

SAVOIR CE QUI DONNE DES RÉSULTATS



Évaluation centrale de projet

Renforcement du système sanitaire – Santé
reproductive et droits sexuels (ProSanté), Togo

Numéro de projet 2016.2143.2

Rapport d'évaluation

Au nom de la GIZ par Ute Papkalla (Difäm), Dr. Emmanuel A. Carlos Gbaguidi, Dr. Sénamé Dodzi Kossi

Version publiée : juin 2021

Mentions légales

À son titre d'entreprise fédérale, la Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH aide le gouvernement fédéral allemand à atteindre ses objectifs dans les domaines de l'action éducative internationale et de la coopération internationale pour le développement durable.

L'unité d'Évaluation de la GIZ est directement rattachée au directoire et est séparée de l'activité opérationnelle de la GIZ ; cette structure organisationnelle renforce son indépendance. Elle a pour mission de produire des résultats et des recommandations fondés sur des données probantes aidant à la prise de décisions, d'apporter une vérification crédible des résultats et d'améliorer la transparence des enseignements.

Pour la présente évaluation, l'unité d'Évaluation a fait appel à des évaluateurs externes indépendants qui ont également rédigé ce rapport. Toutes les opinions et analyses exprimées dans le rapport sont celles des auteurs.

Évaluateur(s) :

Ute Papkalla (Difäm), Dr. Emmanuel A. Carlos Gbaguidi, Dr. Sénamé Dodzi Kossi

Auteur(s) du rapport d'évaluation :

Ute Papkalla (Difäm)

Société d'études et de conseil :

Institut Allemand pour la Mission Médicale
Rue : Mohlstraße 26
Ville : 72074 Tübingen
T : +49 (0)7071 704 90 17
E : [info\(at\)difaem.de](mailto:info(at)difaem.de)
I www.difaem.de



Coordination et gestion :

Claudia Kornahrens, cheffe de section
Sophie Hermanns, manager d'évaluation
Unité d'Évaluation de la GIZ
Section Évaluations centrales de projets

Responsable :

Albert Engel, directeur
Unité d'Évaluation de la GIZ

Édition :

International Correspondents in Education (ICE)

Publié par :

Deutsche Gesellschaft für
Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH

Sièges :

Bonn et Eschborn

Friedrich-Ebert-Allee 32 + 36
53 113 Bonn, Allemagne
Tél.: +49 (228) 4460-0
F: +49 228 4460 - 1766
E: evaluierung@giz.de
I: www.giz.de/evaluierung
www.youtube.com/user/GIZonlineTV
www.facebook.com/gizprofile
https://twitter.com/giz_gmbh

Conception graphique/présentation, etc. :

DITHO Design GmbH, Cologne

Impression et distribution :

GIZ, Bonn

Imprimé sur papier 100 % recyclé, certifié FSC.

Bonn, juin 2021

Cette publication est disponible en téléchargement
au format pdf sur le site Internet de la GIZ
www.giz.de/evaluierung.

Sommaire

Liste des figures	4
Liste des tableaux	4
Abréviations	5
Aperçu du projet.....	8
1 Objectifs et questions de l'évaluation.....	9
1.1 Objectifs de l'évaluation	9
1.2 Questions d'évaluation	9
2 Objet de l'évaluation	10
2.1 Définition de l'objet de l'évaluation	10
2.2 Modèle de résultats, hypothèses comprises	11
3 Évaluabilité et processus d'évaluation	20
3.1 Évaluabilité : disponibilité et qualité des données.....	20
3.2 Processus d'évaluation	21
4 Évaluation du projet au regard des critères du CAD de l'OCDE.....	23
4.1 Résultats à long terme des projets antérieurs.....	23
4.2 Pertinence	23
4.3 Efficacité.....	30
4.4 Impact.....	42
4.5 Efficience.....	48
4.6 Durabilité	51
4.7 Résultats clés et appréciation globale.....	55
5 Conclusions et recommandations.....	60
5.1 Facteurs de réussite ou de risque	60
5.2 Conclusions et recommandations	62
Liste des ressources	65
Annexe 1 Matrice d'évaluation	66
Annexe 2 : Photos de la mission sur le terrain en novembre 2020.....	74

Liste des figures

Figure 1: Modèle de résultats du Volet A.....	13
Figure 2: Modèle de résultats du Volet B.....	15
Figure 3: Modèle de résultats du Volet C.....	17
Figure 4: Modèle de résultats du Volet D.....	19

Liste des tableaux

Tableau 1: Liste des parties prenantes de l'évaluation et des personnes interrogées	22
Tableau 2: Notation du critère de pertinence du CAD de l'OCDE	29
Tableau 3: Le niveau d'atteinte des indicateurs des outputs du projet	35
Tableau 4: L'attribution des indicateurs aux volets	40
Tableau 5 : Notation du critère d'efficacité du CAD de l'OCDE	41
Tableau 6: Notation du critère d'impact du CAD de l'OCDE.....	47
Tableau 7: Répartition des dépenses entre les volets	49
Tableau 8: Notation du critère d'efficacité du CAD de l'OCDE	51
Tableau 9: Notation du critère de viabilité/durabilité du CAD de l'OCDE	54
Tableau 10: Les résultats dans le contexte des hypothèses	56
Tableau 11: Appréciation globale des critères du CAD de l'OCDE et des dimensions d'évaluation associées ..	59
Tableau 12: Échelles d'évaluation	59

Abréviations

ASC	Agents de santé communautaires
ATAREKAD	Association des Tantines de la région de Kara pour le développement
BMZ	Ministère fédéral allemand de la Coopération économique et du Développement
CAD	Comité d'aide au développement
CF	Coopération financière
CIPD	Conférence internationale sur la population et le développement
CPN	Consultation prénatale
CPoN	Consultation post-natale
CRT	Croix-Rouge togolaise
COGES	Comités de gestion sanitaire
COVID-19	Maladie à coronavirus 2019
CSU	Couverture sanitaire universelle
CT	Coopération technique
CYP	Années de protection du couple (<i>couple years of protection</i>)
DESR	Direction des établissements de soins et de réadaptation
DHAB	Direction de l'hygiène et de l'assainissement de base
DPS	Directions préfectorales de la santé
DRH	Direction des ressources humaines
DRS	Direction régionale de la santé
DSCPA	Division de la santé communautaire et des personnes âgées
DSME	Direction santé de la mère et de l'enfant
DSW	Deutsche Stiftung Weltbevölkerung
EDST	Enquête démographique et de santé au Togo
ENSF	École nationale des sages-femmes
GIZ	Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH
IHP+	Partenariat international pour la santé
INH	Institut national de l'hygiène
IPPF	Fédération internationale pour la planification familiale
IST	Infection sexuellement transmissible
KfW	Kreditanstalt für Wiederaufbau
MEDDPN	Ministère de l'Environnement, du Développement durable et de la Protection de la nature

MSHPAUS	Ministère de la Santé, de l'Hygiène publique et de l'Accès universel aux soins
OBC	Organisation à base communautaire
OCDE	Organisation de Coopération et de Développement économiques
ODD	Objectifs de développement durable
OMS	Organisation mondiale de la santé
PANB-PF	Plan d'action national budgétisé de planification familiale 2017-2022
PF	Planning familial
PGMQ	Performance globale moyenne en qualité
PLA	Participatory Learning and Action (Apprentissage et action participative)
PND	Plan national de développement
PNDS	Plan national de développement sanitaire du Togo
PNDS-PSE	Plan de suivi et évaluation du PNDS
PPP	Partenariat public-privé
ROSCI-SR/PF	Réseau des organisations de la société civile intervenant dans la santé de la reproduction et la planification familiale au Togo
SCAPE	Stratégie de croissance accélérée et de la promotion de l'emploi
SMI-PF	Division de la santé maternelle et infantile et de la planification familiale
SMNEAJ	Stratégie intégrée de la santé génésique, santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent 2018-2022
SRDS	Santé reproductive et droits sexuels
USP	Unité de soins périphérique



Aperçu du projet

Togo : Renforcement du système sanitaire – Santé reproductive et droits sexuels (ProSanté)

Numéro de projet	2016.2143.2
Code(s) SNPC (Code du Système de notification des pays créanciers)	13 020 (40 %) ; 13 030 (30 %) ; 13 081 (30 %)
Objectif du projet	L'approvisionnement de la population en services sanitaires est amélioré, prioritairement en services de santé reproductive et de droits sexuels.
Durée du projet	13/09/2017 – 31/12/2020
Volume du projet	8 000 000 euros
Commettant	Ministère fédéral de la Coopération économique (BMZ)
Organisme de tutelle	Ministère du Plan et de la Coopération (MPC)
Organisations de mise en œuvre (dans le pays d'intervention)	Ministère de la Santé, de l'Hygiène publique et de l'Accès universel aux soins (MSHPAUS) Direction régionale de santé de Kara
Autres organisations de développement impliquées	Kreditanstalt für Wiederaufbau KfW
Groupe(s) cible(s)	La population de la région de Kara et de la région centrale dans les lieux sélectionnés La population togolaise dans sa globalité Les experts, les cadres du MSHPAUS, de la Direction régionale de la santé (DRS), des Directions préfectorales de la santé (DPS), des Unités de soins périphériques (USP) Les experts et cadres d'organisations de la société civile, d'autres ministères sectoriels et d'administrations subordonnées

1 Objectifs et questions de l'évaluation

1.1 Objectifs de l'évaluation

Cette évaluation fait partie de l'échantillon aléatoire de l'unité d'état-major Évaluation de GIZ. Il s'agit d'une évaluation finale du « Projet de renforcement du système sanitaire du Togo » (ProSanté). Initialement, le projet devait couvrir la période du 13 septembre 2017 au 31 août 2020. Cependant, à cause de la pandémie de SARS-CoV-2, le projet a bénéficié d'une prolongation de quatre mois, soit jusqu'au 31 décembre 2020, et d'une augmentation du budget de 2 000 000 EUR. À la demande de la direction du projet, l'évaluation a été étendue pour y inclure les activités de lutte contre le COVID-19. L'évaluation qui aurait dû avoir lieu en septembre 2020 a été dès lors reportée au mois de novembre 2020 en raison de l'interdiction des déplacements internationaux et de la limitation des déplacements interrégionaux. Parce que ces interdictions de voyager n'avaient pas été levées en novembre, l'évaluation a dû se faire essentiellement en ligne. Toutefois, une mission sur place dans la région de Kara a été effectuée par le consultant togolais.

En novembre 2020 a démarré le projet suivant, ProSanté II. Les résultats de l'évaluation serviront donc à tirer des leçons supplémentaires pour la mise en œuvre et le pilotage du projet suivant, même si le cadre cible du projet ProSanté II a déjà été défini. Les expériences du projet peuvent aider d'autres projets et programmes à améliorer leurs approches et interventions. Les résultats correspondent également à la volonté du ministère fédéral allemand de Coopération économique et du Développement (BMZ) de ne soutenir que des approches effectives et efficaces. Au niveau du Togo, le ministère de la Santé, de l'Hygiène publique et de l'Accès universel aux soins (MSHPAUS) et ses représentants régionaux et préfectoraux (Direction régionale de la santé, DRS et Directions préfectorales de la santé, DPS) s'intéressent à l'évaluation de l'approche et des activités, car elle leur permet de tirer les leçons des succès et des échecs et de mieux adapter aux besoins locaux les opérations soutenues par les partenaires internationaux. Les groupes cibles et les organisations à base communautaire (OBC), quant à elles, espèrent que leurs besoins et leurs points de vue seront pris en compte.

1.2 Questions d'évaluation

Le projet est évalué sur la base de critères et de questions d'évaluation standardisées afin que la GIZ puisse le comparer à d'autres projets. Ces éléments se fondent sur les (actualisés en 2020) pour la coopération internationale et les critères d'évaluation de la coopération bilatérale allemande : pertinence, efficience, efficacité, impact et durabilité.

Les aspects relatifs à la cohérence, à la complémentarité et à la coordination sont inclus dans les autres critères. Les questions analytiques et dimensions spécifiques de l'évaluation de la GIZ sont tirées de ce cadre. Elles servent de base à toutes les évaluations centrales de projets de la GIZ et figurent dans la matrice d'évaluation (annexe).

Les contributions à l'Agenda 2030 et à ses principes (universalité, approche d'intégration, principe « ne laisser personne de côté », partenariats multipartites) sont également prises en compte ainsi que certains thèmes à caractère transversal tels que le genre, l'environnement, la sensibilité aux conflits et les droits humains. D'autres aspects relatifs à la qualité de la mise en œuvre sont intégrés à tous les critères du CAD de l'OCDE. Les questions supplémentaires exprimées par les interlocuteurs pendant la phase de démarrage portaient

sur l'implication communautaire, des aspects pratiques de l'approvisionnement en soins de santé et l'appropriation d'un focus sur la qualité des prestations ainsi que la collaboration avec le niveau central, en particulier par rapport au passage à l'échelle de l'approche qualité.

2 Objet de l'évaluation

2.1 Définition de l'objet de l'évaluation

Le projet « Renforcement du système sanitaire – Santé reproductive et droits sexuels (ProSanté) » ayant pour numéro 2016.2143.2 a démarré en septembre 2017 en tant que module de coopération technique (CT) d'un programme du même nom. Dans ce rapport, le terme « projet » est utilisé en tant que module de coopération technique ProSanté. Outre le module de coopération technique, le programme consiste en un projet de coopération financière (CF) de la Kreditanstalt für Wiederaufbau (KfW) intitulé « Santé reproductive et droits sexuels (SDSR) ». Le travail du programme se concentre sur la région de Kara, dans le nord du Togo, et des activités supplémentaires se sont déroulées au niveau du ministère de la Santé, de l'Hygiène publique et de l'Accès universel aux soins (MSHPAUS) à Lomé.

Les deux modules de la coopération technique et financière sont complémentaires de la santé reproductive et de l'amélioration des soins de santé. Alors que le module CT s'occupe de 30 centres de santé avec leurs communautés environnantes dans 7 districts de la région, le projet CF soutient 10 hôpitaux de référence dans les 7 districts et la région. Le soutien à la région de Kara a été accordé à GFA Consulting, qui a commencé ses travaux en septembre 2018. Au-delà de ces interventions décentralisées, le module CT favorise le travail conceptuel du MSHPAUS dans les domaines de la coordination, de la planification des ressources humaines, de l'assurance qualité et de l'adaptation au changement climatique. C'est-à-dire que le projet suit une approche multiniveau qui intervient au niveau individuel, organisationnel et au niveau de la société. Une stratégie du renforcement de la capacité qui analyse les cibles de chaque niveau avec leurs atouts, faiblesses, risques et opportunités et définit les capacités à renforcer les interactions entre les différents niveaux.

En raison du début de la pandémie de SARS-CoV-2, le projet a été amendé par le BMZ en mars 2020 dans le cadre de son Programme d'urgence Corona pour soutenir le gouvernement togolais dans ses mesures de prévention et de contrôle de la pandémie. À cette fin, l'enveloppe financière du projet a été augmentée de 2 000 000 euros (à 8 000 000 euros au total) et sa durée a été prolongée jusqu'au 31 décembre 2020. La pandémie de SARS-CoV-2 a donc non seulement impliqué l'extension du mandat du projet, mais aussi constitué un obstacle à la mise en œuvre des activités prévues jusqu'à la fin du projet dans le domaine de la santé reproductive et des droits sexuels (SRDS) et du renforcement du système de santé.

Le principal groupe cible du projet est la population de la région de Kara. De plus, certaines activités, y compris les interventions de soutien de la riposte au COVID-19, ont un impact sur l'ensemble de la population togolaise. En tant que modérateur et multiplicateur, le projet implique des experts et des gestionnaires du MSHPAUS, des autorités sanitaires et des établissements de santé au niveau régional et préfectoral, ainsi que des experts et des gestionnaires d'organisations de la société civile, d'autres ministères sectoriels et des administrations subordonnées. Au niveau politique, le projet est directement lié au MSHPAUS par l'intermédiaire du conseiller technique et coopère de manière décentralisée avec les structures officielles du ministère.

Le Togo est un pays multiethnique et multireligieux dont les normes socioculturelles et économiques en matière de genre sont traditionnelles. La région de Kara est l'une des cinq régions administratives du pays et se trouve à environ 420 kilomètres de la capitale, Lomé. Dans son Plan national de développement sanitaire (PNDS), le gouvernement togolais a identifié les taux encore élevés de morbidité et de mortalité maternelle et néonatale comme l'un des problèmes principaux. Malgré l'accent mis sur la planification décentralisée de la santé, les succès obtenus en matière de réduction de la mortalité maternelle, qui avaient été atteints en 2010, ne se sont pas confirmés au cours de la dernière décennie. La région de Kara enregistre des résultats parmi les plus faibles en termes d'indicateurs de santé maternelle (GoT [2017d]). De nombreux documents politico-stratégiques fournissent le cadre d'une politique de santé génésique favorable. Cependant, ce cadre ne peut améliorer que lentement l'accès aux contraceptifs en raison de contraintes financières et de la discrimination socioculturelle et économique persistante à l'égard des femmes. Les marqueurs CAD sur la parité des hommes et femmes (GG), l'orientation vers la pauvreté (AO) et sur le développement participatif et la bonne gouvernance (PD/GG) sont donc placés à la valeur 1. Compte tenu de l'orientation du projet, la valeur du marqueur DAC sur la santé reproductive, de mères, de nouveau-nés et des enfants (RMNCH) est à 2.

Diverses études du ministère de l'Environnement, du Développement durable et de la Protection de la nature (MEDDPN) ont documenté les effets du changement climatique sous la forme de modifications de la température, des précipitations et du niveau de la mer. Ces changements favorisent les maladies infectieuses et à transmission vectorielle et hydrique. Chaque région est affectée différemment par les impacts. Alors que le nord souffre davantage de la chaleur et de la sécheresse ainsi que des maladies respiratoires et autres maladies infectieuses qui y sont liées, le sud-ouest est plus touché par les maladies à transmission vectorielle telles que le paludisme. La valeur du marqueur CAD sur l'adaptation au changement climatique est placée à 1.

2.2 Modèle de résultats, hypothèses comprises

En novembre 2018, au début de ses activités dans la région de Kara, le projet a élaboré un modèle de résultats, qui n'a cependant pas été adapté au développement et à la mise en œuvre du projet. Les hypothèses du projet, formulées de manière très détaillée, étaient fondées sur la matrice de résultats qui ne reflétait que partiellement le modèle de résultats. En s'appuyant sur la théorie du changement, l'équipe d'experts a donc révisé le modèle de résultats existant et a coordonné la révision avec le projet. L'équipe d'experts a également produit quatre hypothèses supplémentaires qui décrivent, selon elle de manière plus complète, le mécanisme d'action dans chaque volet. Les modèles de résultats sont disponibles dans l'annexe 5.

Le modèle de résultats révisé a suivi la version originale et a présenté chaque composante séparément. L'aperçu montre que l'objectif spécifique (*outcome*) du projet doit être atteint à travers trois champs d'action : A) en améliorant la qualité des soins de santé, B) en augmentant la demande et l'utilisation des services de santé reproductive et droits sexuels/planification familiale (SRDS/PF) dans les communautés et C) en renforçant le cadre politique conceptuel. Le modèle de résultats pour le volet D) sur le renforcement de la capacité du pays de riposte au COVID-19 a été mis à la disposition des consultants avant le début de l'évaluation, en septembre 2020.

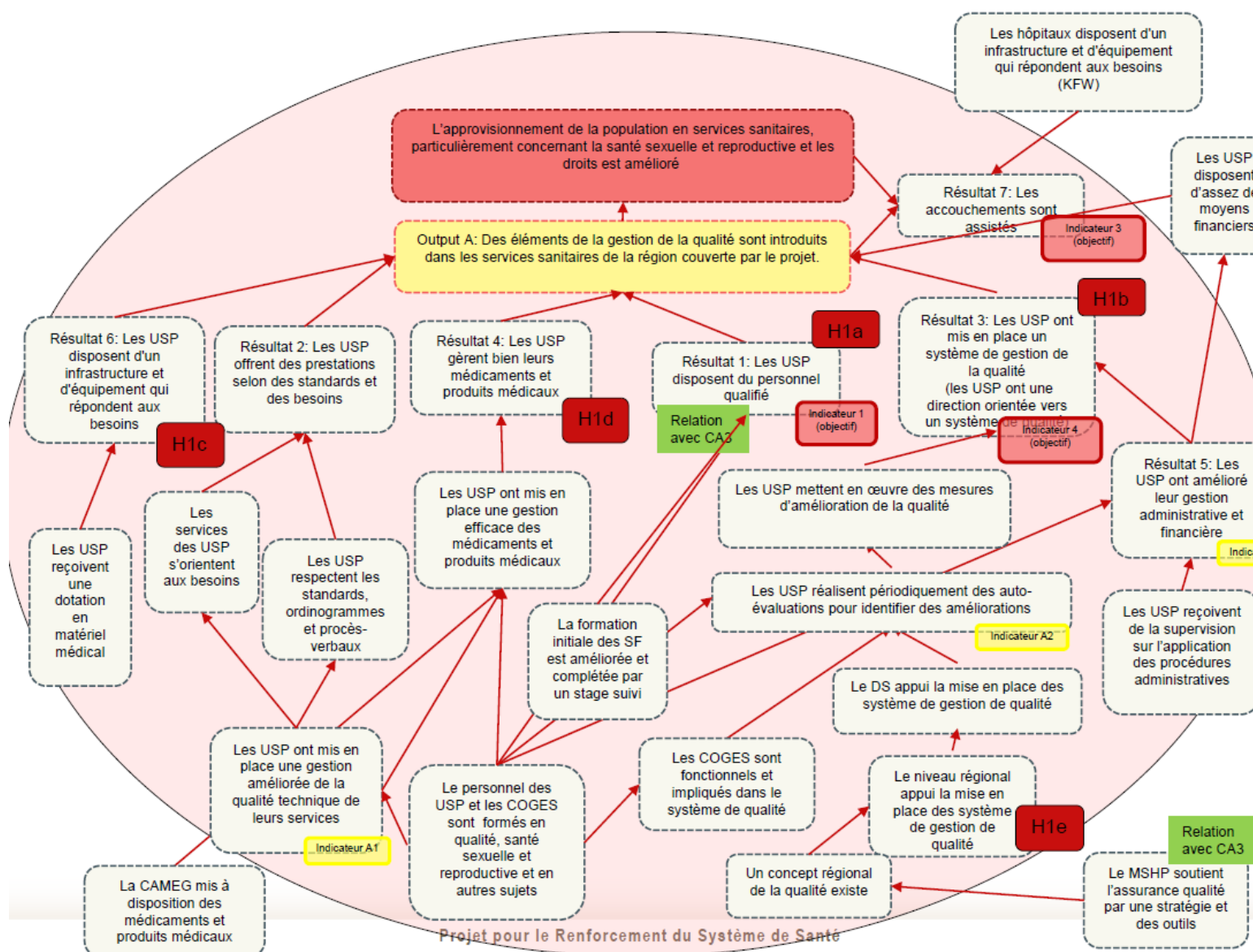
Volet A : Amélioration de la qualité des soins de santé

Comme *output*, le Volet A entend atteindre le résultat suivant : des éléments de la gestion de la qualité sont introduits dans les services sanitaires de la région couverte par le projet. L'hypothèse (H1) pour le Volet A décrit le lien suivant : la qualité des prestations de soins s'améliore dans les USP cibles grâce à la formation du personnel (H1a), la mise en place d'un système d'assurance qualité (H1b), l'amélioration de l'infrastructure et de l'équipement (H1c), la disponibilité de produits de qualité (H1d) et l'engagement des acteurs à tous les niveaux (H1e).

L'amélioration de la qualité des services de santé nécessite diverses interventions, dont certaines sont interdépendantes ou se chevauchent (hypothèses H1a et H1e). Le projet améliore la formation de base des sages-femmes et offre une formation sur diverses questions techniques et de qualité au personnel des établissements de santé et aux représentants des comités de santé communautaires. Comme résultat 1, les USP disposent d'un personnel qualifié (H1a) qui peut offrir des services selon les normes et les besoins (résultat 2). Dans le même temps, les USP doivent mettre en place les structures nécessaires telles qu'une équipe qualité, des plans d'action, une auto-évaluation pour l'assurance qualité (résultat 3 et H1b). Le projet n'encourage pas uniquement l'auto-évaluation des besoins en qualité, mais également l'autofinancement des mesures planifiées par chaque USP afin de renforcer la pérennité. L'approvisionnement en médicaments et en produits médicaux est important pour la qualité (résultat 4).

Au Togo, il est assuré par la Centrale d'achat des médicaments essentiels génériques et des consommables (CAMEG) créée en 1992. Cette exigence dépasse la sphère d'influence du projet. Le projet organise une formation sur la gestion pharmaceutique pour améliorer l'approvisionnement en médicaments (résultat 4 et H1d) et une formation sur les processus administratifs pour renforcer la gestion des USP (résultat 5). Le projet permet également, par un soutien financier, d'équiper les USP en matériel médical ou de réaliser des mesures de rénovation, afin que les infrastructures et les équipements soient plus adaptés aux besoins (résultat 6 et hypothèse H1c). Pour toutes ces étapes sur la voie de l'assurance qualité, le MSHPAUS doit fournir les documents politiques nécessaires et les instructions d'action. Il s'agit d'une référence au Volet C, bien que le projet du Volet A travaille également avec les autorités sanitaires régionales et préfectorales pour faciliter la mise en œuvre de l'assurance qualité. Cela correspond à l'hypothèse H1e. Le projet a inscrit l'augmentation du nombre d'accouchements assistés par un professionnel comme résultat 7, même s'il est supérieur à l'objectif de cet *output* et davantage lié à l'*outcome* B.

Figure 1: Modèle de résultats du Volet A



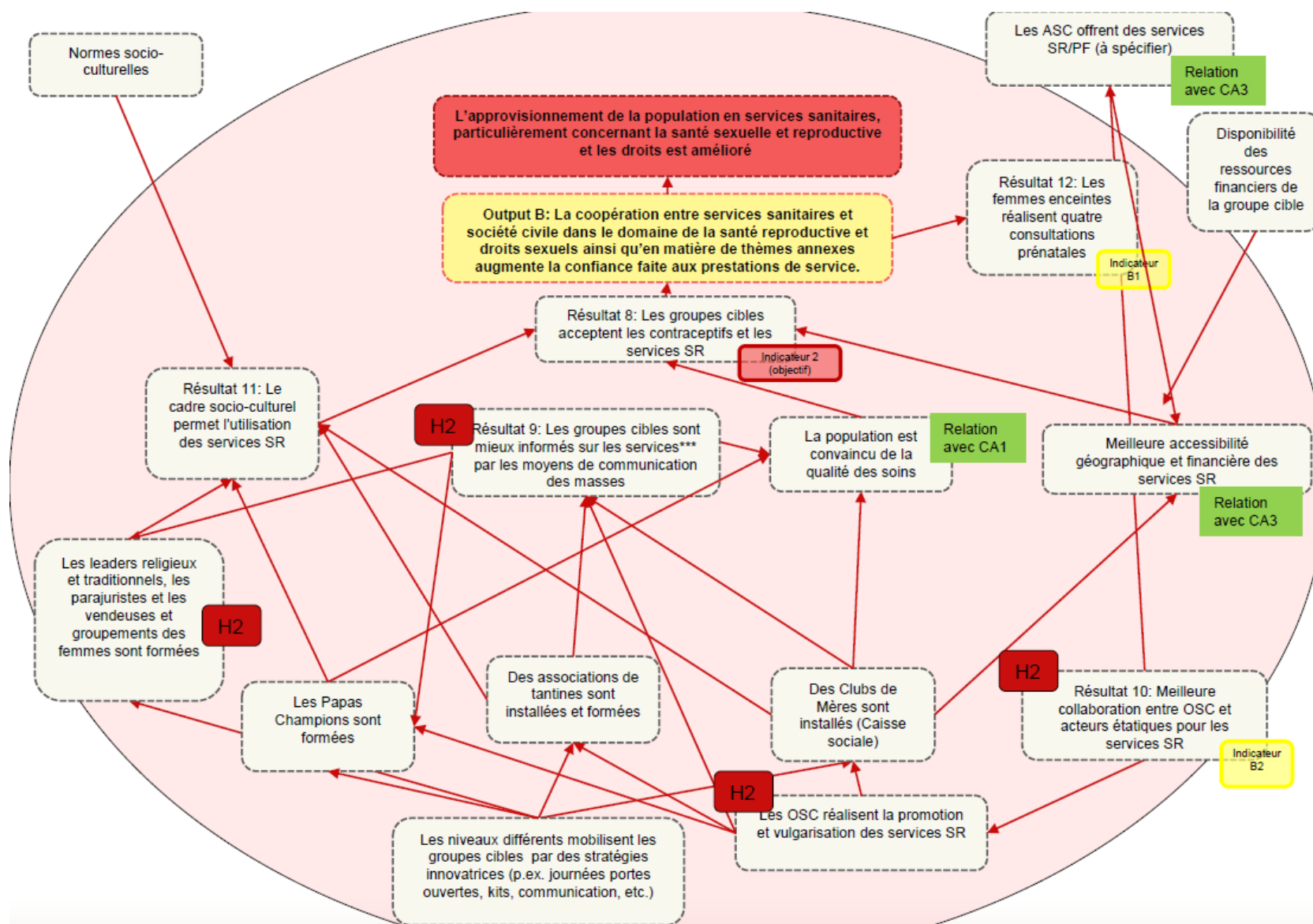
Volet B : Augmentation de la demande

L'hypothèse (H2) décrit la relation causale suivante : la promotion et la vulgarisation des services SSR/PF par les OSC et les organisations à base communautaire contribuent à l'augmentation de leur utilisation par les populations.

Le deuxième volet concerne la dimension de la demande, même si l'*output* parle d'une augmentation de la confiance. Dans le domaine de l'économie, la confiance dans la qualité d'un service est un facteur parmi d'autres qui influence la demande. Plus les femmes ont confiance dans les services fournis par la SRDS, plus elles en bénéficient. La demande augmente. L'activité principale du projet consiste à aider les différentes organisations communautaires à mobiliser les groupes cibles, c'est-à-dire particulièrement les jeunes femmes et les femmes enceintes, pour qu'elles profitent des services de santé reproductive et des droits sexuels. C'est ainsi que différents groupements communautaires sont formés pour avoir une fonction multiplicatrice, comme les Tantines, le Club de mères ou les Papas champions. Ils sont considérés comme des organisations à base communautaire (OBC). Les Tantines sont une nouvelle structure qui n'existait pas au Togo avant le début du projet. Les Papas champions et le Club de mères, d'autre part, sont des OBC déjà promues par la Croix-Rouge au Togo dans d'autres régions.

Ces groupes, ainsi que d'autres organisations de la société civile (OSC) reconnues par le gouvernement, informent la population et appuient la promotion des services de santé. Des OBC, telles que le Club de mères, peuvent, grâce à leurs prêts, aider à faire tomber les éventuelles barrières financières. Elles cherchent également à dialoguer avec les dirigeants du village et les services de santé de l'État. Par conséquent, divers groupes de la société, tels que les chefs religieux et traditionnels ou les groupes de femmes, sont mieux informés que les services existants, et les groupes cibles sont également mieux informés (résultat 8). Il existe une coopération plus étroite entre la société civile et les responsables des services de santé (résultat 9), ce qui peut influencer l'accessibilité des services de santé. C'est l'un des deux indicateurs de l'*output* B. Le cadre socioculturel est influencé de telle manière que l'utilisation des services est davantage favorisée (résultat 10). Cela contribue à l'acceptation par les groupes cibles de l'usage des contraceptifs et des services de santé reproductive et des droits sexuels (résultat 11). Une autre condition préalable est qu'ils soient convaincus de la qualité suffisante des services de santé. Cet aspect est lié à la fois au Volet A et au Volet C. Cela conduit alors les femmes enceintes à se rendre quatre fois aux consultations prénatales (CPN) du centre de santé (résultat 12). C'est le deuxième indicateur de l'*output*.

Figure 2: Modèle de résultats du Volet B



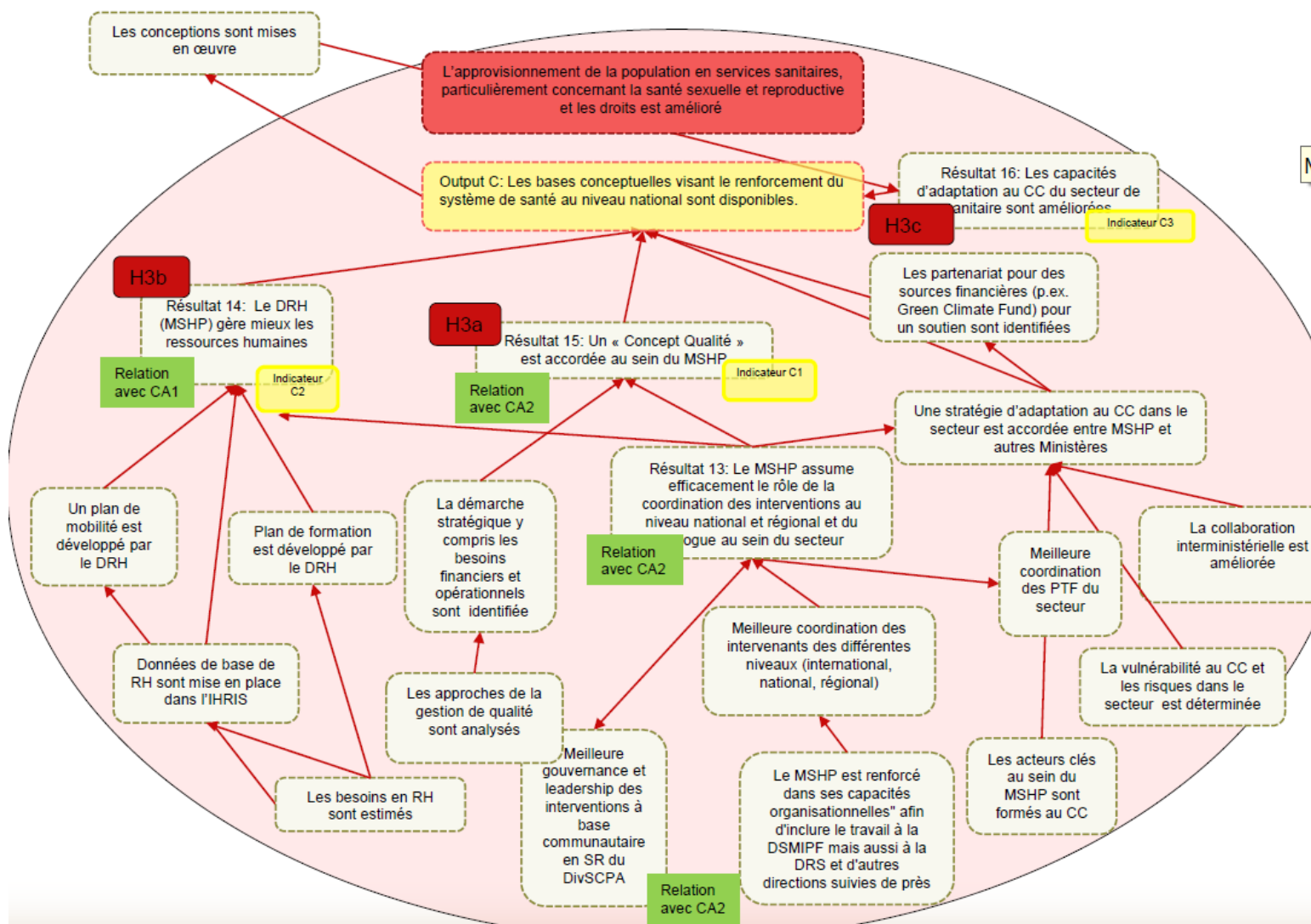
Volet C : Renforcement de la base conceptuelle politique

L'hypothèse (H3) décrit la relation causale suivante : les conceptions visées comme celles portant sur l'amélioration de la qualité (H3a), la planification des ressources humaines (H3b) et l'adaptation au changement climatique (H3c) servent de préalables pour l'amélioration des soins de santé, dont la santé reproductive et des droits sexuels (SRDS).

Le Volet C soutient le développement de bases conceptuelles pour le renforcement du système de soins de santé au niveau national. Pour renforcer le système de santé, le projet se concentre sur trois domaines d'action : la gestion des ressources humaines, la gestion de la qualité et l'adaptation au changement climatique. En tant qu'aspect global, qui est également une condition préalable à la mise en œuvre des stratégies nationales dans les trois domaines d'action, le projet vise à renforcer la capacité de coordination du ministère, le suivi et l'évaluation ainsi que les capacités de gestion et d'organisation. À cette fin, les capacités organisationnelles seront renforcées, le pilotage des activités de SRDS au niveau périphérique sera amélioré et une coordination plus efficace de tous les niveaux d'influence sera soutenue. Cela permettra au MSPH de mieux remplir son rôle de coordination tant au niveau central que décentralisé (résultat 13). En matière de gestion des ressources humaines, le projet aide le partenaire à estimer ses besoins en personnel, organiser la répartition des agents de santé, renforcer leurs capacités et améliorer la gouvernance administrative par un système d'information (IHRIS). Les résultats intermédiaires seront un plan de formation et un plan de mobilité pour le personnel de santé. Cela conduira enfin à une meilleure gestion des ressources humaines (résultat 14). Dans le domaine de la gestion de la qualité, le projet aide le gouvernement à analyser les approches d'assurance qualité et à identifier une approche appropriée, y compris en ce qui concerne les aspects financiers et opérationnels. Cela conduit ensuite à l'adoption d'un concept d'assurance qualité par le MSHPAUS (résultat 15). Afin d'améliorer l'adaptation du secteur de la santé au changement climatique, le projet permet, dans un premier temps, de former le personnel du MSHPAUS concerné. En outre, une étude définira les vulnérabilités au changement climatique dans le secteur de la santé. Sur la base de ces deux principes, le projet soutient le ministère dans la coordination des partenaires au développement et dans l'établissement d'une coopération interministérielle. Un plan d'adaptation peut alors être adopté par le MSHPAUS. À l'aide de ce document, des partenariats financièrement pertinents peuvent alors être recherchés, par exemple avec le Fonds vert pour le climat. Tout cela conduira ensuite à une amélioration des capacités d'adaptation au changement climatique (résultat 16).

Les trois champs d'action se complètent très bien et occupent à des degrés divers les champs d'action nécessaires pour atteindre l'*outcome*. Ils ont également des liens importants les uns avec les autres. Par exemple, afin d'améliorer la qualité des services de santé dans le domaine de la SRDS, il est très important de se concentrer sur les besoins du groupe cible. Cette orientation est réalisée par le Volet B. Dans le même temps, l'information et la sensibilisation sur la SRDS au niveau communautaire ne suffisent pas à améliorer l'utilisation des services si les gens ne sont pas convaincus de leur bonne qualité. Par conséquent, le Volet A est lui aussi essentiel pour améliorer la santé sexuelle et reproductive dans la zone du projet. Dans un pays à organisation centralisée comme le Togo, une approche telle que l'assurance qualité ne peut réussir que si elle est également soutenue par le ministère. Il est donc très important d'élaborer une stratégie nationale d'assurance qualité. La qualité dépend aussi beaucoup du personnel. Pour cette raison, une meilleure base conceptuelle dans la planification des ressources humaines soutient la qualité des soins médicaux. Seule la base conceptuelle de l'adaptation au changement climatique est plus indirectement liée à l'objectif d'amélioration de la santé reproductive et des droits sexuels, mais elle fait partie de la stratégie globale du Togo pour l'adaptation aux changements climatiques.

Figure 3: Modèle de résultats du Volet C

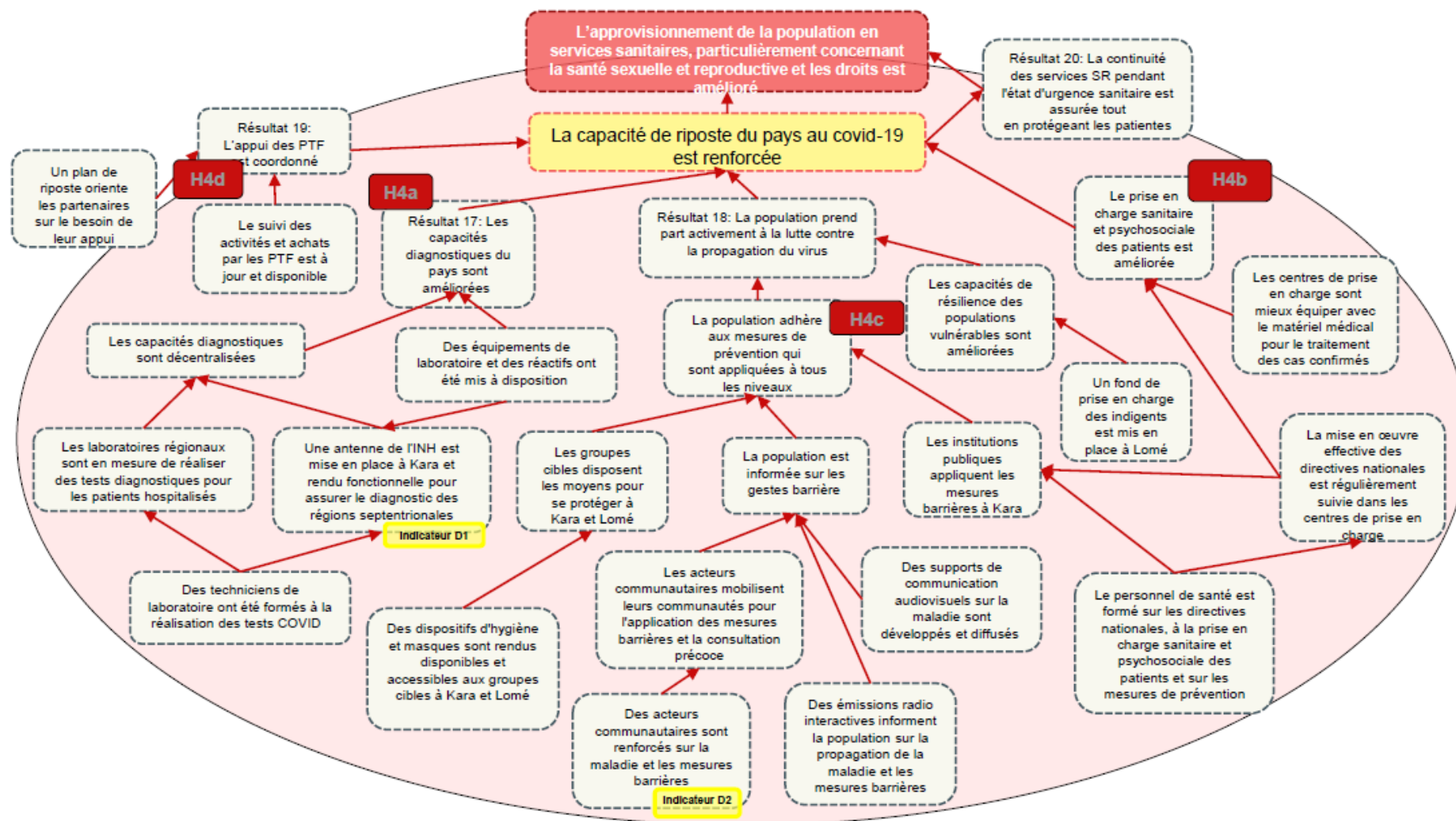


Volet D : Renforcement de la riposte contre le COVID-19

Le projet part de l'hypothèse que le virus du SARS-CoV-2 peut constituer une menace moindre pour la société et le système de santé du Togo si les capacités diagnostiques (H4a) et médicales (H4b) sont développées, si la population est convaincue de l'importance des mesures barrières (H4c) et si le gouvernement coordonne suffisamment le soutien de ses partenaires (H4d).

Pour parvenir à cette résilience, le projet investit dans l'extension des capacités des laboratoires à réaliser des tests PCR dans la région de Kara (résultat 17), dans la formation du personnel médical et de laboratoire et dans l'information de la population de Kara et du pays tout entier par l'intermédiaire des médias et des multiplicateurs locaux (indicateur D2). Le laboratoire pourra alors effectuer un nombre suffisant de tests RT-PCR dans le nord pour pouvoir suivre le processus d'infection (indicateur D1). La population applique les mesures d'hygiène et barrières de manière globale, contribuant ainsi à la réduction de la transmission (résultat 18). Le cadre politique fourni par le gouvernement togolais ne se trouve pas dans la sphère d'influence du projet, tandis que le soutien à la coordination de l'aide internationale est toujours possible (résultat 19). En fin de compte, toutes les mesures envisagées servent globalement à garantir la poursuite des services de santé sexuelle et génésique (résultat 20).

Figure 4: Modèle de résultats du Volet D



L'objectif du projet décrit un aspect partiel de l'objectif du programme, qui stipule l'amélioration de la santé de la population du Togo dans son ensemble, mais fait explicitement référence à la santé reproductive et aux droits sexuels : la santé de la population du Togo est améliorée, en premier lieu dans le domaine de la santé reproductive et des droits sexuels (SRDS). Ce faisant, les résultats du projet couvrent trois aspects distincts qui sont au cœur des progrès dans le secteur de la santé : l'amélioration de la prestation des soins de santé, l'augmentation de la demande de services de santé et le renforcement du système de santé. Les indicateurs du projet se concentrent sur la santé reproductive et les droits sexuels dans le contexte régional de Kara et favorisent ainsi directement la réalisation des objectifs du programme au niveau national. Dans la mise en œuvre des objectifs de développement durable (ODD), la SRDS est particulièrement pertinente pour les ODD 1 (pauvreté), 3 (santé), 4 (éducation), 5 (égalité des sexes), 13 (changement climatique) et 16 (sociétés pacifiques). L'engagement pour l'adaptation au changement climatique correspond à l'ODD 13. En outre, le projet soutient l'Initiative pour les Travailleurs qualifiés (Fachkräfteinitiative) du BMZ.

3 Évaluabilité et processus d'évaluation

3.1 Évaluabilité : disponibilité et qualité des données

Le projet dispose d'un système de suivi bien organisé d'une part, et compréhensible et complet d'autre part. Les données, en particulier dans les Volets A et C, sont constituées d'analyses et d'informations recueillies par le projet lui-même. Dans le Volet B, le projet utilise les données des districts et de la région ainsi que le système national d'information sanitaire de district 2 (DHIS2). Dans le Volet D, le projet utilise à la fois sa propre documentation et les données des organisations non gouvernementales chargées de la mise en œuvre des campagnes de sensibilisation. De plus, le projet a initié deux études KOMPASS sur les composantes de qualité et de la demande. Des données de base solides existent pour tous les champs d'action, à l'exception du champ D.

Tous les documents requis pour le processus d'évaluation sur les trois champs d'action centraux A à C ont été fournis par le projet avant le début de l'évaluation. Cependant, les documents des projets antérieurs de la GIZ/GTZ sur la qualité des soins de santé au Togo n'étaient plus disponibles. Certains documents sur le Volet D ont été soumis par la suite.

Le système de suivi du projet est très bon. Au début du projet, tous les aspects du suivi ont été pensés et définis de manière à ce que toute l'équipe en ait la même compréhension. La base de données fournit des données-cadres sur la région du projet et suffisamment de données de base pour pouvoir évaluer l'avancement du projet. Les limites de la qualité des données ne sont pas inhérentes au projet, mais aux rapports sur la santé du MSHPAUS. Les sources d'erreur dans les données sont, par exemple, la faible compétence des prestataires de services de santé en matière de collecte des données et l'absence de numérisation des rapports.

L'équipe d'évaluateurs a défini des indicateurs supplémentaires et collecté des données pour deux indicateurs plutôt faibles au niveau de l'*outcome*. En outre, l'équipe a mené une enquête en ligne, qui n'a toutefois pas été suffisamment utilisée par les répondants pour pouvoir en tirer des conclusions.

3.2 Processus d'évaluation

L'équipe d'évaluation était composée d'une évaluatrice allemande comme cheffe d'équipe, d'un co-consultant de formation médicale du Bénin et d'un co-consultant de formation sociologique du Togo. Malheureusement, les experts internationaux n'ont pas pu se rendre au Togo pour l'évaluation en raison des interdictions de voyage. C'est pourquoi certaines des discussions prévues, notamment avec les représentants du gouvernement, les autorités sanitaires régionales et préfectorales et les organisations non gouvernementales, ont été menées via Internet. Les problèmes techniques, qui survenaient systématiquement, ont été résolus. Une enquête en ligne supplémentaire auprès des partenaires gouvernementaux, également prévue via un outil en ligne, n'a reçu que deux réponses et n'a donc pas pu être incluse. Des lignes directrices adaptées à la catégorie de l'interlocuteur ont été élaborées pour tous les entretiens. Les informations issues des entretiens ont été intégrées dans une base de données Excel organisée selon les critères du CAD de l'OCDE. Une liste des partenaires d'entretien et des participants aux discussions de groupe et autres méthodes d'évaluation a été préparée et discutée avec l'équipe avant le début de l'évaluation.

Le principal critère de sélection était le degré de pertinence de la participation d'une personne au projet, c'est-à-dire son implication étroite ou sa capacité à évaluer le projet sous un autre angle. En ce qui concerne le groupe cible des agents de santé et des femmes et hommes des organisations à base communautaire, un autre critère était la disponibilité, compte tenu des contraintes de mobilité imposées par le COVID-19. La partie gouvernementale a été très largement représentée dans les entretiens, alors que les groupes cibles au niveau des districts auraient pu être représentés davantage, mais la situation en a décidé autrement. Heureusement, le collègue togolais de l'équipe a pu effectuer une visite dans la région de Kara. Là encore, des entretiens ont eu lieu avec les partenaires locaux de la Direction régionale de santé et des Directions préfectorales de santé ainsi que de cinq établissements de santé soutenus par le projet et de trois USP non soutenues. Lors des visites de cinq des sept zones de santé, en plus des établissements de santé, des discussions de groupe ont été menées avec les organisations à base communautaire, les Comités de gestion communautaire (COGES), les Tantines, le Club de mères et les Papas champions. Dans l'ensemble, 46 représentants des bénéficiaires ont participé aux discussions de groupe, dont les agents de santé de cinq USP. En outre, 20 représentants du groupe cible indirect étaient impliqués. Trente-trois personnes du cadre sanitaire et de la société civile ont également été interviewées. Au total, 113 personnes ont été prises en compte dans l'évaluation.

En outre, l'évaluateur togolais a procédé à une répétition du post-test des connaissances issues de deux cours de formation sur la santé reproductive et les droits sexuels dans les districts sanitaires et a évalué les USP visitées sur la base d'un extrait de 20 critères du catalogue de qualité du projet. Les données recueillies ont été analysées par l'équipe d'évaluation. Les données de suivi du projet ont également été réexaminées et le niveau de réalisation de chacun des objectifs a été calculé sur la base des cibles fixées au début du projet. Si les indicateurs individuels dépassaient les 100 %, cela a été noté, ils sont donnés comme entièrement atteints à 100 %.

Tableau 1: Liste des parties prenantes de l'évaluation et des personnes interrogées

Organisation/entreprise/groupe cible ¹ (Ne pas énumérer les personnes ou les fonctions)	Nombre total de personnes impliquées dans l'évaluation (* ventilées selon le genre)	Participation à l'interview (nb de personnes)	Participation à la discussion de groupe (nb de personnes)	Participation aux ateliers (nb de personnes)	Participation à l'enquête (nb de personnes)
Donateurs	1	1			
Ministère fédéral allemand de la Coopération économique et du Développement (BMZ)					
GIZ	7 (3 hommes, 4 femmes)				
Équipe de projet de la GIZ/personnel national de la GIZ/GFA Consulting					
Organisations partenaires (groupe cible direct)	47 (37 femmes, 10 hommes)	1	46		
Comité de gestion sanitaire (COGES)/Tantines/Association des Tantines de la région de Kara pour le développement (ATAREKAD)/Agents de santé dans les USP					
Autres parties prenantes (acteurs publics, autres projets de développement, etc.)	26	18	8		
Ministère de la Santé, de l'Hygiène publique et de l'Accès universel aux soins (MSHPAUS), Conseiller technique du ministre/MSHPAUS – Direction de la santé de la mère et de l'enfant (DSME)/MSHPAUS – Direction générale des actions sanitaires (DGAS)/MSHPAUS – Division de la santé maternelle et infantile et de la planification familiale/MSHPAUS – Division de la promotion de la santé (DPS)/MSHPAUS – Division de la santé communautaire et des personnes âgées (DSCPA)/Direction régionale de santé (DRS)/Direction préfectorale de la santé (DPS) de Kozah, Doufelgou, Assoli, Dankpen/Institut national de l'hygiène (INH)/Ministère de l'Environnement et des Ressources forestières (MERF)/MERF – Division de la lutte contre le changement climatique					
Acteurs de la société civile et acteurs privés	11	11			
Réseau Organisation sociale Cercle de SRDS/PF (ROSCI-SR/PF)/Croix-Rouge togolaise/Comité international d'éthique et de solidarité (COMINTES)/Association Espoir pour demain (AED)/Santé intégrée/COAWEB/Association togolaise de marketing social (ATMS)/Groupe de réflexion et d'action Femme, démocratie et Développement (GF2D)/Organisation mondiale de la santé (OMS)					
Universités et groupes de réflexion	1	1			
Association des sages-femmes du Toqo (ASSAFETO)					
Bénéficiaires finals (groupes cibles indirects)					
Club de mères	16 (15 femmes, 1 homme)		16		
Papas champions	4 (hommes)		4		

L'équipe d'évaluateurs a mis les résultats de l'évaluation à la disposition de l'équipe de projet lors de sessions en ligne, puis des partenaires lors d'une réunion séparée, et a discuté les évaluations réalisées.

¹ Attention à ne pas mentionner les organisations/institutions par leur nom si elles ne souhaitent pas être nommées ou si le fait de les nommer risque de mettre leur sécurité, leur travail ou leur personnel en danger.

4 Évaluation du projet au regard des critères du CAD de l'OCDE

La présente évaluation est basée sur les cinq critères du CAD de l'OCDE qui sont la pertinence, l'efficacité, l'efficience, l'impact et la durabilité. Pour chacun de ces critères, le cadre d'évaluation de la GIZ fournit plusieurs dimensions avec une liste de questions. En plus de ces dimensions, les questions des différents acteurs prioritaires dans les entretiens de la phase de démarrage sont également incluses. Le modèle d'impact constitue la base de la compréhension du projet. Les méthodes de collecte de données sont les analyses des documents, des interviews et des discussions en groupes. Les informations recueillies lors des entretiens individuels et en groupe ont été corrélées pour la triangulation, puis discutées et validées au sein de l'équipe d'évaluateurs et avec l'équipe de projet.

L'évaluation utilise des méthodes supplémentaires dans le champ de l'action A (amélioration de la qualité) pour trianguler les résultats du suivi du projet sur les indicateurs et les rendre plus faciles à évaluer. Cela semble nécessaire, car les indicateurs d'*outcome* de ce domaine d'action sont plutôt faibles. Cela comprend, d'une part, la répétition du post-test d'un cours de formation sur la santé reproductive et les droits sexuels d'autre part l'utilisation des instruments d'audit qualité du projet. L'équipe d'évaluateurs n'a pas pu utiliser un design d'évaluation quasi expérimental, en comparant les données et les évaluations de qualité recueillies par la Direction régionale de santé (DRS) pour l'ensemble des 168 USP et en analysant le statut des 30 USP incluses dans le projet dans ce contexte, car ces données n'étaient pas disponibles du côté de la DRS. Actuellement, la seule évaluation de la qualité des services réalisée est celle de la GIZ.

Pour le Volet B qui concerne les groupes cibles, les évaluateurs voulaient utiliser des méthodes différentes d'apprentissage et action participative (Participatory Learning and Action) dans les discussions en groupe. Malheureusement, cette application n'a pas été possible à cause de la pandémie de SARS-CoV-2 et des interdictions de voyager et de se réunir qui y sont associées.

Pour l'évaluation du Volet C, l'équipe d'évaluation s'appuie principalement sur des entretiens et les documents disponibles. Un sondage en ligne pour les représentants du MSHPAUS envisagé comme outil supplémentaire aux entretiens individuels n'a pas produit assez de réactions pour être exploité lors de cette évaluation.

Pour l'évaluation du Volet D, des entretiens et discussions en groupe ont eu lieu. En outre, le consultant togolais a visité le laboratoire dans la région de Kara.

Dans la discussion sur la base, le concept et les méthodes d'évaluation, les évaluateurs se réfèrent aux quatre champs d'action du projet :

- Volet A – Amélioration de la qualité des soins de SRDS
- Volet B – Augmentation de la demande d'utilisation des soins de SRDS
- Volet C – Renforcement de la base conceptuelle politique
- Volet D – Renforcement de la riposte au COVID-19

4.1 Résultats à long terme des projets antérieurs

Le projet a été lancé en 2017 et n'a pas de projet antérieur immédiat.

4.2 Pertinence

L'objet de la présente partie est d'analyser et d'évaluer la pertinence du « Projet de renforcement du système sanitaire du Togo » (ProSanté).

Base et conception de l'évaluation de la pertinence

Dans l'évaluation, le critère de pertinence est fixé par rapport au cadre politico-stratégique et aux besoins des groupes cibles. En outre, ce critère prend en compte des caractéristiques internes telles que la logique de la conception du projet et la capacité de la direction à adapter la conception aux changements.

Dimension 1 : La conception du projet est conforme aux cadres stratégiques de référence

Base de l'évaluation : Cette dimension a été évaluée en examinant le degré de conformité et de cohérence entre la conception du projet et les éléments suivants :

- les documents stratégiques du ministère togolais de la Santé ;
- les documents internationaux ;
- les documents de position du BMZ sur le planning familial (PF) autodéterminé, la santé reproductive et les droits sexuels, ainsi que l'initiative MUSKOKA.

Concept de l'évaluation : L'analyse suit les questions d'évaluation formulées dans une perspective d'appréciation exploratoire.

Méthodes empiriques : Pour l'évaluation de cette dimension, les documents susmentionnés ont été analysés et mis en relation avec les objectifs et la stratégie du projet concerné. En outre, des discussions ont été organisées avec les dirigeants politiques pour vérifier si la conception proposée dans les documents stratégiques correspondait aux besoins nationaux. Par ailleurs, une revue de la littérature scientifique internationale a permis de recueillir des informations pertinentes sur la manière dont la thématique du projet est traitée dans d'autres pays afin de tirer leçon des expériences d'ailleurs. En ce qui concerne la question de la complémentarité avec les activités d'autres organisations, des discussions ont été menées avec le réseau d'organisations de la société civile ROSCI-SR/PF, la Croix-Rouge togolaise (CRT), l'ONG américaine Santé intégrée et d'autres organisations pertinentes.

Dimension 2 : La conception du projet répond aux besoins des groupes cibles.

Base d'évaluation : Dans cette dimension, l'équipe d'évaluation a examiné si la conception du projet était adaptée aux besoins des différents groupes cibles.

Les groupes cibles pour le Volet A (amélioration de la qualité) sont :

- le personnel de santé de 30 centres de santé dans la région de Kara ;
- les autorités sanitaires de la région de Kara et des préfectures d'Assoli, Bassar, Binah, Dankpen, Doufelgou, Kéran et Kozah ;
- les présidents des Comités de gestion sanitaire (COGES).

Les groupes cibles pour le Volet B (augmentation de la demande) sont :

- les femmes et jeunes filles en âge de procréer ;
- les hommes en tant que maris, pères et chefs de famille ;
- les autorités des communautés religieuses et administratives.

Les groupes cibles du Volet C (renforcement de la base conceptionnelle politique) sont :

- l'ensemble de la population togolaise ;
- le personnel du MSHPAUS et plus particulièrement de la Direction de la santé de la mère et de l'enfant (DSME), de la Division de la santé maternelle et infantile et de la planification familiale (SMIPF), de la Direction des établissements de soins et de réadaptation (DESR), de la Direction de l'hygiène et de l'assainissement de base (DHAB), de la Direction des ressources humaines (DRH), de la Division de la santé communautaire et des personnes âgées (DSCPA) et enfin de la Division promotion de la santé (DPS).

•

Le groupe cible du Volet D (riposte au COVID-19) est :

- l'ensemble de la population togolaise et particulièrement celle de la région de Kara.

Concept d'évaluation : L'analyse suit les questions d'évaluation formulées dans une perspective d'appréciation exploratoire.

Méthodes empiriques : L'équipe d'évaluation a utilisé trois méthodes pour examiner la conception du projet en fonction des besoins. Tout d'abord, les documents ont été utilisés pour examiner la conception du projet en fonction de son orientation vers les besoins. Ensuite, des entretiens avec des personnes clés ont été menés et des discussions supplémentaires ont eu lieu dans des groupes de discussion :

- des entretiens individuels semi-structurés avec des acteurs clés institutionnels et communautaires ;
- des entretiens de groupe focalisés (*focus groups*) avec les populations bénéficiaires (femmes en âge de procréer, femmes enceintes, femmes allaitantes) et les acteurs des organisations à base communautaire (COGES, Tantines et Tantinettes, Clubs de mères, Papas champions, etc.).

Dimension 3 : La conception du projet est faite de manière à permettre la réalisation de l'objectif choisi pour le projet.

Base d'évaluation : Pour cette dimension, l'équipe d'évaluation a examiné si la conception suit les conclusions scientifiques et opérationnelles actuellement valables en coopération internationale, si les activités et les investissements sont adaptés à la réalisation des objectifs fixés, et si les besoins des groupes cibles et des groupes particulièrement vulnérables ont été pris en compte dans la conception. Les hypothèses, dont la plausibilité est vérifiée conformément à la théorie du changement, sont particulièrement importantes.

Concept d'évaluation : L'analyse suit les questions d'évaluation données. En outre, la phase de démarrage a mis en lumière d'autres questions qui seront également examinées (voir chapitre 1.2).

Méthodes empiriques : Afin de mieux élucider ces questions, l'équipe d'évaluation a relié les documents conceptuels au modèle de résultats et d'hypothèses mis à jour en suivant la théorie du changement. Des informations complémentaires ont été obtenues lors d'entretiens individuels avec l'équipe du projet et lors des interviews et discussions de groupe avec les personnes clés. Les résultats qualitatifs des entretiens et des discussions de groupe ont soumis l'analyse de la « théorie conceptuelle » à un contrôle de la réalité.

Dimension 4 : La conception du projet a été adaptée aux changements conformément aux besoins et réadaptée si nécessaire.

Base d'évaluation : Dans le cadre de la dimension 4, l'équipe d'évaluation a examiné si des ajustements ont été nécessaires pendant la période du projet et si ceux-ci ont été faits. Cela concerne en particulier le cadre politique national tant au niveau central que dans la région de Kara. Les développements internationaux tels que la pandémie de coronavirus étaient également inclus dans cette considération. Cette dimension prend également en compte les risques identifiés pour le projet.

Concept d'évaluation : L'analyse suit les questions d'évaluation formulées dans une perspective d'appréciation exploratoire.

Méthodes empiriques : Pour cette analyse, l'équipe d'évaluation a utilisé principalement les documents de projet disponibles et les déclarations issues des entretiens avec l'équipe de projet et les représentants des partenaires au sein du comité de pilotage du projet.

Analyse et évaluation de la pertinence

Dimension 1 : La conception du projet est conforme aux cadres stratégiques de référence

Le projet met en œuvre, dans la limite de ses capacités, des interventions sélectionnées et recommandées au niveau international dans les domaines de la « santé reproductive et des droits sexuels (SRDS) », de l'assurance qualité et de l'adaptation au changement climatique. La SRDS est considérée comme un domaine

de travail essentiel pour parvenir à la Couverture maladie universelle (CSU). Conformément au 25^e sommet mondial de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) tenue à Nairobi en 2019, au rapport Guttmacher-Lancet de 2018, à l'initiative MUSKOKA et à la directive du BMZ sur la planification familiale et la santé maternelle de 2015, le projet poursuit la fourniture de services de santé complets sur les SRDS avec une promotion spéciale des filles et des jeunes femmes et la planification familiale avec les méthodes contraceptives à long terme (ICPD [2019], Starrs, A.M. *et al.* [2018], Les fonds français MUSKOKA [2018], BMZ [2015], USAID [2007]). D'autres éléments du SRDS, tels que le traitement de l'infertilité et des cancers du tractus génital, ne sont pas abordés dans le cadre du projet, ce qui est justifiable étant donné l'ampleur de l'approche du projet. Quant à l'avortement sûr, il a été touché de façon sporadique par le projet.

Les objectifs du projet correspondent exactement aux objectifs du gouvernement tirés des documents stratégiques, notamment le Plan national de développement (PND) (GoT [2018a]), le Plan national de développement sanitaire du Togo (PNDS) (GoT [2017a]), le Plan d'action national budgétisé de Planification familiale 2017-2022 du Togo (PANB-PF) (GoT [2017b]). La Politique nationale de la santé (Loi d'orientation décennale), le Plan stratégique intégré de la santé génésique, santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent 2018-2022 (SMNEAJ) (GoT [2018b]) et le Plan de suivi et évaluation du PNDS (PNDS-PSE) (GoT [2017c]) définissent les objectifs et les développent plus en détail. Dans ses efforts pour améliorer la répartition et l'utilisation des ressources humaines, le projet soutient l'Initiative pour les Travailleurs qualifiés (Fachkräfteinitiative) du BMZ.

Le projet suit étroitement, dans la définition et le suivi des indicateurs, les recommandations de l'OMS. Pour le BMZ, la promotion de la santé reproductive et des droits sexuels est une priorité de longue date dans le secteur de la santé. Donc, le projet promeut activement le programme d'action de la Conférence mondiale du Caire de 1994 et soutient les points d'action identifiés par la Commission Guttmacher-Lancet pour la promotion intégrée de la santé et des droits sexuels et de la santé reproductive dans le cadre de l'Agenda 2030 (Starrs, A.M. *et al.* [2018]). Dans la mise en œuvre des objectifs de développement durable (ODD), la SRDS est particulièrement pertinente pour les ODD 3 (santé), 4 (éducation), 5 (égalité des sexes) et 16 (sociétés pacifiques). Toutes les activités soutenues par le BMZ visent également à diminuer la pauvreté, comme l'ODD 1.

En ce qui concerne l'adaptation au changement climatique, le projet vise à intégrer la santé en tant que question dans tous les efforts d'adaptation nationaux, à renforcer la résilience du secteur de la santé et à élaborer des stratégies pour soutenir les populations et les zones particulièrement vulnérables. C'est ce que demande l'OMS dans sa Stratégie mondiale sur la santé, l'environnement et le changement climatique et dans son Plan de travail 2014-2019 sur le changement climatique et la santé (WHO [2015], WHO [2019]). L'engagement pour l'adaptation au changement climatique correspond également à l'ODD 13.

En matière d'assurance qualité, il existe une variété d'approches sous différents noms ; ProSanté suit l'approche du Concours Qualité développée par la GTZ/GIZ, qui inclut également au Togo les éléments de participation communautaire, de compétence technique, de gestion économique, d'amélioration continue, de satisfaction des clients et de mise en réseau des différents niveaux de soins (GIZ [2012]). Cependant, une direction du MSHPAUS aurait souhaité que l'approche qualité, en particulier, soit testée non seulement dans 30 USP à Kara, mais aussi dans un plus grand nombre d'établissements de santé et dans une région plus vaste (INT_2, avec partenaires sanitaires). Mais, pour d'autres, étant donné les ressources limitées disponibles, la restriction du projet à Kara a été une fois de plus l'un de ses points forts (INT_9 avec partenaires sanitaires). En raison de ces divergences de points de vue, deux points sont déduits dans cette dimension.

Le projet reçoit donc 28 points sur 30 dans la dimension 1 (cohérence de l'orientation stratégique).

Dimension 2 : La conception du projet répond aux besoins des groupes cibles.

Lors de l'élaboration du concept, les groupes cibles ont été en partie impliqués dans le cadre d'une préévaluation du projet. Cela concerne certaines divisions et directions importantes de la MSHPAUS, mais pas toutes, ainsi que certains bureaux de santé de Kara (INT_1, 3, 27, 31 avec partenaires sanitaires). On ne sait pas dans quelle mesure les groupes cibles au niveau des villages ont été consultés pour la conception du projet. Les membres du COGES interrogés n'y ont en tout cas pas été invités (INT_33, 37, DisG_7 avec bénéficiaires) pour la simple raison que les COGES ont été complètement renouvelés avant le début du projet et ceux qui sont actuellement en place ont été installés après la phase des consultations. Cependant, selon le chef d'une DPS, les municipalités et leurs membres ont fait partie pendant la planification et la mise en œuvre du projet (INT_31 avec partenaires sanitaires).

« Les besoins des groupes cibles sont larges », constate un interlocuteur, « mais le projet couvre les principaux » (Int_1, avec un partenaire sanitaire). L'un des besoins de la population en tant que groupe cible est l'information relative à la SRDS. Cela est nécessaire pour réduire le nombre élevé de naissances non désirées chez les adolescentes. Les filles et les jeunes femmes manquent de connaissances sur la contraception (Int_21, 26, DisGr_2 avec société civile). Selon les experts de la santé, il faut mobiliser la population et la convaincre d'utiliser elle aussi les services de santé (Int_3 avec partenaires sanitaires). Cependant, les communautés villageoises ne disposent pas non plus de services sanitaires dont la qualité est acceptable. Les femmes se plaignent d'un mauvais accueil dans les établissements de santé ou du manque d'hygiène (Int_33, DisGr_7, 3, 4, 5 avec société civile). Il est nécessaire de délivrer des messages appropriés dans les langues locales pour s'adresser à la population rurale et par le biais de différents canaux de communication tels qu'Internet, les films et la radio (Int 10, 16, avec société civile). Il est également important de renforcer les droits des filles et des jeunes femmes et d'assurer la continuité de leur éducation même en cas de grossesse précoce (Int_25, DisGr_3 avec société civile). Par sa promotion de la contraception et l'objectif de réduction de la mortalité maternelle, le projet prend nécessairement en compte les aspects de genre, en se concentrant sur les besoins des femmes et des filles. Selon un interlocuteur de la société civile, le projet a également pris en compte dans son déroulement les besoins des hommes en matière de genre (Int_13 avec société civile).

Pour les agents de la santé, les besoins sont davantage perçus dans le domaine du renforcement des capacités. La qualité des services est un besoin majeur, en ce compris l'hygiène et la propreté des formations sanitaires. Cela comprend également l'amélioration des infrastructures et des équipements médicaux (Int 1, 3, 18, 27, DisGr_8, 9 avec partenaires sanitaires). En renforçant le système de santé, le projet a répondu avec beaucoup de souplesse aux besoins exprimés par le MSHPAUS. Ceux-ci étaient souvent liés aux besoins des groupes cibles au niveau communautaire et du district, mais il a également été apprécié que le projet ne se concentre pas seulement sur la région de Kara et s'étende à l'ensemble du pays, par exemple en renforçant la formation des sages-femmes (Int_3 avec partenaire sanitaire).

Dans la zone d'intervention du COVID-19, l'importance d'un laboratoire décentralisé à Kara a été particulièrement soulignée par le personnel médical (DisGr_1 avec partenaires sanitaires).

Les activités du projet répondent à la quasi-totalité des besoins exprimés. Le projet met en œuvre des activités de renforcement des capacités, d'information, d'éducation et de communication et de développement organisationnel. Il travaille avec les structures gouvernementales et la société civile jusqu'au niveau communautaire. En outre, les produits médicaux pour la SSR et en particulier en réponse à la pandémie de COVID-19 sont traités selon les besoins. En ce qui concerne l'Agenda 2030, l'un des principaux défis à relever pour atteindre l'ODD 3.1 est la mise à disposition de personnel qualifié. Dans la mesure de ses possibilités, le projet couvre également ce domaine, à la fois en soutenant la planification et la répartition du personnel de santé au niveau national et en investissant dans la formation pratique des sages-femmes.

L'amélioration des infrastructures a toutefois fait exception à l'égard de l'orientation vers les besoins des groupes cibles. Ici, la conception du projet n'a pas suffisamment tenu compte des besoins des différents groupes cibles. Le personnel de santé et les patients soulignent que des mesures de rénovation de l'USP auraient été nécessaires à différents endroits. Dans la conception du programme, il aurait été souhaitable que les besoins en matière de construction au niveau des USP soient pris en compte dans le module de la coopération financière. Toutefois, il faut mentionner que la rénovation des postes de santé aurait eu des implications budgétaires importantes, mais cette question n'a pas été examinée. En outre, l'approche n'a pas tenu compte des obstacles socio-économiques à l'amélioration de la qualité et au renforcement de la demande. Par exemple, certains COGES ne disposent pas des ressources nécessaires pour réaliser les améliorations prévues, et les accoucheuses traditionnelles, qui jouent un rôle important pour les femmes enceintes dans les villages, n'ont pas été incluses dans le projet. Par ailleurs, une orientation vers les hommes en tant que décideurs importants a été ajoutée plus tard (INT_13, 18, 22 avec société civile et partenaires sanitaires).

Au lieu du score complet, le projet reçoit donc une légère déduction de points. Le projet reçoit la bonne note de 28 points sur 30 dans la dimension 2 (orientation vers le groupe cible).

Dimension 3 : La conception du projet est faite de manière à permettre la réalisation de l'objectif choisi pour le projet.

L'ensemble du projet suit la logique selon laquelle la santé reproductive et les droits sexuels est améliorée si l'approvisionnement de soins en SRDS dans ce domaine est bon et si la population les utilise. La phrase « approvisionnement de soins de santé » (*Gesundheitsversorgung*) comprend le côté offre avec ses conditions-cadres et implique la demande. Les trois champs d'action du projet ont chacun leurs propres hypothèses d'impact (voir chapitre 2.2). Le concept est très judicieusement conçu avec son approche à trois niveaux, car il utilise divers leviers interdépendants et influence le niveau politique à long terme. Les partenaires du projet sont pour la plupart très satisfaits de l'alignement de toutes les composantes (INT_1, 23, 26, 27, 29, 31, 33, DisG_1, 4, 7, avec partenaires sanitaires et bénéficiaires).

Les ressources du projet dans sa forme originale avec les Champs d'action A à C ont été suffisantes pour mettre en œuvre les activités prévues. Toutefois, cela n'a été possible que parce que certaines des activités, par exemple dans le CVolet C, se sont limitées à l'élaboration de concepts dont la mise en œuvre peut maintenant être reprise dans le projet de suivi. Si cela n'avait pas été le cas, le projet aurait couvert un spectre trop large, avec le soutien d'un système de gestion de la qualité, l'amélioration de la santé reproductive et des droits sexuels, le renforcement du système de santé et l'amélioration de l'adaptation au changement climatique sur la base des ressources données. Le projet a montré les limites de ce qui était possible, par exemple dans sa coopération avec la Direction des ressources humaines (DRH) pour développer le logiciel IHRIS. Le projet a dû renoncer à la mise en œuvre de ce soutien parce que les besoins en conseils techniques et investissements jusqu'au niveau du district auraient été trop importants (Int_28 avec la Coopération allemande).

En 2020, le projet a rencontré des difficultés relatives au personnel quand le soutien de la riposte au COVID-19 a été ajouté en tant qu'aide d'urgence sous la forme du Volet D. Contrairement aux domaines de travail initiaux du projet, la démarcation avec les autres donateurs n'était pas claire au départ. Cependant, le projet a précisément facilité cette démarcation en aidant le MSHPAUS à mettre en place une base de données sur le financement du COVID-19.

L'intervention du projet dans la région de Kara s'est bien adaptée à la répartition des tâches dans le paysage des donateurs. Pour des raisons de ressources, l'extension à la région centrale, qui était initialement prévue, n'a pas été poursuivie. Même si le travail avec la KFW a bien débuté à travers l'élaboration de la stratégie qualité et communication dans la région de la Kara, cette coopération a été retardée dans plusieurs domaines

en particulier en raison de longues procédures de contractualisation. Vu que le début des activités sur le terrain date de fin 2020, la majorité des changements réalisés pendant la période du projet sont attribuables à la coopération du projet avec les partenaires locaux (Int_38 avec la Coopération allemande). La matrice d'impact initialement élaborée par le projet et les hypothèses à très petite échelle ne représentaient pas de manière adéquate la complexité du projet (voir 2.1). Dans leur forme révisée, les hypothèses et les modèles de résultats semblent très plausibles. Leur appréciation est présentée dans chapitre 4.6.

Le projet comporte quelques innovations intéressantes, par exemple l'introduction d'une formation pratique pour les sages-femmes ou la coopération avec l'ONG GF2D pour renforcer les Tantines dans le domaine des droits des femmes. En outre, le projet a profité des opportunités qui se sont présentées, par exemple pour collaborer au développement de la proposition du gouvernement togolais au Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (INT_29 avec la Coopération allemande). En résumé, la conception globale est très logique et plausible et reçoit 17 points sur 20 dans la dimension 3 de l'évaluation (qualité de la conception).

Dimension 4 : La conception du projet a été adaptée aux changements conformément aux besoins et réadaptée si nécessaire.

Les mesures d'adaptation telles que celles décrites ci-dessus reflètent une gestion prudente du projet. À l'origine, le projet devait mettre en œuvre des activités en plus de la région de Kara également dans la région Centrale. Selon la direction du programme, l'une des premières mesures d'ajustement a été de concentrer les activités du projet sur Kara afin de ne pas surcharger le projet financièrement (INT_38 avec la Coopération allemande). En plus des ajustements liés au contenu, il a également fallu mettre en œuvre ceux qui concernent le domaine administratif. Par exemple, le projet a dû fournir des formations sur les procédures administratives, en particulier pour les partenaires de la société civile, afin de faciliter les subventions locales et les contrats de financement. Le projet a réagi de manière excellente à la crise de COVID-19 et, en coopération avec le gouvernement, a mis en place un ensemble de mesures pour répondre à la situation d'urgence. Pour cela, il n'existait pas de concept directeur, mais plutôt des résumés constamment mis à jour et révisés de l'OMS sur l'état actuel de la science. Le projet reçoit 19 points sur 20 dans la dimension 4 pour sa capacité d'adaptation.

Résumé

Le projet a obtenu un score global de 92 points sur 100 pour sa pertinence, ce qui est un très bon résultat. Dans sa conception, le projet est conforme aux concepts techniques internationaux, aux objectifs internationaux dans le secteur de la santé et aux objectifs nationaux de santé fixés par le gouvernement du Togo. Le seul point de critique ici est la limitation géographique du projet à la région de Kara et à seulement 30 USP (dimension 1 : 28 points sur 30). Les groupes cibles ont été partiellement impliqués dans la conception du projet. À cet égard, le projet est bien adapté aux besoins du groupe cible. Les groupes cibles ont été impliqués à plusieurs reprises dans la mise en œuvre (dimension 2 : 28 points sur 30). La conception est très cohérente et complète. L'intégration de la qualité et de la SRDS est très ciblée, et les interventions aux niveaux national et régional donnent au projet divers leviers pour atteindre ses objectifs. Elle met également en œuvre des approches innovantes telles que les Tantines et la formation pratique des sages-femmes. Malheureusement, la nécessité de renforcer les infrastructures des USP n'a pas été prise en compte, tout comme la faiblesse économique de certains COGES et d'autres facteurs socio-économiques qui ont eu un effet freinant sur la réalisation des objectifs (dimension 3 : 17 points sur 20). Divers ajustements ont été apportés au début et au cours du projet. Lors de la crise du COVID-19, le projet a répondu de manière très flexible aux besoins (dimension 4 : 19 points sur 20).

Tableau 2: Notation du critère de pertinence du CAD de l'OCDE

Critère	Dimension d'évaluation	Note et appréciation
---------	------------------------	----------------------

Pertinence	Le concept* du projet est conforme aux cadres stratégiques de référence.	28 points sur 30
	Le concept* du projet répond aux besoins du/des groupe(s) cible(s).	28 points sur 30
	Le concept* du projet est conçu de manière à permettre la réalisation de l'objectif choisi pour le projet.	17 points sur 20
	Le concept* du projet a été adapté aux changements conformément aux prescriptions et réadapté si nécessaire.	19 points sur 20
Note et appréciation globales		Note : 92 points sur 100 Appréciation : Très bon résultat
*La « conception du projet » englobe l'objectif du projet et la théorie du changement (3) avec les extrants, les activités, les instruments et les hypothèses de résultats, ainsi que la stratégie de mise en œuvre (approche méthodologique, stratégie de renforcement des capacités, hypothèses de résultats, etc.)		

4.3 Efficacité

L'objet de la présente partie est d'analyser et d'évaluer l'efficacité du projet en examinant les dimensions d'évaluation de la matrice d'évaluation de la GIZ (voir annexe 1).

Base et conception de l'évaluation de l'efficacité

Dimension 1 : Le projet a atteint l'objectif (*outcome*) dans les délais conformément aux indicateurs de l'objectif du projet.

Base d'évaluation : L'évaluation de l'*outcome* du projet s'est basée sur une analyse de l'atteinte de l'objectif (*outcome*). Tout au long du projet, il est attendu que « l'approvisionnement de la population en services sanitaires, particulièrement concernant la santé reproductive et les droits sexuels » soit amélioré. L'*outcome* du projet est évalué sur la base de quatre indicateurs dont deux ne correspondent pas au niveau prévu. Pour cette raison, les évaluateurs ont ajouté deux indicateurs avec l'objectif de renforcer la base de preuve de l'*outcome* du CVolet A. Les quatre *outputs* sont évalués sur la base de neuf indicateurs.

Concept d'évaluation : L'analyse suit les questions d'évaluation et utilise les données du système de monitoring du projet.

Méthodes empiriques : Pour évaluer l'*outcome* du projet, l'équipe d'évaluation a utilisé les données secondaires disponibles dans la base de données du système de monitoring du projet. Une analyse des effets et changements a été effectuée en comparant la valeur des indicateurs au départ du projet et leur valeur actuelle. En outre, l'équipe d'évaluateurs a effectué les analyses supplémentaires suivantes pour déterminer plus précisément les résultats du Volet A et du Volet B :

1. Répétition d'un test des connaissances au niveau des agents de santé
2. Répétition d'un audit de 20 critères de qualité dans cinq USP soutenues par le projet

Outre l'analyse des données existantes, les évaluateurs ont procédé à la collecte de données primaires à travers :

- des entretiens individuels semi-structurés avec des acteurs clés institutionnels et communautaires ;
- des entretiens de groupe focalisés (*focus groups*) avec les populations bénéficiaires.

Dimension 2 : Les activités et *outputs* du projet contribuent de façon substantielle à l'objectif du projet.

Base d'évaluation : L'évaluation de la réalisation des *outputs* a été effectuée sur la base des indicateurs des *outputs* formulés. La deuxième base de l'évaluation qui concerne la contribution des *outputs* pour l'atteinte de l'objectif consiste en la théorie du changement et les quatre hypothèses présentées dans le chapitre 2.2.

Concept d'évaluation : L'analyse utilise les questions d'évaluation et applique les étapes de l'analyse des contributions notamment :

- Étape 1 : Définition de l'attribution à analyser
- Étape 2 : Précision du mécanisme de l'attribution en appliquant la théorie du changement
- Étape 3 : Collecte des évidences ou des contre-évidences entre les intrants, les *outputs* et l'*outcome*
- Étape 4 : Présentation de l'histoire de la contribution

Les évaluateurs aussi ont investigué sur les influences supplémentaires et les explications alternatives à l'attribution pour rendre l'histoire de la contribution plus solide.

Méthodes empiriques : L'équipe d'évaluation a eu recours à diverses méthodes de collecte des données :

- Analyse des données de monitoring
- Entretiens individuels semi-structurés
- Entretiens de groupe focalisés (*focus groups*)

Dimension 3 : Aucun résultat négatif ne s'est produit en lien avec le projet ; si des résultats négatifs se sont produits, ils ont été gérés adéquatement par le projet. Les résultats positifs supplémentaires (non convenus de manière formelle) ont fait l'objet d'un suivi et toutes les possibilités d'aboutir à d'autres résultats positifs ont été saisies.

Base d'évaluation : Les évaluateurs ont vérifié pendant la mission d'évaluation si des effets positifs ou négatifs inattendus supposés dans le rapport de démarrage ou autre ont matérialisé :

- des déséquilibres entre les promoteurs communautaires de SRDS soutenus par le projet et les agents de santé communautaire (ASC) et autres acteurs qui ont été exclus de ce soutien ;
- les interférences entre le niveau central et le niveau décentralisé à l'égard de la mise en œuvre d'un système d'assurance qualité ;
- le déséquilibre entre les USP pilotes et les autres USP non soutenues dans la région ;
- les représailles contre les jeunes filles-mères (Tantines) et leur travail de sensibilisation et de plaidoyer ;
- la mise à l'échelle de la promotion des jeunes filles-mères et le plaidoyer politique pour leur éducation continue.

Jusqu'à présent, deux études KOMPASS ont été réalisées, l'une sur l'assurance qualité et sa mise en œuvre dans les USP et l'autre sur les activités qui devraient conduire à une augmentation de l'utilisation des services de santé. Les études KOMPASS suivent un format très ouvert qui permet d'intégrer les perspectives du groupe cible dans le travail et le suivi du projet.

Concept d'évaluation : L'analyse suit les questions d'évaluation. En particulier, les évaluateurs feront attention à la manière dont le niveau périphérique interagit avec le niveau national à l'égard du système de l'assurance qualité, et comment les communautés ont réagi aux interventions du projet.

Méthodes empiriques : Les méthodes pertinentes pour cette dimension sont d'une part l'analyse des documents, en particulier des présentes études KOMPASS, et d'autre part les résultats des entretiens avec les

acteurs clés et des discussions de groupe avec les représentants des groupes cibles.

Analyse et évaluation de l'efficacité

Dimension 1 : Le projet a atteint l'objectif (*outcome*) dans les délais conformément aux indicateurs de l'objectif du projet.

Outcome :

L'approvisionnement de la population en services sanitaires est amélioré, prioritairement en services de santé reproductive et droits sexuels.

Pour évaluer la réalisation des objectifs au niveau des résultats, les indicateurs formulés pour le projet et deux indicateurs supplémentaires complétés par l'équipe d'évaluation ont été utilisés. L'évaluation de la réalisation des objectifs utilise les données à disposition de l'équipe d'évaluation à la fin du mois d'octobre 2020. Il est possible que des changements dans la réalisation des objectifs aient eu lieu au cours des deux mois restants de la durée du projet, qui ne sont pas documentés ici.

Indicateur *outcome* 1 :

Dans 90 % de 30 services sanitaires appuyés dans la région couverte par le projet, le personnel compétent (hommes et femmes) est disponible dans le domaine de la SRDS.

- Valeur de base : 0 de 30 ; Valeur cible : 27 (90 %) ; Valeur atteinte (au 23 octobre 2020) : 30 (111 %).
- Source : liste des participants aux formations en SSR et planification familiale, rapports de formation, base de données ProSanté.

Évaluation en vertu des critères SMART :

Pas assez SMART : Le niveau d'ambition de l'indicateur ne correspond pas à un indicateur *outcome*, mais plutôt au niveau de l'*output*. Il mesure plutôt le niveau d'*output* en n'exigeant que la participation à au moins deux cours de formation. La participation n'est pas une preuve d'amélioration des connaissances ni de leur application. Les préoccupations sont partagées par l'équipe de ProSanté.

Explication du niveau atteint :

L'indicateur mesure le pourcentage des formations sanitaires disposant d'au moins un membre du personnel ayant participé avec succès à au moins deux cours de formation dans les domaines de compétence ciblés par le projet (planning familial, infections sexuellement transmissibles, suivi de femmes enceintes ou santé reproductive et droits sexuels et des jeunes, etc.). Dans chaque USP ciblée par le projet, plusieurs agents ont participé aux formations sur le PF, les IST, les soins périnataux ou les services de soins obstétricaux et néonataux d'urgences (SONU).

Indicateur supplémentaire 1.1 :

Dans la répétition du post-test effectué en 2020, un échantillon représentatif des différentes catégories de participant-es à une formation en planification familiale et en soins pré-et post-nataux (CPN/CPoN) obtient un score qui atteint au moins 90 % du niveau du premier post-test en 2019.

- Valeur de base : Formation PF : 85 %, formation CPN/CpoN : 63 % ; Valeur cible : 90 % de la valeur de base ; Valeur atteinte (au 23 octobre 2020 : Formation PF : 91 %, formation CPN/CpoN : 98 %, en moyenne 95 %).
- Source : Résultats des post-tests répétés.

Explication du niveau atteint :

Sur 100 agents de santé formés par le projet, 18 ont pris part au post-test. Pour chaque personne, les résultats du pré-test et du premier post-test à la fin de la formation ont été rendus disponibles pour la formation en

planification familiale. Malheureusement, ces anciens résultats n'ont été rendus disponibles que pour 9 agents de santé à l'égard de la formation sur la CPN. Il ressort de la comparaison des données du pré-test et du post-test réalisés dans le cadre de l'évaluation que le niveau de connaissances des 9 participant·es a progressé de façon significative. En effet, alors qu'entre le pré-test et le premier post-test à la fin de la formation, on enregistre en moyenne une progression globale de seulement 1,48 %, entre le pré-test et le post-test réalisé en fin de projet lors de l'évaluation, la progression globale est en moyenne de 36,65 % avec un minimum de 20 % et un maximum de 50 %. On peut en déduire qu'avec le temps et la pratique, les connaissances des participant·es sont considérablement améliorées.

Indicateur *outcome* 2 :

L'effectivité du planning familial (mesurée en termes de « années de protection du couple » ; *couple years of protection*, CYP) parmi les femmes mariées de la tranche d'âge de 15 à 49 ans a augmenté à 231 147 années de protection du couple dans la région couverte par le projet.

- Valeur de base : 51 833 CYP ; Valeur cible : 231 147 CYP ; Valeur atteinte (au 23 octobre 2020) : 276 929 CYP
- Source : DHIS2

Évaluation en vertu des critères SMART :

Les CYP et la quantité totale de contraceptifs distribués au cours d'une période sont multipliées par le facteur de conversion associé à ce produit. Les facteurs inclus dans la conversion des CYP sont l'effectivité (toutes les méthodes), la durée d'utilisation (méthodes de longue durée, méthodes permanentes) et la fréquence d'utilisation (préservatifs, spermicides). L'indicateur est SMART sous réserve : il est plus indiqué pour le niveau *output* que le niveau *outcome* (USAID [2007]). Étant donné que les données collectées pour l'indicateur 3 du niveau *outcome* ne sont pas collectées systématiquement au niveau régional à Kara, il n'y a pas d'alternative à cet indicateur. Il faut l'utiliser tel quel.

Explication du niveau atteint :

Selon le DHIS2, l'indicateur cible de 231 147 CYP est dépassé de 45 782 CYP par le résultat de 276 929 CYP dans la région de Kara. Cependant, les chiffres collectés par ProSanté ne correspondent pas complètement aux chiffres du DHIS2, probablement en raison des mises à jour réalisées régulièrement par les centres. Selon le suivi du projet, la contribution des USP ciblées aux CYP de la région était à 19 % en 2018, à 31 % en 2019 et a encore baissé à 22 % dans les neuf premiers mois en 2020. En même temps, si on compare les mois de janvier à septembre dans les trois dernières années, l'ensemble des CYP de la région a augmenté de 39 041 en 2018 à 42 743 en 2019 (+ 9 %) et à 49 709 en 2020 (soit une hausse de 14 % de janvier à septembre). En comparaison, dans les USP ciblées l'indicateur CYP est passé de 7 354 en 2018 à 13 210 en 2019 (+ 44 %) et est passé à 10 884 en 2020 (soit une diminution de 21 % de janvier à septembre). En principe, l'indicateur est atteint, mais reste à savoir pourquoi la progression réalisée entre 2018 et 2019 dans les 30 USP ciblées n'a pas pu être consolidée entre 2019 et 2020, bien que la région dans l'ensemble ait réussi à augmenter les chiffres dans les mêmes conditions de pandémie de COVID-19. Selon l'équipe ProSanté, les avancées constatées par rapport aux indicateurs au niveau régional sont en partie dues aux nombreuses campagnes d'offre gratuite en PF faites dans le cadre de formations qui comprenaient également les USP non-ciblées, des suivis post-formation sur site, mais aussi les efforts de sensibilisation afin de stimuler la demande. En 2020, moins de formations et de visites de supervision sur site ont été organisées par le projet, car le personnel était déjà formé et la pandémie liée au COVID-19 a inhibé des interventions (Commentaire de la GIZ).

Indicateur *outcome* 3 :

Le taux de 31 980 accouchements assistés dans un service sanitaire par du personnel qualifié augmente pour passer à 64 %.

- Valeur de base : 18 334 sur 29 811 (61,5 %) ; Valeur cible : 20 467 sur 31 980 (64 %) ; Valeur atteinte (au 23 octobre 2020) : 62,3 %
- Source : DHIS2

Évaluation en vertu des critères SMART :

L'indicateur mesure le pourcentage de femmes ayant eu une naissance sous l'assistance du personnel de santé formé. Il est SMART selon les critères de l'Organisation mondiale de la santé (Global Health Observatory [2020]).

Explication du niveau atteint :

L'indicateur des accouchements assistés n'est pas encore complètement atteint, mais il peut l'être à la fin de l'année 2020. Si l'on estime que le nombre d'accouchements dans chaque district représente la moyenne des neuf mois précédents, on arrive à un taux de 63 % à la fin 2020. Néanmoins, le résultat dans la région est acceptable, car il faut considérer que le nombre d'accouchements dans les formations sanitaires a probablement été affecté négativement par la peur générée par le COVID-19.

Les résultats des USP ciblées par ProSanté montrent une diminution de 1,6 % des accouchements assistés entre 2018 et 2020 si l'on tient compte de toutes les 30 USP. Parmi les 30 USP, l'USP Kara Sud est devenue un centre COVID-19 où aucun accouchement assisté n'a été réalisé durant les derniers mois précédant l'évaluation. Deux USP cibles ont rencontré d'autres problèmes, p. ex. un toit perforé par les intempéries (USP Kpessidé) et la concurrence des USP soutenues par l'ONG Santé intégrée (USP Kidjaboun). Le projet aurait dû répondre à ces problèmes de qualité normaux. Si l'on ne prend en compte que 28 USP, on observe une augmentation de 0,3 % qui ne correspond pas à l'augmentation régionale de 1,9 % dans les mêmes conditions (sans les USP Kara Sud et Kidjaboun) pour toutes les formations sanitaires ou 2,9 % des formations sanitaires sans les structures plus grandes. Les motifs expliquant réellement la faible performance en accouchements assistés dans les USP ciblées restent encore à identifier.

Indicateur *outcome* 4 :

Vingt-cinq centres de santé (Unités de santé primaire 1) dans la région couverte par le projet mettent en place un système volontaire de gestion de qualité.

- Valeur de base : 0 centre de santé ; Valeur cible : 25 centres de santé ; Valeur atteinte (au 30 octobre 2020) : 30 USP
- Source : Rapports d'audits (auto-évaluation ou évaluation externe)

Évaluation en vertu des critères SMART :

L'indicateur mesure le nombre d'Unités de soins périphériques qui mettent en œuvre un système volontaire de gestion de la qualité. Une USP est comptabilisée comme ayant mis en place un système volontaire de gestion de la qualité lorsque ces quatre critères sont atteints :

- un cercle de qualité a été créé et formé et est fonctionnel. La fonctionnalité du cercle de qualité est atteinte lorsqu'il se réunit au moins cinq fois au cours d'un semestre ;
- des audits (évaluations externes ou auto-évaluations) trimestriels ont eu lieu pendant au moins quatre trimestres ;
- chaque trimestre, au moins deux mesures prévues dans les plans d'amélioration ont été mises en œuvre sur fonds propres, et ce pendant quatre trimestres ;
- la chronique de la qualité est maintenue à jour pendant au moins quatre trimestres

Il est SMART sous réserve : l'indicateur est plus approprié pour le niveau *output* que pour le niveau *outcome* (critère pertinence). « Mettre en place » ne signifie pas qu'une amélioration du niveau de qualité a été atteinte.

Explication du niveau atteint :

Cet indicateur est atteint malgré la situation difficile causée par le COVID-19. Toutes les USP ont réalisé des audits trimestriels, enregistré des améliorations et maintenu une chronique de la qualité. Le seul critère qui ait connu un succès de réalisation en dessous de 100 % est celui « les réunions des cercles de qualité ». Au deuxième semestre 2019 et au premier semestre 2020, respectivement 29 USP et 23 USP seulement se sont réunies presque mensuellement. Il faut toutefois prendre en compte l'effet profond de la pandémie de COVID-19 sur le travail des USP.

Indicateur additionnel 4.1 :

Cinq USP cibles sur 30 obtiennent un score équivalent ou supérieur au dernier audit dans 20 critères sélectionnés dans l'éventail des critères de qualité appliqués dans la région.

- Valeur de base : 16,5 points ; Valeur cible : 16,5 points ou plus ; Valeur atteinte : 17 points (103 %)
- Source : Audit des USP sélectionnées

Explication du niveau atteint :

Dans le cadre de l'évaluation du projet ProSanté, un audit externe de cinq formations sanitaires pilotes a été réalisé sur la base de sept dimensions (efficacité, sûreté, priorité sur la personne, soins équitables, soins intégrés et efficience) et de 20 critères.

Dans l'ensemble, toutes les formations sanitaires auditées présentent des performances nettement supérieures à la moyenne. Trois formations sanitaires auditées (60 % des centres audités) ont connu une progression, la formation sanitaire (20 % des centres audités) est restée stationnaire tandis qu'une autre (20 % des centres) a légèrement régressé (de 0,5 point). Mais l'analyse comparative des performances des cinq USP pilotes et des trois USP témoins montre un contraste saisissant qui dénote des effets probables du projet sur les performances des premières.

Le projet obtient 38 points sur 40 dans la dimension 1 (niveau atteint par les indicateurs).

Dimension 2 : Les activités et *outputs* du projet contribuent de façon substantielle à l'objectif du projet.

Les indicateurs de résultats du projet étaient tous SMART et sont donc présentés dans le tableau ci-dessous en fonction de leur réalisation :

Tableau 3: Le niveau d'atteinte des indicateurs des *outputs* du projet

Output A : Des éléments de la gestion de la qualité sont introduits dans les services sanitaires de la région couverte par le projet		
Indicateur output A.1		
Dans 75 % des 30 services sanitaires appuyés, au moins trois mesures concernant des éléments de gestion adaptée de la qualité sont mises en œuvre.		
Valeur de base : 0 mesure	Valeur cible : 3 mesures dans 75 % de 30 USP (23 USP)	Valeur atteinte (au 30 octobre 2020) : 3 mesures dans 30 USP (133 %)
Source de vérification : Rapports des USP		
Explication du niveau atteint :		
Au deuxième trimestre (T2) 2019, seules 8 USP ont réalisé 3 mesures d'amélioration de la qualité. Vingt-deux USP en ont réalisé 2. À partir du troisième trimestre (T3) 2019, toutes les USP ont réalisé au moins 3 mesures : la plupart (27 USP) ont réalisé 4 mesures tandis que 2 USP en ont réalisé 5. Au quatrième trimestre (T4) 2019, la plupart des USP (21) ont réalisé 5 mesures. Cette situation a changé de nouveau en 2020 avec la plupart des USP réalisant quatre mesures (28 au T1/2020 et 23 au T2/2020).		
Indicateur output A.2		
Dans 25 services sanitaires, des mesures d'amélioration, basées sur l'auto-évaluation de l'équipe, sont mises en œuvre selon les ressources disponibles localement (p. ex. amélioration de la confidentialité des consultations, élargissement de l'offre des services de SRDS).		
Valeur de base : 0 USP	Valeur cible : 25 USP	Valeur atteinte (au 30 octobre 2020) : 30 USP
Source de vérification : Rapports des USP, enquête parmi les utilisateurs		
Explication du niveau atteint :		
À partir de T2/2019, toutes les USP ont réalisé plus de deux recommandations de leur auto-évaluation ou d'un audit externe. Le nombre moyen d'activités nécessaires à la réalisation des recommandations est passé de 14,7 au T2/2019 à 9,2 au T2/2020.		
Output B : La coopération entre services sanitaires et société civile dans le domaine de la santé reproductive et des droits sexuels ainsi qu'en ce qui concerne les thèmes annexes renforce la		

confiance accordée aux prestations de service		
Indicateur output B1 12.907 femmes enceintes sur 35 852 (soit 36 %) bénéficient chacune de quatre visites de consultations prénatales.		
Valeur de base : 10 261 femmes enceintes sur 33 425 (30,7 %)	Valeur cible : 12 907 femmes enceintes sur 35 852 (36 %)	Valeur atteinte (au 30 septembre 2020) : - Région : 10 332/34 223 (30,2 %) en 2018, 12 516/35 031 (35,7 %) en 2019, 10 910/26 887 (40,6 %) - USP ciblées : 2 391 (29,4 %) en 2018, 2 788 (33,5 %) en 2019, 2 762/6 743 (41 %)
Source de vérification : Pour la région les données du DHIS 2, pour les USP les données de population des DPS		
Explication du niveau atteint : ProSanté a mesuré toutes les CPN sans suivre le calendrier recommandé. En principe, la première CPN, qui doit se tenir le plus tôt possible dans la grossesse, et la quatrième CPN, dans les quatre dernières semaines de grossesse, sont les plus importantes, mais le système de suivi de ProSanté n'en tient pas compte. L'indicateur est atteint à plus de 100 %. Une extrapolation basée sur des moyennes pour les mois de janvier à septembre 2020 suggère que les USP ont réussi à augmenter le taux de recours à la CPN au-delà de l'augmentation réalisée par la région dans son ensemble.		
Indicateur output B2 Dans cinq districts sanitaires, des approches d'amélioration des soins de santé sont discutées entre services sanitaires et organisations importantes de la société civile lors des rencontres semestrielles de coordination.		
Valeur de base : 0 réunion	Valeur cible : réunions semestrielles dans 5 districts de santé en 2019 et 2020 (20 réunions)	Valeur atteinte (au 30 octobre 2020) : - S1/2019 : 7 réunions = 140 % - S2/2019 : 4 réunions = 80 % - S1/2020 : 1 réunion = 20 % - T1-T3/2020 : 0 réunion = 0 % - Résultat moyen de 60 %
Source de vérification : Documentation du projet		
Explication du niveau atteint : Au cours du projet, le nombre ciblé de cinq réunions d'échange entre le DPS et la société civile n'a été atteint ou dépassé qu'une seule fois au cours du S1/2019. Depuis mi-2019, ces réunions n'ont été instituées que dans quatre districts. En 2020, aucune réunion n'a pu avoir lieu, certainement en raison de l'interdiction de réunions liée au COVID-19.		
Output C : Les bases conceptuelles visant le renforcement du système de santé au niveau national sont disponibles		
Indicateur output C.1 Un concept de la gestion de qualité est convenu pour le secteur de la santé.		
Valeur de base : 0	Valeur cible : 1	Valeur atteinte (au 30 octobre 2020) : 1
Source de vérification : Publication du concept		
Explication du niveau atteint : Le concept a été validé et disséminé.		
Indicateur output C.2 : Un concept de planification des besoins en personnel et de leur développement dans le secteur de la santé comme contribution à la stratégie de développement du personnel du Plan national de développement sanitaire (PNDS) est élaboré.		
Valeur de base : 0	Valeur cible : 1	Valeur atteinte (au 30 octobre 2020) : 1
Source de vérification : Publication du concept		
Explication du niveau d'atteinte :		

Le concept est disponible. Cependant, le guide national relatif à la mobilité des ressources humaines de santé, qui était également en développement, attend encore l'autorisation finale du ministre de la Santé pour sa mise en exécution. Par conséquent, ProSanté et la DRH n'ont pas encore pu travailler sur sa mise en œuvre.		
Indicateur output C.3		
Dans le secteur sanitaire, une stratégie d'adaptation au changement climatique est élaborée en coopération avec le partenaire, en tenant compte des processus nationaux et internationaux d'adaptation.		
Valeur de base : 0	Valeur cible : 1	Valeur atteinte (au 30 octobre 2020) : 1
Source de vérification : Publication de la stratégie		
Explication du niveau d'atteinte :		
La stratégie est disponible. En termes de qualité, il était important que les acteurs multidisciplinaires soient impliqués et que la stratégie soit en adéquation avec le plan national et les orientations globales.		
Output D : La capacité de riposte du pays au COVID-19 est renforcée.		
Indicateur output D.1		
Un laboratoire antenne de l'Institut national de l'hygiène (INH) est mis en place à Kara et rendu fonctionnel pour réaliser en moyenne 800 tests de dépistage du SARS-CoV-2 par semaine.		
Valeur de base : pas de laboratoire	Valeur cible : un laboratoire fonctionnel pour réaliser 800 tests RT-PCR par semaine	Valeur atteinte (au 30 octobre 2020) : 1 laboratoire fonctionnel
Source de vérification : Visite et documentation des examens du laboratoire		
Explication du niveau atteint :		
Le laboratoire existe et il est fonctionnel, bien qu'il n'ait pas été possible de vérifier s'il peut produire un tel nombre de tests hebdomadaires requis. Ce chiffre dépend de la dynamique de la pandémie : si elle s'affaiblit, réaliser autant de tests n'a pas de sens. On ne peut donc qu'estimer que le laboratoire est en mesure de faire 800 tests sans pouvoir en apporter la preuve.		
Indicateur output D.2		
3.500 acteurs clés de la communauté à Kara et Lomé reçoivent une formation approfondie sur les mesures barrières et les symptômes du COVID-19.		
Valeur de référence : Aucun acteur clé n'a reçu de formation approfondie	Valeur cible : 3 500 acteurs clés	Valeur atteinte : 3 719 acteurs clés
Source de vérification : Documentation du projet		
Explication du niveau atteint :		
Le projet a mesuré qu'un nombre suffisant de personnes ont été sensibilisées au COVID-19. Par manque de temps, il n'a pas été possible de vérifier si la sensibilisation a mené à un changement de comportement. Un tel effet ne peut être observé que par le biais d'une enquête sur les connaissances, les attitudes et les pratiques.		

Analyse de contribution

L'assurance qualité dans le domaine des soins de santé est un domaine holistique, allant du niveau politique au niveau macro, en passant par le niveau institutionnel et individuel. Pour améliorer la qualité des services de santé, il faut non seulement renforcer les capacités, mais aussi investir dans les infrastructures, la sécurité et la gestion de l'approvisionnement en produits médicaux, le financement et les réseaux. Par exemple, les agents de la santé ne doivent pas seulement savoir en théorie et en pratique comment fournir leurs services, ils doivent également disposer des outils appropriés pour en assurer une bonne qualité. Cette complexité est reprise par l'hypothèse H1 :

La qualité des prestations de soins s'améliore dans les USP cibles grâce à la formation du personnel (H1a), la mise en place d'un système d'assurance qualité (H1b), l'amélioration de l'équipement (H1c), la disponibilité de produits de qualité (H1d) et l'engagement des acteurs à tous les niveaux (H1e).

Dans ses activités, le projet se concentre sur la formation du personnel (H1a), le développement de structures

systémiques d'assurance qualité (H1b), l'amélioration de l'infrastructure et de l'équipement (H1c), et l'implication des acteurs clés (H1e). Les autres domaines ne sont abordés qu'en termes d'activités. L'équipe d'évaluation s'est donc concentrée sur ces trois sous-hypothèses dans le CVolet A, d'autant plus que le renforcement des capacités est d'une grande valeur dans la coopération au développement et que la mise en place des structures systémiques et la participation de divers acteurs créent des liens avec les Champs d'action B et C dans une approche multiniveaux et multiacteurs.

La dimension de la demande dans le Volet B est aussi complexe que le premier Volet. Son objectif prévoit qu'une coopération plus étroite entre les services de santé et la société civile permettra d'accroître la confiance dans les services de SRDS. Sachant que les interventions mettent l'accent sur l'approche entre pairs, la formation et la communication (de masse), l'hypothèse H2 est la suivante :

La promotion et la vulgarisation des services SSR/PF par les OSC et les organisations à base communautaire contribuent à l'augmentation de leur utilisation par les populations.

La question est de savoir si cela suffit ou si d'autres impulsions sont nécessaires pour ébranler les fondements de l'inégalité entre les sexes qui empêche les femmes, par exemple, de décider librement de leur contraception ou entrave leur capacité à financer une consultation prénatale au centre de santé. Cependant, comme la durabilité du changement social en dépend, l'hypothèse H2 semble centrale pour cette évaluation.

Le Togo est un pays à administration centralisée, le projet lui-même opère dans une large mesure dans l'une des sept régions. La logique de la conception du projet suppose que les cadres gouvernementaux sont essentiels pour progresser dans la périphérie vers l'objectif défini. C'est ce que l'hypothèse H3 vise à exprimer et à vérifier : les conceptions visées comme celles sur la qualité, la planification des ressources humaines et l'adaptation au changement climatique servent de préalables à l'amélioration des soins de santé, y compris la SRDS.

Les activités relatives au COVID-19 ont été mises en œuvre dans une situation d'urgence, d'incertitude et de manque de clarté quant à la ligne de conduite à adopter. Il a été supposé qu'une bonne riposte au virus SARS-CoV-2 devait inclure l'amélioration des capacités diagnostiques et médicales, la sensibilisation de la population et une bonne coordination par le gouvernement des interventions des partenaires.

Plus de 100 % des résultats ont été atteints, en particulier dans les composantes où le projet a un très grand impact technique. Dans le Volet A, la contribution du projet doit prendre en compte les autres organisations comme l'ONG Santé intégrée qui, dans la région, ont prodigué des conseils sur la qualité, introduit des outils de gestion de la qualité, rénové et équipé des structures de santé, fourni des produits médicaux et des médicaments et formé du personnel. Conformément à sa théorie du changement, le projet a travaillé sur plusieurs de ces thèmes. En fournissant des conseils techniques sur la démarche qualité et en mettant en place des outils de qualité, ProSanté a été le soutien direct et unique de la région. Le projet n'a pas été impliqué dans la rénovation des USP, et n'a pas non plus fourni de dispositifs médicaux ou de médicaments, mais a indirectement contribué à une meilleure gestion des soins par le biais de la formation. L'implication du projet dans la formation a été très forte, mais pas unique.

À Kara, l'approche de l'assurance qualité a été développée avec les autorités locales et pilotée dans 30 USP. Plusieurs interlocuteurs ont confirmé que les USP soutenues par ProSanté ont fait des progrès évidents en termes de qualité et se distinguent des autres USP de la région. « Les succès sont visibles sur le terrain », c'est ainsi qu'une personne interrogée résume, avec raison, les succès de ProSanté (Int_1 avec les partenaires sanitaires). Les partenaires interrogés ont particulièrement souligné la contribution du projet au renforcement des capacités du personnel de santé, à l'amélioration des équipements de l'USP et aux changements positifs dans les processus de soins aux patients. Certaines personnes interrogées ont également trouvé important que les COGES soient renforcés en tant que partenaires qualifiés dans la gouvernance des soins primaires (Int_2, 3, 9, 14, 15, 28, 29, 31, 33, 37, 38, DisG 8, 9 avec les partenaires

sanitaires, la société civile, la coopération allemande).

Dans le Volet B, le projet n'a pu atteindre que 81 % du succès visé. Selon l'hypothèse développée pour ce volet, la demande et donc le recours aux services de santé reproductive et sexuelle augmenteront si le groupe cible est suffisamment informé et sensibilisé. Toutefois, ce recours est également influencé par d'autres facteurs culturels et les éventuels obstacles financiers. Dans la région de la Kara, la stimulation de la demande est soutenue par le gouvernement lui-même et par l'ONG Santé intégrée, compagnon d'armes et homologue influent qui se concentre principalement sur l'amélioration de l'accès financier par le biais de services gratuits.

Dans le cadre du projet, la tâche d'information et de sensibilisation est assurée, d'une part, par des organisations communautaires. Les Clubs de mères et les Papas champions complètent habilement l'action de la défense des droits des filles et des jeunes femmes qui tombent enceintes à un âge précoce. À cet égard, non seulement les Tantines défendent toute femme ayant contracté une grossesse non désirée, mais les parents de la jeune fille sont également impliqués dans le conseil familial. D'autre part, plusieurs ONG sont impliquées dans la sensibilisation par le biais de divers canaux de communication, notamment le cinéma et la radio. Le lien avec les établissements de soins de santé primaires est assuré par des réunions d'échange régulières. En outre, le projet vise à sensibiliser les filles et les jeunes femmes à leurs droits par l'intermédiaire de l'ONG GF2D.

ProSanté atteint 20 % des USP de la région grâce à son initiative intégrée de qualité et de SRDS. Les organisations communautaires travaillent toutes autour de ces USP. Ainsi, la contribution du projet aux indicateurs régionaux inclus dans la collecte de données nationales peut être estimée à 40 à 50 % maximum. Néanmoins, le projet a pu obtenir de bons résultats sur certains indicateurs, tels que le recours aux soins prénataux et au planning familial. Un autre indicateur – le nombre de naissances assistées – n'a pas pu être amélioré dans la mesure prévue. Par ailleurs, la coordination et la coopération entre le système de soins de santé primaires au niveau du district et les institutions de la société civile travaillant sur la SRDS n'ont pas été pleinement réalisées. Ces deux indicateurs ont été affectés par la pandémie de coronavirus : la crainte de la pandémie a certainement conduit en partie à des visites moins fréquentes dans les centres de santé, même en cas d'accouchement. Les réunions d'échange, comme entre l'USP et les COGES ou les Tantines, ont également été totalement interdites pendant les premières semaines du confinement. Au niveau communautaire, la représentation juridique et sociale et la visibilité des filles et des jeunes femmes ont été particulièrement appréciées par les interlocuteurs (Int_30, 38, 17, DisG_3 avec la société civile, la coopération allemande et les bénéficiaires). Des méthodes traditionnelles et modernes ont été utilisées aux fins de la sensibilisation, et les vidéos ont été mises en avant comme étant particulièrement engageantes (Int_25, 21 avec la société civile et les bénéficiaires). La disponibilité de sages-femmes formées et d'agents de santé expérimentés a également été très appréciée (Int_25, 26, 27 avec les partenaires sanitaires et bénéficiaires). Les obstacles à la réalisation des objectifs sont souvent des structures et des coutumes culturelles, comme le fait qu'une femme enceinte n'est pas autorisée à traverser une rivière (DisG_8, 9 avec les bénéficiaires). Les femmes enceintes dans les villages ont des accoucheuses traditionnelles comme personnes de contact et accompagnantes. Les autorités de district considèrent qu'elles ont une grande influence sur la décision d'accoucher dans l'USP ou à domicile. Il est jugé utile qu'à l'avenir, elles participent au projet (Int_18, 22 avec les partenaires sanitaires). Il est également fait référence aux coûts liés à l'accouchement dans l'USP, qui sont trop élevés pour certaines femmes enceintes (Int_17, 24 avec société civile).

La contribution du projet à la réalisation des indicateurs du Volet C, en revanche, est très prononcée. Grâce à son travail de conseil directement dans les ministères respectifs, le projet a pu influencer directement la rédaction des documents stratégiques sur la qualité, les ressources humaines et l'adaptation au changement climatique. Dans le domaine de l'adaptation au changement climatique, la contribution du projet a même été décrite comme déterminante par un partenaire international (Int_23 avec la société civile). En ce qui concerne l'adoption des documents et leur mise en œuvre, le projet arrive aux limites de son influence et de sa portée. Jusqu'à présent, par exemple, l'adoption du plan de mobilité par le gouvernement n'a pas été un succès,

malgré le suivi régulier effectué dans le cadre du projet pour faire avancer ce dossier (Int_7 avec partenaires sanitaires).

La contribution de ProSanté à la réalisation des objectifs du Volet D n'a représenté qu'une partie de l'engagement de l'aide internationale dans la crise du coronavirus. L'incertitude générale et le manque de clarté quant à la bonne marche à suivre ont également affecté le projet. Le projet s'est efforcé de mettre en œuvre les souhaits du MSHPAUS du Togo tout en utilisant au mieux ses propres possibilités. On peut dire ici que la contribution du projet à l'indicateur 1 a été plutôt plus importante. En ce qui concerne l'indicateur de sensibilisation, en revanche, la contribution du projet est difficile à évaluer. Au moins dans la région de Kara, l'objectif visant à informer la population est considéré comme un succès (Int_16, 4 avec les partenaires sanitaires et la société civile).

Sur la base de l'analyse précédente, le projet se voit attribuer 28 points sur 30 dans la dimension 2 (contribution à la réalisation des objectifs).

Dans le tableau suivant, les indicateurs sont affectés aux champs d'action respectifs. Dans plusieurs indicateurs, l'objectif « pleinement atteint » a ainsi dépassé 100 %. La colonne « Pourcentage atteint en fonction des points de pourcentage exacts » reflète cette situation. Toutefois, comme certaines unités de base, comme le nombre des USP, étaient très petites, un résultat supérieur à 100 % pouvait facilement être atteint en comparaison à la valeur cible. Par conséquent, une deuxième colonne plus expressive plafonne le niveau de réalisation de l'objectif à 100 %. Le projet a dépassé ses objectifs à de nombreux égards et a atteint 95 % en général. Dans l'ensemble, le résultat se présente comme suit :

Tableau 4: L'attribution des indicateurs aux volets

Volets et attribution des indicateurs	Résultats atteints (pourcentages exacts)	Résultats atteints avec un plafond à 100 %
Volet A : Amélioration de la qualité Indicateurs : <i>Outcome</i> 1, 1.1, 4, 4.1 et <i>output</i> A1, A2	126 %	100 %
Volet B : Augmentation de la demande Indicateurs : <i>Outcome</i> 2, 3 et <i>output</i> B1, B2	95 %	81 %
Volet C : Renforcement du système de santé Indicateurs : <i>Output</i> C1, C2, C3	100 %	100 %
Volet D : Riposte au COVID-19 Indicateurs : <i>Output</i> D1, D2, C3	103 %	100 %
Pourcentage d'atteinte en moyenne	106 %	95 %

Dimension 3 : Aucun résultat négatif ne s'est produit en lien avec le projet ; si des résultats négatifs se sont produits, ils ont été gérés adéquatement par le projet. Les résultats positifs supplémentaires (non convenus de manière formelle) ont fait l'objet d'un suivi et toutes les possibilités d'aboutir à d'autres résultats positifs ont été saisies.

Jusqu'à présent, le projet a eu des résultats positifs inattendus. Il a été confirmé par plusieurs sources que l'engagement des Tantines et d'autres organisations en faveur des droits et de l'avenir des jeunes filles et femmes tombées enceintes involontairement en a conduit certaines à poursuivre leur carrière scolaire (Int_33, DisG_2 avec les bénéficiaires). En outre, les abus et les viols seraient plus fréquemment signalés (Int_30, 26 avec les bénéficiaires et la société civile). Dans le domaine de l'amélioration de la qualité, les interventions du projet ont représenté une certaine motivation pour quelques USP non soutenues. Cependant, d'autres qui ont été frustrées du manque de soutien (Int_9, 22 avec les partenaires sanitaires). Il a également été fait mention d'une surcharge du personnel de santé de l'USP soutenue qui résulte des exigences de qualité (Int_18 avec

les partenaires sanitaires). Le projet doit notamment tenir compte des effets négatifs potentiels, qui ne sont pas vraiment significatifs. Par conséquent, le projet reçoit 28 points sur 30 dans la dimension 3 (effets positifs/négatifs inattendus).

Résumé

Le projet a atteint 95 % de ses indicateurs. Les indicateurs de résultats sur la qualité, y compris les indicateurs supplémentaires suivis par l'équipe d'évaluation, ont été entièrement atteints. Les indicateurs relatifs à l'utilisation des contraceptifs et à l'accouchement assisté ont obtenu des valeurs plus faibles que celles prévues (dimension 1 : 38 points sur 40). À l'exception du Volet B, les indicateurs ont été atteints à 100 % dans tous les volets. La réalisation des objectifs du Volet B a été réduite, car l'augmentation du nombre de naissances assistées n'a pas été aussi élevée que prévu. En outre, certaines réunions d'échange entre les groupes communautaires et l'USP n'ont pas pu être réalisées. Les deux résultats quelque peu décevants peuvent avoir été influencés par la crise du coronavirus. La contribution de ProSanté à la réalisation des objectifs est considérée comme élevée pour les Volets A et C. Cependant, pour la santé reproductive et les droits sexuels dans la région de Kara (Volet B), le gouvernement lui-même et plusieurs autres partenaires de développement y travaillent également. La contribution du projet n'est donc ici que partielle. C'est aussi le cas pour le Volet D. La contribution est ici mieux évaluée pour le renforcement des diagnostics et moins pour la sensibilisation de la population (dimension 2 : 28 points sur 30). Le projet a obtenu un résultat imprévu du fait que certaines des Tantines ont repris et poursuivent leur scolarité avortée. Cependant, la sélection de seulement 30 USP sur 168 dans la région (soit environ 17 %) a également contribué à un certain déséquilibre et à une certaine frustration (dimension 3 : 28 points sur 30). Dans l'ensemble, ProSanté a obtenu 94 points sur 100 pour le critère de l'efficacité, un très bon résultat.

Tableau 5 : Notation du critère d'efficacité du CAD de l'OCDE

Critère	Dimension d'évaluation	Note et appréciation
Efficacité	Le projet a atteint l'objectif (réalisation) dans les délais, conformément aux indicateurs de l'objectif du projet*.	38 points sur 40
	Les activités et les extrants du projet ont contribué de manière substantielle à la concrétisation de l'objectif du projet (réalisation)*.	28 points sur 30
	Aucun résultat négatif ne s'est produit en lien avec le projet ; si des résultats négatifs se sont produits, ils ont été gérés adéquatement par le projet. Les résultats positifs supplémentaires (non convenus de manière formelle) ont fait l'objet d'un suivi et toutes les possibilités d'aboutir à d'autres résultats positifs ont été saisies.	28 points sur 30
Note et appréciation globales		Note : 94 points sur 100 Appréciation : Très bon résultat
*La première et la deuxième dimensions d'évaluation sont interconnectées : si la contribution du projet à la réalisation de l'objectif est faible (deuxième dimension d'évaluation), cela doit également être pris en compte pour l'évaluation de la première dimension.		

4.4 Impact

L'objet de la présente partie est d'analyser et d'évaluer l'impact du projet en examinant les dimensions d'évaluation de la matrice d'évaluation de la GIZ (voir annexe 1).

Base et conception de l'évaluation des impacts

Dimension 1 : Les résultats de développement recherchés se sont produits ou vont se produire

Base d'évaluation : Le gouvernement togolais s'est joint à diverses initiatives internationales visant à améliorer la santé maternelle et infantile. Dans son plan d'action national budgétisé (PANB), le renforcement de la demande de services de SRDS et la promotion d'une offre de qualité et de l'accès à ces services sont deux des cinq objectifs. En outre, en signant le Partenariat international pour la santé (IHP+), le Togo a décidé d'améliorer la coordination dans le secteur de la santé. La santé est également un élément clé de la stratégie de croissance accélérée et de la promotion de l'emploi (SCAPE) et du Plan national de développement (PND).

L'objectif de développement (à long terme) du programme réalisé ensemble par la GIZ et la KfW est ainsi libellé : la santé de la population togolaise est améliorée, particulièrement dans le domaine des services de SRDS. L'impact du programme a été évalué au travers de trois (3) indicateurs formulés dans la matrice de résultats du programme :

- Le taux de mortalité maternelle baisse à 250/100 000 des naissances vivantes.
- Le taux de mortalité des nouveau-nés baisse à 17/1 000 des naissances vivantes
- La prévalence contraceptive (méthodes modernes) augmente à 35,5 %.
-

Le monitoring de ces indicateurs utilise le monitoring national.

Concept d'évaluation : Une déclaration concernant l'impact s'appuie sur le monitoring national et les estimations personnelles des acteurs clés du gouvernement et de la société civile. L'évaluation de la réalisation de l'impact du programme ne peut être faite que dans une mesure limitée, car le succès du projet de coopération financière doit également être pris en compte ici, mais il dépasse le cadre de la présente évaluation. En outre, au niveau national et régional, les activités des autres partenaires et organisations doivent être prises en compte. La nécessaire analyse systématique de la contribution du projet est décrite en détail dans la section « Dimension 2 ».

Méthodes empiriques : Les méthodes pertinentes pour cette dimension sont d'une part l'analyse des documents et des données de monitoring, et d'autre part les résultats des entretiens avec les acteurs clés et des discussions de groupe avec les représentants des groupes cibles.

Dimension 2 : L'atteinte de l'objectif obtenu par le projet a contribué aux résultats de développement recherchés ou qui se sont produits

Base d'évaluation : Les hypothèses formulées pour l'évaluation peuvent être étendues pour illustrer la logique de la conception du projet par rapport au but du programme – l'amélioration de la santé de la population togolaise et principalement de la santé reproductive et des droits sexuels :

- La santé reproductive et les droits sexuels de la population togolaise s'amélioreront si des services de santé de meilleure qualité sont fournis.
- La santé reproductive et les droits sexuels de la population togolaise s'amélioreront si la population, et en particulier les groupes cibles des filles et des femmes, est mieux informée sur le sujet et a suffisamment confiance dans les services.
- La santé de la population togolaise s'amélioreront si le gouvernement pose les bases nécessaires dans

différents domaines de gestion.

Pendant la durée du projet, le facteur perturbateur qu'a représenté la pandémie de SARS-CoV-2 a fait passer au second plan les hypothèses et la planification des objectifs du gouvernement. La réponse à la pandémie est devenue une priorité, ce qui peut fausser l'évaluation de la contribution du projet à l'amélioration des services de SRDS. Cependant, le soutien supplémentaire du BMZ à la réponse du MSHPAUS au COVID-19 créera au moins un autre levier pour le projet d'amélioration de la santé de la population togolaise.

Concept d'évaluation :

L'analyse des contributions est appliquée dans ce contexte. L'étape 1 définit les questions d'attribution qui se posent dans la logique de changement indiquée par les hypothèses ci-dessus :

- Comment la qualité globale des services de SRDS à Kara s'est-elle améliorée et quelle est la contribution de l'intervention du projet à cet égard ?
- Comment les indicateurs sur les services de SRDS dans la région ont-ils évolué au cours des deux dernières années et peut-on identifier une différence entre les zones de projet et les zones non couvertes par le projet ?
- Y a-t-il des indications que les femmes et les filles de la région du projet ont vu leur position socio-économique renforcée par l'impact du projet ?
- Le projet a-t-il facilité l'accès aux services de SRDS ?
- Le projet a-t-il contribué à la mise en place d'un cadre politique favorable au niveau national ?

L'étape 2 consistera ensuite à analyser et à documenter les mécanismes d'effets nécessaires par lesquels le projet a potentiellement contribué à un changement particulier.

Dans l'étape 3, les activités, les résultats et les effets du projet sont ensuite placés dans ce contexte. Ce faisant, les lacunes en matière d'attribution peuvent également être identifiées.

À partir de toutes ces informations, la contribution du projet au changement social, l'évolution des indicateurs et la réalisation des engagements internationaux seront évaluées à l'étape 4. Cependant, il faut s'attendre à ce qu'en raison de la courte période de mise en œuvre active du projet jusqu'à présent, la base des preuves des attributions possibles manque de solidité.

Méthodes empiriques : Les méthodes pertinentes pour cette dimension sont d'une part l'analyse des documents, et d'autre part les résultats des entretiens avec les acteurs clés et des discussions de groupe avec les représentants des groupes cibles.

Dimension 3 : Aucun résultat indirect (impact) négatif ne s'est produit en lien avec le projet ; si des résultats négatifs se sont produits, ils ont été gérés correctement par le projet.

Les résultats indirects (impact) positifs supplémentaires (non convenus de manière formelle) ont fait l'objet d'un suivi et toutes les possibilités d'aboutir à d'autres résultats positifs ont été saisies.

Base d'évaluation : Au niveau de l'impact, Le projet n'a identifié les résultats indirects ni négatifs ni positifs. Un certain nombre d'effets potentiels indirects ont été supposés dans le rapport de démarrage. Ces suppositions doivent être identifiées ou vérifiées lors des entretiens individuels et des discussions en groupe.

Concept d'évaluation : L'analyse suit les questions d'évaluation dans une approche d'appréciation exploratoire.

Méthodes empiriques : Les méthodes pertinentes pour cette dimension sont les entretiens avec les acteurs clés et les discussions de groupe avec les représentants des groupes cibles.

Analyse et évaluation de l'impact

Dimension 1 : Les résultats de développement recherchés se sont produits ou vont se produire

Par sa conception, le projet a un potentiel d'impact très complet sur le système de santé togolais et sur la santé reproductive et les droits sexuels de la population togolaise. Il est également possible, du moins en théorie, que le projet ait un impact sur les facteurs socio-économiques liés à la position des femmes dans la société togolaise. Enfin, le projet aborde également l'aspect écologique et pourrait conduire à une plus grande sensibilisation aux mécanismes du changement climatique. En ce qui concerne les classifications de la coopération allemande au développement et de l'ODD, le projet vise à long terme les aspects suivants :

- amélioration de la santé et du bien-être de la population togolaise (ODD 3) et notamment de la santé maternelle (ODD 3.1), de la santé du nouveau-né (ODD 3.2), de la réduction des maladies transmissibles (ODD 3.3), du renforcement des services de SRDS (ODD 3.7), de l'amélioration de la planification des ressources humaines (ODD 3.c) et du renforcement de la réponse aux risques sanitaires internationaux (ODD 3.d). Ces objectifs sont également reflétés dans le code RMNCH-2 du CAD et du BMZ ;
- amélioration de l'accès à l'éducation des filles et des jeunes femmes (ODD 4.1) et sensibilisation aux questions de développement durable telles que le droit à la santé ;
- renforcement de l'égalité des droits des femmes conformément au code GG-1 du CAD et du BMZ ;
- renforcement de l'adaptation au changement climatique (ODD 13). Ceci est également exprimé dans l'identification KLA-1 du CAD et du BMZ ;
- renforcement de la paix et de la justice (ODD 16) ainsi que de la bonne gouvernance, conformément au code PD/GG-1 du CAD et du BMZ.

L'impact concret du projet est difficile à mesurer, car il n'est actif que depuis une période relativement courte, soit depuis janvier 2018 à Lomé au niveau ministériel et depuis novembre 2018 dans la région de Kara. Les objectifs à long terme à atteindre entre juillet 2017 et juin 2020 permettant de mesurer l'impact sont les objectifs du programme : réduire la mortalité maternelle et la mortalité néonatale et accroître la disponibilité des contraceptifs.

- Indicateur 1 : Nombre de décès maternels pour 100 000 naissances vivantes au Togo
- Base de référence (2013) : 401/100 000 ; Objectif (2022) : 250/100 000 (PNDS 2017-2022).
- Valeurs déclarées : 2018 – 401/100 000 ; 2019 – 401/100 000 ; 2020 : pas encore disponible.

En ce qui concerne la mortalité maternelle, la situation des données au Togo est très mauvaise. En réponse à une mortalité élevée, le Togo a redoublé d'efforts pour améliorer la couverture des services de soins obstétricaux et néonataux d'urgences (SONU) depuis 2013. Un rapport commandé par le Fonds des Nations unies pour la population (UNFPA) a cartographié cette offre dans tout le pays (Agbigbi, Y. *et al* [2020]). Il existe actuellement 25 maternités fonctionnelles qui couvrent 71 % de la population. L'objectif est de porter ce chiffre à 80 %. Les compétences professionnelles du personnel constituent un défi majeur. Le rapport a également souligné la nécessité d'une action spécifique en ce qui concerne les soins de base, le SONU, car les USP manquent d'infrastructures, d'équipements et de laboratoires pour les paramètres de base (Agbigbi, Y. *et al* [2020]). Le gouvernement du Togo prend des mesures dans la bonne direction pour réduire la mortalité maternelle. À partir de janvier 2021, les soins maternels et infantiles seront en grande partie gratuits (Int_38 avec GIZ). Cela permettrait au moins de réduire les obstacles économiques à leur utilisation. GIZ et KFW font leur part pour améliorer les structures sanitaires en termes d'équipement et d'infrastructure (KFW) et, par exemple, en améliorant les compétences professionnelles des sages-femmes grâce à un volet de formation pratique et un module national de formation. Toutefois, il reste à voir dans quelle mesure les interventions sont fructueuses. Il semble improbable que l'indicateur soit atteint d'ici la fin de l'année 2020.

- Indicateur 2 : Nombre de décès néonataux pour 1 000 naissances vivantes au Togo
- Base de référence (2013) : 27/1 000 ; objectif (2022) : 17/1 000.
- Valeurs déclarées : 2018 – 27/100 0 ; 2019 – 27/1 000 ; 2020 – non disponible.

La mortalité néonatale au Togo est suivie à l'aide de l'enquête en grappes à indicateurs multiples (MICS), dont la version actuelle est la sixième. Elle décrit les données de 2017, où le nombre de décès néonataux, qui inclut les nouveau-nés entre la naissance et le 28^e jour de vie, stagne à 17/1 000 naissances vivantes (INSEED [2018]). Pour un pays comme le Togo, l'indicateur est difficile, voire impossible à suivre, en raison de la définition du décès néonatal (de 0 à 28 jours). Il serait beaucoup plus logique de compter les décès périnataux sur une période de 0 à 7 jours, car la plupart des femmes qui ont accouché dans un établissement de santé partent rapidement. Il est donc difficile pour les structures sanitaires et les directions de santé d'être informées de la mort d'un enfant dans les 28 jours. À l'heure actuelle, il n'est pas possible d'évaluer si le Togo a fait des progrès dans la réduction de la mortalité néonatale, car les données actualisées font défaut. Mais les cas de mortalité infantile ont été réduits de 49 (EDS 2013) à 42 (MICS6 2017). À cet égard, d'un point de vue optimiste, on peut supposer que les chiffres de la mortalité néonatale se sont également améliorés. ProSanté a formé le personnel de santé de la région de Kara à la réanimation des nouveau-nés afin d'apporter une contribution à cet égard.

- Indicateur 3 : Pourcentage des couples utilisant une méthode de planification familiale
- Base de référence : 18,9 % ; objectif : 35,5 % (PNDS 2017-2022), devrait être ajusté à 23 % en 2019.
- Valeurs déclarées : 2018 – 19,6 % ; 2019 – 20,3 % ; 2020 – non disponible.

Le Togo s'est engagé dans l'initiative Planification familiale 2020 et a élaboré, en 2017, plusieurs documents politiques, notamment des normes et des protocoles pour mettre la planification familiale à portée de la population. Depuis lors, la disponibilité des contraceptifs a augmenté et le pays est mieux préparé à suivre ses progrès. Malgré cela, l'objectif de 35,5 % de prévalence fixé dans le PNDS 2017-2022 n'est probablement pas réalisable, bien que ProSanté contribue avec succès à l'augmentation de cette prévalence dans la région de Kara par la formation des agents de santé, l'amélioration de l'approvisionnement en contraceptifs et des mesures de sensibilisation et d'éducation.

En ce qui concerne l'Agenda 2030, le Togo n'atteindra pas les améliorations prévues pour les indicateurs nationaux d'ici la fin 2022 qui sont également les indicateurs du programme GIZ/KfW d'ici la fin 2020. En particulier en ce qui concerne la demande de « ne laisser personne de côté », les aspects liés à la pauvreté entrent en jeu et empêchent les femmes pauvres d'avoir davantage recours à l'assistance médicale pour les naissances. Cela a également un impact sur la santé des nouveau-nés. Le projet n'est pas intervenu dans ce domaine pendant la période d'évaluation. En revanche, des activités ont été mises en œuvre pour renforcer la position des femmes et donc indirectement leur pouvoir économique. Toutefois, cela ne se reflétera pas aussi rapidement au niveau national. Dans ce cas, la coopération allemande devra donc apporter son soutien pendant une période beaucoup plus longue que ce qui a été envisagé jusqu'à présent.

Compte tenu des nombreux efforts déployés en ce qui concerne les indicateurs du programme, une note de 36 points sur 40 est attribuée dans la dimension 1 (réalisation des objectifs de développement).

Dimension 2 : L'atteinte de l'objectif obtenu par le projet a contribué aux résultats de développement recherchés ou qui se sont produits

Les hypothèses d'impact du projet, étendues aux objectifs du programme, fournissent un bon cadre pour retracer la contribution du projet. Cette contribution doit se traduire par une amélioration des services de santé, une augmentation de la demande de ces services et la disponibilité des principaux documents gouvernementaux. Il a déjà été décrit dans la discussion sur les indicateurs qu'un nombre limité de services de santé dans la région de Kara ont amélioré leur qualité grâce au soutien du projet. En outre, les concepts et stratégies de gestion des ressources humaines et de la qualité fournissent désormais un cadre directif. Même en renforçant la demande, le projet a permis de réaliser certaines choses. Cependant, tous ces efforts ne sont que des petits pas sur la voie de la réalisation des objectifs du programme au niveau national. Les indicateurs ci-dessus dépendent de nombreux déterminants, que Pro Santé ne peut influencer que de manière limitée.

Avec une plus grande croissance économique, le gouvernement togolais disposerait également de plus de fonds pour améliorer le système de santé et le rendre encore plus accessible à la population, en particulier dans les zones rurales. Cependant, cela s'accompagne également de la question politique, à savoir quels moyens le gouvernement veut investir dans la couverture de santé universelle (CSU). Cela détermine la qualité et la résilience du système de santé pour faire face aux défis et répondre de manière appropriée et efficace aux crises telles que l'actuelle pandémie de COVID-19. Il s'agit également d'une décision politique sur la manière dont, à l'avenir, le Togo financera les soins de santé de sa population. Le pilotage du secteur de la santé est au cœur de cette démarche, tout comme les efforts du Togo pour décentraliser les soins de santé. ProSanté utilise cette impulsion dans la région de Kara. En outre, le projet reprend l'aspect pilotage du Volet C et y travaille à travers les thématiques de la qualité, de la santé materno-infantile et de l'adaptation au changement climatique. En appuyant les documents stratégiques et opérationnels, un cadre politique a été créé pour contribuer à la réalisation des objectifs nationaux à long terme. Il s'agit, par exemple, de la révision de la stratégie de planification familiale ou de l'élaboration de la stratégie d'adaptation au changement climatique, en plus du manuel national de formation aux Soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) pour les sages-femmes (Int_1 avec les partenaires sanitaires). La participation de la société civile est essentielle à la bonne gouvernance du système de santé. Ici, ProSanté a impliqué plusieurs organisations, mais les compétences organisationnelles des partenaires n'ont pas toujours été renforcées (Int_25 avec les bénéficiaires, Int_13 avec la société civile), ce qui serait toutefois nécessaire pour en faire des partenaires influents du gouvernement à long terme.

À ce stade, il n'est guère possible de se prononcer sur l'impact des interventions dans la région de Kara, c'est-à-dire avant tout sur les approches « amélioration de la qualité » et « renforcement de la demande ». Les deux approches n'ont été appliquées que dans un contexte limité. En outre, le futur mode de financement des coûts des éléments centraux, tels que les Tantines ou les assistants qualité, n'est pas encore clarifié. La transférabilité de ces approches n'a donc pas encore été suffisamment démontrée (Int_14, 20, 26 avec les partenaires sanitaires et bénéficiaires), bien que cela représente une condition préalable pour un impact à long terme.

Des mesures à très court terme ont également été envisagées pour contrôler la pandémie de COVID-19. C'est, bien entendu, dans la nature d'une intervention d'urgence. Cependant, des structures ont été créées et bénéficient d'un potentiel d'amélioration à long terme, telles que le laboratoire de l'INH à Kara. Il faudrait pour cela prévoir un financement et un équipement approprié à plus long terme (Int_8, 38 avec les partenaires sanitaires et la coopération allemande).

La position économique et sociale des femmes dans la société dépend également du développement économique du Togo. Cela influence à son tour l'utilisation des contraceptifs et, en fin de compte, la vitesse de transition démographique (BMZ [2018]). Le projet y contribue en combinant l'approche des Tantines en matière d'éducation à une revendication juridique et à l'enseignement de compétences et à la sensibilisation aux droits des femmes. Cependant, un tel changement social et économique exige beaucoup de temps (Int_6 avec les partenaires sanitaires). L'action concertée des différents partenaires est un important promoteur des effets à long terme. À cet égard, ProSanté a fait de nombreux efforts pour se coordonner avec d'autres partenaires au développement (Int_14, 26, 38, DisG_5 avec les partenaires sanitaires, les bénéficiaires et la coopération allemande). Sur la base des considérations présentées ici, le projet reçoit 25 points sur 30 dans la dimension 2 (contribution du projet aux objectifs de développement à long terme).

Dimension 3 : Aucun résultat indirect (impact) négatif ne s'est produit en lien avec le projet ; si des résultats négatifs se sont produits, ils ont été gérés correctement par le projet.

Les résultats indirects (impact) positifs supplémentaires (non convenus de manière formelle) ont fait l'objet d'un suivi et toutes les possibilités d'aboutir à d'autres résultats positifs ont été saisies.

Pour le projet, aucun impact positif ou négatif à long terme n'a pu être identifié à ce stade.

Deux études KOMPASS ont été menées en 2019 dans le cadre du projet afin d'identifier les risques. Les goulots d'étranglement identifiés dans le cadre de KOMPASS « Qualité », par exemple les pratiques inefficaces d'aiguillage entre les différents niveaux de soins de santé, ont été traités par le projet. L'étude KOMPASS « Qualité » qualifie de « facteur important » l'utilité des assistants de qualité proposés par le projet pour conseiller des USP. Au contraire, l'équipe d'évaluation y voit un risque, étant donné le manque de financement permanent et d'intégration dans les structures sanitaires du district. La deuxième étude KOMPASS sur les Tantines a identifié l'aspect de l'« autonomisation » comme tâche du projet. Le fait que les structures susmentionnées des assistants qualité et des Tantines, mises en œuvre à Kara, soient nouvelles et que leur financement à long terme ne représente pas un risque. Dans le cas des assistants qualité, il y aurait même eu des responsables de la qualité au sein de la Direction préfectorale de la santé (DPS) qui, conformément à leur mandat, auraient pu remplir le rôle de conseillers en qualité. Leur forte implication aurait pu renforcer le projet. En raison des doutes sur l'ancrage idéal et durable de certaines structures du projet, le projet reçoit une note de 24 sur 30 dans la dimension 3 (effets négatifs et positifs).

Résumé

L'impact est mesuré par rapport aux objectifs nationaux de réduction de la mortalité maternelle et néonatale et d'augmentation du recours aux contraceptifs. Le pays progresse dans ces domaines, et le projet y contribue, bien que les valeurs cibles ne soient pas nécessairement atteintes dans les délais prévus (dimension 1 : 36 points sur 40). Le projet ne peut pas influencer tous les déterminants de ces objectifs, mais il contribue, entre autres, à une meilleure gouvernance, à améliorer les instruments de gestion dans le secteur de la santé et au renforcement de la position socio-économique des femmes au Togo (dimension 2 : 25 points sur 30). À long terme, aucun impact positif ou négatif involontaire n'est visible. Toutefois, la mise en œuvre comporte certains risques, comme le fait de soutenir davantage les assistants de qualité externes, qui ont joué un rôle central dans le renforcement de la qualité (Dimension 3 : 24 points sur 30). Dans l'ensemble, le projet a donc obtenu un bon résultat de 85 points sur 100 pour le critère « impact ».

Tableau 6: Notation du critère d'impact du CAD de l'OCDE

Critère	Dimension d'évaluation	Note et appréciation
Impact	Les résultats de développement prévus se sont produits ou vont se produire*.	36 points sur 40
	La réalisation obtenue par le projet a contribué aux résultats de développement prévus ou qui se sont produits*.	25 points sur 30
	Aucun résultat indirect (impact) négatif ne s'est produit en lien avec le projet ; si des résultats négatifs se sont produits, ils ont été gérés correctement par le projet.	24 points sur 30
	Les résultats indirects (impact) positifs supplémentaires (non convenus de manière formelle) ont fait l'objet d'un suivi et toutes les possibilités d'aboutir à d'autres résultats positifs ont été saisies.	
Note et appréciation globales		Note : 85 points sur 100 Appréciation : Bon résultat

*La première et la deuxième dimensions d'évaluation sont interconnectées : si la contribution du projet à la réalisation de l'objectif est faible (deuxième dimension d'évaluation), cela doit également être pris en compte pour l'évaluation de la première dimension.

4.5 Efficience

L'objet de la présente partie est d'analyser et d'évaluer l'efficience du projet en examinant les dimensions d'évaluation de la matrice d'évaluation de la GIZ (voir annexe 1).

Base et conception de l'évaluation de l'efficience

Dimension d'évaluation 1 : L'efficience de la production (l'utilisation des ressources par le projet est appropriée au vu des *outputs* obtenus)

Base de l'évaluation : L'analyse de cette dimension d'évaluation est basée sur l'outil d'efficience et sur les données des coûts par *output*. L'analyse suit l'approche « follow-the-money » (suivre l'argent). Pendant la mission d'évaluation, la responsable de l'évaluation a appliqué l'outil d'efficience basé sur un rapport financier (*Kostenträger-Obligo-Bericht*) datant de novembre 2020. Le format de rapport financier ne permet pas de suivre facilement les dépenses selon les *outputs*. Malheureusement, la répartition des dépenses comptables dans le rapport sur les différentes lignes budgétaires ne permet pas d'affecter à une activité tous les coûts engagés par cette activité. Il faut donc s'attendre à des incertitudes dans l'analyse.

Concept d'évaluation : L'analyse répondra aux questions d'évaluation et se focalise sur la question suivante : les extrants auraient-ils pu être maximisés avec la même quantité de ressources, en vertu des mêmes conditions-cadres et avec la même qualité ou une meilleure qualité (principe du maximum) ? L'analyse de l'efficacité utilise l'approche « follow-the-money » : tous les coûts et engagements du projet sont affectés aux *outputs*.

Méthodes empiriques : Les deux principales méthodes sont les entretiens et l'analyse des données compilées dans l'outil d'efficience. Les interviews sont faites avec les responsables financiers du projet à Lomé, à Kara et avec les acteurs clés au niveau central et régional. On peut s'attendre à ce que ces derniers évaluent l'efficacité de l'utilisation des fonds fournis dans le cadre de la GIZ par rapport à l'utilisation des fonds provenant d'autres donateurs. Compte tenu du nombre limité de personnes concernées, le choix méthodologique assure un faible degré de triangulation des sources. L'ensemble des analyses n'aboutira qu'à une fiabilité modérée des résultats.

Dimension d'évaluation 2 : L'efficience de l'affectation (l'utilisation des ressources par le projet est appropriée au vu de la concrétisation de l'objectif du projet)

Base de l'évaluation : Contrairement à l'efficacité de la production, l'évaluation de l'efficacité de l'affectation vise à chercher si les activités du projet pour lesquelles des ressources ont été investies étaient les meilleures pour atteindre les objectifs et si leur réalisation était appropriée. Cela implique beaucoup plus de structures de gestion et de coopération.

Concept d'évaluation : L'analyse de cette dimension d'évaluation suit les questions d'évaluation et n'est que partiellement basée sur les données des coûts.

Méthodes empiriques : Trois méthodes seront utilisées pour éclairer cette dimension : l'application et l'analyse de l'outil d'efficience, l'analyse des documents, ainsi que les entretiens avec des personnes clés, notamment les responsables du projet et les partenaires techniques et financiers internationaux.

Analyse et évaluation de l'efficience

Dimension d'évaluation 1 : L'efficacité de la production (l'utilisation des ressources par le projet est appropriée au vu des *outputs* obtenus)

Dans sa structure de personnel, le projet compte 4 personnels internationaux (dont 2 *Entwicklungshelfer*innen*) et 5 personnes employées comme personnel national. En outre, il y a la structure du personnel du sous-traitant GFA à Kara, composé de 20 personnes, dont 2 personnels internationaux de la sous-région et 18 nationaux parmi lesquels 3 experts nationaux et 8 assistants de qualité sanitaire qui sont intervenus une année seulement. Un montant de 2,1 millions d'euros a été mis à la disposition du sous-traitant GFA pour mettre en œuvre le projet dans la région de Kara. Le projet a également accordé 17 subventions locales, dont 23 % ont été dépensés en plus dans le Champs d'action B pour la formation, les ateliers, le matériel d'information et l'évaluation. Une part de 75 % des subventions locales a été investie dans des activités de sensibilisation au COVID-19. De nombreux autres contrats ont été conclus par le projet pour des services de conseil et la mise en œuvre d'ateliers.

Le rapport financier (*Kostenträger-Obligo-Bericht*), qui a été intégré dans l'outil d'efficacité, reflète les dépenses jusqu'en novembre 2020. Toutefois, il n'a pas relevé une partie des achats pour le Volet D relatif au COVID-19, car ils n'avaient pas encore été payés à ce moment-là. Cela concerne par exemple les kits de test achetés pour le laboratoire RT-PCR. Un montant de 213 263 euros n'a donc pas encore été imputé aux coûts, mais doit être ajouté à la composante D (COVID-19).

L'outil d'efficacité indique une répartition équilibrée des coûts entre les différentes composantes. Ainsi, environ 28 % ont été alloués au Volet A, 24 % au Volet B, 22 % au Volet C, 20 % au Volet D, et 6 % aux coûts transversaux. Si les fonds non alloués sont imputés à la composante D, la part de celle-ci passe à 27 % pour les dépenses liées au COVID-19. Dans le même temps, les parts des composantes A-C sont réduites à 25 %, 22 % et 21 %, tandis que la part des coûts transversaux reste inchangée.

Tableau 7: Répartition des dépenses entre les volets

	Niveau d'atteinte	Estimation sur la base des moyens indiqués dans le rapport financier	Estimation avec les moyens non indiqués dans le rapport financier
Volet A	100 %	28 %	25 %
Volet B	81 %	24 %	22 %
Volet C	100 %	22 %	21 %
Volet D	100 %	20 %	27 %
Coûts globaux		6 %	6 %

Compte tenu du degré de réalisation des objectifs, la répartition des fonds pour les Volets A et B semble compréhensible. Les dépenses visant à améliorer la qualité des services de santé reproductive et les droits sexuels et celles visant à accroître la demande ont eu un impact sur les indicateurs en matière de planification familiale, de recours aux soins prénataux et aux naissances assistées. Leur part des fonds est de 47 à 52 %. Le projet aurait dû augmenter les dépenses pour les USP ciblées et les COGES sans ressources pour améliorer la qualité des soins dans le Volet A, car il faut non seulement organiser des cours de formation, mais aussi acheter de l'équipement médical. Dans le Volet B, en revanche, l'inclusion d'un plus grand nombre de personnes dans les mesures de sensibilisation et de formation est plus coûteux. Comme prévu, les dépenses pour le Volet C sont les plus basses et ont principalement été investies dans des services de consultation. Davantage de ressources auraient peut-être dû être réaffectées du Volet C vers les Volets A et B, car ce sont eux qui ont été associés au plus grand nombre de produits et de résultats. D'autre part, il convient de prendre en compte que certains des fonds dépensés au niveau central pour le Volet C contribuent également à la réalisation de ces indicateurs, comme l'élaboration des manuels de conseil sur la technologie contraceptive. Les dépenses consacrées à une meilleure planification des ressources humaines et à l'assurance qualité dans le domaine de la santé y ont également indirectement contribué. Il faut garder à l'esprit que 25 % du total des

fonds depuis 2020 ont été consacrés aux activités relatives au COVID-19, ce qui peut fausser la perception de la répartition des fonds. Les dépenses pour le Volet D étaient réservées et n'offraient aucune possibilité de répartition entre les autres volets. Les coûts globaux sont de 6 %, ce qui est raisonnable.

Plusieurs partenaires de projet partagent l'évaluation selon laquelle il n'y a pas eu de gaspillage de fonds dans le projet (Int_2, 3, 7, 15, 17, 18 avec les partenaires sanitaires). Une personne interrogée a même attesté que le projet avait « un porte-monnaie en peau de hérisson », car ProSanté respecte strictement les directives du gouvernement togolais concernant les indemnités journalières des événements (Int_7 avec partenaires sanitaires). Une autre personne présume que davantage de réussite aurait pu être obtenue plus rapidement si ProSanté avait été plus permissif ici (Int_5 avec les partenaires sanitaires). Cependant, la gestion des indemnités par ProSanté suit le standard en vigueur. Certains partenaires sont d'accord avec cette observation (Int_14, 29 avec la partenaires sanitaires et la coopération allemande).

En raison de ces observations, le projet est noté 65 sur 70 points dans la dimension 1 (efficience de la production).

Dimension d'évaluation 2 : L'efficience de l'affectation (l'utilisation des ressources par le projet est appropriée au vu de la concrétisation de l'objectif du projet)

En général, les ressources du projet ont été très bien investies face aux objectifs envisagés. Dès le début, le projet a couvert une multitude de sujets, dont chacun était susceptible d'être l'objet unique d'un projet. Pour tous ces sujets, les fonds disponibles étaient plutôt limités. À cet égard, la décision de ne pas intégrer la région Centrale dans les activités pour le moment semble justifiée.

Toutefois, plus de fonds auraient dû être alloués aux Volets A et B afin d'accroître la réalisation des objectifs. Par exemple, des fonds auraient dû être investis dans l'infrastructure de l'USP. À titre explicatif, une USP ne pratiquait plus les accouchements en raison d'une fuite dans le toit. En outre, 13 des 30 USP n'étaient pas équipées d'énergie solaire, de sorte que les accouchements de nuit ne pouvaient être effectués qu'avec des lampes solaires achetées par le projet (Int_38, DisG_6 avec la coopération allemande). Malheureusement, aucun fonds n'a été prévu pour le renforcement de l'infrastructure dans la partie de la coopération technique de l'offre. Le renforcement de l'infrastructure relève de la responsabilité de la KfW dans ce programme. Cependant, il a été envisagé par la conception que la KfW renforce l'infrastructure des hôpitaux dans les sept préfectures de la région de Kara plutôt que les USP comme infrastructures de soins de base. Les processus de travail et les tâches de la coopération financière diffèrent également de celles de la coopération technique, notamment d'une longue analyse de marché préalable. Les deux parties du programme n'ont donc pas pu se dérouler harmonieusement en parallèle, mais de façon décalée, ce qui a rendu impossible l'adaptation aux besoins de renforcement des infrastructures (Int_38 avec la coopération allemande).

Le projet a emprunté des approches à d'autres organisations, telles que l'introduction de groupes communautaires comme le Club de mères ou les Papas champions. L'expérience des autres pays a également servi, comme avec les Tantines, d'abord développée au Cameroun. En outre, le projet a entamé une coopération avec la Croix-Rouge togolaise afin de mettre en œuvre son approche de Club de mères et de Papas champions, qui a déjà été appliquée avec succès au Togo. De nombreux acteurs témoignent de l'ouverture du projet à d'autres partenaires (Int_2, 3, 5, 7, 9, avec les partenaires sanitaires). Avec Santé intégrée, l'autre acteur principal de la coopération technique à Kara, le projet a coopéré dans le domaine de la formation et de l'amélioration de la qualité (Int_24, avec la société civile). Cela indique que des activités alternatives ont été examinées et, le cas échéant, évaluées. Le projet est également en contact avec d'autres partenaires afin d'étendre cette approche à d'autres régions. ProSanté fait également l'effort d'informer ses partenaires de l'avancement du projet lors de réunions semestrielles. L'équipe est membre de divers groupes techniques tels que le groupe santé reproductive et droits sexuels du pays. Plusieurs membres de l'équipe de ProSanté siègent directement avec leur partenaire, par exemple dans la DRS de Kara. ProSanté a fait réaliser

plusieurs études qui sont à la disposition du partenaire. Néanmoins, au cours des discussions, il a été demandé que les différentes approches utilisées, par exemple sur la qualité ou dans le travail avec les jeunes femmes, soient documentées en détail et que les succès et leur transférabilité soient vérifiés (Int_3 avec le partenaire sanitaire). Le projet partage ses expériences avec d'autres programmes et projets de la GIZ et la KfW dans le cadre du *Fachverbund* (Association de commerce).

Le concept d'instrument suggéré dans la proposition de projet a été mis en œuvre sans changement significatif, bien que l'équipe de projet ait dû accomplir un travail supplémentaire considérable en raison de l'augmentation des tâches à la suite de la pandémie de COVID-19. Il est positif de noter que le projet visait toujours à faire, dans la mesure du possible, des achats sur place dans la gestion de la pandémie.

Sur la base de cette évaluation, le projet est noté 27 points sur 30 dans la dimension 2 (efficacité d'allocation).

Résumé

Le projet obtient une très bonne note globale de 92 points sur 100 pour le critère d'efficacité. L'application de l'outil d'efficacité a montré une utilisation équilibrée des ressources financières entre les composantes. Toutes les activités soutenues ont contribué à la réalisation de résultats. Davantage de ressources auraient peut-être dû être canalisées du Volet C vers les Volets A et B, car ce sont eux qui ont été associés au plus grand nombre de produits et de résultats (dimension 1 : 65 points sur 70). Les ressources ont également été utilisées de manière appropriée pour atteindre les objectifs globaux de développement. Toutefois, il aurait fallu allouer davantage de ressources à l'infrastructure de l'USP dans ce domaine. La coopération avec la KfW en charge du programme n'était pas optimale à cet égard. Dans la mesure de ses possibilités, l'équipe de ProSanté a coordonné le projet de manière très coopérative avec d'autres partenaires de développement (dimension 2 : 27 points sur 30).

Tableau 8: Notation du critère d'efficacité du CAD de l'OCDE

Critère	Dimension d'évaluation	Note et appréciation
Efficacité	L'utilisation des ressources par le projet est appropriée au vu des extrants obtenus. [Efficacité de la production]	65 points sur 70
	L'utilisation des ressources par le projet est appropriée au vu de la concrétisation de l'objectif du projet (réalisation). [Efficacité de l'affectation]	27 points sur 30
Note et appréciation globales		Note : 92 points sur 100 Appréciation : Très bon résultat

4.6 Durabilité

L'objet de la présente partie est d'analyser et d'évaluer la viabilité/durabilité du projet en examinant les dimensions d'évaluation de la matrice d'évaluation de la GIZ (voir annexe 1).

Base et conception de l'évaluation de la durabilité

Dimension 1 : Conditions préalables permettant de garantir la réussite à long terme du projet : les résultats sont ancrés dans les structures (partenaires).

Base de l'évaluation : Le projet utilise une variété d'approches, qui sont évaluées dans une perspective de durabilité. La durabilité du changement positif dans les soins de santé reproductive et les droits sexuels ciblés par le projet dépend des facteurs médicaux et économiques ainsi que de facteurs sociaux, individuels et environnementaux. Le projet aborde cette tâche dans différentes dimensions.

Concept d'évaluation : L'analyse suit les questions d'évaluation, aucun concept spécifique n'a été appliqué.

Méthodes empiriques : L'équipe d'évaluation s'est appuyée sur la littérature scientifique et l'expérience opérationnelle d'autres contextes de développement pour identifier les facteurs de durabilité. Concernant les Tantes, il y a des expériences du Cameroun. Par rapport aux Clubs des mères, on peut se référer à l'expérience de la Croix-Rouge togolaise dans d'autres régions. Au cours d'entretiens avec les principaux acteurs et de discussions de groupe, ces facteurs-ci et les facteurs de durabilité identifiables localement ont été examinés. En outre, la conception et la planification stratégique du projet suivant ont permis de mieux comprendre le déroulement ultérieur du projet. Des discussions ont également été organisées avec l'équipe du projet.

Dimension 2 : Prévision de durabilité : Les résultats du projet sont permanents, stables et résilients à long terme.

Base de l'évaluation : Après seulement deux ans de vie du projet, il est difficile d'évaluer si les domaines mentionnés ci-dessus entraîneront des changements à long terme. Au niveau des résultats, l'efficacité est mesurée, entre autres, par la formation du personnel de santé. Afin de prouver la durabilité des approches, un indicateur a été ajouté. Les améliorations de la qualité des établissements de santé sont d'abord instantanées. Les indicateurs de résultats pour les couples/années de protection et les accouchements assistés sont les plus susceptibles de refléter une tendance, en particulier dans le contexte du développement à long terme de ces indicateurs nationaux. Globalement, la preuve relative à l'estimation de la permanence, de la stabilité et de la résilience des résultats du projet ne peut être que modérée.

La pandémie de SARS-CoV-2 a un impact important sur les activités menées jusqu'à présent. L'évaluation du projet de suivi examine dans quelle mesure les interventions mises en œuvre jusqu'à présent ont réagi à ce choc externe, c'est-à-dire si l'amélioration de la qualité dans les centres de santé a pu être maintenue, si la population a toujours confiance dans les services de santé et si les concepts développés ont finalement conduit aux politiques financées. Toutefois, rien de tout cela ne peut être évalué à ce stade.

Concept d'évaluation : L'analyse suit les questions d'évaluation, aucun concept spécifique n'a été appliqué.

Méthodes empiriques : Les méthodes utilisées pour évaluer la dimension de la durabilité sont les mêmes que celles décrites ci-dessus.

Analyse et évaluation de la durabilité

Dimension 1 : Conditions préalables permettant de garantir la réussite à long terme du projet : Les résultats sont ancrés dans les structures (partenaires).

Après une présence de deux ans dans la région de Kara et une collaboration un peu plus longue avec le MSHPAUS, le projet est bien établi au Togo et les approches qu'il promeut (approche qualité, les formations, etc.) sont largement ancrées dans les structures partenaires. Une politique d'assurance qualité a été développée par les autorités sanitaires régionales et renforcée par une politique nationale depuis la fin de l'année 2019. Grâce à ce cadre politique, l'idée de qualité peut être ancrée encore plus fermement dans les régions. Toutefois, ce n'est pas encore le cas pour toutes les USP et les directions de la santé (Int_9 avec les partenaires sanitaires) qui bénéficient d'un soutien. Par ailleurs, l'innovation d'un volet de formation pratique

pour les futures sages-femmes pourrait être davantage ancrée dans la coopération de l'école de sages-femmes avec les institutions de santé (Int_3, 25 avec les partenaires sanitaires et bénéficiaires). En ce qui concerne la viabilité institutionnelle des activités de qualité dans les USP, de nombreux efforts ont été déployés, jusqu'à présent avec succès, pour créer des structures capables d'améliorer continuellement la qualité des soins dans le système de santé.

Afin de renforcer la demande de services de santé, le projet a contribué d'une part à la création de nouvelles structures sociales (Tantines) et d'autre part au transfert de structures déjà connues d'autres régions vers la région de Kara (Clubs de mères, Pères champions, etc.). Au Cameroun, on rapporte que les Tantines continuent d'exister même après la fin du soutien au projet (Int_38 avec coopération allemande). L'utilisation de contraceptifs et de services relatifs à la santé reproductive aux droits sexuels est très étroitement liée au statut politique, économique et social des femmes. Des changements durables à cet égard peuvent être constatés, bien qu'indirectement, dans l'utilisation des contraceptifs modernes. Les premiers signes de durabilité sont visibles ici.

Souvent, les structures créées dans les projets sont maintenues par des impulsions extérieures sous forme de soutien financier. Le projet cherche à contrer cette tendance en exigeant que les améliorations effectives au niveau des centres de santé soient financées par les ressources propres de l'USP. Certaines municipalités, mais pas toutes, en sont capables. Ceci est conforme à la dimension de la durabilité économique. Comme décrit dans le chapitre sur l'efficacité, cela conduit parfois à améliorer la qualité dans certaines USP, mais d'autres COGES ne sont pas en mesure d'éradiquer les écarts de qualité identifiés (Int_14 avec les partenaires sanitaires). Différentes approches ont été proposées par les interlocuteurs, par exemple pour assurer la survie des Tantines après la fin du projet ou pour financer la qualité de manière durable : pour cela, l'État devrait progressivement injecter des fonds dans le budget de développement des districts (Int_9, 17, 20 avec les partenaires sanitaires et la société civile). Seraient bienvenus un panier commun (Int_20 avec les partenaires sanitaires), ou bien la mise en place d'activités génératrices de revenus, par exemple pour les Tantines (Int_17, 30 avec les partenaires sanitaires et la société civile). Cependant, le projet finance également des structures très importantes pour son succès, comme les Tantines ou les assistants qualité. La poursuite du financement de ces structures n'est pas claire.

Sur la base de ces considérations, le projet reçoit 42 points sur 50 dans la dimension 1 (ancrage des structures).

Dimension 2 : Prévision de durabilité : Les résultats du projet sont permanents, stables et résilients à long terme.

Il reste à voir dans quelle mesure le concept d'assurance qualité a été internalisé et institutionnalisé et a contribué à créer un environnement propice au renforcement durable des capacités. Une partie de l'assurance qualité est la formation qui a été dispensée sur la qualité, mais aussi sur des questions médicales telles que le planning familial et les soins prénataux et d'accouchement. En règle générale, des formateurs ont été formés à donner des formations et à transmettre leurs connaissances même après la fin du projet. Les compétences acquises étaient encore mobilisables, voire renforcées, lors du nouveau test de fin de formation, un an après la fin de la formation dans deux domaines. Concernant les formations en CPN/CPoN, il ressort de la comparaison des données du pré-test et du post-test réalisés dans le cadre de l'évaluation que le niveau de connaissances de l'ensemble des participant-es a progressé de façon significative. En effet, alors qu'entre le pré-test et le premier post-test, on enregistre une progression globale moyenne d'à peine 1,48 %, en fin de projet, lors de l'évaluation, la progression globale moyenne entre le pré-test et le post-test est de 36,65 %, avec un minima de 20 % et un maxima de 50 %. On peut en déduire qu'avec le temps et la pratique, les connaissances des participant-es se sont considérablement améliorées. L'analyse des données relatives aux compétences acquises par les participants aux formations en technologie contraceptive et à la planification familiale a également montré des marges de progression très importantes. Alors qu'au pré-test, seuls 3 participants sur

18 (16 %) ont atteint le niveau acceptable de connaissance (NAC), les résultats du post-test réalisé dans le cadre de l'évaluation révèlent que la totalité des participants (100 %) ont atteint le NAC. Pour l'ensemble, la moyenne de progression est de 21 %.

Néanmoins, la mobilité du personnel a également un impact majeur. Globalement, à l'heure actuelle, certains partenaires ont encore des doutes quant à la durabilité des interventions mises en œuvre et des améliorations obtenues (Int_3, 9, 14, 17, 20 avec les partenaires sanitaires et la société civile). Un plan de durabilité serait utile.

Le projet contribue à renforcer la capacité de l'État togolais à s'adapter au changement climatique dans le secteur de la santé. Il met l'accent sur la gestion proactive des maladies à transmission vectorielle, des maladies respiratoires et de la méningite. Des travaux préparatoires ont été réalisés pendant la période actuelle du projet. Dans ce contexte, il est difficile d'évaluer si le sujet sera ancré de façon permanente. Selon les partenaires, le renforcement des compétences professionnelles du personnel technique, l'équipement de l'USP, les documents politiques et la revitalisation de la coopération entre le COGES et l'USP sont principalement considérés comme durables (Int_15, 33, DisG_1, 5, 7 avec les partenaires sanitaires et les bénéficiaires). Les Tantines sont perçues comme une structure communautaire durable du point de vue du groupe cible (DisG_2, 6 avec les bénéficiaires et la coopération allemande). Cependant, peu de preuves viennent corroborer ces affirmations. Il serait certainement judicieux d'investir davantage dans les institutions de la société civile afin de développer leurs compétences en matière de gestion. Par ailleurs, il serait souhaitable d'évaluer et de documenter les succès obtenus du point de vue de la durabilité afin de rallier d'autres donateurs à ces approches (Int_3 avec les partenaires sanitaires). Sur la base de cette évaluation, le projet se voit attribuer 39 points sur 50 dans la dimension 2 (durabilité des résultats).

Résumé

Après un peu plus de deux ans de présence dans la capitale et dans la région de Kara, le projet a réussi à bien ancrer les interventions dans les structures partenaires. Cependant, pour certaines interventions, on ne sait toujours pas comment elles pourraient être poursuivies après la fin du financement externe. Cela concerne les Tantines et les assistants qualité. On ne sait pas non si les structures de qualité des USP survivront réellement sans le projet (dimension 1 : 42 points sur 50). ProSanté a créé des conditions préalables importantes pour améliorer durablement la qualité des soins de santé et a élevé le niveau professionnel dans la région de Kara grâce à la formation continue. Toutefois, le projet devrait investir davantage dans la société civile pour en faire des agents du changement (dimension 2 : 39 points sur 50). En termes de durabilité, le projet est noté 81 points sur 100, ce qui est un bon résultat.

Tableau 9: Notation du critère de viabilité/durabilité du CAD de l'OCDE

Critère	Dimension d'évaluation	Note et appréciation
Durabilité	Condition préalable permettant de garantir la réussite à long terme du projet : les résultats sont ancrés dans les structures (partenaires).	42 points sur 50
	Prévision de durabilité : les résultats du projet sont permanents, stables et résilients à long terme.	39 points sur 50
Note et appréciation globales		Note : 81 points sur 100 Appréciation : Bon résultat

4.7 Résultats clés et appréciation globale

Le projet a obtenu un bon résultat global avec 89 points sur 100. En termes de pertinence, le projet a reçu 92 points sur 100 (très bon résultat), car il répond aux objectifs nationaux et internationaux de son domaine de travail et est bien adapté aux besoins du groupe cible. La conception attaque les problèmes à travailler de plusieurs côtés. Des ajustements importants peuvent être apportés au cours du projet, comme le montre l'exemple de la crise du coronavirus. Les critiques se fondent sur le cadre étroit de mise en œuvre du projet, par exemple à l'égard du nombre limité d'USP. De plus, des points importants tels que la nécessité d'améliorer les infrastructures au niveau des soins primaires ou de s'attaquer aux facteurs socio-économiques qui handicapent le groupe cible n'ont pas été pris en compte.

Pour son efficacité, le projet a reçu 94 points sur 100 (très bon résultat). Elle a pu atteindre 95 % de ses indicateurs, malgré les limites imposées par la pandémie de COVID-19. La contribution du projet est particulièrement visible, surtout dans la région de Kara, mais aussi au niveau national grâce aux activités menées avec le ministère. Des effets positifs et négatifs inattendus se sont produits, mais aucun n'a été très significatif.

Pour son impact, le projet reçoit 85 points sur 100 (bon résultat). Les indicateurs de santé reproductive du programme ne peuvent être atteints que par des changements au Togo, que le projet ne peut influencer qu'avec l'ensemble des acteurs intervenant dans le secteur. Il a déclenché certaines améliorations dans la région de Kara et au niveau national, qui sont susceptibles d'avoir un impact à l'échelle nationale. Il s'agit notamment des conditions politiques qui ont été créées avec le soutien du projet. Les effets positifs ou négatifs inattendus à long terme ne sont pas perceptibles.

Pour l'efficacité, le projet a reçu 92 points sur 100 (très bon résultat). Les dépenses sont réparties entre les différents champs d'action de manière lisible. Il est possible que certains fonds du Volet C aient encore pu être affectés aux Volets A et B, mais il ne faut pas sous-estimer ici que le cadre politique a également eu une influence sur la réalisation des objectifs. Les dépenses pour la riposte à la crise du coronavirus répondent aux besoins du gouvernement dans le sens d'une « aide d'urgence ». Les activités mises en œuvre en étroite coopération avec tous les acteurs clés soutiennent la réalisation des objectifs du programme. Cependant, l'argent aurait également dû être investi dans l'amélioration des infrastructures. La coopération avec la KfW prévue pour le renforcement des formations sanitaires dans la région de Kara n'a pas été ciblée au niveau des USP.

En ce qui concerne l'aspect de la durabilité, le projet a reçu 81 points sur 100 (bon résultat). Malgré sa courte durée, il a bien ancré les approches centrales dans les structures des partenaires. L'approche consistant à renforcer les services de SRDS à plusieurs niveaux a particulièrement contribué à cette évolution. Pour certaines des approches du projet, comme les Tantines, la promotion durable n'est pas encore visible. Néanmoins, le projet semble avoir réussi à créer d'importantes conditions préalables à la réalisation de changements durables dans le domaine de la santé reproductive et des droits sexuels.

L'hypothèse 1 exprime le postulat que la qualité des services de soins de santé s'améliore lorsque le personnel est formé (H1a), qu'un système de qualité est mis en place (H1b), que l'équipement est amélioré (H1c), que des médicaments et des dispositifs médicaux de qualité sont disponibles (H1d) et que tous les acteurs clés sont impliqués (H1e). Cette hypothèse s'est avérée. Dans l'ensemble, la qualité des services de santé dans les USP soutenus par ProSanté dans la région de Kara s'est visiblement améliorée par rapport aux USP non soutenues. Les USP disposent d'un système de qualité, de meilleurs équipements et de plus de médicaments et de produits médicaux tels que les contraceptifs (H1b et H1c). Le niveau des compétences professionnelles a également été augmenté (H1a). Une structure de discussion entre les villages et les services de santé a été mise en place (H1e). Toutefois, il reste une marge d'amélioration importante en termes d'infrastructures et

d'accessibilité géographique et économique des services. En outre, il n'est pas certain, à l'heure actuelle, que les améliorations obtenues soient durables, tout d'abord parce que des difficultés structurelles telles que le manque de volonté de travailler dans les zones rurales n'ont pas été résolues. En outre, le financement des structures de soutien et de supervision établies dans le cadre du projet n'a pas été clarifié. Ce sont les points que le projet ProSanté II doit aborder.

L'hypothèse 2 postule que la demande et l'utilisation des services de SRDS augmenteront si les gens sont suffisamment informés et sensibilisés, grâce à une société civile active. Cette hypothèse n'a été que partiellement vérifiée. L'augmentation de l'utilisation de la CPN et du planning familial ne s'est pas accompagnée d'une intensification équivalente de la demande d'accouchements assistés. Il est probable que la sensibilisation n'a pas inclus tous les principaux canaux d'influence. En outre, on peut supposer que la sensibilisation et l'information ne suffisent pas à faire tomber tous les obstacles à l'utilisation des services.

L'hypothèse 3 postule que des politiques, des stratégies et un soutien à la mise en œuvre en matière de qualité (H1a), de gestion des ressources humaines (H1b) et d'adaptation au changement climatique (H1c) sont nécessaires pour améliorer les services de santé, y compris ceux qui concernent la santé reproductive et les droits sexuels. Cette hypothèse est correcte. Un grand nombre de partenaires interrogés estiment que ces documents sont d'une importance capitale en tant que cadre et orientation. Le projet a pu obtenir des résultats importants à cet égard sous la forme de documents politiques adoptés, même si, par exemple, le document sur la mobilité des agents de santé n'a pas encore été adopté. Le soutien du projet visait également à étendre la capacité de coordination du ministère. Cela n'a pas été réalisé à tous les égards, comme le suggèrent les difficultés rencontrées dans la coordination de la réponse au COVID-19.

L'hypothèse 4 postule que le virus SARS-CoV-2 aura moins d'impact sur la société et le système de santé du Togo si les capacités diagnostiques et médicales sont renforcées, si la population est convaincue de la nécessité des mesures et si le gouvernement coordonne adéquatement toutes les activités. Cette hypothèse s'est partiellement avérée. Le projet a contribué aux capacités de diagnostic du pays. Toutefois, les activités menées bénéficient à la médecine en général et au diagnostic, à condition que la formation et l'équipement soient adaptés en conséquence. Il n'est pas possible de déterminer si la population pourrait être convaincue de l'utilité du confinement. On dispose de preuves anecdotiques à ce sujet, mais pas d'autres données. La coordination par le gouvernement pourrait être améliorée dans certains endroits grâce au projet via une base de données des biens de secours.

Tableau 10: Les résultats dans le contexte des hypothèses

Hypothèse 1 : La qualité des prestations de soins s'est améliorée dans les USP cibles grâce à la formation du personnel (H1a), la mise en place d'un système d'assurance qualité (H1b), l'amélioration de l'équipement (H1c), la disponibilité de produits de qualité (H1d) et l'engagement des acteurs à tous les niveaux (H1e).	
Résultats	Preuve
1. Les USP disposent de personnel qualifié (résultat 1)	• Nombre de formations et d'agents formés • Haut niveau de connaissances
2. Les USP offrent des prestations selon des standards et des besoins (résultat 2)	• Pas de preuve disponible, car les experts en médecine et santé publique de l'équipe d'évaluation n'ont pas pu visiter et évaluer les USP
3. Les USP ont mis en place un système de gestion de la qualité (résultat 3)	• Plans d'améliorations développés • Propreté des lieux • Bonne appréciation des bénéficiaires et des cadres sanitaires et politiques
4. Les USP gèrent bien leurs médicaments et produits médicaux (résultat 4)	• Formation réalisée • Étude Kompas • Pas d'autre preuve disponible

5. Les USP ont amélioré leur gestion administrative et financière (résultat 5)	• Formation des COGES qui jouent un rôle majeur dans la gestion administrative et financière des USP
6. Les USP disposent d'une infrastructure et d'équipement qui répondent aux besoins (résultat 6)	• Équipement disponible • Bonne appréciation des bénéficiaires et des cadres sanitaires et politiques • État de l'infrastructure insatisfaisant
7. Les accouchements sont assistés (résultat 7)	• Preuvevidence montre une faible amélioration
Hypothèse 2 : La promotion et la vulgarisation des services de SSR/PF par les OSC et les organisations à base communautaire contribuent à l'augmentation de leur utilisation par les populations.	
Résultats	Preuve
8. Les groupes cibles acceptent les contraceptifs et les services de SR (résultat 8)	• Les données de suivi montrent une bonne amélioration de l'utilisation des contraceptifs et des CPN • Bonne appréciation des bénéficiaires et des cadres sanitaires et politiques
9. Les groupes cibles sont mieux informés sur les services par les moyens de communication de masses (résultat 9)	• Bonne appréciation des partenaires et des bénéficiaires
10. Meilleure collaboration entre OSC et acteurs étatiques pour les services de SR (résultat 10)	• Nombre de réunions affecté par le COVID-19 • Bonne appréciation des bénéficiaires et des cadres sanitaires et politiques de la collaboration entre les COGES et les USP
11. Le cadre socioculturel permet l'utilisation des services de SR (résultat 11)	• Pas de preuve disponible
12. Les femmes enceintes réalisent quatre consultations prénatales (résultat 12)	• Pas de preuve disponible
Hypothèse 3 : Les conceptions visées comme celles relatives à la qualité (H3a), la planification des ressources humaines (H3b) et l'adaptation au changement climatique (H3c) servent comme préalables pour l'amélioration des soins de santé y compris les services de SRDS.	
Résultats	Preuve
13. Le MSHPAUS assume efficacement le rôle de la coordination des interventions au niveau national et régional et du dialogue au sein du secteur (résultat 13)	• Documents politiques démontrent la coordination sur les thèmes qualité, SRDS, adaptation au changement climatique • Non-validation de la stratégie de mobilité des ressources humaines
14. Le DRH (MSHPAUS) gère mieux les ressources humaines (résultat 14)	• Documents politiques disponibles • Planification des ressources humaines pas encore automatisée à l'aide du logiciel IHRIS • Bonne appréciation des cadres politiques
15. Un « concept qualité » est accordé au sein du MSHPAUS (résultat 15)	• Document disponible • Bonne appréciation des cadres politiques
16. Les capacités d'adaptation au changement climatique du secteur de la santé sont améliorées (résultat 16)	• Document disponible • Bonne appréciation des cadres politiques et des partenaires techniques

Hypothèse 4 :

Le virus du SARS-CoV-2 peut constituer une menace moindre pour la société et le système de santé du Togo si les capacités diagnostiques (H4a) et médicales (H4b) sont développées, si la population est convaincue de l'importance des mesures barrières (H4c) et si le gouvernement coordonne suffisamment le soutien de ses partenaires (H4d).

Résultats	Preuve
17. Les capacités diagnostiques du pays sont améliorées (résultat 17)	• Laboratoire disponible • Bonne appréciation des cadres sanitaires et politiques
18. La population prend part activement à la lutte contre la propagation du virus (résultat 18)	• Pas de preuve disponible
19. L'appui des partenaires techniques et financiers est coordonné (résultat 19)	• Base de données des achats et de l'approvisionnement des différents partenaires fonctionnelle • Pas d'autre preuve disponible
20. La continuité des services de SR pendant l'état d'urgence sanitaire est assurée tout en protégeant les patientes (résultat 20)	• Les chiffres de l'utilisation des CPN et de la PF suggèrent une continuation • Les chiffres des accouchements assistés indiquent une certaine rupture

Le projet est donc très bien adapté aux besoins du Togo et aux questions thématiques. Il met en œuvre les activités appropriées et fait un très bon usage des fonds déployés. Dans les aspects de l'évaluation concernant l'impact et la durabilité, un bon résultat a été obtenu avec respectivement 85 et 81 points sur 100. C'est un bon résultat pour un projet dont la période de mise en œuvre dans le pays est si courte. Il repose principalement sur le fait que l'équipe d'évaluation a identifié le potentiel de l'approche et de la mise en œuvre du projet pour contribuer aux objectifs de développement du Togo, ce qui peut finalement mener à une amélioration durable et à long terme de la santé reproductive et des droits sexuels.

Tableau 11: Appréciation globale des critères du CAD de l'OCDE et des dimensions d'évaluation associées

Critères	Note	Appréciation
Pertinence	92 points sur 100 points	Très bon résultat
Efficacité	94 points sur 100 points	Très bon résultat
Impact	85 points sur 100 points	Bon résultat
Efficiences	92 points sur 100 points	Très bon résultat
Durabilité	81 points sur 100 points	Bon résultat
Note et appréciation globales pour tous les critères	89 points sur 100 points Note moyenne de tous les critères (total divisé par 5, max. 100 points voir ci-dessous)	Bon résultat

Tableau 12: Échelles d'évaluation

Échelle de 100 points (note)	Échelle à 6 niveaux (appréciation)
92–100	Niveau 1 : très bon résultat
81–91	Niveau 2 : bon résultat
67–80	Niveau 3 : résultat satisfaisant
50–66	Niveau 4 : résultat plutôt insuffisant
30–49	Niveau 5 : résultat insuffisant
0–29	Niveau 6 : résultat très insuffisant

5 Conclusions et recommandations

5.1 Facteurs de réussite ou de risque

Facteurs externes

La crise du coronavirus est probablement le facteur ayant exercé la plus grande influence extérieure sur le projet. Début 2020, le projet se trouvait dans une dynamique de mise en œuvre de ses activités. En raison de la pandémie de SARS-CoV-2, le confinement au Togo et des règles d'hygiène strictes pour assurer la santé publique ont limité les activités du projet aux trois premiers champs d'action. Mais pas seulement. La pandémie a également bouleversé le spectre des tâches de l'équipe ProSanté. Toute l'équipe a été mise au défi de dépenser deux millions d'euros de plus de manière raisonnable et lisible dans un délai de neuf mois. Ce résultat a été atteint à la fin de l'année, ce qui est une réussite remarquable.

Dans la gestion de crise du coronavirus, le projet a fait preuve d'une grande flexibilité et d'un grand professionnalisme. « Le projet a eu à s'adapter aux attentes du BMZ comme un caméléon » a été l'une des observations émises (Int_29 avec la coopération allemande). Les attentes du BMZ ont été prises en compte, mais aussi celles du ministère togolais de la Santé. La disponibilité rapide des fonds et l'orientation vers les besoins ont été perçues comme les atouts majeurs du projet (Int_8, DisD_1 avec les partenaires sanitaires). Enfin, la présence même du projet a été considérée comme un atout dans cette crise sanitaire internationale parfois extrêmement stressante et effrayante : « L'équipe de ProSanté est restée sur place, cela a beaucoup aidé. » (Int_15 avec les partenaires sanitaires)

Facteurs liés à la gestion du projet

La satisfaction générale de tous les partenaires à l'égard de la stratégie du projet comme premier critère de Capacity WORKS est un élément essentiel de tous les entretiens. ProSanté est décrit comme holistique, fiable, pratique, flexible, accessible, ancré, coopératif, participatif et ce sont aussi les facteurs clés pour le succès du projet.

Le projet a abordé le problème sous différents angles avec son approche de travail intégré sur la qualité et les services de SRDS, tant au niveau régional qu'avec le ministère au niveau national. « ProSanté a une approche holistique », selon une personne interrogée (Int_2 avec les partenaires sanitaires). Cela a permis au projet de refléter la complexité des questions dans ses interventions, certes de façon incomplète, mais dans une large mesure. Bien que certains interlocuteurs aient regretté que le champ d'intervention de ProSanté soit limité, la focalisation sur la région de Kara semble néanmoins être un point fort du projet à ce stade.

Comme mentionné ci-dessus, la portée géographique du projet a été perçue comme trop limitée. Cela pose un problème notamment car la démarche qualité qui y a été pilotée a eu une influence sur la stratégie de qualité développée par le ministère. Il aurait été souhaitable de tester l'approche dans d'autres contextes et dans un plus grand nombre d'USP. ProSanté II permettra d'y parvenir, en partie du moins. Bien que la limitation géographique se soit avérée favorable au succès immédiat du projet, une plus grande expansion serait très importante pour le succès à long terme.

Dans le cadre de la stratégie de qualité, le projet est également accusé de ne pas avoir été, dans sa conception, suffisamment sensible aux obstacles économiques posés par la pauvreté des communautés et des populations concernées. L'affirmation selon laquelle « le projet doit avoir une petite marge financière pour aider les COGES avec les améliorations [de la qualité dans les USP] » (Int_18) a été partagée par d'autres (Int_24, 9 avec les partenaires sanitaires et la société civile). « Les femmes pensent que les accouchements

coûtent un peu cher » est une autre affirmation issue des entretiens (Int_17 avec la société civile). Cet aspect est le point le plus faible du projet. Le manque de ressources financières du COGES et le coût des naissances assistées comme obstacle à leur utilisation affectent la réalisation des objectifs. C'est un domaine qui doit être abordé.

En ce qui concerne la coopération, deuxième critère de réussite de Capacity WORKS, les partenariats représentent un aspect caractéristique du projet dans ses relations avec d'autres acteurs du développement. Le projet a adopté les approches du Club de mères et des Papas champions de la Croix-Rouge togolaise, et a partagé les matériels d'assurance qualité avec Santé intégrée, même si les approches de gratuité et non-gratuité se sont parfois fait concurrence (Int_28, 24 avec la société civile). Dans sa mise en œuvre, le projet a coopéré à la fois avec les structures sanitaires de l'État et avec la société civile au niveau national et dans le contexte communautaire. La participation des partenaires non gouvernementaux est particulièrement importante à l'égard de la durabilité. Pour certains partenaires, le projet a contribué à les renforcer sur le plan institutionnel, tandis que d'autres auraient souhaité être davantage pris en compte (Int_25 avec la société civile). Le projet a parfois été intransigeant lorsque les partenaires de la société civile cherchaient des financements non seulement pour les activités, mais aussi pour la professionnalisation et le développement de leur propre organisation. Dans ce contexte, il est nécessaire d'examiner attentivement quelles organisations bénéficient du plus grand potentiel de plaidoyer et d'influence à long terme sur les domaines thématiques du projet. Cela pourrait bien être un facteur important de succès à long terme, car en fin de compte, ces organisations doivent travailler avec l'État pour renforcer les résultats obtenus et les approches introduites et les mettre en pratique à long terme.

En matière de pilotage, troisième critère de réussite de Capacity WORKS, le projet a été décrit comme très accessible, tant dans les ministères, où les conseillers étaient directement accessibles, que localement. Cet ancrage au niveau du groupe cible combiné à un contact direct avec le niveau politique décisionnel est l'un des principaux arguments de vente de ProSanté et le facteur de succès par excellence. « ProSanté vit la réalité sur le terrain. » (Int_9 avec les partenaires sanitaires) Il est difficile de complimenter davantage un projet. C'est certainement l'une des raisons qui expliquent le haut niveau d'engagement dont font preuve les partenaires du projet. En outre, les organisations partenaires ont perçu le projet comme étant pratique et fiable. « Pas d'annonces sans actions », semble avoir été un principe directeur qui a donné aux partenaires une grande sécurité de planification (Int_20 avec les partenaires sanitaires). ProSanté semble également avoir utilisé dans une large mesure l'objectif de partenariat, de participation et d'orientation des partenaires pour parvenir à ses fins. « ProSanté laisse une certaine marge pour les priorités de l'organisation, il n'impose pas », c'est ainsi qu'un partenaire décrit la coopération au développement (Int_7 avec les partenaires sanitaires). ProSanté a reçu le soutien des responsables de la santé et des notables des communautés villageoises environnantes (Int_33 avec les bénéficiaires).

En termes de processus, quatrième critère de réussite, certaines voix exprimées en dix interviews ont également perçu le projet comme partiellement restreint, rigoureux, non réceptif et intransigeant. Les directives financières strictes du GIZ ont été mentionnées comme un facteur de risque. En particulier, la limitation des indemnités journalières conformément aux directives du ministère a été critiquée par plusieurs partenaires, notamment au niveau national. « Les gens boycottent les activités GIZ », a déclaré une personne interrogée (Int_4 avec les partenaires sanitaires). Cela n'a pas pu être vérifié lors de l'évaluation. L'équipe d'évaluation ne considère pas non plus cet aspect comme un facteur pertinent pour la réussite du projet.

À l'égard de l'apprentissage et de l'innovation, cinquième facteur de réussite de Capacity WORKS, il faut de nouveau attirer l'attention sur le fait que le projet n'a eu qu'un peu plus de deux années complètes pour la réalisation de ses activités. Certaines innovations ont été testées pendant cette période, comme les Tantes en tant qu'éducatrices paires pour les jeunes ou un volet de formation pratique pour les sages-femmes. Toutes ces approches, y compris celles de qualité, doivent être documentées et leur transférabilité doit être testée. Les résultats déjà disponibles pour le projet grâce à son suivi ont été rapidement partagés avec la population

locale dans des reprises de résultats.

5.2 Conclusions et recommandations

L'équipe d'évaluateurs soutient la conception de ProSanté II qui va suivre l'approche pilotée, dans ce projet, pour une amélioration intégrée de la qualité et de la demande de services de SRDS aux niveaux macro, méso et micro.

Les recommandations qui suivent sont fournies pour chacun des volets du projet et s'adressent principalement à l'équipe de gestion et de mise en œuvre du projet dans la région de Kara.

Volet A – Amélioration de la qualité

1. Investissement dans l'infrastructure des USP soutenues

ProSanté II prévoit déjà que la KfW entreprenne des rénovations dans les USP soutenues par ProSanté. Toutes les nouvelles USP incluses dans ProSanté II devraient faire l'objet d'une évaluation des défaillances infrastructurelles. En outre, il convient de veiller à ce que toutes les USP soient équipées d'électricité pour la lumière via l'énergie solaire ou l'accès au réseau électrique public et disposent d'un réservoir surélevé avec une pompe pour l'eau courante ou au moins de leur propre puits amélioré. Dans les projets d'amélioration de la qualité mis en œuvre par la GIZ et l'ancienne GTZ au Togo réalisés il y a plusieurs années, on avait suivi une norme de construction et d'équipement des USP. Il serait utile de s'inspirer de ces expériences et d'identifier celles qui sont réalisables dans le cadre du projet actuel.

2. Soutenir la supervision numérique

La surveillance de soutien est un aspect essentiel de l'assurance qualité durable. Le plus souvent, les efforts d'amélioration de la qualité s'amenuisent après la fin des projets parce que les autorités locales responsables de la supervision ne disposent pas des ressources nécessaires pour se rendre régulièrement dans les établissements. À long terme, il serait donc logique de profiter de la tendance générale à la numérisation poussée par la crise du COVID-19 et d'équiper la DPS ainsi que les USP d'ordinateurs, d'un accès à Internet et de connaissances pour effectuer certaines parties de la supervision de manière numérique. En Guinée, par exemple, la formation nationale sur la qualité est en train d'être donnée par le biais de l'apprentissage mixte pour transmettre des connaissances de qualité au personnel de santé : une combinaison d'une facilitation en présentiel et en ligne. Une autre option serait d'utiliser ou développer une application pour les téléphones portables pour suivre les tâches d'assurance qualité.

3. Référence/contre-référence reliant tous les niveaux

Dans le cadre de sa stratégie qualité, ProSanté I a aidé la région à mettre en place un réseau WhatsApp par lequel les USP peuvent communiquer avec les hôpitaux pour la référence et la contre-référence des patients. l'établissement de canaux de communication et d'options de transport entre les villages et les USP ou les hôpitaux est tout aussi important que le fonctionnement de la référence/contre-référence entre les établissements de santé de différents niveaux. La KfW envisage d'équiper certains établissements de santé d'ambulances. En outre, il serait utile d'envisager l'utilisation d'un numéro vert permettant aux villageois de communiquer gratuitement avec les USP en cas d'urgence. Cela permettrait d'éviter l'échec de l'aide d'urgence en raison d'un manque de crédit téléphonique. Enfin, des discussions pourraient avoir lieu avec le COGES sur un éventuel système de transport en cas d'urgence entre les villages.

4. Ligne budgétaire pour la formation continue du COGES

Un succès important du projet est que les COGES sont à nouveau impliqués dans la gestion de l'USP et ont été formés par le projet. Les COGES sont réélus tous les deux ans, ce qui confère une dynamique rotative aux postes de responsabilité. Pour la pérennité du COGES, il est donc essentiel que la région inclue dans son budget des fonds pour la formation continue.

5 Piloter l'approche qualité dans un contexte différent

ProSanté II inclura 50 autres USP dans la région de Kara. Toutefois, pour un pilotage plus significatif de l'approche, il serait utile d'inclure une autre région avec un contexte différent. Cela entraîne bien sûr des coûts à de nombreux égards, notamment en termes de personnel. Il conviendrait d'examiner si une telle extension serait possible dans la région voisine des Savannes, sous la responsabilité de l'équipe de projet à Kara.

Volet B – Stimulation de la demande

6. L'implication des accoucheuses traditionnelles

Le projet s'appuie sur la sensibilisation et l'information visant à renforcer la demande de services de SRDS. Cependant, d'autres structures culturelles existent toujours, comme les accoucheuses traditionnelles, qui continuent d'avoir une grande influence dans les sociétés africaines traditionnelles comme celles du Togo (Fantaye, A.W. *et al* [2019]). Le Togo, comme de nombreux autres États africains, ne reconnaît plus officiellement l'importance des accoucheuses traditionnelles. Néanmoins, il est recommandé d'offrir à ces personnes une formation continue sur les complications de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum. La connaissance des risques pré, péri et postnataux contribue à améliorer la santé maternelle (Amutah-Onukagha, N. *et al* [2017], Che Chi, P. *et al* [2018]). Ainsi pourrait-on envisager une réorientation de leur cahier des charges vers l'accompagnement de la femme enceinte au détriment de l'acte de l'accouchement.

7. Réduction des obstacles financiers

Des obstacles financiers empêchent l'utilisation des services de SRDS. Le gouvernement du Togo a annoncé son intention d'abolir les droits de naissance début 2021. Reste à voir si cette déclaration d'intention sera mise en œuvre. Souvent, les établissements de santé ne sont pas dédommagés pour la perte de revenus, de sorte que la gratuité des soins de santé est parfois compromise par des frais non officiels. Il convient de suivre de plus près cette évolution. Si le gouvernement ne rembourse pas, le projet devra explorer d'autres options de remboursement. Les approches pourraient inclure un système de *vouchers*, l'introduction d'un taux forfaitaire pour les soins prénataux et la naissance, ou l'utilisation d'une mutuelle de santé existante, et ce en collaboration avec d'autres partenaires qui s'y consacrent.

8. Analyser et documenter les approches

ProSanté a déjà réalisé deux études KOMPASS sur les approches « qualité » et « Tantines ». Toutefois, ces études devraient être complétées par une analyse de la valeur ajoutée et des coûts afin de les rendre utiles pour d'autres régions. La documentation des acquis du projet comme produits duplicables est un atout dont pourraient s'inspirer d'autres PTF, pourquoi pas le Gouvernement togolais.

9. Poursuivre le renforcement de la société civile

L'ONG Groupe de réflexion et d'action Femme démocratie et développement (GF2D) a déjà commencé à renforcer l'Association des Tantines de la région de Kara pour le Développement (ATAREKAD), dans sa structure organisationnelle, et à la soutenir pour créer des activités génératrices de revenus. ProSanté devrait soutenir ces efforts pour des raisons de durabilité. En outre, il est recommandé que ProSanté développe les compétences de gestion des organisations centrales de la société civile telles que l'Association de sages-femmes au Togo (ASSAFETO), l'ATAREKAD ainsi que le Réseau Organisation sociale Cercle de SRDS/PF (ROSCI-SR/PF), afin que ces organisations puissent représenter les intérêts de leur clientèle auprès du gouvernement.

Volet C : Renforcement du système de santé

10. Plaider pour un financement durable des approches

Les évaluateurs et l'évaluatrice recommandent au projet d'intensifier son lobbying auprès du gouvernement pour un financement durable de la démarche qualité et des approches sociales telles que les Tantines. Un plaidoyer en faveur d'un panier commun pour les agents de santé communautaire (ASC) et d'autres structures de santé du village semble intéressant. L'implication de la société civile en tant qu'organe de contrôle est un

aspect central. La possibilité de mettre en place un tel panier commun au niveau décentralisé dans la région de Kara devrait également être examinée.

11. Soutenir l'opérialisation de l'IHRIS

Le projet a déjà contribué au financement éventuel de l'adaptation du logiciel IHRIS au Togo par l'intermédiaire du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. Cette automatisation étant essentielle à la planification des ressources humaines, le projet devrait continuer à fournir un soutien technique à ce processus.

12. Soutenir l'adaptation au changement climatique avec un accent sur la santé mère-enfant et la SRDS

En tant que projet, ProSanté ne peut pas promouvoir le plan d'adaptation au changement climatique du MSHPAUS dans sa totalité. Toutefois, il serait concevable de promouvoir de manière sélective les activités qui présentent un intérêt particulier pour la santé maternelle et infantile et la SSR. Il s'agirait par exemple d'activités de prévention du paludisme dans des zones où le paludisme fait son apparition en raison du changement climatique. Inversement, les politiques de planification familiale efficaces ont un impact positif sur la résilience d'un pays au changement climatique (Starrs, A.M. *et al* [2018]).

13 Communiquer proactivement les investissements dans le système de santé

Au-delà des informations sur les investissements à travers la coopération allemande et pendant les ateliers de suivi et le comité de pilotage, il est recommandé de préparer et de communiquer régulièrement et de manière proactive les investissements financiers du projet dans le secteur de la santé afin de maximiser la transparence de sa gestion.

Volet D : Riposte au COVID-19

14. Étendre la capacité du laboratoire de PCR

Le laboratoire PCR soutenu par le projet pourrait avoir des capacités limitées de réponse à la pandémie de COVID-19. Il convient donc d'investir davantage dans ce laboratoire afin de compléter les équipements manquants pour les diagnostics microbiologiques et autres et de former le personnel en conséquence.

Liste des ressources

- Agbigbi Y et al (2020) Priorisation et cartes des soins obstétricaux et néonataux d'urgence au Togo, UNFPA
- Amutah-Onukagha N et al (2017), Progresses and challenges of utilizing traditional birth attendants in maternal and child health in Nigeria, in: International Journal of MCH and AIDS, 2017; 6(2):130 – 138
- BMZ (2015), Selbstbestimmte Familienplanung und Müttergesundheit
- BMZ (2018) Pour mieux appréhender l'avenir du Togo, German Health Practice Collection
- Che Chi P et al (2018) The evolving role of traditional birth attendants in maternal health in post-conflict Africa: A qualitative study of Burundi and northern Uganda, in: SAGE, Vol 6: 1-9
- Fantaye A W et al (2019), Preferences for formal and traditional sources of childbirth and postnatal care among women in rural Africa: A systematic review, in: PLoS ONE 14(9)
- GIZ (2012), Améliorer le système de santé
- Global Health Observatory: <https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/25>
- GoT (2017a), Plan national de développement sanitaire (PNDS) 2017 - 2022
- GoT (2017b) Plan d'action national budgétisé de planification familiale (PANB-PF) (2017 – 2022
- GoT [2017 c] Plan de suivi et évaluation du PNDS [PNDS-PSE] 2017 – 2022
- GoT [2017d] Annuaire de statistiques sanitaires du Togo, Année 2016
- GoT [2018a], Plan national de développement [PND] 2018 - 2022
- GoT [2018b] Plan stratégique intégré de la santé génésique, santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent [PSI-SGSMNEA] 2018 – 2022
- ICPD [2019], Nairobi Statement on ICPD 25 – Accelerating the promise:
- Institut National de la Statistique et des Études économiques et démographiques [INSEED], 2018. *MICS6 TOGO, 2017, Rapport final*. Lomé, Togo.
- MEASURE Evaluation, USAID. 2007. [A GUIDE FOR MONITORING AND EVALUATING POPULATION-HEALTH-ENVIRONMENT PROGRAMS](#). Washington DC: USAID, disponible à
- MUSKOKA [2018] Rapport globale
- Starrs A M et al [2018] Accelerate progress – sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher-Lancet Commission, in: The Lancet, 2018; 391:2642-92
- WHO [2015], Workplan on Climate Change and Health 2014 - 2019
- WHO [2019] Health, Environment and Climate Change

Annexe 1 Matrice d'évaluation

OECD-DAC critère PERTINENCE (max. 100 points)					
Dimension d'évaluation	Questions d'évaluation	Indicateur d'évaluation	Méthodes de collecte de données (par exemple : entretiens, discussions de groupe, documents, système de suivi de projet/partenaire, atelier, enquête, etc.)	Sources de données (liste de documents pertinents, entretiens avec des catégories spécifiques de parties prenantes, données de suivi spécifiques, atelier, etc.)	Force de la preuve (modéré, bon, fort)
Le concept (1) du projet est conforme aux cadres stratégiques de référence. Max. 30 points	Quels cadres stratégiques de référence existent pour le projet ? (stratégies nationales, y compris la stratégie nationale de mise en œuvre de l'Agenda 2030, stratégies régionales et internationales, stratégies de changement sectorielles et transsectorielles, en cas de projet bilatéral particulièrement les stratégies des partenaires, cadres d'analyse internes tels que Sauvegardes et genre [2], etc.)	Cohérence avec PANB, PNDS, PNDS-PSE, PND, PSI-SGSNBEA, SDGs, Muskoka Cohérence avec les recommandations de l'OMS sur COVID-19	Lecture des documents stratégique	Liste de documents pertinents, Recherche d'internet	Bon
	Dans quelle mesure le concept du projet est-il en phase avec les cadres stratégiques de référence pertinents ?	Appréciation explorative	Lecture des documents stratégique Entretiens	Liste de documents pertinents, Recherche d'internet	Bon
	Dans quelle mesure les interactions (synergies/conflits d'intérêts) de l'intervention avec d'autres secteurs se reflètent-elles dans le concept du projet, mais également au regard des dimensions de la durabilité (écologique, économique et sociale) ?	Appréciation explorative	Lecture des documents du projet	Liste de documents pertinents, Recherche d'internet	Modéré
	Dans quelle mesure le concept du projet est-il en phase avec le programme de coopération au développement (CD) (le cas échéant), la stratégie pays du BMZ et les concepts sectoriels du BMZ ?	Cohérence avec BMZ Selbstbestimmte Familienplanung, BMZ Muskoka Initiative, BMZ Positionen zu UHC und JVP	Lecture des documents stratégique	Liste de documents pertinents, Recherche d'internet	Bon
	Dans quelle mesure le concept du projet est-il en phase avec les objectifs (nationaux) de l'Agenda 2030 ? À quels Objectifs de développement durable (ODD) le projet est-il censé contribuer ?	SDG et Agenda 2030	Lecture des documents stratégique	Liste de documents pertinents, Recherche d'internet	Bon
	Dans quelle mesure le concept du projet est-il complémentaire des efforts des partenaires ou des efforts d'autres organisations pertinentes (subsidiarité et complémentarité) ?	SDG et Agenda 2030	Entretiens individuels	ROSCI-SR/PF, CRT, Santé intégrée	Fort
Le concept (1) du projet répond aux besoins du/des groupe(s) cible(s). Max. 30 points	Dans quelle mesure le concept de projet choisi cible-t-il les besoins et les problèmes centraux du ou des groupes cibles ?	Appréciation explorative	Entretiens individuels et entretiens en groupes focalisés	Groupes de tantes et des mères, DPS, USP	Modéré
	Comment les différents points de vue, besoins et préoccupations des femmes et des hommes sont-ils représentés dans le concept du projet ?	Appréciation explorative	Entretiens individuels et entretiens en groupes focalisés	Groupes de tantes et des mères, Clubs champions	Fort
	Dans quelle mesure le concept du projet a-t-il été conçu pour atteindre des groupes particulièrement désavantagés (principe « Ne laisser personne de côté », tel qu'il figure dans l'Agenda 2030) ? Comment les risques et les potentiels identifiés en matière de droits humains et de genre ont-ils été intégrés au concept du projet ?	Appréciation explorative	Lecture des documents du projet Entretiens individuels et entretiens en groupes focalisés	Groupes de tantes et des mères, Clubs champions	Modéré

	Dans quelle mesure les impacts recherchés sont-ils réalistes dans la perspective actuelle et au regard des ressources disponibles (temps, finances, capacités des partenaires) ?	Appréciation explorative	Lecture des documents du projet		Modéré
Le concept (1) du projet est conçu de manière à permettre la réalisation de l'objectif choisi pour le projet. Max. 20 points	Évaluation du modèle de résultats et des hypothèses de résultats (théorie du changement) de la logique du projet : - Dans quelle mesure l'objectif du projet est-il réaliste dans la perspective actuelle et au regard des ressources disponibles (temps, finances, capacités des partenaires) ? - Dans quelle mesure les activités, instruments et extrants sont-ils conçus pour atteindre l'objectif du projet ? - Dans quelle mesure les hypothèses de résultats sous-jacentes du projet sont-elles plausibles ? - Dans quelle mesure les limites choisies (sphère de responsabilité) pour le projet (y compris les partenaires) sont-elles clairement définies et plausibles ? - Les influences potentielles d'autres bailleurs de fonds/organisations extérieures à la sphère de responsabilité du projet sont-elles correctement prises en compte ? - Dans quelle mesure les hypothèses et les risques du projet sont-ils exhaustifs et plausibles ?	Appréciation explorative	Lecture des documents du projet Analyse et appréciation du modèle de résultats et des hypothèses		Bon
	Comment la complexité des conditions-cadres et des directives est-elle/a-t-elle été gérée ? Comment les éventuelles surcharges sont-elles/ont-elles été gérées et stratégiquement ciblées ?	Appréciation explorative	Lecture des documents du projet Entretiens individuels et entretiens en groupes focalisés		Bon
Le concept (1) du projet a été adapté aux changements conformément aux prescriptions et réadapté si nécessaire. Max. 20 points	Quels changements se sont produits pendant la mise en œuvre du projet ? (locaux, nationaux, internationaux, sectoriels, y compris l'état de l'art du savoir-faire sectoriel) Comment les changements ont-ils été gérés au niveau de la conception du projet ?	Appréciation explorative	Lecture des documents du projet Entretiens individuels		Bon
		Appréciation explorative	Lecture des documents du projet Entretiens individuels		Modéré

OECD-DAC critère EFFICACITÉ (max. 100 points)					
Dimension d'évaluation	Questions d'évaluation	Indicateur d'évaluation	Méthodes de collecte de données (par exemple : entretiens, discussions de groupe, documents, système de suivi de projet/partenaire, atelier, enquête, etc.)	Sources de données (liste de documents pertinents, entretiens avec des catégories spécifiques de parties prenantes, données de suivi spécifiques, atelier, etc.)	Force de la preuve (modéré, bon, fort)
Le projet a atteint son objectif spécifique (<i>outcome</i>) dans les délais conformément aux indicateurs de l'objectif du projet*. Max. 40 points	Dans quelle mesure l'objectif convenu du projet (objectif spécifique/ <i>outcome</i>) a-t-il été atteint (ou sera-t-il atteint d'ici à la fin du projet), si l'on se base sur les indicateurs de l'objectif ? Des indicateurs supplémentaires sont-ils nécessaires pour bien refléter l'objectif du projet ?	Reformulation de deux indicateurs au niveau <i>outcome</i> Indicateurs sélectionnés de la DRS (CPN, accouchements assistés, consultations, CYP) pour tous les USP de la région PGMQ de 2019 et 2020 Score dans la répétition du post-test auprès d'un échantillon des personnes formées	Système de suivi du projet	Monitoring du projet Utilisation des données des USP de la région de la DRS Utilisation des données sur la Performance Globale Moyenne de Qualité (PGMQ) Répétition du post-test sur SRDS	fort
	Dans quelle mesure est-il possible que des aspects non atteints de l'objectif du projet soient atteints pendant la durée actuelle du projet ?	Appréciation explorative	Entretiens individuels et en groupe focalisé	ProSanté, DRS, DPS, UPS, groupes cibles	bon
Les activités et les extrants du projet ont contribué substantiellement à l'atteinte de l'objectif spécifique du projet (<i>outcome</i>). (1) Max. 30 points	Dans quelle mesure les extrants (<i>outputs</i>) convenus du projet ont-ils été atteints (ou seront-ils atteints d'ici à la fin du projet), si l'on se base sur les indicateurs des extrants ? Des indicateurs supplémentaires sont-ils nécessaires pour bien refléter les extrants du projet ?	Appréciation explorative	Système de suivi du projet Collecte des données additionnelles		fort
	Comment le projet contribue-t-il, via des activités, des instruments et des extrants, à atteindre l'objectif spécifique du projet (<i>outcome</i>) ? (Approche d'analyse des contributions)	Appréciation explorative Analyse de la contribution Adaptation des activités au début du projet Appréciation des autres contributions dans le secteur	Entretiens individuels et en groupe focalisé	ProSanté, MSHPAUS, DRS, DPS	bon
	Stratégie de mise en œuvre : quels facteurs de mise en œuvre contribuent ou nuisent à la réalisation de l'objectif du projet ? (facteurs externes, organisation managériale du projet et de l'entreprise, gestion de la coopération, etc.)	Disponibilité d'une bonne spécification des indicateurs Exploration des options alternatives pour les indicateurs	Lecture des documents du projet Entretiens individuels	Documents du projet ProSanté, MSHPAUS,	modéré
	Quels facteurs autres/alternatifs ont contribué à la réalisation ou non de l'objectif ?	Appréciation explorative Appréciation de l'impact de COVID-19	Entretiens individuels	ProSanté, MSHPAUS, DRS, DPS, USP, PTF, ONG	modéré

	Que se serait-il passé sans le projet ?	Comparaison entre des USP pilotes et des USP témoins	Comparaison entre des USP pilote et les USP témoins	Selection des USP	bon
Le projet a atteint son objectif spécifique (<i>outcome</i>) dans les délais conformément aux indicateurs de l'objectif du projet*. Max. 40 points	Quels résultats négatifs ou positifs imprévus le projet produit-il au niveau des extrants et de l'objectif spécifique (<i>outcome</i>) et pourquoi ?	Appréciation explorative	Lecture des Documents Entretiens individuels et en groupe focalisé	Documents du projet ProSanté, MSHPAUS,	modéré
	Comment les risques relatifs aux résultats négatifs imprévus au niveau des extrants et de l'objectif spécifique (<i>outcome</i>) ont-ils été évalués dans le système de suivi (par ex., « Kompass ») ? Les risques étaient-ils déjà connus pendant la phase de conception ?	Disponibilité des études KOMPASS et des autres analyses	Lecture des documents	Documents du projet ProSanté, MSHPAUS,	modéré
	Quelles actions ont été mises en œuvre par le projet pour contrecarrer les risques et (le cas échéant) les résultats négatifs qui se sont produits ? Dans quelle mesure ces actions ont-elles été appropriées ?	Disponibilité des réflexions sur les risques potentiels	Lecture des documents Entretiens individuels	Documents du projet ProSanté	modéré
	Dans quelle mesure les résultats positifs imprévus potentiels au niveau de l'objectif spécifique (<i>outcome</i>) ont-ils été suivis et exploités ?	Appréciation explorative	Entretiens individuels et en groupe focalisé	ProSanté, MSHPAUS, DRS, DPS, USP	modéré

OECD-DAC critère IMPACT (max. 100 points)					
Dimension d'évaluation	Questions d'évaluation	Indicateur d'évaluation	Méthodes de collecte de données (par exemple : entretiens, discussions de groupe, documents, système de suivi de projet/partenaire, atelier, enquête, etc.)	Sources de données (liste de documents pertinents, entretiens avec des catégories spécifiques de parties prenantes, données de suivi spécifiques, atelier, etc.)	Force de la preuve (modéré, bon, fort)
Les résultats de développement recherchés se sont produits ou vont se produire*. Max. 40 points	À quels résultats de développement le projet est-il censé contribuer (voir la proposition de module et de programme, en l'absence d'action individuelle ; indicateurs, marqueurs, lien avec la stratégie nationale de mise en œuvre de l'Agenda 2030, lien avec les ODD) ? Parmi ces résultats de développement recherchés, lesquels peuvent être observés ou semblent réalisables ?	Appréciation explorative	Analyse des documents Entretiens individuels Groupes focalisés	Qualité : avec MSHPAUS, PTI, DRS, DPS, USP, COGES, école SF Demande : avec MSHPAUS, PTI, DRS, DPS, USP, COGES, OBC et ONG Conceptions : avec MSHPAUS, PTI, DRS COVID-19 : avec MSHPAUS, PTI, DRS Groupes focalisés avec : club de mères, tantines, leaders religieux	modéré
	Groupe cible et principe « Ne laisser personne de côté » : existe-t-il des preuves des résultats obtenus au niveau du groupe cible/de groupes de populations spécifiques ? Dans quelle mesure les groupes marginalisés ciblés (femmes, enfants, jeunes, personnes âgées, personnes handicapées, populations autochtones, réfugiés, déplacés internes, migrants, personnes vivant avec le VIH/sida et les plus pauvres parmi les pauvres) ont-ils été atteints ?	Appréciation explorative	Analyse des documents Entretiens individuels Groupes focalisés	Qualité : avec MSHPAUS, PTI, DRS, DPS, USP, COGES, école SF Demande : avec MSHPAUS, PTI, DRS, DPS, USP, COGES, OBC et ONG Conceptions : avec MSHPAUS, PTI, DRS COVID-19 : avec MSHPAUS, PTI, DRS Groupes focalisés avec : club de mères, tantines, leaders religieux	bon
L'objectif spécifique du projet (<i>outcome</i>) a contribué à atteindre les résultats globaux de développement recherchés ou qui se sont produits (impact) (1) Max. 30 points	Dans quelle mesure est-il possible que l'objectif spécifique (<i>outcome</i>) ait contribué ou contribue ultérieurement aux résultats globaux de développement ? (approche d'analyse des contributions)	Analyse de contribution	Entretiens individuels Groupes focalisés	Qualité : avec MSHPAUS, PTI, DRS, DPS, USP, COGES, école SF Demande : avec MSHPAUS, PTI, DRS, DPS, USP, COGES, OBC et ONG Conceptions : avec MSHPAUS, PTI, DRS COVID-19 : avec MSHPAUS, PTI, DRS Groupes focalisés avec : club de mères, tantines, leaders religieux	modéré
	Quels sont les autres facteurs qui expliquent les résultats observés ? (activités d'autres parties prenantes, autres politiques, etc.)	Appréciation explorative	Entretiens individuels Groupes focalisés	Qualité : avec MSHPAUS, PTI, DRS, DPS, USP, COGES, école SF Demande : avec MSHPAUS, PTI, DRS, DPS, USP, COGES, OBC et ONG Conceptions : avec MSHPAUS, PTI, DRS COVID-19 : avec MSHPAUS, PTI, DRS Groupes focalisés avec : club de mères, tantines, leaders religieux	modéré
	Dans quelle mesure l'impact du projet est-il influencé positivement ou négativement par les conditions-cadres ou par d'autres domaines, stratégies ou intérêts politiques (ministères fédéraux allemands, partenaires de développements bilatéraux et multilatéraux) ? Quelles sont les mesures mises en œuvre par le projet pour y faire face ?	Appréciation explorative	Analyse des documents Entretiens individuels Groupes focalisés	Qualité : avec MSHPAUS, PTI, DRS, DPS, USP, COGES, école SF Demande : avec MSHPAUS, PTI, DRS, DPS, USP, COGES, OBC et ONG Conceptions : avec MSHPAUS, PTI, DRS COVID-19 : avec MSHPAUS, PTI, DRS Groupes focalisés avec : club de mères, tantines, leaders religieux	modéré
	Que se serait-il passé sans le projet ?	Appréciation explorative	Entretiens individuels Groupes focalisés	Qualité : avec MSHPAUS, PTI, DRS, DPS, USP, COGES, école SF Demande : avec MSHPAUS, PTI, DRS, DPS, USP, COGES, OBC et ONG	modéré

				Conceptions : avec MSHPAUS, PTI, DRS COVID-19 : avec MSHPAUS, PTI, DRS Groupes focalisés avec : club de mères, tantines, leaders religieux	
	Dans quelle mesure le projet a-t-il contribué activement et systématiquement à un impact généralisé ? (4 dimensions : pertinence, qualité, quantité, durabilité ; approches de mise en échelle : verticales, horizontales, fonctionnelles ou combinées) ? Si non, un tel potentiel aurait-il pu exister ? Pourquoi le potentiel n'a-t-il pas été exploité ?	Appréciation explorative Analyse de contribution	Entretiens individuels Groupes focalisés	Qualité : avec MSHPAUS, PTI, DRS, DPS, USP, COGES, école SF Demande : avec MSHPAUS, PTI, DRS, DPS, USP, COGES, OBC et ONG Conceptions : avec MSHPAUS, PTI, DRS COVID-19 : avec MSHPAUS, PTI, DRS Groupes focalisés avec : club de mères, tantines, leaders religieux	modéré
Aucun résultat indirect (impact) négatif ne s'est produit en lien avec le projet ; si des résultats négatifs se sont produits, ils ont été gérés correctement par le projet. Les résultats indirects (impact) positifs supplémentaires (non convenus de manière formelle) ont fait l'objet d'un suivi et toutes les possibilités d'aboutir à d'autres résultats positifs ont été saisies. Max. 30 points	Quels résultats imprévus, positifs ou négatifs, peuvent être observés au niveau de l'impact ? Existe-t-il des contreparties négatives entre les dimensions écologique, économique et sociale (au regard des trois dimensions de la durabilité dans l'Agenda 2030) ? Les synergies positives entre les trois dimensions ont-elles été exploitées ?	Appréciation explorative	Analyse des documents Entretiens individuels Groupes focalisés	Qualité : avec MSHPAUS, PTI, DRS, DPS, USP, COGES, école SF Demande : avec MSHPAUS, PTI, DRS, DPS, USP, COGES, OBC et ONG Conceptions : avec MSHPAUS, PTI, DRS COVID-19 : avec MSHPAUS, PTI, DRS Groupes focalisés avec : club de mères, tantines, leaders religieux	modéré
	Dans quelle mesure les risques de résultats imprévus au niveau de l'impact ont-ils été évalués dans le système de suivi (par ex., « Kompass ») ? Les risques étaient-ils déjà connus pendant la phase de planification ?	Appréciation explorative	Analyse des documents Entretiens individuels Groupes focalisés	Qualité : avec MSHPAUS, PTI, DRS, DPS, USP, COGES, école SF Demande : avec MSHPAUS, PTI, DRS, DPS, USP, COGES, OBC et ONG Conceptions : avec MSHPAUS, PTI, DRS COVID-19 : avec MSHPAUS, PTI, DRS Groupes focalisés avec : club de mères, tantines, leaders religieux	modéré
	Quelles actions ont été prises par le projet pour éviter et contrecarrer les risques/résultats négatifs/contreparties (3) ?	Appréciation explorative	Analyse des documents Entretiens individuels Groupes focalisés	Qualité : avec MSHPAUS, PTI, DRS, DPS, USP, COGES, école SF Demande : avec MSHPAUS, PTI, DRS, DPS, USP, COGES, OBC et ONG Conceptions : avec MSHPAUS, PTI, DRS COVID-19 : avec MSHPAUS, PTI, DRS Groupes focalisés avec : club de mères, tantines, leaders religieux	fort
	Dans quelle mesure les conditions-cadres ont-elles joué un rôle dans les résultats négatifs ? Comment le projet a-t-il réagi ?	Appréciation explorative	Entretiens individuels Groupes focalisés	Qualité : avec MSHPAUS, PTI, DRS, DPS, USP, COGES, école SF Demande : avec MSHPAUS, PTI, DRS, DPS, USP, COGES, OBC et ONG Conceptions : avec MSHPAUS, PTI, DRS COVID-19 : avec MSHPAUS, PTI, DRS Groupes focalisés avec : club de mères, tantines, leaders religieux	bon
	Dans quelle mesure les résultats positifs imprévus potentiels et les synergies potentielles entre les dimensions écologique, économique et sociale ont-ils été suivis et exploités ?	Appréciation explorative	Entretiens individuels Groupes focalisés	Qualité : avec MSHPAUS, PTI, DRS, DPS, USP, COGES, école SF Demande : avec MSHPAUS, PTI, DRS, DPS, USP, COGES, OBC et ONG Conceptions : avec MSHPAUS, PTI, DRS COVID-19 : avec MSHPAUS, PTI, DRS Groupes focalisés avec : club de mères, tantines, leaders religieux	bon

OECD-DAC critère EFFICIENCE (max. 100 points)					
Dimension d'évaluation	Questions d'évaluation	Indicateur d'évaluation	Méthodes de collecte de données (par exemple : entretiens, discussions de groupe, documents, système de suivi de projet/partenaire, atelier, enquête, etc.)	Sources de données (liste de documents pertinents, entretiens avec des catégories spécifiques de parties prenantes, données de suivi spécifiques, atelier, etc.)	Force de la preuve (modéré, bon, fort)
L'utilisation des ressources par le projet est appropriée au vu des extrants obtenus. [Efficience de la production : ressources/extrants] Max. 70 points	Quelle est l'ampleur des écarts entre les coûts identifiés et les coûts prévus ? Quelles sont les raisons du ou des écart(s) identifié(s) ?	Le projet gère ses ressources conformément au devis des coûts prévu (lignes de coûts). Sauf s'ils sont dûment justifiés, il n'y a pas d'écarts par rapport au devis des coûts.	Analyse des documents Entretiens individuels Application et analyse de l'outil d'efficience	Responsable du projet Acteurs clés	modéré
	Gros plan : Dans quelle mesure les extrants auraient-ils pu être maximisés avec la même quantité de ressources, en vertu des mêmes conditions-cadres et avec la même qualité ou une	Le projet amorce une réflexion pour savoir si les résultats convenus peuvent être atteints avec les moyens disponibles.	Analyse des documents Entretiens individuels Application et analyse de l'outil d'efficience	Responsable du projet Acteurs clés	modéré

	meilleure qualité (principe du maximum) ? (norme méthodologique minimale : Approche « suivez l'argent »)	Le projet gère ses ressources conformément aux coûts prévisionnels budgétisés pour les prestations convenues (extrants). Sauf s'ils sont dûment justifiés, il n'y a pas d'écarts par rapport aux coûts prévisionnels.	Analyse des documents Entretiens individuels Application et analyse de l'outil d'efficience	Responsable du projet Acteurs clés	modéré
		Les frais généraux du projet sont proportionnés aux coûts engendrés par les extrants.	Analyse des documents Entretiens individuels Application et analyse de l'outil d'efficience	Responsable du projet Acteurs clés	modéré
		Les prestations fournies, mesurées par l'outil de gestion des temps ZAS, représentent une valeur ajoutée tangible pour la réalisation des extrants du projet.	Analyse des documents Entretiens individuels Application et analyse de l'outil d'efficience	Responsable du projet Acteurs clés	modéré
	Gros plan : Dans quelle mesure les extrants auraient-ils pu être maximisés en redistribuant les ressources entre les extrants ? (norme méthodologique minimale : approche « suivez l'argent »)	Le projet gère ses ressources de manière à obtenir d'autres extrants plus rapidement/mieux si les extrants prévus ont déjà été atteints ou si ceux-ci ne peuvent pas être atteints (évaluation finale).	Analyse des documents Entretiens individuels Application et analyse de l'outil d'efficience	Responsable du projet Acteurs clés	modéré
		Ou : le projet gère et planifie ses ressources de manière à obtenir d'autres extrants plus rapidement/mieux si les extrants prévus ont déjà été atteints ou si ceux-ci ne peuvent pas être atteints (évaluation intermédiaire)			
	Le ratio extrants/ressources et les alternatives possibles ont-ils été soigneusement étudiés pendant le processus de conception et de mise en œuvre et, si oui, comment ? (norme méthodologique minimale : Approche « suivez l'argent »)	En ce qui concerne les coûts budgétisés pour les extrants visés par le projet, le concept de mise en œuvre d'instruments figurant dans la proposition de module a pu être réalisé dans de bonnes conditions.	Analyse des documents Entretiens individuels Application et analyse de l'outil d'efficience	Responsable du projet Acteurs clés	modéré
		En ce qui concerne les coûts budgétisés pour les extrants visés par le projet, la constellation de partenaires et les niveaux d'intervention associés prévus dans la proposition de module ont pu être réalisés dans de bonnes conditions.	Analyse des documents Entretiens individuels Application et analyse de l'outil d'efficience	Responsable du projet Acteurs clés	modéré
		En ce qui concerne les coûts budgétisés pour les extrants visés par le projet, le découpage thématique prévu pour le projet dans la proposition de module a pu être réalisé dans de bonnes conditions.	Analyse des documents Entretiens individuels Application et analyse de l'outil d'efficience	Responsable du projet Acteurs clés	modéré
		En ce qui concerne les coûts budgétisés pour les extrants visés par le projet, les risques décrits dans la proposition de module sont facilement vérifiables.	Analyse des documents Entretiens individuels Application et analyse de l'outil d'efficience	Responsable du projet Acteurs clés	modéré
		La portée du projet décrite dans proposition de module (p. ex. régions) a pu être pleinement atteinte eu égard aux coûts budgétisés pour les extrants visés par le projet.	Analyse des documents Entretiens individuels Application et analyse de l'outil d'efficience	Responsable du projet Acteurs clés	modéré
		L'approche du projet relative aux extrants à fournir qui est décrite dans la proposition de module est conforme à l'état actuel des connaissances dans les conditions données.	Analyse des documents Entretiens individuels Application et analyse de l'outil d'efficience	Responsable du projet Acteurs clés	modéré
	Pour les évaluations intermédiaires basées sur l'analyse à ce jour : Dans quelle mesure les autres dépenses planifiées sont-elles réparties de manière pertinente entre les extrants ciblés ?	voir ci-dessus	Analyse des documents Entretiens individuels Application et analyse de l'outil d'efficience	Responsable du projet Acteurs clés	modéré
L'utilisation des ressources par le projet est appropriée au vu de la concrétisation de l'objectif spécifique du projet (outcome).	Dans quelle mesure les extrants auraient-ils pu être maximisés avec la même quantité de ressources et avec la même qualité ou une meilleure qualité (principe du maximum) ?	Le projet s'oriente à des éléments de comparaison internes et externes pour obtenir ses résultats au meilleur coût.	Analyse des documents Entretiens individuels Application et analyse de l'outil d'efficience	Responsable du projet Acteurs clés y compris des partenaires techniques et financiers internationaux	modéré

[Efficience de la répartition : ressources/outcome] Max. 30 points	Le ratio extrants/ressources et les alternatives possibles ont-ils été soigneusement étudiés pendant le processus de conception et de mise en œuvre et, si oui, comment ? Des options de mise en échelle ont-elles été envisagées ?	Le projet répartit ses ressources entre les extrants de manière à obtenir le maximum de résultats contribuant à l'atteinte de l'objectif du module. (Évaluation finale) Ou : Le projet planifie et répartit ses ressources entre les extrants de manière à obtenir le maximum de résultats contribuant à l'atteinte de l'objectif du module. (Évaluation intermédiaire)	Analyse des documents Entretiens individuels Application et analyse de l'outil d'efficience	Responsable du projet Acteurs clés y compris des partenaires techniques et financiers internationaux	modéré
		En ce qui concerne les coûts budgétisés pour atteindre l'objectif du module, le concept de mise en œuvre d'instruments figurant dans la proposition de module a pu être réalisé dans de bonnes conditions.	Analyse des documents Entretiens individuels Application et analyse de l'outil d'efficience	Responsable du projet Acteurs clés y compris des partenaires techniques et financiers internationaux	modéré
		En ce qui concerne les coûts budgétisés pour atteindre l'objectif du module, la constellation de partenaires et les niveaux d'intervention associés prévus dans la proposition de module ont pu être réalisés dans de bonnes conditions.	Analyse des documents Entretiens individuels Application et analyse de l'outil d'efficience	Responsable du projet Acteurs clés y compris des partenaires techniques et financiers internationaux	modéré
		En ce qui concerne les coûts budgétisés pour atteindre l'objectif du module, le découpage thématique prévu pour le projet dans la proposition de module a pu être réalisé dans de bonnes conditions.	Analyse des documents Entretiens individuels Application et analyse de l'outil d'efficience	Responsable du projet Acteurs clés y compris des partenaires techniques et financiers internationaux	modéré
		En ce qui concerne les coûts budgétisés pour atteindre l'objectif du module, les risques décrits dans la proposition de module sont facilement vérifiables.	Analyse des documents Entretiens individuels Application et analyse de l'outil d'efficience	Responsable du projet Acteurs clés y compris des partenaires techniques et financiers internationaux	modéré
		La portée du projet décrite dans proposition de module (p. ex. régions) a pu être pleinement atteinte eu égard aux coûts budgétisés pour atteindre l'objectif du module.	Analyse des documents Entretiens individuels Application et analyse de l'outil d'efficience	Responsable du projet Acteurs clés y compris des partenaires techniques et financiers internationaux	modéré
		L'approche du projet relative à l'objectif du module à atteindre qui est décrite dans la proposition de module est conforme à l'état actuel des connaissances dans les conditions données.	Analyse des documents Entretiens individuels Application et analyse de l'outil d'efficience	Responsable du projet Acteurs clés y compris des partenaires techniques et financiers internationaux	modéré
	Dans quelle mesure d'autres résultats ont-ils été obtenus par le biais de synergies et/ou de l'exploitation de ressources supplémentaires, avec l'aide d'autres organisations et bailleurs de fonds bilatéraux et multilatéraux (par ex., dans le cadre de cofinancements) ? Si tel est le cas, la relation entre les coûts et les résultats était-elle appropriée ?	Le projet entreprend les démarches nécessaires pour exploiter pleinement les synergies avec des interventions d'autres donateurs au niveau des résultats.	Analyse des documents Entretiens individuels Application et analyse de l'outil d'efficience	Responsable du projet Acteurs clés y compris des partenaires techniques et financiers internationaux	modéré
		Les pertes de rentabilité dues à un manque de coordination et de complémentarité avec les interventions d'autres donateurs sont suffisamment évitées.	Analyse des documents Entretiens individuels Application et analyse de l'outil d'efficience	Responsable du projet Acteurs clés y compris des partenaires techniques et financiers internationaux	modéré
		Le projet entreprend les démarches nécessaires pour exploiter pleinement les synergies au sein de la CD allemande.	Analyse des documents Entretiens individuels Application et analyse de l'outil d'efficience	Responsable du projet Acteurs clés y compris des partenaires techniques et financiers internationaux	modéré
		Les pertes de rentabilité dues à un manque de coordination et de complémentarité au sein de la CD allemande sont suffisamment évitées.	Analyse des documents Entretiens individuels Application et analyse de l'outil d'efficience	Responsable du projet Acteurs clés y compris des partenaires techniques et financiers internationaux	modérés
		Le financement commun a permis d'étendre les résultats de façon significative ou permet d'escompter une telle extension.	Analyse des documents Entretiens individuels Application et analyse de l'outil d'efficience	Responsable du projet Acteurs clés y compris des partenaires techniques et financiers internationaux	modérés

	Le financement commun n'a pas entraîné d'augmentation disproportionnée des frais généraux par rapport aux coûts globaux.	Analyse des documents Entretiens individuels Application et analyse de l'outil d'efficience	Responsable du projet Acteurs clés y compris des partenaires techniques et financiers internationaux	modérés
	Le rapport entre les contributions des partenaires et les coûts engendrés par les extrants du projet est adéquat.	Analyse des documents Entretiens individuels Application et analyse de l'outil d'efficience	Responsable du projet Acteurs clés y compris des partenaires techniques et financiers internationaux	modérés

OECD-DAC critère DURABILITÉ (max. 100 points)					
Dimension d'évaluation	Questions d'évaluation	Indicateur d'évaluation	Méthodes de collecte de données (par exemple : entretiens, discussions de groupe, documents, système de suivi de projet/partenaire, atelier, enquête, etc.)	Sources de données (liste de documents pertinents, entretiens avec des catégories spécifiques de parties prenantes, données de suivi spécifiques, atelier, etc.)	Force de la preuve (modéré, bon, fort)
Condition préalable permettant de garantir la réussite à long terme du projet : Les résultats sont ancrés dans les structures (partenaires). Max. 50 points	Qu'a fait le projet pour s'assurer que les résultats pourront être maintenus à moyen et à long terme par les partenaires eux-mêmes ?	Activités du projet consécutif	la littérature scientifique l'expérience opérationnelle d'autres contextes de développement (GIZ-Tantines_Cameroon ; CRT-Club de mères-Togo) Des entretiens Des discussions en groupe la conception et la planification stratégique du projet consécutif	Qualité : avec MSHPAUS, PTI, DRS, DPS, USP, COGES, école SF Demande : avec MSHPAUS, PTI, DRS, DPS, USP, COGES, OBC et ONG Conceptions : avec MSHPAUS, PTI, DRS COVID-19 : avec MSHPAUS, PTI, DRS Groupes focalisés avec : club de mères, tantines, leaders religieux	modérés
	Par quels moyens les conseils, approches, méthodes ou concepts du projet sont-ils ancrés/institutionnalisés dans le système (partenaire) ?	Le système de qualité Les formations Les structures communautaires Les conceptions	Comme ci-dessus	Comme ci-dessus	modéré
	Dans quelle mesure les résultats sont-ils continuellement utilisés et/ou développés par le groupe cible et/ou par les partenaires de mise en œuvre ?	Appréciation explorative	Des entretiens Des discussions de groupe	Comme ci-dessus	modéré
	De quelles ressources et capacités, au niveau individuel, organisationnel ou sociétal/politique, dispose le pays partenaire (à plus long terme) pour garantir la continuité des résultats obtenus ?	Appréciation explorative	Des entretiens Des discussions de groupe	Comme ci-dessus	modéré
	En l'absence d'actions consécutives : quelle est la stratégie de sortie du projet ? Comment les enseignements tirés de l'expérience sont-ils préparés et documentés pour les partenaires et pour la GIZ ?	non applicable			
Prévision de durabilité : Les résultats du projet sont permanents, stables et résilients à long terme. Max. 50 points	Dans quelle mesure les résultats du projet sont-ils durables, stables et résilients à long terme au regard des conditions ?	Appréciation explorative	Des entretiens Des discussions de groupe	Comme ci-dessus	modéré
	Quels risques et potentiels sont en train d'émerger pour la durabilité des résultats (réalisation et impact) et quelle est la probabilité que ces facteurs surviennent ? Qu'a fait le projet pour atténuer ces risques ?	Appréciation explorative	Des entretiens Des discussions de groupe	Comme ci-dessus	modéré

Questions d'évaluation supplémentaires	
Dimension d'évaluation	Questions d'évaluation
Impact et durabilité du/des projet(s) antérieur(s)	Parmi les impacts prévus du/des projets antérieurs, lesquels peuvent (encore/maintenant) être observés ?
	Parmi les résultats obtenus (extrants, atteinte de l'objectif spécifique) du/des projet(s) antérieur(s), lesquels peuvent (encore) être observés ?

	Dans quelle mesure ces résultats du/des projet(s) antérieur(s) sont-ils durables, stables et résilients à long terme au regard des conditions ?
	Comment les résultats ont-ils été ancrés/institutionnalisés dans le système (partenaire) ?
	Dans quelle mesure le projet actuel s'appuie-t-il sur le(s) projet(s) antérieur(s) ? Quels aspects (y compris les résultats) ont été utilisés ou intégrés dans le projet (phase) actuel ?
	Comment les changements ont-ils été gérés dans le contexte du projet (y compris les phases de transition entre les projets/phases) ? Quelles décisions stratégiques importantes ont été prises ? Quelles en ont été les conséquences ?
	Quels facteurs de réussite et d'échec peuvent être identifiés pour le(s) projet(s) antérieur(s) ?
Projet consécutif (le cas échéant)	Sur la base des résultats des évaluations : le modèle de résultats (y compris les hypothèses de résultats), le système de suivi axé sur les résultats et les indicateurs du projet sont-ils plausibles et conformes aux normes actuelles ? Le cas échéant, existe-t-il des recommandations d'amélioration ?
	(1)

Annexe 2 : Photos de la mission sur le terrain en novembre 2020



Illustration 5a :: Réunion avec le cercle de Qualité à Farendé



Illustration 5b : Répétition du post-test sur la planification familiale



Illustration 5c : Discussion en groupe avec le Club de mères à Kpizindé



Illustration 5d : Discussion en groupe avec les Papas champions de Kpizindé

Copyright des photos :
Dr. Sénamé Dodzi Kossi



Illustration 5e : Le nouveau laboratoire à Kara

Crédits et sources photographiques

Crédits/sources photographiques :

© GIZ/Ranak Martin, Carlos Alba, Dirk Ostermeier, Ala Kheir

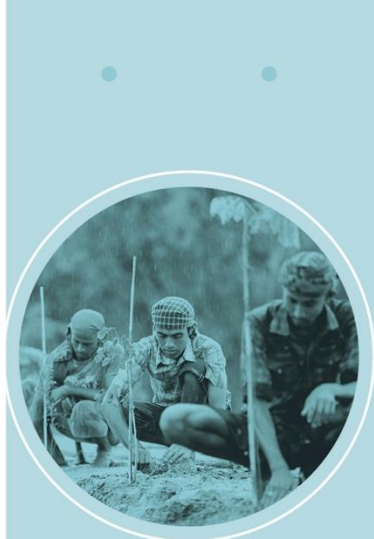
Liens et renvois

Cette publication contient des liens vers des sites Internet externes. La responsabilité du contenu des sites externes mentionnés relève toujours de leurs éditeurs respectifs. Au moment où les liens vers ces sites ont été publiés pour la première fois, la GIZ a vérifié le contenu tiers pour déterminer s'il serait susceptible de donner lieu à une responsabilité civile ou pénale. Toutefois, il n'est raisonnablement pas possible de surveiller en permanence les liens vers les sites externes sans indication concrète d'une violation de droits quelconques. Si la GIZ détermine ou est avertie par un tiers qu'un site externe dont elle a fourni le lien est susceptible de donner lieu à une responsabilité civile ou pénale, elle retirera immédiatement le lien de son site. La GIZ se dissocie expressément de ces contenus.

Cartes :

Les cartes imprimées ici sont fournies exclusivement à des fins d'information et ne constituent en aucun cas une reconnaissance de frontières ou de territoires en vertu du droit international.

La GIZ n'assume aucune responsabilité quant à l'actualisation, l'exactitude ou l'exhaustivité de ces cartes. Toute responsabilité en cas de dommages, directs ou indirects, résultant de leur



Deutsche Gesellschaft für
Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH

Sièges

Bonn et Eschborn

Friedrich-Ebert-Allee 32 + 36
53 113 Bonn, Allemagne
T +49 228 44 60-0
F +49 228 44 60-17 66

E info@giz.de
I www.giz.de

Dag-Hammarskjöld-Weg 1-5
65 760 Eschborn, Allemagne
T +49 61 96 79-0
F +49 61 96 79-11 15