sur sa propre base).

Sur le plan socioculturel on note: Un progrès significatif dans le rôle des femmes dans la communauté à travers les nouveaux rôles et responsabilités qui leurs sont dévolues dans les organisations de gestion communautaire; Une diminution de l'absentéisme à l'école par les enfants grâce à l'amélioration de l'état de santé ; Un sentiment d'une plus haute qualité de la vie ; l'ouverture du village qui attire désormais l'attention de plusieurs organisations ; une prise de conscience et de responsabilité des femmes pour la résolution de leurs problèmes de santé à travers les Caisses de Solidarité Santé développées au sein des CM.

Sur le plan environnemental on note une prise de conscience de la relation entre la santé individuelle et l'environnement ; ce qui amène les communautés à s'atteler aux activités de Propreté de l'environnement, de traitement et de recyclage des ordures (exemple des fosses à composte dans les savanes).

✓ la prise en compte de la notion genre dans le projet

Au début du projet les femmes étaient presque absentes dans la délibération des problèmes de la communauté ; Aujourd'hui, elles siègent parmi les hommes et prennent la parole. Les Clubs des Mères sont dans la majorité des villages une organisation solide. Avec les caisses de santé

et les caisses pour AGR, elles sont mieux assurées avec la possibilité d'avoir leurs propres revenus. Les femmes sont aussi bien représentées dans les comités de l'eau où elles s'engagent en tant que trésorière ou pour la salubrité. Le projet a changé le rôle social des femmes au niveau des villages et elles sont plus acceptées par les hommes.

Il est à noter que les femmes représentent 29% des SASC et associés actifs, 46% des membres des CE, 4% des Coachs locaux, 50% des AMC recrutés sur le projet et 100% des CM.

✓ **la viabilité potentiel ou durabilité du projet**

La viabilité /durabilité potentielle du projet est perceptible à travers :

- **L'engagement des volontaires de la CR et la stratégie ARCHI 2010** mise en place qui permet d'avoir un bon impact sur la santé des populations vulnérables ;
- **L'implication et la participation des communautés locales** à travers Les chefs de village les comités d'hygiène ou comités d'assainissement du village qui collaborent avec le CVD et les autres autorités du village pour la gestion de l'assainissement du village, le suivi des latrines construites par le projet ainsi que le suivi des latrines publiques déjà existantes au village avant l'arrivée du projet ;
- **La structure institutionnelle du projet** à travers les Coordinations régionales et les coachs préfectoraux, introduits dans le projet et qui appuient les coachs locaux. Les coachs locaux et préfectoraux se sentent en mesure de continuer les activités après le projet.
- **L'implication et la bonne collaboration avec les services régionaux de l'hydraulique, de l'assainissement et de la santé** qui ont appréciés le projet et souhaitent l'élargissement des activités vers d'autres villages et la continuation des activités.
- **La maintenance des ouvrages d'eau à travers les Artisans réparateurs** formés et équipé de caisse à outils qui sont stable dans leur zone d'intervention ;
- **La gestion des ouvrages d'eau et d'assainissement par les comités eau et comités hygiène.**

✓ **la conformité avec la politique nationale de l'eau assainissement et de la santé**

Le document politique AEPHA et la nouvelle stratégie nationale de l'Eau ont été le cadre d'orientation des activités entreprises ; en témoigne l'implication des services techniques de la Santé, de l'hydraulique et de l'assainissement. Les Assistants d'hygiène, les TSGS et les chefs services régionaux de l'assainissement, ont effectué des suivis réguliers des travaux depuis l'implantation jusqu'à la finition des ouvrages suivant un planning bien défini. Aussi, les ICP et les DPS ont été impliqués dans la formation et le suivi des volontaires.

✓ **Conformité avec les OMD**

Les discussions et les observations sur le terrain ont permis à l'évaluation finale de conclure que les OMD suivants sont en œuvre dans les Régions à travers le projet :

- **Eradication de la faim et de la pauvreté extrême (OMD 1)** : le projet y a contribué à travers l'amélioration du rendement du travail par un bon état de santé des villageois / villageoises
- **Egalité et renforcement de la participation des femmes (OMD 3)** : En comparaison avec la situation avant du projet, les femmes des villages cibles participent plus activement aux réunions, prennent la parole et disposent de leur propre organisation. Les femmes font désormais partie de la vie du village et ont positivement changés leur rôle dans la communauté.
- **Réduction de la mortalité infantile (OMD 4)** : En plus de l'amélioration générale de l'hygiène, le projet sensibilise les parents pour la vaccination des enfants ce qui a contribué à la réduction de la mortalité infantile à croire les informations recueillies auprès des ICP et des familles.
- **Amélioration de la santé des mères (OMD 5)** : Les femmes enceintes ont été mobilisés par le projet pour les consultations prénatales, la vaccination et l'accouchement assisté dans les USP.

- **Lutte contre HIV / SIDA, malaria et autres maladies (OMD 6) :** Le travail du projet a permis la réduction du paludisme et des maladies liées à la mauvaise hygiène ; aussi, la synergie qui a existé dans les Plateaux avec un autre Projet de la CRT – lutte contre les IST et le HIV/SIDA a contribué à la lutte contre ce fléau mondial.
- **Assurer un rapport durable avec l'environnement (OMD 7) :** le projet a construit les points d'eau potable et des latrines, a instauré une gestion responsable des dépotoirs dans les villages et a conduit à une compréhension de l'impact de l'environnement sur la santé est acceptée.
- **Partenariat pour le développement est établi par (OMD 8) :** le présent projet a été réalisé grâce au Partenariat entre les Sociétés Nationales Croix-Rouge Allemande, Danoise, Togolaise et l'UE ; le partenariat avec les services déconcentrés de l'Etat dans les différentes Régions couvertes par le Projet ; le partenariat avec les autorités administratives, locales et les structures à base communautaire.

IX. AUTRES ACTIVITES REALISEES :

✓ **Fonds Aqua d'or.**

Dans la mise en œuvre du volet fourniture d'eau potable, le présent projet a été confronté à un problème d'impossibilité de trouver de l'eau dans certains villages au moyen de forage à motricité humaine dans la Région des Plateaux. Dans le souci d'accroître, le taux de fourniture d'eau potable dans cette région, un projet dénommé "Renforcement du volet fourniture d'eau potable dans la Région des Plateaux" communément appelé "Projet AQUA. Ce projet financé par les fonds de l'entreprise AQUA D'OR sous le couvert de la Croix-Rouge Danoise (CRD) s'est fixé comme objectif général, d'accroître dans la Région des Plateaux, le taux de fourniture d'eau potable du projet Promotion de la santé de la famille par l'action communautaire dans les Régions des Savanes et des Plateaux du Togo. Pour cela, ce projet a prévu réaliser:

- un captage d'eau dans le village d'Oga dans la Préfecture de l'Amou ;
- deux nouveaux forages productifs équipés de pompes à motricité humaine dans les villages de Aziolésu (Préfecture de Kloto) et de Doumé (Préfecture de Wawa) ; et
- formation des Comités Eau dans les localités concernées.

Il faut préciser que ces ouvrages ne sont pas comptabilisés dans les statistiques du projet.

Dans son exécution, le projet a permis non seulement la réalisation des ouvrages indiqués plus haut mais également un forage muni d'un système de mini adduction d'eau (Pompe électrique, château d'eau) au Centre d'Accueil et de Formation (CAF) de la CRT Coordination Régionale des Plateaux à Atakpamé.

Ces travaux supplémentaires ont été possibles grâce aux exonérations dont a bénéficié le projet avec le précieux concours du Président National de la CRT.

✓ **Formation des animateurs radio**

Un atelier a été organisé dans les Plateaux, au profit des animateurs des radios partenaires des campagnes médiatiques. Cet atelier a permis de renforcer les connaissances desdits animateurs sur les activités de la Croix-Rouge Togolaise et surtout sur les objectifs de communication du projet. Cet atelier a été financé par la CRD.

X. CONCLUSIONS

Le présent projet financé par l'UE et le consortium CRA et CRD a été exécuté par la CRT d'octobre 2004 jusqu'en Septembre 2008. Il a connu un certain nombre de difficultés parmi lesquels on peut citer : le retard pris dans le démarrage des activités pour cause de Campagne Nationale intégrée de Vaccination et les troubles sociopolitiques suite à l'élection présidentielle ; la Pénurie de ciment entraînant le retard dans la réalisation des latrines ; les pannes multiples du matériel informatique pour cause de délestage de l'électricité ; les inondations dans la partie septentrionale du Pays en T4 2006; la charge de travail considérable des AMC vu la distance qui sépare les villages d'intervention ; l'état peu praticable des pistes et l'insécurité sur les routes ; la démission, le départ ou la maladie de certains volontaires et la cherté galopant des produits de premières nécessités entraînant les difficultés des communautés à cotiser pour les caisses eau. Le projet initial a connu trois réaménagements :

- Un réajustement des activités et de réaménagement budgétaire pour l'an 2, 3 et 4 approuvés par les partenaires du consortium et ensuite par l'Union Européenne le 02 novembre 2005 ;
- Un réaménagement budgétaire pour l'an 3 et 4, approuvés par les partenaires du consortium et ensuite par l'Union Européenne le 12 septembre 2006 ;
- Un dernier réajustement des activités et un réaménagement budgétaire pour l'an 4, approuvés par les partenaires du consortium et soumis à l'UE en octobre 2007 n'a été accepté formellement qu'en Mai 2008.

Malgré tout ces difficultés et ces réaménagements, nous pouvons affirmer sans risque de se tromper que le projet a largement atteint les objectifs assignés et peut être considéré comme un projet référence à la CRT en matière d'eau, d'Hygiène, d'assainissement et de santé communautaire. En effet, mise à part l'amélioration tangible du cadre de vie des populations observée dans les villages cibles, ce projet a hissé la CRT parmi les acteurs les plus crédibles du secteur eau assainissement et santé communautaire sur le plan national. Nous avons pour preuve, les diverses sollicitations des acteurs étatiques et non-étatiques (DPS, DRH, Services d'Assainissement, les ONG et Organisations onusiennes), les participations et les contributions fortes appréciées de la SN dans les ateliers et rencontre des partenaires du secteur du Togo. Les DRS considèrent désormais les volontaires de la Croix-Rouge comme les premières cloches d'alerte dans les villages. Ce projet a également permis l'émergence d'une société civile rurale embryonnaire dans les communautés avec : la responsabilisation des autorités locale et l'engagement des communautés dans la résolution des problèmes liés à la santé ; le changement du rôle des femmes dans la communauté à travers une forte implication dans la vie publique et une prise de responsabilité plus poussée dans la prise en charge des problèmes financier et sanitaire ; la prise de conscience des communautés sur la corrélation entre la santé et l'environnement.

Lomé, le 15 Octobre 2008
Le Coordinateur National du projet



Achille LOKOSSOU-DAH-LANDE

ANNEXES

Annexes 1 : Formation des volontaires

Tableau 1: Formation / Recyclage des SASC et Coachs

	Prévu sur 4 ans	An 1		An 2		An 3		An 4		Total
		Prévu	Réal.	Prévu	Réal.	Prévu	Réal.	Prévu	Réal.	
Plateaux										
SASC formé	222	102	100	120	122	0		0		222
SASC recyclés	222	0		0		0		222	222	222
Coach formés	37	0		17	17	20	20	0		37
Savanes										
SASC formé	198	120	102	78	80	0		0		182
SASC recyclés	198	0		0		0		198	198	198
Coach formés	33	0		20	20	13	13	0		33

Source : Documentation de projet

Tableau 2: Formation /Recyclage des Clubs des Mères et des leaders

	Prévu sur 4 ans	An 1		An 2		An 3		An 4		Total
		Prévu	Réal.	Prévu	Réal.	Prévu	Réal.	Prévu	Réal.	
Plateaux										
CM mis en place	37	17	17	20	20	0		0		37
MCM formées	740	340	340	120	120	280	280	0		740
LCM formées	37	17	0	(+17)	17	20	20	0		37
LCM recyclées	37	0		0		0		37	37	37
Savanes										
CM mis en place	33	20	20	13	13	0		0		33
MCM formées	660	400	400	140	140	120	120	0		660
LCM formées	33	20	20	0		13		0		33
LCM recyclées	33	0		0		0		33	33	33

Source : Documentation de projet

Annexes 2 : Liste des outils pédagogiques du projet

N°	OUTILS PEDAGOGIQUES /SASC
01	Cahier Registre des SASC : Ce registre est subdivisé en 06 parties suivant les activités des SASC. Il leur permet de faire le suivi continu des enfants entre 0 - 11mois et des femmes enceintes pour la vaccination; la surveillance communautaire des maladies sous surveillances épidémiologiques; d'enregistrer les séances d'éducatons sanitaires et les actions d'hygiène et d'assainissement menées dans la communauté.
02	Boîte à images Vaccination et Surveillances Epidémiologique : Elle est composée de 16 images avec l'interprétation des images et l'illustration des conseils au verso. C'est un instrument d'IEC à l'usage du SASC pour la sensibilisation et la formation de la communauté sur la vaccination et la surveillance des maladies.
03	Boîte à images Hygiène, Assainissement et Paludisme : Elle est composée de 08 images avec l'interprétation des images et l'illustration des conseils au verso. C'est un instrument d'IEC à l'usage du SASC pour la sensibilisation et la formation de la communauté sur l'hygiène, l'assainissement et le paludisme.
04	Guide de travail des SASC : C'est un guide élaboré par la CRT pour orienter les SASC dans l'accomplissement de leurs activités dans la communauté. Il résume tous les modules de la formation des SASC.
05	Manuel d'animation à l'usage des SASC : C'est un guide composé des fiches de formation et des outils pédagogiques qui traitent les thèmes relatifs aux maladies évitables par les vaccins, à l'hygiène personnel, à l'eau potable, à la gestion des excréctions, aux maladies diarrhéiques, au paludisme et au VIH/SIDA. Il permet au SASC de préparer et de planifier les séances de sensibilisations.
06	Valise PHAST : L'approche PHAST a été adoptée par le projet et vise à encourager la participation des communautés dans l'amélioration des comportements en matière d'hygiène, de gestion des ouvrages d'eau et d'assainissement et pour freiner la propagation des maladies diarrhéiques. La valise contient 51 images PHAST.
OUTILS PEDAGOGIQUES/CLUBS DES MERES	
01	Guide sur la vie associative des Clubs de Mères : Ce guide est destiné à l'usage des formateurs et des animateurs leaders clubs de mères pour la gestion des tontines et des caisses de solidarité de santé.
02	Manuel pour les formateurs des leaders Clubs des Mères : C'est un manuel d'animation qui traite des thèmes relatifs à l'hygiène personnelle, à l'hygiène de l'eau, à la diarrhée infantile, à la nutrition, aux consultations pré et post natales, aux maladies mortelles des enfants et la vaccination, à la planification familiale et au VIH/SIDA. Il permet au SASC de préparer et de planifier les séances de sensibilisations.
03	Boîte à images à l'usage des formateurs et des animatrices leaders clubs des mères : Elle contient 28 images avec leur interprétation des images et illustration des conseils au verso. C'est un instrument d'IEC à l'usage de la LCM avec interprétations des thèmes développés dans le manuel d'animation.
04	Cahier de gestion pour les clubs de mères : Ce cahier comporte trois parties de différentes couleurs ; une partie est réservée pour la gestion des membres du Club, une seconde pour la gestion de la caisse de solidarité de santé, et la dernière pour la gestion des AGR.
OUTILS PEDAGOGIQUES/COAHS	
01	Registre de rapport du Coach local : C'est un registre de rapport mensuel qui permet au Coach de compiler trimestriellement les données recueillies par le réseau de volontaire de sa localité dans leurs activités. Ce registre comporte 6 rubriques relatives aux activités de SASC, CM, APE/PE
02	Cahier registre de gestion de matériel : Ce registre permet aux Coachs de gérer le matériel de travail

Annexes 3 : Causerie Educatives.

Tableau 3: Nombre de causeries éducatives organisées

Zone	Nombre de causeries										Total
	T2 2006	T3 2006	T4 2006	T1 2007	T2 2007	T3 2007	T4 2007	T1 2008	T2 2008	T3 2008	
Plateaux	747	931	931	369	428	1 174	1 104	1796	1827	2211	11518
Savanes	480	480	480	675	496	1 185	562	1737	1017	889	8001
Total	1227	1411	1411	1044	924	2359	1666	3533	2844	3100	19519

Source : Documentation de projet

Tableau 4: Nombre de personnes ayant participé aux causeries éducatives

Zone	Nombre de personnes										Total
	T2 2006	T3 2006	T4 2006	T1 2007	T2 2007	T3 2007	T4 2007	T1 2008	T2 2008	T3 2008	
Plateaux	16 833	17 554	17500	16077	24 259	16 680	11 964	12309	20279	32412	185867
Savanes	8475	8 475	8475	7 857	13 172	22 515	8 043	8187	1826	4907	91931
Total	25 308	26 029	25 975	23 934	37 431	39 195	20 007	20 496	22 105	37 319	277798

Source : Documentation de projet

Annexes 4 : Opération de salubrité

Tableau 5: Nombre d'opération de salubrité organisé

Zone	Nombre d'opérations de salubrité										Total
	T2 2006	T3 2006	T4 2006	T1 2007	T2 2007	T3 2007	T4 2007	T1 2008	T2 2008	T3 2008	
Plateaux	184	99	80	146	338	148	46	258	467	506	2 272
Savanes	48	42	56	88	333	253	65	70	99	54	1 108
Total	232	141	136	234	671	401	111	328	566	560	3 380

Source: Documentation de projet

Tableau 6: Nombre de personnes ayant participé à l'opération de salubrité

Zone	Nombre de personnes ayant participé à l'opération										Total
	T2 2006	T3 2006	T4 2006	T1 2007	T2 2007	T3 2007	T4 2007	T1 2008	T2 2008	T3 2008	
Plateaux	5 966	12 350	11549	5 491	11 681	9 000	6 408	6 454	9837	12998	91 734
Savanes	5 966	4 656	11550	3 777	11 681	6 897	2 135	6 454	9837	2 445	65 398
Total	11 932	17 006	23 099	9 268	23 362	15 897	8 543	12 908	19 674	15 443	157 132

Source: Documentation de projet

Tableau 7: Nombre de Puits perdus construits

Zone	Nombre de Puits perdus construits										Total
	T2 2006	T3 2006	T4 2006	T1 2007	T2 2007	T3 2007	T4 2007	T1 2008	T2 2008	T3 2008	
Plateaux	67	98	167	77	229	156	219	189	170	185	1 557
Savanes	46	145	154	156	194	35	250	71	359	166	1 577
Total	113	243	321	233	423	191	469	260	529	351	3 134

Source: Documentation de projet

Tableau 8: Nombre d'enclos construits

Zone	Nombre d'enclos construit										Total
	T2 2006	T3 2006	T4 2006	T1 2007	T2 2007	T3 2007	T4 2007	T1 2008	T2 2008	T3 2008	
Plateaux	159	132	121	73	195	158	130	52	57	49	1 126
Savanes	124	145	134	133	72	66	169	87	180	23	1 133
Total	283	277	255	206	267	224	299	139	237	72	2 259

Source: Documentation de projet

Annexes 5 : Suivi des enfants de 0-11mois et des femmes enceintes

Tableau 9: Suivi des enfants de 0 à 11 mois

Zone	Enfants 0 11 mois										Total
	T2 2006	T3 2006	T4 2006	T1 2007	T2 2007	T3 2007	T4 2007	T1 2008	T2 2008	T3 2008	
Plateaux	1500	2074	3211	2788	4 076	2609	2277	2279	563	1614	22991
Savanes	1050	1051	4159	2096	1 160	2834	1458	1787	250	793	16638
Total	2550	3125	7370	4884	5236	5443	3735	4066	813	2407	39629

Source: Documentation de projet

Tableau 10: Suivi des femmes enceintes

Zone	Femmes enceintes										Total
	T2 2006	T3 2006	T4 2006	T1 2007	T2 2007	T3 2007	T4 2007	T1 2008	T2 2008	T3 2008	
Plateaux	865	1147	1343	1401	1 989	1199	788	826	300	954	10812
Savanes	635	634	1819	2438	508	1245	809	602	83	273	9046
Total	1500	1781	3162	3839	2497	2444	1597	1428	383	1227	19858

Source: Documentation de projet

Annexes 6 : Emission Radios

Régions	Radios Partenaires	Nombre d'émission en directe	Principaux thèmes
Plateaux	SKY FM de Badou	16	<ul style="list-style-type: none"> • Les grands volets du projet ; • Les maladies diarrhéiques et les moyens de prévention ; • Paludisme et les moyens de prévention ; • Activités santé de la croix Rouge et participation de la population aux activités du projet ; • Formation des comités eau ; • Formation SASC /CM et leurs Cahiers de charges • Informations sur le volet eau du projet ; • Le Choléra : Causes, Conséquences, signes, moyens de prévention. • Les volontaires de la Croix-Rouge face aux défis du développement communautaire ; • La gestion des ordures ménagères et des eaux usées ; • Comment améliorer le cadre de vie de votre ménage en matière ; • Les Comités d'Hygiène et d'Assainissement dans les villages ; • Les Mobilisations communautaires pour la mise en place des projets et programmes CRT ; • La participation de la femme à la vie citoyenne : cas des CM de la CRT • Comment prévenir la méningite ?
	Peace FM Kpalimé	5	
	Radio Catholique Virgo Potence Atakpamé	4	
	Planète Plus de Kpalimé	3	
	Excelsior d'Atakpamé	5	
	La Paix d'Atakpamé	2	
Savane	La Voix de l'Oti de Mango	3	
	Radio communautaire des savanes de Dapaong	18	
	Radio Lagm – taaba de Cinkassé	2	

Annexes 7 : Formation des CE

Tableau 11: Organisation des sessions de formation des Comité d'eau.

	Première vague (an 2)				Deuxième vague (an 3)				Total
	Prévus	Formés	H	F	Prévus	Formés	H	F	
Plateaux									
Présidents	15	15	15	0	11(+3)	14	12	2	29
Secrétaires	15	15	15	0	11(+3)	14	14	0	29
Trésoriers	15	15	0	15	11(+3)	14	0	14	29
Responsable à l'entretien	30	30	30	0	22(+6)	28	28	0	58
Responsable propreté	30	30	0	30	22(+6)	28	0	28	58
Savanes									
Présidents	14	14 (+3)	14(+3)	0	11	11	11	0	28
Secrétaires	14	14 (+3)	14(+3)	0	11	11	11	0	28
Trésoriers	14	14 (+3)	0	14(+3)	11	11	0	11	28
Responsable à l'entretien	28	28(+6)	28	0	22	22	22	0	56
Responsable propreté	28	28(+6)	0	28	22	22	0	22	56

Tableau 12: Situation financière des comités d'eau au 30/06/2008

Régions	N° forage	Caisse	Banque	Total	Remarque
Plateaux	29	564.060	5.223.476	5.787.536	96% des villages dispose d'un stock pièces de rechange
Savanes	28				
Total	55 ?				

Annexes 8 : Répartition des AR

Tableau 13: Artisans-Réparateurs de pompes formés et équipés

	Région	Préfecture	Centre de résidence de l'AR formé/recyclé
1	Plateaux	Wawa	Badou
2		Wawa	Kougnohou
3		Amou	Nyilé
4		Agou	Amouzo-Kopé
5	Savanes	Tone	Dapaong Centre
6		Tone	Wangbane
7		Tone	Tchankoukokong
8		Oti	Nali
9		Oti	Takpapiéni
10		Oti	Sagbiébou

Source: Documentation de projet

Annexe 9 : Construction des latrines

Tableau 14: Nombre de Maçons formés

	Première vague (an 2)				Deuxième vague (an 3)			
	Prévus	Formés	H	F	Prévus	Formés	H	F
Plateaux	17	17	17	0	11(+3)	14	14	0
Savanes	14 (+3)	17	17	0	11	11	11	
Total	31	34	34	0	25	25	25	0

Source: Documentation de projet

Tableau 15: Situation de la construction des latrines au 30 Septembre 2008

	Prévu	Entamés	Achévé	Non achevé	Surplus/reste
Plateaux	524	592	544	48	+68
Savanes	504	504	504	0	0
Total	1028	1096	1082	8	+68

Source : Documentation de projet

Tableau16 : Nombre de latrines personnels construits entre le T2 2006 et T3 2008

Zone	Nombre de latrines personnels construites										Total
	T2 2006	T3 2006	T4 2006	T1 2007	T2 2007	T3 2007	T4 2007	T1 2008	T2 2008	T3 2008	
Plateaux	70	73	95	86	115	86	45	44	70	47	731
Savanes	56	38	85	8	118	15	4	89	0	0	413
Total	126	111	180	94	233	101	49	133	70	47	1 144

Source: Documentation de projet

Annexe 9 : Situation des volontaires de T2 2006 à T3 2008

Tableau 19 : Nombre de SASC Actifs

Zone	Nombre de SASC Actifs									
	T2 2006	T3 2006	T4 2006	T1 2007	T2 2007	T3 2007	T4 2007	T1 2008	T2 2008	T3 2008
Plateaux	226	226	226	226	226	349	347	265	372	366
Savanes	198	198	198	198	198	389	372	310	440	446
Total	424	424	424	424	424	738	719	575	812	812

Source: Documentation de projet

Tableau 20: Nombre de CM Actifs

Zone	Nombre de CM Actifs									
	T2 2006	T3 2006	T4 2006	T1 2007	T2 2007	T3 2007	T4 2007	T1 2008	T2 2008	T3 2008
Plateaux	981	981	981	981	981	974	974	979	1008	1003
Savanes	660	660	660	660	660	1452	1443	1477	1527	1585
Total	1 641	1 641	1 641	1 641	1 641	2 426	2 417	2 456	2 535	2 588

Source: Documentation de projet

Annexe 10 : Liste des villages ayant bénéficié des forages

	PLATEAUX	SAVANES
1	Messiwobé	Boulogou
2	Kologan	Pligou Nassiak
3	Zozo kondji	Pligou Kpedjak
4	AmouzouKopé	Kpinkparpak
5	Améganvi Kopé	Mogou Natoundi
6	Lankui	Biankouri Sawardoaga
7	AzahounFiagbé	Timbou Yorgou
8	Ayagba	Tataboundi 2
9	Mango Lonfoloko	Djangou
10	Danyi Konta	Safobe 2
11	Nyilè	Kong
12	Danyi Dzodzé	Todjengué
13	Amavénou	Kpagnon
14	Tagbalo Kopé	Mogou Namomalé
15	Agbavé	Kalkintide
16	Missawomé	Gagbongbong
17	Kpando	Pizosquet
18	Eko Kopé	Naloate
19	Agokpamé	Tampialim
20	Djavé	Nandoga
21	Démadéli	Tamonga
22	Mouna	Boulogou Bougou
23	Klabè Apégamé	Kpalmatong
24	Véh N'Kougna	Sawardjoaga Centre
25	Tsafé-Hohoè	Pana Bagou
26	Danyigan-Danyipirè	Wogou
27	Akloa	Nanergou
28	Kougnohou	Poissongui
29	Didokpo	