

Annex 18

Evaluation Report

to the GCF Funding Proposal

*Building the resilience of Togo's national health system and vulnerable communities to
climate-sensitive health outcomes*

19 December 2025

Version 1.0

Submitted by:

Deutsche Gesellschaft für internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH

KNOWING WHAT WORKS

Central project evaluation

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

Numéro de projet 2019.2343.2

Evaluation Report

Au nom de la GIZ par Dr Cornelius Oepen et Dr Wankpayouaré Gmakouba (management4health AG)

Date of evaluation report: 18 Novembre 2024

Published: 2025

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)

Dr Cornelius Oepen et Dr Wankpayouaré Gmakouba (management4health AG)

Société d'études et de conseil

management4health AG
Hebelstr. 11
60318 Frankfurt am Main
E: info@m4health.pro
I: www.m4health.pro



Coordination et gestion

Manija Gardizi, GIZ, cheffe de section
Stephanie Pollhammer, GIZ, gestionnaire d'évaluation
Section Évaluations centrales de projets
Unité d'Évaluation de la GIZ

Responsable

Martha Gutierrez, GIZ, directrice
Unité d'Évaluation de la GIZ

Édition

International Correspondents in Education (ICE)

Publié par

Deutsche Gesellschaft für
Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH

Sièges

Bonn and Eschborn
Friedrich-Ebert-Allee 32 + 36
53113 Bonn, Germany
T: +49 228 44 60-0
F: +49 228 44 60-17 66
E : evaluierung@giz.de
I : www.giz.de/evaluierung
www.youtube.com/user/GIZonlineTV
<https://linkedin.com/company/gizgmbh>

Conception :

Mise en page : now [nau], kommunikative & visuelle gestaltung, Frankfurt et DITHO Design GmbH, Cologne

Distribution:

GIZ, Bonn

Bonn 2025

Sommaire

Liste des figures	iii
Liste des photos	iv
Liste des tableaux	iv
Abréviations	v
Résumé exécutif	vii
Résumé exécutif (allemand)	xiii
Aperçu du projet	1
1 Objectifs et questions de l'évaluation	2
1.1 Objectifs de l'évaluation	2
1.2 Questions de l'évaluation	2
2 Objet de l'évaluation	3
2.1 Définition de l'objet de l'évaluation	3
2.2 Modèle de résultats, hypothèses comprises	5
3 Évaluabilité et processus d'évaluation	11
3.1 Évaluabilité : disponibilité et qualité des données	11
3.2 Processus d'évaluation	12
4 Évaluation du projet au regard des critères du CAD de l'OCDE	16
4.1 Impact et viabilité/durabilité des projets antérieurs	16
4.2 Pertinence	18
4.3 Cohérence	23
4.4 Efficacité	27
4.5 Impact	41
4.6 Efficience	50
4.7 Viabilité/durabilité	58
4.8 Résultats clés et appréciation globale	63
5 Conclusions et recommandations	65
5.1 Principales conclusions et facteurs de réussite et d'échec	65
5.2 Recommandations	68
Références	I
Annexe : Critères d'évaluation, dimensions et questions	II

Liste des figures

Figure 1 : Modèle de résultats actuel (mai 2023), adapté lors de l'évaluation (mars/avril 2024)	10
Figure 2 : Principales étapes du processus d'évaluation	12

Figure 3 : Outil d'efficience : coûts par extrant (output)	53
Figure 4 : Outil d'efficience : coûts et réalisations par extrant (<i>output</i>)	54
Figure 5 : Outil d'efficience : coûts du projet et réalisation des indicateurs de l'objectif du projet	56

Liste des photos

Photo 1 : Entrée accueillante d'une USP (<i>source/© : Cornelius Oepen 2024</i>)	18
Photo 2 : Dispositif pour accouchements humanisés (<i>source/© : Cornelius Oepen 2024</i>)	39
Photo 3 : Annonce de l'offre en SDSR à l'entrée d'une USP (<i>source/© : Cornelius Oepen 2024</i>)	48
Photo 4 : Carnet de PF distribué par une OSC (<i>source/© : Association Racines Féminines 2024</i>)	61
Photo 5 : Entrée d'un centre médico-social avec panneau indicateur (<i>source/© : Cornelius Oepen 2024</i>)	63

Liste des tableaux

Tableau 1 : Centres d'intérêt des principales parties prenantes de l'évaluation	2
Tableau 2 : Terminologie du niveau des résultats	9
Tableau 3 : Liste des parties prenantes de l'évaluation et des personnes interrogées	13
Tableau 4 : Matrice d'évaluation des projets antérieurs	17
Tableau 5 : Notation du critère de pertinence du CAD de l'OCDE	18
Tableau 6 : Matrice d'évaluation du critère de pertinence du CAD de l'OCDE	21
Tableau 7 : Notation du critère de cohérence du CAD de l'OCDE	23
Tableau 8 : Matrice d'évaluation du critère de cohérence du CAD de l'OCDE	26
Tableau 9 : Notation du critère d'efficacité du CAD de l'OCDE	27
Tableau 10 : Évaluation de l'objectif du projet et des indicateurs d'objectif (niveau « <i>outcome</i> »)	30
Tableau 11 : Efficacité - Évaluation de l'hypothèse de résultat 1	31
Tableau 12 : Efficacité - Évaluation de l'hypothèse de résultat 2	33
Tableau 13 : Efficacité - Évaluation de l'hypothèse de résultat 3	35
Tableau 14 : Matrice d'évaluation du critère d'efficacité du CAD de l'OCDE	40
Tableau 15 : Notation du critère d'impact du CAD de l'OCDE	41
Tableau 16 : Impact - Évaluation de l'hypothèse de résultat 4	45
Tableau 17 : Impact - Évaluation de l'hypothèse de résultat 5	46
Tableau 18 : Matrice d'évaluation du critère d'impact du CAD de l'OCDE	49
Tableau 19 : Notation du critère d'efficience du CAD de l'OCDE	50
Tableau 20 : Matrice d'évaluation pour le critère d'efficience du CAD de l'OCDE	57
Tableau 21 : Notation du critère de viabilité/durabilité du CAD de l'OCDE	58
Tableau 22 : Matrice d'évaluation pour le critère de durabilité du CAD de l'OCDE	62
Tableau 23 : Appréciation globale des critères du CAD de l'OCDE et des dimensions d'évaluation associées	64
Tableau 24 : Échelles d'évaluation	65

Abréviations

AAE	Accoucheuse auxiliaire d'État
AQS	Assurance qualité des soins ; assurance qualité des services
ASC	Agents de santé communautaires
ATAREKAD	Association des tantines de la région de la Kara pour le développement
ATARECED	Association des tantines de la région Centrale pour le développement
BM	Banque mondiale
BMZ	Ministère fédéral allemand de la Coopération économique et du Développement
CAD	Comité d'aide au développement de l'OCDE
COGES	Comité(s) de gestion sanitaire
DHIS	<i>District Health Information System</i>
DRS	Direction(s) régionale(s) de la santé
DSME	Direction de la santé de la mère et de l'enfant
FM	Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et la malaria
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la population
FOSA	Formations sanitaires
FVC	Fonds vert pour le climat / Green Climate Fund
GFAPU-LSTM	Unité des programmes du Fonds mondial et affiliés de La Liverpool School of Tropical Medicine
GIZ	Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH
ICN	Instance de coordination nationale
INH	Institut national d'hygiène
KfW	Kreditanstalt für Wiederaufbau
MERF	Ministère de l'Environnement et de la Ressource forestière
MSHPAUS	Ministère de la Santé, de l'Hygiène publique et de l'Accès universel aux soins
MPDC	Ministère de la Planification du développement et de la Coopération
MPE	Maladies infectieuses à potentiel épidémique
OBC	Organisation(s) à base communautaire
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
ODD	Objectif de développement durable
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation(s) non gouvernementale(s)
OSC	Organisation(s) de la société civile
PF	Planning familial
PNDS	Plan national de développement sanitaire
PNS	Politique nationale de santé – Horizon 2030

PTF	Partenaires techniques et financiers
RGPH	Recensement général de la population et de l'habitat
SSEQCU	Projet Services de santé essentiels de qualité pour une couverture sanitaire universelle
Sida	Syndrome d'immunodéficience acquise
SMR	Soins maternels respectueux
SONU	Soins obstétricaux et néonataux d'urgence
SRDS	Santé reproductive et droits sexuels
USP	Unité de soins périphériques
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
WASH	<i>Water, Sanitation and Hygiene</i> (Eau, assainissement et hygiène)
WEZOU	Programme national d'accompagnement de la femme enceinte et du nouveau-né

Résumé exécutif

Intitulé	Renforcement du système sanitaire – Santé reproductive et droits sexuels (ProSanté II)
Pays / région / mondial	Togo
Secteurs et codes SNPC	13020 – Santé reproductive (40 %) ; 13030 – Planning familial (30 %) ; 13081 – Enseignement et formation continue / médecine de population et santé reproductive (30 %)
Numéro de projet	2019.2343.2
Commettant	Ministère fédéral allemand de la Coopération économique et du Développement (BMZ)
Organisme de tutelle/partenaire de mise en œuvre	Ministère de la Planification du développement et de la Coopération (MPDC) / Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique (MSHP)
Intitulé du programme de CD	Renforcement du système sanitaire – Santé reproductive et droits sexuels
Organisations de mise en œuvre	GIZ, KfW
Volume du projet	15 640 000 EUR
Durée du projet	Novembre 2020 – Décembre 2023
Année d'échantillonnage	2022

Objectifs et mise en œuvre du projet

L'objectif du projet était l'augmentation de la qualité et de l'utilisation des services de santé de base, notamment en matière de santé et droits sexuels et reproductifs (SDSR) et de planning familial (PF), dans les régions de la Kara et Centrale. L'évaluation s'est concentrée sur les domaines suivants : mise en place d'un système national de gestion de la qualité ; accès des membres de la communauté aux informations sur la SDSR ; amélioration de la capacité de pilotage du ministère de la Santé et de l'Hygiène publique ; et augmentation de la capacité de riposte aux pandémies.

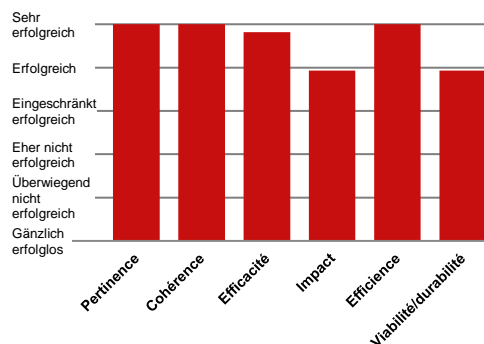
Contexte du projet

Le système de santé au Togo est organisé selon une structure pyramidale à trois niveaux : local, régional et national. L'accès à des soins de qualité reste limité, en particulier pour les femmes et les enfants. Selon des statistiques sanitaires nationales, la mortalité maternelle en 2013 était de 401 décès pour 100 000 naissances vivantes. La mortalité néonatale en 2017 était de 27 décès pour 1 000 naissances vivantes. Parallèlement, le taux de fécondité en 2022 était de 4,2 enfants par femme, parmi les plus élevés du monde. Même si la prévalence contraceptive a augmenté depuis 2016, les besoins non satisfaits en contraceptifs restent très élevés.

Sur le plan environnemental, le pays est concerné par les effets néfastes du changement climatique qui se répercutent aussi sur le secteur de la santé : le paludisme, les maladies diarrhéiques, le choléra et la méningite menacent particulièrement les groupes vulnérables de la population.

Sur le plan social, malgré les réformes politiques et une économie stable dans les dernières années, la moitié de la population vit toujours dans des conditions de pauvreté. Le revenu annuel par habitant est inférieur à 700 USD et le pays occupe la 167^e place sur 189 au classement de l'indice de développement humain 2020 des Nations Unies.

Évaluation globale : Bon résultat (90/100)



Environ la moitié des presque huit millions d'habitants du pays vit en dessous du seuil de pauvreté absolue. Seuls 7,6 % de la population sont couverts par un système de protection sociale. Le paiement à l'acte par les ménages est la règle.

Brève description du projet

Le module de coopération technique « ProSanté II », appelé « le projet » dans ce qui suit, a été mis en œuvre par la GIZ pour le compte du ministère fédéral allemand de la Coopération économique et du Développement (BMZ) et en partenariat avec le ministère de la Santé et de l'Hygiène publique (MSHP) du Togo sur une période de trois ans (novembre 2020-décembre 2023). Son objectif était l'augmentation de la qualité et de l'utilisation des services de santé de base, notamment en matière de santé sexuelle et reproductive, dans les régions de la Kara et Centrale.

Dans le cadre du programme commun avec la coopération financière, le projet visait l'amélioration de la santé de la population togolaise, en particulier dans le domaine de la santé et des droits sexuels et reproductifs (SDSR). Il a mené des activités pour mettre en place un système national de gestion de la qualité (*output 1*), élargir l'éventail des informations accessibles aux membres de la communauté sur les questions de SDSR (*output 2*), améliorer la capacité de pilotage du MSHP (*output 3*) et augmenter la capacité de riposte aux maladies infectieuses à potentiel épidémique (*output 4*).

Le groupe cible indirect était la population des régions de la Kara et Centrale, en particulier les jeunes filles, femmes et hommes ayant besoin des services offerts en matière de SDSR et, dans une moindre mesure, l'ensemble de la population togolaise.

Tableau : Objectif du projet/domaines d'intervention

Objectif du projet	La qualité et l'utilisation des services SDSR ont augmenté dans les régions
Extrant 1	Un système national de gestion de la qualité est mis en place
Extrant 2	L'éventail des informations SR accessibles aux membres de la communauté a été élargi
Extrant 3	La capacité de pilotage du MSHP est améliorée
Extrant 4	La capacité de riposte aux maladies infectieuses potentiellement épidémiques est augmentée

Évaluation d'après les critères du CAD

Pertinence

Les objectifs du projet étaient en phase avec les politiques et priorités du BMZ et alignés sur les priorités nationales du Togo et de ses partenaires techniques et financiers (PTF) dans le domaine de l'appui aux systèmes de santé. Le Togo a commandité ce projet à la coopération allemande et en a assumé la responsabilité (*ownership*). En plaçant la priorité sur la réduction des mortalités maternelle et néonatale, le projet touchait à un élément clé de la politique de développement du Togo et à une préoccupation majeure commune à toutes les couches de la population.

Le projet a suivi la feuille de route gouvernementale 2020-2025, la politique nationale de santé (PNS) et le plan national de développement sanitaire (PNDS 2017-2022). L'extension de la zone du projet à la région Centrale a consolidé les résultats surtout en matière de qualité des services de santé.

Le Togo a adhéré à la COP26 et développé son plan national de lutte contre les effets néfastes du changement climatique avec ses répercussions sur la santé. Ce plan a été soutenu par le projet.

En réaction à la pandémie de Covid-19, ProSanté II a appuyé l'Institut national d'hygiène (INH) dans sa stratégie de déploiement au nord du pays planifiée pour 2022, mais effectif dès 2020. Avec les mesures de réponse à

la Covid-19 et l'extension des activités à la région Centrale, le projet a répondu à la demande du gouvernement togolais et de la coopération allemande de concert avec les autres PTF.

Le projet a adapté ses plans de travail et sa gestion durant la période évaluée en réaction à la Covid-19 : il a dû revoir son modus operandi, en mettant en avant la numérisation aussi bien dans ses activités que dans l'appui aux professionnels des services de santé et des organisations de mise en œuvre.

En résumé, la pertinence a été évaluée comme très bonne.

Cohérence

Le projet est compatible avec les autres interventions de la coopération allemande au développement dans le domaine de la santé. ProSanté II est mis en œuvre comme programme avec le projet KfW « Renforcement du système sanitaire – Santé de la reproduction et droits sexuels ». Ce programme est considéré comme l'intervention de coopération bilatérale la plus importante dans le domaine de la santé au Togo.

La cohérence interne est suivie sous la tutelle de l'ambassade d'Allemagne et du bureau pays de la GIZ, qui organisent des jours fixes à l'ambassade et participent au dialogue politique avec le gouvernement togolais. Il est à noter que le secteur de la santé est devenu un secteur prioritaire pour la coopération allemande au Togo.

Pour respecter le principe de subsidiarité, l'accent a été mis sur le transfert de responsabilités au partenaire national dans le cadre du système de gestion de la qualité, afin de garantir une mise en œuvre durable. Ceci a contribué à créer un esprit de redevabilité du système envers la population. Le suivi du système de gestion de la qualité, qui était auparavant assuré par les assistants qualité du projet, a été confié à des responsables nationaux. La prise en charge des coûts a été assurée progressivement par les districts sanitaires.

Sur le plan de la cohérence externe, le projet a travaillé en complémentarité avec les autres PTF et ONG intervenant dans le secteur de la santé maternelle et infantile. Des synergies ont été établies avec le Fonds mondial, qui soutient l'extension de l'approche qualité à l'échelle nationale en commençant par la région des Plateaux. En dehors du secteur de la santé, le ministère chargé de l'environnement et des ressources forestières accompagnait le volet changement climatique dans la recherche d'un financement par le Fonds vert pour le climat.

En résumé, la cohérence a été évaluée comme très bonne.

Efficacité

Les indicateurs « Fonctionnalité des services de planning familial (PF) » et « Accouchements assistés par un personnel qualifié » de l'objectif du projet ont été pleinement atteints, tandis que l'indicateur « Satisfaction des patients » l'a presque été. L'hypothèse selon laquelle l'appui à la mise en œuvre de la stratégie nationale d'assurance qualité en santé pose les bases de services de santé fonctionnels, en partie autofinancés et attrayants pour la population, a été confirmée. La deuxième hypothèse, voulant que la communication interpersonnelle et à travers des médias de masse incite la population à consulter les services de santé plus souvent a également été confirmée. Enfin, l'hypothèse postulant que la mise en œuvre des mesures de développement organisationnel et de lutte contre les effets du changement climatique améliore les capacités de pilotage du ministère de la Santé et de l'Hygiène publique en vue d'augmenter la qualité et l'utilisation des services de santé n'a été que « plutôt confirmée ».

La qualité de mise en œuvre du projet répondait aux plus hauts standards de la coopération technique allemande concernant les facteurs de réussite de *Capacity Works*. Bien que le projet n'ait pas suivi de façon particulière les résultats imprévus, il a produit des résultats imprévus positifs sur les plans institutionnel, social et économique. Aucun résultat imprévu négatif n'a pu être constaté.

En résumé, l'efficacité a été évaluée comme bonne.

Tableau : Réalisation des indicateurs d'objectifs du projet

Indicateur	%
Fonctionnalité des services de PF	100
Accouchements assistés	100
Satisfaction des patients	87

Impact

Faute de données actuelles, l'évaluation n'a pas pu vérifier la réduction des mortalités maternelle et néonatale. Un tel recul est toutefois plausible, dans la mesure où la létalité obstétricale baisse et l'espacement des naissances augmente. Le fait que les femmes acceptent de plus en plus d'accoucher dans les maternités où des services d'accouchement humanisé et assisté par des professionnels sont offerts étaye également cette thèse.

L'objectif d'augmentation de la prévalence contraceptive chez les femmes et les hommes a été atteint, avec un taux actuel de plus de 23 %. La contribution du projet aux objectifs de développement durable (ODD) 1 (Lutte contre la pauvreté), 3 (Santé), 5 (Égalité entre les sexes) et 13 (Adaptation au changement climatique) est plausible. Si, en plus, on prend en compte les contributions du projet sur le changement climatique et pour la résilience du pays contre les maladies infectieuses à potentiel épidémique, ces contributions sont même de nature à sécuriser à l'avenir un meilleur fonctionnement du système de santé au bénéfice des patients. Les évaluateurs ont été marqués par les témoignages des jeunes mères et pères sur l'amélioration de la qualité de vie dans les couples.

En résumé, l'impact du projet a été évalué comme satisfaisant.

Efficience

Le projet a produit les résultats de manière rentable et en temps opportun en affectant les ressources humaines, financières et matérielles de façon ciblée et économe à ses quatre volets ainsi qu'aux instruments de mise en œuvre (renforcement des capacités, subventions, équipements et constructions). Durant la période évaluée, l'offre du projet a connu trois modifications assorties de rallonges budgétaires à intégrer dans le projet en relation avec la pandémie de Covid-19, l'extension des activités du projet à la région Centrale et les engagements de l'Allemagne vis-à-vis des initiatives internationales.

Quatre choix de gestion ont soutenu l'efficience de la mise en œuvre :

- Une approche contractuelle pour le recrutement de compétences spécifiques de mise en œuvre dans les régions : le recours à un personnel national et régional de haut niveau a permis de limiter les coûts pour ce qui est des ressources humaines, tout en mettant en valeur les compétences africaines locales et régionales.
- Les subventions locales avec des ONG spécialisées pour des activités spécifiques (p. ex., afin d'atteindre au mieux les populations cibles des campagnes d'information de masse ou pour les activités de construction) : ceci a permis de maîtriser les coûts tout en assurant la qualité des prestations.

- L'utilisation de fonds restants de la phase précédente pour la prise en compte rapide des nouveaux besoins liés à la pandémie de Covid-19.
- L'utilisation de la digitalisation pour réduire les coûts liés aux réunions (le plus souvent virtuelles) et aux déplacements. À la suite des restrictions de mouvement, le projet a promu la digitalisation de la communication, des réunions et des formations. Ceci a permis aussi la réduction des coûts de déplacement.

Compte tenu du taux d'atteinte des indicateurs de l'objectif du projet, on peut conclure que l'efficacité de l'affectation a été très bonne.

En résumé, l'efficacité du projet a été évaluée comme très bonne.

Viabilité/durabilité

Au niveau du système de santé, les ressources humaines semblent pouvoir bien s'acquitter de leur travail. Les bénéficiaires directs et indirects affirment s'être approprié les enseignements acquis à travers les formations et la mise en œuvre pratique de la gestion de la qualité relevant de leurs responsabilités. Des prestataires et utilisateurs témoignent individuellement d'un changement des habitudes et comportements dans l'exercice de leur travail. Ces acquis sont toutefois soumis au risque que constitue la mobilité des personnes formées, qui peuvent changer de poste. Le financement de l'approche qualité à long terme n'est pas encore garanti.

L'appui aux associations de filles-mères (« tantines ») dans les régions de la Kara et Centrale a contribué à ancrer la formation des acteurs clés dans la durée. Ces associations fonctionnent de manière autonome (elles sont autofinancées) et sont sollicitées par les acteurs du système de santé et les PTF.

Au niveau culturel, on peut constater un changement d'esprit des leaders religieux : ils déclarent soutenir la fréquentation des services de santé pour les consultations de santé maternelle et infantile, y compris la planification familiale, et ce même dans leurs lieux de culte respectifs. Des associations (clubs de mères, clubs de pères), qui pratiquent des méthodes de PF, font la promotion d'une culture de dialogue et de compréhension mutuelle dans les couples, et témoignent d'une réduction des violences basées sur le genre.

Au niveau institutionnel, les capacités d'autofinancement des formations sanitaires ont augmenté. Sur le plan national, l'augmentation des capacités d'autofinancement de l'INH est remarquable et semble durable. Néanmoins, ces capacités financières restent encore largement en dessous des besoins.

En résumé, la durabilité du projet a été évaluée comme satisfaisante.

Évaluation globale

Tableau : Évaluation des critères du CAD de l'OCDE

Critère	Note (max. 100)	Échelle d'évaluation 1 (très bon résultat) à 6 (résultat très insuffisant)	Critère	Note (max. 100)	Échelle d'évaluation 1 (très bon résultat) à 6 (résultat très insuffisant)
Pertinence	100	Niveau 1 : Très bon résultat	Impact	80	Niveau 3 : Résultat satisfaisant
Cohérence	95	Niveau 1 : Très bon résultat	Efficacité	92	Niveau 1 : Très bon résultat
Efficacité	90	Niveau 2 : Bon résultat	Viabilité/durabilité	80	Niveau 3 : Résultat satisfaisant
Note globale			Note globale	90	Niveau 2 : Bon résultat

Conclusions et facteurs de réussite/d'échec

Les facteurs de réussite sont les suivants :

- ☒ Appropriation des mesures du projet par le ministère de la Santé et de l'Hygiène publique
- ☒ Mise en œuvre par des équipes hautement motivées
- ☒ Appropriation de l'approche qualité par les bénéficiaires et les communautés

Les facteurs d'échec sont les suivants :

- ☒ Aucun facteur d'échec interne ou externe important n'a pu être décelé par les évaluateurs. Le projet est unanimement considéré comme un succès.

Du point de vue du partenaire et des bénéficiaires directs, c'est un satisfecit général qui est exprimé : les résultats escomptés ont été atteints et les hypothèses de résultat et d'impact ont été en grande partie confirmées.

Dans la zone appuyée par le projet, la qualité des services de santé est largement perçue comme meilleure, ce qui se traduit par une utilisation augmentée surtout des services liés à la grossesse et à la planification familiale. La satisfaction des patients, qui était déjà grande, a augmenté sans toutefois atteindre le niveau escompté.

Au-delà des régions appuyées, le projet a contribué à augmenter la résilience du système de santé face aux menaces provenant des épidémies (voire des pandémies) émergentes et aux risques liés au changement climatique.

Recommandations

À l'adresse de la GIZ :

- Utiliser les indicateurs relatifs à la létalité obstétricale directe et aux intervalles génésiques, qui sont déjà suivis par le système national d'information sanitaire. Ces deux indicateurs peuvent servir de « proxy » pour estimer l'évolution des mortalités et peuvent donner des informations sur l'attribution des résultats selon les zones d'appui.
- Continuer à chercher des solutions appropriées pour le financement pérenne des activités de santé, y compris des ressources humaines. Au besoin de tester des options par des recherches opérationnelles.
- Le projet consécutif devrait définir une stratégie de sortie et s'assurer que les conditions pour la durabilité sont renforcées.

À l'adresse du MSHP :

- Continuer l'institutionnalisation de l'approche qualité sur tout le territoire, en l'étendant à tous les centres de santé et districts sanitaires, et aussi à tous les niveaux de la hiérarchie du MSHP, à commencer par les directions régionales et centrales du ministère.
- Il est recommandé d'introduire l'approche qualité dans les curricula des écoles de formation des professions médicales et paramédicales afin d'ancrer ses principes et méthodes dans les bonnes habitudes du personnel formé.

À l'adresse du MSHP et de ses partenaires techniques et financiers :

- Il est recommandé au MSHP de reprendre et d'intensifier les réunions de concertation et de coordination.
- Il est recommandé de renforcer la *task force* sur le changement climatique et d'accélérer la mise en œuvre en poursuivant sur la lancée de la phase écoulée du projet.

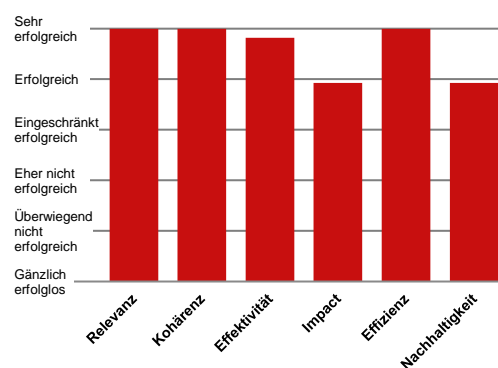
Résumé exécutif (Allemand)

Titel	Gesundheitssystemstärkung – Sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte (Pro-Santé II)
Land / Region / Global	Togo
Sektoren und Förderbereichsschlüssel	13020 – Förderung reproduktiver Gesundheit (40 %); 13030 – Familienplanung (30 %); 13081 – Aus- und Fortbildung im Bereich Bevölkerungsmedizin und reproduktive Gesundheit (30 %)
Projektnummer	2019.2343.2
Auftraggeber	Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ)
Politischer Träger/Partnerorganisationen	Ministerium für Planung, Entwicklung und Zusammenarbeit (<i>Ministère de la Planification du développement et de la Coopération</i> , MPDC) / Ministerium für Gesundheit und öffentliche Hygiene (<i>Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique</i> , MSHP)
Titel EZ-Programm	Gesundheitssystemstärkung – Sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte
Durchführungsorganisationen EZ-Programm	Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH, Kreditanstalt für Wiederaufbau (KfW)
Projektvolumen	15.640.000 EUR
Projektlaufzeit	November 2020 – Dezember 2023
Stichprobenjahr ZPE	2022

Ziele des Projekts

Projektziel: Mit dem Projekt wurde das Ziel verfolgt, die Qualität und die Inanspruchnahme der medizinischen Grundversorgung, vor allem auf dem Gebiet der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte (SRGR) und in der Familienplanung (FP), in den Regionen Kara und Centrale zu verbessern. Im Rahmen der Evaluierung wurden folgende Schwerpunktbereiche bewertet: Aufbau eines nationalen Qualitätsmanagementsystems, Zugang der Bevölkerung zu Informationen über sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte, Verbesserung der Kapazitäten des Ministeriums für Gesundheit und öffentliche Hygiene, um die Gesundheitsversorgung zu steuern und Verbesserung der Kapazitäten, um auf Pandemien zu reagieren.

Gesamtbewertung: erfolgreich (90/100)



Rahmenbedingungen und Einordnung des Projekts

Das Gesundheitssystem in Togo ist pyramidenförmig aufgebaut und umfasst drei Ebenen: die lokale, die regionale und die Landesebene. Vor allem Frauen und Kinder haben nach wie vor nur begrenzt Zugang zu einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung. Statistiken der nationalen Gesundheitsbehörden zufolge lag die Müttersterblichkeit im Jahr 2013 bei 401 Todesfällen pro 100.000 Lebendgeburten. Bei der Neugeborenensterblichkeit lag die Rate im Jahr 2017 bei 27 Todesfällen pro 1.000 Lebendgeburten. Gleichzeitig lag die Fruchtbarkeitsrate im Jahr 2022 bei 4,2 Kindern pro Frau und erreichte damit einen der höchsten Werte weltweit. Auch wenn die Prävalenz der Empfängnisverhütung seit 2016 gestiegen ist, besteht nach wie vor ein erheblicher ungedeckter Bedarf an Verhütungsmitteln.

Aus umweltpolitischer Sicht ist das Land von den negativen Folgen des Klimawandels betroffen, die sich auch auf den Gesundheitssektor auswirken: Malaria, Durchfallerkrankungen, Cholera und Meningitis bedrohen besonders gefährdete Bevölkerungsgruppen.

Auf sozialer Ebene lebt trotz politischer Reformen und einer in den letzten Jahren sich stabilisierenden Wirtschaft immer noch die Hälfte der Bevölkerung in Armut. Das jährliche Pro-Kopf-Einkommen liegt unter 700 US-Dollar. Auf dem Index der menschlichen Entwicklung der Vereinten Nationen belegt das Land im Jahr 2020 Platz 167 von 189.

Etwa die Hälfte der fast acht Millionen Einwohner*innen des Landes lebt unter der absoluten Armutsgrenze. Nur 7,6 Prozent der Bevölkerung sind durch ein Sozialversicherungssystem abgedeckt. Privathaushalte werden in der Regel nach Aufwand abgerechnet.

Kurzbeschreibung des Projekts

Das Projekt „ProSanté II“, im Folgenden als „das Projekt“ bezeichnet, wurde von der Deutschen Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH im Auftrag des Bundesministeriums für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) und in Partnerschaft mit dem togoischen Ministerium für Gesundheit und öffentliche Hygiene (*Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique*, MSHP) über einen Zeitraum von drei Jahren (November 2020 bis Dezember 2023) als Maßnahme der technischen Zusammenarbeit durchgeführt. Ziel des Projekts war es, die Qualität und die Inanspruchnahme der medizinischen Grundversorgung, vor allem auf dem Gebiet der sexuellen und reproduktiven Gesundheit, in den Regionen Kara und Centrale zu verbessern.

Das gemeinsam mit der finanziellen Zusammenarbeit durchgeführte Projekt war darauf ausgerichtet, die Gesundheit der togoischen Bevölkerung zu verbessern, vor allem auf dem Gebiet der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte (SRGR). Es wurden Maßnahmen ergriffen, um ein nationales Qualitätsmanagementsystem einzuführen (*Output 1*), das Spektrum der Informationen, die der Bevölkerung zu Fragen der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte zur Verfügung stehen, zu erweitern (*Output 2*), die Steuerungskapazität des MSHP zu verbessern (*Output 3*) und die Reaktionsfähigkeit auf Infektionskrankheiten mit epidemischem Potenzial zu erhöhen (*Output 4*).

Die in den Regionen Kara und Centrale lebenden Menschen – und hier vor allem junge Mädchen, Frauen und Männer, die die angebotenen Dienstleistungen zur sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte benötigen – bildeten die indirekte Zielgruppe des Projekts. Zu einem gewissen Teil wurde auch die gesamte Bevölkerung Togos in die Maßnahmen einbezogen.

Tabelle: Projektziel/Interventionsbereiche

Projektziel	Die Qualität der Dienstleistungen auf dem Gebiet der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte hat sich verbessert und die Dienstleistungen werden in den betreffenden Regionen vermehrt in Anspruch genommen
Output 1	Ein nationales Qualitätsmanagementsystem wurde eingeführt
Output 2	Das Spektrum an Informationen zu SRGR-Themen, die der Bevölkerung zur Verfügung stehen, wurde erweitert
Output 3	Die Steuerungskapazität des MSHP wurde verbessert
Output 4	Die Reaktionsfähigkeit auf Infektionskrankheiten mit epidemischem Potenzial wurde erhöht

Bewertung nach DAC-Kriterien

Relevanz

Die Projektziele standen im Einklang mit den politischen Leitlinien und Prioritäten des Bundesministeriums für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) und waren auf die nationalen Prioritäten Togos und seiner technischen und finanziellen Partner (*partenaires techniques et financiers*, PTF) zur Unterstützung der Gesundheitssysteme abgestimmt. Das Land Togo hat dieses Projekt bei der deutschen Entwicklungszusammenarbeit in Auftrag gegeben und die Verantwortung (*Ownership*) dafür übernommen. Mit der Schwerpunktsetzung auf die Senkung der Mütter- und Neugeborenensterblichkeit ging das Projekt ein zentrales Element der Entwicklungspolitik Togos und gleichzeitig ein wichtiges Anliegen aller Bevölkerungsschichten an.

Das Projekt war auf die Roadmap der Regierung für 2020–2025, die Nationale Gesundheitspolitik (*politique nationale de santé*, PNS) und den Nationalen Plan zur Entwicklung des Gesundheitswesens (*plan national de développement sanitaire*, PNDS 2017–2022) abgestimmt. Mit der Ausweitung des Projektgebiets auf die Region Centrale konnten die Ergebnisse, vor allem in Bezug auf die Qualität der Gesundheitsdienstleistungen, konsolidiert werden.

Togo hat am Klimagipfel COP26 teilgenommen und einen nationalen Plan entwickelt, um die negativen Auswirkungen des Klimawandels und deren Folgen auf die Gesundheit abzumildern. Dieser Plan wurde durch das Projekt unterstützt.

Als Reaktion auf die Covid-19-Pandemie hat ProSanté II das Nationale Hygieneinstitut (*Institut national d'hygiène*, INH) bei seiner für 2022 geplanten Rollout-Strategie im Norden des Landes unterstützt, die dadurch bereits ab 2020 wirksam wurde. Mit den Maßnahmen zur Reaktion auf die Covid-19-Pandemie und der Ausweitung der Aktivitäten auf die Region Centrale hat das Projekt in Abstimmung mit den anderen technischen und finanziellen Partnern auf die Nachfrage der togoischen Regierung und der deutschen Entwicklungszusammenarbeit reagiert.

Sowohl die Arbeitspläne als auch die Verwaltung des Projekts wurden im Berichtszeitraum als Reaktion auf die Covid-19-Pandemie angepasst: Der Modus Operandi musste überarbeitet werden, wobei die Digitalisierung sowohl bei den Tätigkeiten als auch bei der Unterstützung der Fachkräfte im Gesundheitswesen und der Durchführungsorganisationen im Vordergrund stand.

Die Relevanz wurde insgesamt mit „sehr gut“ bewertet.

Kohärenz

Das Projekt ist mit anderen Maßnahmen der deutschen Entwicklungszusammenarbeit im Gesundheitsbereich kompatibel. ProSanté II wird im Rahmen des Förderprogramms „Gesundheitssystemstärkung – Reproduktive Gesundheit und sexuelle Rechte“ zusammen mit der Kreditanstalt für Wiederaufbau (KfW) durchgeführt. Dieses Programm gilt als bedeutendste Maßnahme der bilateralen Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich in Togo.

Die interne Kohärenz der Maßnahmen wird unter der Aufsicht der deutschen Botschaft und des Länderbüros der GLZ überwacht, die regelmässige Meetings in der Botschaft organisieren und am politischen Dialog mit der togoischen Regierung teilnehmen. Anzumerken ist, dass sich der Gesundheitssektor zu einem Schwerpunktbereich der deutschen Zusammenarbeit in Togo entwickelt hat.

Im Sinne des Subsidiaritätsprinzips wurde mit Blick auf eine nachhaltige Implementierung der Schwerpunkt auf die Übertragung von Verantwortlichkeiten an den nationalen Partner gelegt, wie dies im Rahmen des Qualitätsmanagementsystems vorgesehen ist. Dies hat dazu beigetragen, die Rechenschaftspflicht des Gesundheitssystems gegenüber der Bevölkerung zu fördern. Die bislang von den Qualitätsbeauftragten des Projekts wahrgenommene Aufgabe, das Qualitätsmanagementsystem zu überwachen, wurde nun an die Verantwortlichen im Land übertragen. Die Kosten wurden sukzessive von den Gesundheitsdistrikten übernommen.

In Bezug auf die externe Kohärenz lässt sich festhalten, dass die im Rahmen des Projekts durchgeführten Maßnahmen komplementär zu den Maßnahmen anderer technischer und finanzieller Partner sowie von Nicht-regierungsorganisationen im Sektor der Mutter-Kind Gesundheitsversorgung waren. Es wurden Synergieeffekte mit dem Globalen Fonds geschaffen, der die Ausweitung des Qualitätsansatzes auf Landesebene – zunächst in der Region Plateaux – unterstützt. Das Ministerium für Umwelt und Forstwirtschaft (*Ministère chargé de l'environnement et des ressources forestières*) unterstützte neben dem Gesundheitssektor auch Maßnahmen zur Bekämpfung des Klimawandels und setzte sich für eine Finanzierung durch den Green Climate Fund ein.

Die Kohärenz wurde insgesamt mit „sehr gut“ bewertet.

Effektivität

Die für das Erreichen des Projektziels formulierten Indikatoren „Funktionsfähigkeit von Dienstleistungen der Familienplanung“ und „Geburtshilfe durch qualifizierte Hebammen“ wurden vollständig, der Indikator „Patientenzufriedenheit“ nahezu vollständig erfüllt. Die Hypothese, dass durch die Unterstützung bei der Implementierung der Qualitätssicherungsstrategie des Landes im Hinblick auf die Gesundheitsversorgung die Grundlage für funktionierende, teilweise selbstfinanzierte und für die Bevölkerung attraktive Gesundheitsdienstleistungen geschaffen wird, wurde bestätigt. Die zweite Hypothese, dass es über den persönlichen Austausch und auch über die Informationsverbreitung in den Massenmedien gelingt, die Bevölkerung zu motivieren, häufiger Gesundheitsdienstleistungen in Anspruch zu nehmen, wurde ebenfalls bestätigt. Die Hypothese, dass durch die Implementierung von Maßnahmen zur Organisationsentwicklung und zur Bekämpfung der Auswirkungen des Klimawandels auch die Steuerungskapazitäten des Ministeriums für Gesundheit und öffentliche Hygiene verbessert werden, um die Qualität der Gesundheitsdienstleistungen und die Inanspruchnahme dieser Dienstleistungen zu erhöhen, wurde lediglich „eher bestätigt“.

Die Qualität der Implementierung des Projekts entsprach den höchsten Standards der deutschen technischen Zusammenarbeit in Bezug auf die Erfolgsfaktoren von *Capacity Works*. Obwohl das Projekt nicht speziell darauf ausgerichtet war, nicht-intendierte Wirkungen zu erzielen, konnten sowohl auf institutioneller als auch auf sozialer und wirtschaftlicher Ebene positive nicht-intendierte Wirkungen beobachtet werden. Negative nicht-intendierte Wirkungen wurden nicht festgestellt.

Die Effektivität wurde insgesamt mit „gut“ bewertet.

Tabelle: Erreichen der Projektzielindikatoren

Indikator	%
Funktionsfähigkeit von Dienstleistungen der Familienplanung	100
Geburtshilfe durch qualifizierte Hebammen	100
Patientenzufriedenheit	87

Impact

Aufgrund fehlender aktueller Daten konnte bei der Evaluierung nicht überprüft werden, ob die Mütter- und Neugeborenensterblichkeit gesunken ist. Es erscheint jedoch plausibel, dass sich die Zahl der Todesfälle bei der Geburt verringert und sich die Intervalle zwischen den Geburten verlängern. Die Tatsache, dass Frauen zunehmend bereit sind, ihre Kinder in Entbindungskliniken zur Welt zu bringen, in denen eine humanisierte und professionell betreute Entbindung angeboten wird, spricht ebenfalls für diese These.

Mit einer Prävalenzrate von derzeit über 23 Prozent wurde das Ziel erreicht, Frauen und Männer verstärkt für das Thema Empfängnisverhütung zu sensibilisieren. Es erscheint plausibel, dass das Projekt zu den Sustainable Development Goals (SDG) 1 (Keine Armut), 3 (Gesundheit), 5 (Geschlechtergleichstellung) und 13 (Anpassung an den Klimawandel) beigetragen hat. Berücksichtigt man darüber hinaus die Beiträge des Projekts zum Klimawandel und zur Resilienz des Landes gegenüber Infektionskrankheiten mit epidemischem Potenzial, ist es sogar denkbar, dass durch diese Beiträge sichergestellt werden kann, dass das Gesundheitssystem zum Wohle der Patient*innen künftig besser funktioniert. Die Evaluator*innen waren von den Aussagen junger Mütter und Väter, die von einer verbesserten Lebensqualität in der Partnerschaft berichteten, beeindruckt.

Die übergeordneten entwicklungspolitischen Wirkungen (Impact) des Projekts wurden insgesamt mit „zufriedenstellend“ bewertet.

Effizienz

Die durch das Projekt erreichten Ergebnisse wurden zeitnah und kosteneffizient erzielt: Die zur Verfügung stehenden personellen, finanziellen und materiellen Ressourcen wurden zielgerichtet und kostenbewusst auf die vier Komponenten des Projekts sowie auf die entsprechenden Instrumente zur Implementierung (Capacity Development, Subventionen, technische Ausstattung und bauliche Maßnahmen) verteilt. Im Berichtszeitraum wurde der Leistungsumfang des Projekts dreimal geändert. Das Budget wurde aufgrund der Covid-19-Pandemie, der Ausweitung der Projektaktivitäten auf die Region Centrale und der Zusagen Deutschlands gegenüber internationalen Initiativen durch zusätzliche Mittel aufgestockt.

Die Effizienz der Implementierung wurde durch vier Managemententscheidungen unterstützt:

- Um Fachkräfte für die Implementierung in den Regionen zu gewinnen, wurde ein vertragsbasierter Ansatz gewählt: Durch den Einsatz hochqualifizierter Fachkräfte aus dem eigenen Land und aus der Region konnten die Personalkosten niedrig gehalten werden, während gleichzeitig das Kompetenzniveau afrikanischer Fachkräfte in den Gemeinden und Regionen gefördert werden konnte.
- Für die Zusammenarbeit mit NRO, die in bestimmten Tätigkeitsbereichen spezialisiert sind (beispielsweise um die Zielgruppen für Informationskampagnen oder für bauliche Maßnahmen besser zu erreichen) wurden örtliche Zuschüsse erteilt: Auf diese Weise ist es gelungen, die Kosten unter Kontrolle zu halten und gleichzeitig die Qualität der Leistungen zu gewährleisten.
- Um schnell auf neue Bedürfnisse im Zusammenhang mit der Covid-19-Pandemie reagieren zu können, wurden Restmittel aus der vorherigen Projektphase verwendet.
- Um die Kosten für (meist virtuelle) Besprechungen und Reisen niedrig zu halten, wurden digitale Lösungen eingesetzt. Infolge der auferlegten Reisebeschränkungen wurden im Rahmen des Projekts digitale Kommunikationswege sowie Online-Besprechungen und -Schulungen gefördert. Dadurch konnten auch die Reisekosten gesenkt werden.

Mit Blick auf die Erreichung der Projektzielindikatoren kann die Allokationseffizienz (Ressourcen im Verhältnis zum Outcome) insgesamt mit „sehr gut“ bewertet werden.

Die Effizienz des Projekts wurde insgesamt mit „sehr gut“ bewertet.

Nachhaltigkeit

Die im Gesundheitssystem beschäftigten Mitarbeiter*innen (Human Resources) leisten offensichtlich gute Arbeit. Sowohl die direkt als auch die indirekt Beteiligten und Betroffenen bestätigen, dass sie die in den Schulungen erworbenen Kenntnisse und das angewandte Qualitätsmanagementsystem in ihren Verantwortungsbereichen umgesetzt haben. Vertreter*innen von Dienstleistern und Anwender*innen berichten, dass sich ihre Gewohnheiten und Verhaltensweisen bei der Arbeit verändert haben. Allerdings besteht hier das Risiko, dass die geschulten Personen in andere Positionen wechseln. Die Finanzierung des auf Langfristigkeit angelegten Qualitätsansatzes ist bislang nicht gesichert.

Die Unterstützung der Vereinigungen von jungen Müttern (den sogenannten „Tantines“) in den Regionen Kara und Centrale hat dazu beigetragen, Ausbildungsmaßnahmen für Schlüsselakteure langfristig zu verankern. Diese Vereinigungen arbeiten autonom (sie finanzieren sich selbst) und ihre Angebote werden von den Akteuren des Gesundheitssystems sowie von technischen und finanziellen Partnern angefragt.

Auf kultureller Ebene ist bei den führenden Religionsvertreter*innen ein Sinneswandel festzustellen: Nach eigenen Angaben unterstützen sie die Inanspruchnahme von Beratungsangeboten zur Mutter-Kind-Gesundheit, einschließlich Familienplanung, auch in ihren jeweiligen religiösen Einrichtungen. Vereinigungen (Mütterclubs, Väterclubs), die sich mit Methoden der Familienplanung beschäftigen, fördern eine Kultur des Dialogs und des gegenseitigen Verständnisses in Paarbeziehungen und tragen dazu bei, dass geschlechtsspezifische Gewalt abnimmt.

Auf institutioneller Ebene konnten die Kapazitäten zur Eigenfinanzierung der Ausbildungsangebote im Gesundheitsbereich erhöht werden. Auf Landesebene verzeichnet das Nationale Hygieneinstitut eine bemerkenswerte und offenbar auch nachhaltige Zunahme der Kapazitäten zur Eigenfinanzierung. Jedoch bleiben diese finanziellen Kapazitäten noch weit hinter dem Bedarf zurück.

Die Nachhaltigkeit des Projekts wurde insgesamt mit „zufriedenstellend“ bewertet.

Gesamtbewertung

Tabelle: Bewertung der OECD-DAC-Evaluierungskriterien

Kriterium	Punktzahl (von 100)	Bewertungs- und Punkteskala 1 (sehr erfolgreich) bis 6 (gänzlich erfolglos)	Kriterium	Punktzahl (von 100)	Bewertungs- und Punkteskala 1 (sehr erfolgreich) bis 6 (gänzlich erfolglos)
Relevanz	100	Stufe 1: Sehr erfolgreich	Impact	80	Stufe3: Eingeschränkt erfolgreich
Kohärenz	95	Stufe 1: Sehr erfolgreich	Effizienz	92	Stufe 1: Sehr erfolgreich
Effektivität	90	Stufe 2: Erfolgreich	Nachhaltigkeit	80	Stufe3: Eingeschränkt erfolgreich
Gesamtpunktzahl				90	Stufe 2: Erfolgreich

Schlussfolgerungen sowie Erfolgs- und Misserfolgsk Faktoren

Erfolgsk Faktoren:

- ☒ Eigenverantwortung für die Maßnahmen des Projekts durch das Ministerium für Gesundheit und öffentliche Hygiene,
- ☒ Implementierung durch hochmotivierte Teams und
- ☒ Eigenverantwortung der Beteiligten und Betroffenen sowie der Gemeinschaften für den Qualitätsansatz.

Misserfolgsk Faktoren:

- ☒ Die Evaluator*innen konnten keine wesentlichen internen oder externen Misserfolgsk Faktoren feststellen. Das Projekt wird einstimmig als Erfolg gewertet.

Aus Sicht der Vertreter*innen der Partner und der direkt Beteiligten und Betroffenen wird ein allgemeines Lob ausgesprochen: Die erwarteten Ergebnisse wurden erreicht und sowohl die Wirkungshypothesen als auch die Impact-Hypothesen konnten größtenteils bestätigt werden.

In dem Gebiet, das durch die Maßnahmen des Projekts unterstützt wurde, hat sich nach allgemeiner Einschätzung die Qualität der Gesundheitsdienstleistungen deutlich verbessert, was sich in einer vermehrten Inanspruchnahme, vor allem von Dienstleistungen rund um Fragen zu Schwangerschaft und Familienplanung, widerspiegelt. Die bereits hohe Patientenzufriedenheit konnte zwar gesteigert werden, erreichte jedoch nicht das angestrebte Niveau.

Neben der Unterstützung für die genannten Regionen hat das Projekt auch dazu beigetragen, die Resilienz des Gesundheitssystems gegenüber drohenden Epidemien (oder sogar Pandemien) sowie gegenüber den Risiken des Klimawandels zu erhöhen.

Empfehlungen

An die GIZ gerichtet:

- In Bezug auf die Zahl der Todesfälle bei der Geburt und die Intervalle zwischen den Geburten wird empfohlen, sie als Indikatoren anzuwenden, da sie bereits vom Gesundheitssystem des Landes überwacht werden. Diese beiden Indikatoren können als „Proxy“ zur Einschätzung der Entwicklung der Sterblichkeit dienen und Informationen darüber liefern, wie sich die Ergebnisse auf die verschiedenen unterstützten Gebiete verteilen.
- Es sollte weiterhin nach geeigneten Lösungen gesucht werden, um die Finanzierung der Maßnahmen in der Gesundheitsversorgung, einschließlich der Human Resources, langfristig zu sichern. Bei Bedarf sollte in Erwägung gezogen werden, verschiedene Optionen mit Hilfe operativer Forschung zu testen.
- Für das Nachfolgeprojekt sollte eine Exit-Strategie definiert werden. Gleichzeitig sollte sichergestellt werden, bessere Voraussetzungen zu schaffen, um die Nachhaltigkeit der Maßnahmen zu erhöhen.

An das MHSP gerichtet:

- Es wird empfohlen, den Qualitätsansatz weiter zu institutionalisieren und auf alle regionalen Gesundheitseinrichtungen und -distrikte auszuweiten. Dies gilt auch für alle Hierarchieebenen des MSHP, von den regionalen bis hin zu den zentralen Direktionen des Ministeriums.
- Der Qualitätsansatz sollte in die Lehrpläne der medizinischen und paramedizinischen Ausbildungsstätten aufgenommen werden, damit die ausgebildeten Gesundheitsfachkräfte die Grundsätze und Methoden dieses Ansatzes verinnerlichen und in ihrer beruflichen Praxis anwenden.

An das MSHP und seine technischen und finanziellen Partner gerichtet:

- Das MSHP sollte die Sitzungen zur Abstimmung und Koordination wieder aufnehmen und weiter ausbauen.
- Es wird empfohlen, die *Task Force* zum Klimawandel zu verstärken und die Implementierung zu beschleunigen, indem man an die Dynamik der vorangegangenen Projektphase anknüpft.

Aperçu du projet

Togo : Projet pour le renforcement du système sanitaire – Santé reproductive et droits sexuels (ProSanté II)

Numéro de projet	2019.2343.2
Codes SNPC (Système de notification des pays créanciers)	13020 - Promotion de la santé reproductive (40%) 13030 - Planning familial (30%) 13081 - Enseignement et formation continue dans le domaine de la médecine de population et de la santé reproductive (30 %)
Objectif du projet	La qualité et l'utilisation des services de santé de base, notamment en matière de santé sexuelle et reproductive, ont augmenté dans les régions de la Kara et Centrale.
Durée du projet	Novembre 2020 – Décembre 2023
Volume du projet	15 640 000 EUR
Commettant/Co-financier	Ministère fédéral allemand de la Coopération économique et du Développement (BMZ)
Organisme de tutelle politique	Ministère de la Planification du développement et de la Coopération (MPDC)
Organisations partenaires de mise en œuvre (dans le pays d'intervention)	Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique (MSHP), direction régionale de la santé de la région de la Kara, direction régionale de la santé de la région Centrale
Groupe(s) cible(s)	Groupe cible direct : le personnel du MSHP, des administrations sanitaires régionales et de district ainsi que des établissements de santé, les experts et cadres des organisations de la société civile (OSC) et des organisations non gouvernementales (ONG). Groupes cibles indirects : les membres de la communauté de la Kara et Centrale, la population des régions de la Kara et Centrale et, dans une moindre mesure, la population togolaise dans son ensemble.
Titre programme de DC	Renforcement du système sanitaire – Santé reproductive et droits sexuels
Organisations de mise en œuvre (OM) du programme CD	GIZ, KfW
Organisation de mise en œuvre chargée de coordonner le programme	GIZ
Année d'échantillonnage	2022

1 Objectifs et questions de l'évaluation

L'objectif de ce premier chapitre est de présenter l'objet de l'évaluation, les critères d'évaluation standardisés, les centres d'intérêt des parties prenantes et les questions d'évaluation.

1.1 Objectifs de l'évaluation

Les évaluations centrales des projets commandées par le BMZ remplissent trois fonctions principales : favoriser les décisions fondées sur des données probantes, promouvoir la transparence et la reddition de comptes, et encourager l'apprentissage organisationnel en vue de contribuer à une gestion des connaissances efficace. La GIZ structure la planification, la mise en œuvre et l'utilisation des évaluations de façon à optimiser la contribution du processus d'évaluation et des conclusions de l'évaluation à ces fonctions essentielles (GIZ 2018b, voir liste des références en fin de document).

La présente évaluation indépendante du projet « Renforcement du système sanitaire – Santé reproductive et droits sexuels » (PN 2019.2343.2), appelé en bref « ProSanté II », est faite sur la base d'un échantillonnage aléatoire. C'est une évaluation finale portant sur la période allant de novembre 2020 à décembre 2023.

Le projet consécutif « ProSanté III » a démarré en janvier 2024. 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 III 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 efficaces et efficaces.

1.2 Questions de l'évaluation

Le projet est évalué sur la base de critères et de questions d'évaluation standardisés afin que la GIZ puisse le comparer à d'autres projets. Ces éléments se fondent sur les [critères d'évaluation du Comité d'aide au développement \(CAD\) de l'Organisation de coopération et de développement économiques \(OCDE\)](#) (actualisés en 2020) pour la coopération internationale et les [critères d'évaluation de la coopération bilatérale allemande \(BMZ, 2021\)](#) : **pertinence, cohérence, efficacité, impact, efficience et viabilité/durabilité**.

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 des projets de la GIZ et figurent dans l'annexe. Les contributions à l'Agenda 2030 pour le développement durable et à ses principes 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.

Tableau 1 : Centres d'intérêt des principales parties prenantes de l'évaluation

Partie prenante de l'évaluation	Centres d'intérêt concernant l'évaluation / questions supplémentaires relatives à l'évaluation	Section correspondante de ce rapport
Coopération allemande au développement (BMZ, KfW, GIZ pays, département sectoriel)	Coordination avec la coopération financière KfW et les pôles de concentration au Togo Coordination avec les initiatives internationales de santé (GFATM, Gavi, OMS) auxquelles le BMZ contribue	Cohérence (interne) Cohérence (externe) Efficacité (réalisation des objectifs et analyse de contribution)

Partie prenante de l'évaluation	Centres d'intérêt concernant l'évaluation / questions supplémentaires relatives à l'évaluation	Section correspondante de ce rapport
	Résultats obtenus grâce aux fonds spéciaux du BMZ pour la réponse à la Covid-19 Ancrage des innovations développées au niveau régional dans la politique au niveau national	Durabilité (capacités des acteurs nationaux) Impact
Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique (MSHP) et ses représentants régionaux et préfectoraux (DRS et DPS)	Tirer les leçons des succès et des échecs afin de mieux adapter aux besoins locaux les opérations soutenues par les partenaires internationaux.	Efficacité Impact Durabilité
Autre ministère : ministère de l'Environnement et de la Ressource forestière (MERF)	Rôle du projet comme catalyseur de financement dans le secteur. Effet levier pour mettre à l'échelle les bonnes pratiques.	Impact Durabilité

2 Objet de l'évaluation

L'objectif de ce deuxième chapitre est de présenter l'objet de l'évaluation, y compris la théorie du changement et les hypothèses de résultat.

2.1 Définition de l'objet de l'évaluation

Le projet « Renforcement du système sanitaire – Santé reproductive et droits sexuels (ProSanté II) » est mis en œuvre par la GIZ sous le numéro de projet PN 2019.2343.2 comme module de coopération technique (CT) du programme « Renforcement du système sanitaire – Santé reproductive et droits sexuels au Togo ». La GIZ assure la coordination du programme avec le module de la coopération financière (CF) mis en œuvre par la Kreditanstalt für Wiederaufbau KfW. Le projet a commencé en novembre 2020 et est arrivé à terme en décembre 2023. Le projet « Renforcement du système sanitaire au Togo (ProSanté III) » (PN 2022.2016.8) allant de janvier 2024 à décembre 2026 lui succède.

Le projet ProSanté II a été doté d'un budget total de 15 640 000 EUR. Le budget initial de 6 500 000 EUR a connu trois rallonges provenant de fonds spéciaux (« *Barmittel* » et « *Sondermittel* ») pour faire face à la pandémie de Covid-19 et pour permettre d'inclure la région Centrale dans les activités du projet : une première rallonge de 3 240 000 EUR en mars 2021, la deuxième de 4 400 000 EUR en novembre 2021, et la troisième de 1 500 000 EUR en mai 2022. En conséquence, les indicateurs du projet ont été actualisés en 2022 et la durée du module prolongée jusqu'à décembre 2023 (voir chapitre 4.6 sur l'efficience).

Le projet n'a pas eu de cofinancement. Les activités du projet ont d'abord été concentrées dans la région de la Kara dans le nord du Togo, et mises en œuvre avec le bureau d'études GFA en sous-traitance. Elles ont été étendues à la région Centrale limitrophe début 2022. D'autres activités ont été menées avec le niveau central du ministère de la Santé et de l'Hygiène publique (MSHP) à Lomé.

Le contexte politique est dominé par l'Union pour la République (UNIR), le parti au pouvoir depuis plusieurs années. Des élections législatives ont été organisées le 29 avril 2024 ; elles ont été couplées aux toutes pre-

mières élections régionales, après des élections municipales en 2019 dans le cadre d'une politique de décentralisation. Le parti au pouvoir a gagné la majorité absolue des sièges. Les élections se sont déroulées dans un cadre pacifique, ce qui a permis de mener la mission d'évaluation sans heurts.

Sur le plan économique, la croissance du Togo est considérée comme robuste, ce qui a permis au pays d'augmenter légèrement son budget de santé. Ce budget reste toutefois largement insuffisant par rapport aux ambitions de la déclaration d'Abuja de 2001, qui prévoit d'assigner 15 % du budget national à la santé. Cependant, il faut noter la création en 2021 du programme national d'accompagnement de la femme enceinte et du nouveau-né, appelé « WEZOU », ce qui signifie en langue nationale kabiyé « souffle de vie ». Ce programme vient en anticipation de l'assurance maladie universelle et prend en charge une partie des frais de soins de toutes les femmes enceintes sans exception (République togolaise (2021a)).

Il n'existe pas de données actualisées sur la situation sanitaire de la population, mais elle semble stagner à un faible niveau qui se traduit notamment par un taux de mortalité néonatale inchangé depuis 2013, soit 27 décès pour 1 000 naissances vivantes (*Multiple Indicator Cluster Survey*, MICS, 2017). Parallèlement, le taux de fécondité est parmi les plus élevés au monde avec 4,8 enfants par femme et le taux de mortalité maternelle est de 401 décès pour 100 000 naissances vivantes (*Demographic and Health Survey*, DHS, 2013). Même si la prévalence contraceptive a augmenté depuis 2016, passant de 16,7 % à 23,5 %, les besoins non satisfaits en la matière restent très élevés (33,6 %). Lors de la mission d'évaluation, les évaluateurs ont eu la confirmation que le financement d'un nouveau DHS était acquis et que sa formalisation était imminente. Les résultats d'un tel plan ne seront disponibles que pour l'évaluation du projet ProSanté III en 2026.

Sur le plan environnemental, le pays est concerné par les effets néfastes du changement climatique qui se répercutent aussi sur le secteur de la santé, concrètement avec une recrudescence du paludisme, des maladies diarrhéiques, du choléra, et de la méningite notamment. Concernant le paludisme, les projections climatiques (température et pluviométrie) sont compatibles avec la biologie du vecteur et propices à une augmentation de l'incidence et de la mortalité. Plusieurs épidémies de choléra ont été déclarées sur la dernière décennie avec un lien bien établi entre le choléra et les inondations plus fréquentes consécutives aux changements climatiques (Rapport sur les effets de santé sensibles aux risques des changements climatiques au Togo, 2021).

Sur le plan social, malgré les réformes politiques et une économie stable dans les dernières années, la moitié de la population notamment en milieu rural vit toujours dans des conditions de pauvreté. Le revenu annuel par habitant est inférieur à 700 USD et le pays occupe la 167^e place sur 189 au classement de l'indice de développement humain 2020 des Nations Unies. Environ la moitié des presque huit millions d'habitants du pays vivent en dessous du seuil de pauvreté absolue. Les inégalités dans la répartition des revenus augmentent : le coefficient de Gini est passé de 0,393 en 2011 à 0,427 en 2017. De plus, la corruption est très répandue : le Togo se situe au 134^e rang sur 180 du classement de l'indice de perception de la corruption 2020 de Transparency International. Seuls 7,6 % de la population sont couverts par un système de protection sociale. Le paiement à l'acte par les ménages est la règle (Union européenne (2022)). Le programme national WEZOU, en devançant la politique togolaise de l'assurance maladie universelle, rembourse en partie le paiement des consultations pré- et postnatales ainsi que les accouchements pour lesquels les tarifs sont affichés dans les formations sanitaires (République togolaise (2021a)).

Des mouvements de personnes déplacées, consécutifs à la menace terroriste provenant des pays sahéliens, sont enregistrés au nord du pays, mais ne concernent pas les régions du projet ProSanté (Kara et Centrale) pour la période à évaluer.

2.2 Modèle de résultats, hypothèses comprises

La théorie du changement (TdC) est au cœur de l'approche d'évaluation théorique attendue, essentielle pour évaluer les six critères du CAD de l'OCDE. Les évaluateurs ont examiné tous les niveaux de la mise en œuvre, depuis les réalisations et les résultats escomptés jusqu'aux impacts escomptés. En outre, les risques, dont le succès global du projet est susceptible de dépendre, sont présentés. Le modèle de résultats a été actualisé en 2023 et passé en revue lors de l'atelier de lancement de la présente évaluation en mars 2024. La version simplifiée (Figure 1) donne un aperçu de la théorie du changement telle qu'elle a été mise en œuvre à partir de 2020.

Structure globale du projet

Le problème clé, que le projet s'emploie à résoudre, est que « la qualité et l'utilisation insuffisantes des services de santé reproductive et droits sexuels (SRDS), notamment les services de planification familiale, contribuent à la mortalité maternelle et néonatale élevée ».

L'**objectif du projet** est le suivant : « La qualité et l'utilisation des services de santé de base, notamment en matière de santé sexuelle et reproductive, ont augmenté dans les régions de la Kara et Centrale ». Cet objectif devait initialement être atteint à travers trois *outputs* (gestion de la qualité, informations sur la SDSR, capacité de pilotage du MSHP) auxquels a été ajouté, suite à la pandémie SARSCov2, l'*output* 4 (capacité de riposte). Les **partenaires politiques** du projet sont le ministère de la Planification du développement et de la Coopération (MPDC) comme organisme de tutelle politique et le ministère de la Santé et de l'Hygiène publique (MSHP) comme organisation de mise en œuvre. Parmi les autres **partenaires de mise en œuvre** figuraient en outre les directions régionales de la santé (DRS) de la région de la Kara et de la région Centrale, ainsi que l'Institut national d'hygiène (INH) avec son annexe à Kara. Le MSHP est responsable de la mise en œuvre de la politique nationale en matière de santé (niveau macro). Les DRS des régions de la Kara et Centrale sont des structures déconcentrées du ministère, responsables de la mise en œuvre de cette politique au niveau opérationnel dans les hôpitaux (niveau méso) et les unités de soins périphériques (USP), à l'interface avec les populations demandeuses de soins et de services de santé (niveau micro). L'INH est un service technique du ministère de la Santé qui joue le rôle de laboratoire central de santé publique avec sa nouvelle antenne à Kara. Les **autres parties prenantes** du projet sont des structures déconcentrées de l'État comme des mairies et communes dans les deux régions ; des organisations non gouvernementales (ONG comme l'Agence éducation-développement (AED), Santé intégrée, l'Association togolaise pour le bien-être familial (ATBEF) et la Croix-Rouge togolaise ; et des organisations de la société civile (OSC) comme les associations de tantines ATAREKAD et ATARECED, le Comité international d'éthique et de solidarité (COMINTES), PAFED, ADESCO, COAWEB, Maison des Jeunes Lomé MJL, l'Association togolaise de marketing social (ATMS), l'Association Racines féminines (ARF). À cela s'ajoutent des partenaires techniques et financiers, notamment l'Organisation mondiale de la santé (OMS), le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et la malaria et le programme des Nations Unies pour la population (FNUAP), qui coopèrent avec le projet.

Les **groupes cibles directs** avec lesquels le projet collabore sont le personnel et les cadres des divisions et directions du ministère de la Santé aux niveaux central et régional, les maires et chefs traditionnels, ainsi que des ONG et OSC intervenant dans la zone du projet. Un rôle important incombe à des citoyens et citoyennes directement touchés par la santé et les droits sexuels et de reproduction : il s'agit des membres des clubs de mères et des clubs de pères (appelés « papas champions »), ainsi que des jeunes filles-mères appelées « tantines » qui mènent des campagnes de sensibilisation.

Les **groupes cibles indirects/bénéficiaires finaux** au niveau impact sont les populations des régions de la Kara et Centrale, où 68 % des ménages sont considérés comme pauvres. Les interventions s'adressent en particulier aux femmes en âge de procréer (femmes âgées de 15 à 49 ans, soit 25 % de la population). Les femmes enceintes (3,7 % de la population) sont les cibles indirectes ou bénéficiaires de l'amélioration des services de santé reproductive, tels que les soins pré- et postnataux et les accouchements assistés par du personnel qualifié. Pour le planning familial, les hommes et les femmes voulant procréer (21,3 % de la population) constituent un groupe cible indirect. Dans une moindre mesure, la population togolaise dans son ensemble est

censée bénéficier des résultats du projet, en particulier les groupes particulièrement vulnérables que sont les personnes touchées par le sida, la tuberculose et le paludisme. À ces trois maladies, l'équipe des évaluateurs tient à ajouter la pneumonie et les maladies diarrhéiques, qui font partie des principales causes de morbidité et sont en lien avec les effets néfastes du changement climatique : sécheresse, inondations, manque d'eau.

Niveau *output*

Output 1 : Un système national de gestion de la qualité est mis en place.

L'**output 1** met l'accent sur le soutien à la direction des établissements de soins et de réadaptation du MSHP dans la mise en place d'un conseil national de la qualité et d'outils de gestion de la qualité, ainsi que dans la mise en œuvre de la politique de qualité, des outils de travail et des activités sélectionnées du plan opérationnel de la stratégie nationale de qualité dans les régions de la Kara et Centrale. Par des formations continues axées sur les besoins des acteurs locaux et la fourniture d'équipements pour la planification familiale, le projet a garanti la formation des prestataires de services de planning familial (PF) et d'accouchements assistés aux thèmes de la santé reproductive et des droits sexuels (SRDS) (R1.2), et ainsi œuvré à augmenter la performance moyenne des services de PF (R1.1). Ceci a contribué à augmenter la fonctionnalité de ces services (R1.3) et la satisfaction des patients (R1.4). Cet ensemble d'activités a été mis en œuvre en collaboration avec l'OMS et d'autres partenaires comme l'ONG « Santé intégrée » et le projet « Amplify » financé par USAID.

Les **principales hypothèses sous-jacentes** sont qu'en augmentant la qualité et l'utilisation des services de santé de base, notamment en matière de santé sexuelle et reproductive (objectif du module), le projet renforce des éléments importants du système de santé et contribue à réduire la mortalité maternelle et néonatale. L'hypothèse d'*outcome* part du principe que la stratégie nationale d'assurance qualité en santé (AQS) pose les bases de services de qualité : une meilleure connaissance professionnelle et administrative, le respect et la mise en œuvre des normes pour les soins et services de santé, du matériel adéquat et bien entretenu, et une communication orientée vers le patient.

Output 2 : L'éventail des informations sur les questions de sexualité et de reproduction s'est élargi aux membres de la communauté.

L'**output 2** vise à proposer aux acteurs locaux sélectionnés dans les communautés ainsi qu'à la population une offre d'informations sur les thèmes de la SRDS. Le projet a soutenu le MSHP, les DRS des régions de la Kara et Centrale et les USP sélectionnées dans le renforcement de la coordination et des compétences des organisations locales de la société civile (Croix-Rouge togolaise, GF2D, ATBEF, AED, ADESCO, PAFED) et des acteurs communautaires (tantines, papas champions, membres des clubs de mères, élus locaux, chefs traditionnels et religieux), ainsi que les médias locaux dans l'application d'approches innovantes en matière de communication interpersonnelle et de masse. Le projet a par exemple projeté des films sur les thèmes de la SDSR et de la nutrition à l'intention du grand public dans les 12 districts appuyés (R2.2). Le projet encourage le développement et la diffusion de l'approche « tantine » (filles-mères) et des clubs de mères, ainsi que la mise en œuvre de l'approche « papas champions » (pères modèles). Le projet a ainsi formé des acteurs clés de la communauté sur la SDSR (R2.1), et les a appuyés dans la mise en œuvre d'activités de sensibilisation et de communication en la matière. Cela a contribué à augmenter le taux moyen des accouchements assistés par des professionnels (R2.3).

Les **principales hypothèses sous-jacentes** sont que l'amélioration des services d'obstétrique et de planification familiale réduit les inégalités en matière de santé auxquelles sont confrontées les femmes et les jeunes filles en raison des risques liés à une grossesse non désirée ou précoce et à l'accouchement. L'hypothèse d'*outcome* est que l'utilisation de la communication interpersonnelle et des médias de masse incite la population à consulter les services de SDSR et contribue ainsi à l'augmentation de l'utilisation de ces services de santé par la population.

Output 3 : La capacité de pilotage du MSHP est améliorée.

L'**output 3** vise à mettre en œuvre des mesures pour améliorer la capacité de pilotage et de leadership du ministère de la Santé. Il s'agit de conseiller le MSHP pour qu'il mette à jour les directives nationales et qu'il renforce les capacités de coordination des institutions à tous les niveaux du système de santé afin d'assurer une bonne gouvernance. Le module conseille les niveaux régional et national du ministère dans la mise en œuvre des plans d'action découlant des analyses organisationnelles soutenues par le module précédent. La démarche consiste à appuyer les différentes directions et divisions du ministère dans la mise en œuvre des mesures identifiées à l'issue d'un diagnostic organisationnel (R3.1). Des conseillers techniques ont appuyé le MSHP dans l'élaboration d'une note conceptuelle dans le cadre du processus de développement de projet du Fonds vert pour le climat (FVC). Après acceptation, cela ouvrira la voie au dépôt d'une proposition de financement auprès du Fonds (R3.2). De plus, le projet a appuyé l'instance de coordination nationale (ICN) du Fonds mondial grâce au financement de la *BACKUP Initiative Health* de la GIZ à travers un contrat de financement concernant l'utilisation plus efficace des ressources, l'amélioration de la planification, de la coordination, de l'harmonisation et du suivi dans la lutte contre le sida, la tuberculose et la malaria.

Les **principales hypothèses sous-jacentes** sont que le renforcement des capacités de pilotage et de coordination permet au MSHP de mieux assumer ses fonctions directives, de coordination et de contrôle, ce qui améliore la qualité des services de santé de base et accroît leur utilisation. La soumission de la note conceptuelle au FVC pour le financement de la mise en œuvre de mesures d'adaptation au changement climatique peut renforcer la résilience du système de santé.

Output 4 : La capacité de riposte du pays aux maladies infectieuses potentiellement épidémiques est augmentée.

En effet, l'arrivée de la pandémie de Covid-19 a sévèrement menacé la mise en œuvre des activités du projet ainsi que l'utilisation des services de santé. L'**output 4** a d'abord mis l'accent sur la capacité de réaction urgente par rapport à la pandémie de Covid-19. Dans ce cadre, l'INH a reçu des consommables, du matériel, de l'équipement de laboratoire et des formations. Cela a permis de garantir le fonctionnement de la nouvelle antenne de Kara, où des services de diagnostic sont désormais disponibles (R4.1). Par des formations (tant sur la surveillance de l'épidémie de Covid-19 que sur la riposte contre cette dernière) et la mise à disposition de matériels et consommables de protection, le projet a contribué à augmenter la capacité de riposte dans les centres de santé (R4.2). Pour arriver à l'autonomie financière, le projet a aidé le Togo par la rénovation de l'antenne de l'INH de Kara. Ceci en attendant que l'INH puisse offrir d'autres services payants (biologie médicale, contrôle de la qualité de l'eau et des aliments, vaccination) conformément au Règlement sanitaire international qui peuvent subventionner transversalement les tests SARS-COV 2, qui eux sont gratuits.

Les **principales hypothèses sous-jacentes** sont que les mesures à court terme pour renforcer la riposte urgente à la pandémie de Covid-19 sont nécessaires et complémentaires des approches à moyen et long terme pour renforcer le système de santé. Ainsi, le renforcement du système de contrôle des pandémies permet concrètement aux centres de santé de poursuivre leurs services de routine et en particulier de SDSR, y compris les vaccinations, tout en maintenant les risques de contagion à un niveau bas. L'hypothèse d'impact est qu'en cas de nouvelles pandémies et de nouvelles épidémies, l'INH aura une meilleure capacité de réaction grâce à la présence d'une antenne de l'institut dans les régions du Nord.

Niveau impact

Le module de CT ProSanté II de la GIZ et le module de CF de la KfW répondent au même objectif de programme, à savoir : « La santé de la population togolaise s'est améliorée, principalement dans le domaine de la santé et des droits sexuels et reproductifs (SDSR) ». L'atteinte de cet objectif à long terme est mesurée par trois indicateurs du programme que sont la baisse de la mortalité maternelle, la baisse de la mortalité néonatale et l'augmentation de la prévalence contraceptive.

De plus, le programme contribue au niveau impact aux objectifs de développement durable (ODD) suivants :

- ODD 1 « Mettre fin à la pauvreté » : 1.4 « Accès aux services de base pour tous les hommes et toutes les femmes, en particulier les pauvres et les personnes vulnérables », 1b « Créer des conditions-cadres pour des stratégies de développement axées sur la pauvreté et sensibles au genre ».

- ODD 3 « Santé et bien-être » : 3.1 « Réduire la mortalité maternelle », 3.2 « Réduire la mortalité néonatale et infantile », 3.3 « Mettre fin aux épidémies de sida, tuberculose, paludisme », 3.7 « Accès aux services de santé, y compris le planning familial », 3.8 « Accès à des services de santé de qualité dans le cadre d'une couverture sanitaire universelle », 3c « Recrutement, développement, formation et emploi du personnel de santé », 3d « Renforcement des capacités dans la gestion des risques sanitaires nationaux et mondiaux ».
- ODD 5 « Égalité entre les sexes » : 5.1 « Mettre fin à la discrimination à l'égard des femmes et des filles », 5.2 « Éliminer toutes les formes de violence à l'égard des femmes et des filles », 5.3 « Éliminer toutes les pratiques préjudiciables », 5.6 « Accès universel aux services de santé génésique ».
- ODD 13 « Adaptation au changement climatique » : 13.2 « Intégrer les mesures relatives au changement climatique dans les politiques, stratégies et planifications nationales », 13.3 « Améliorer les capacités sur les questions liées au changement climatique », 13.a « Mobilisation de ressources financières », 13.b « Renforcer les capacités de planification et de gestion efficaces sur le changement climatique ».

Les codes marqueurs et objectifs secondaires importants du projet sont les suivants :

GG (Égalité de droits entre les sexes) = 1.

PD/GG (Développement participatif/bonne gouvernance) = 1.

KLA (Adaptation au changement climatique) = 1.

Le projet n'est pas axé sur la paix et la sécurité, car les prestations se concentrent sur l'amélioration de la qualité des soins. Bien que le pays souffre d'incursions terroristes dans la région frontalière avec les pays sahé-liens, les régions du projet ne sont pas touchées par ce phénomène. Donc le code marqueur FS (Paix et Sécurité) = 0.

Limites du système : la sphère de responsabilité du projet se limite à l'atteinte des résultats convenus dans le contrat de mise en œuvre entre la GIZ et le ministère togolais de la Planification du développement et la Coopération (MPDC). La réalisation des activités du projet se heurte à des limites qui sont conditionnées par des facteurs hors de la portée de l'équipe GIZ (suppositions).

Les risques, dont le succès global du projet est susceptible de dépendre, sont présentés sous forme de suppositions par *output* :

Pour l'**output 1** : on suppose que le MSHP considère la mise en œuvre du projet comme prioritaire, que le taux de rotation du personnel des centres de santé est modéré, que l'approvisionnement en contraceptifs est assuré et que les travaux de construction nécessaires sont réalisés par le MSHP.

Pour l'**output 2** : on suppose que les autorités locales donnent leur accord pour la mise en œuvre des activités et que les ONG participant au projet fournissent le nombre nécessaire de collaborateurs/collaboratrices pour la mise à disposition d'informations ; on part également du principe que les inégalités de traitement entre patients et la corruption dans le secteur de la santé n'empêchent pas l'établissement de la confiance dans les services de santé ; enfin, on présume que la partie togolaise respecte les engagements pris dans le cadre du programme national d'inclusion « Wezou » qui finance les soins et activités d'accompagnement de la femme enceinte et du nouveau-né (c'est-à-dire, concrètement, les remboursements en temps réel des frais encourus aux centres de santé).

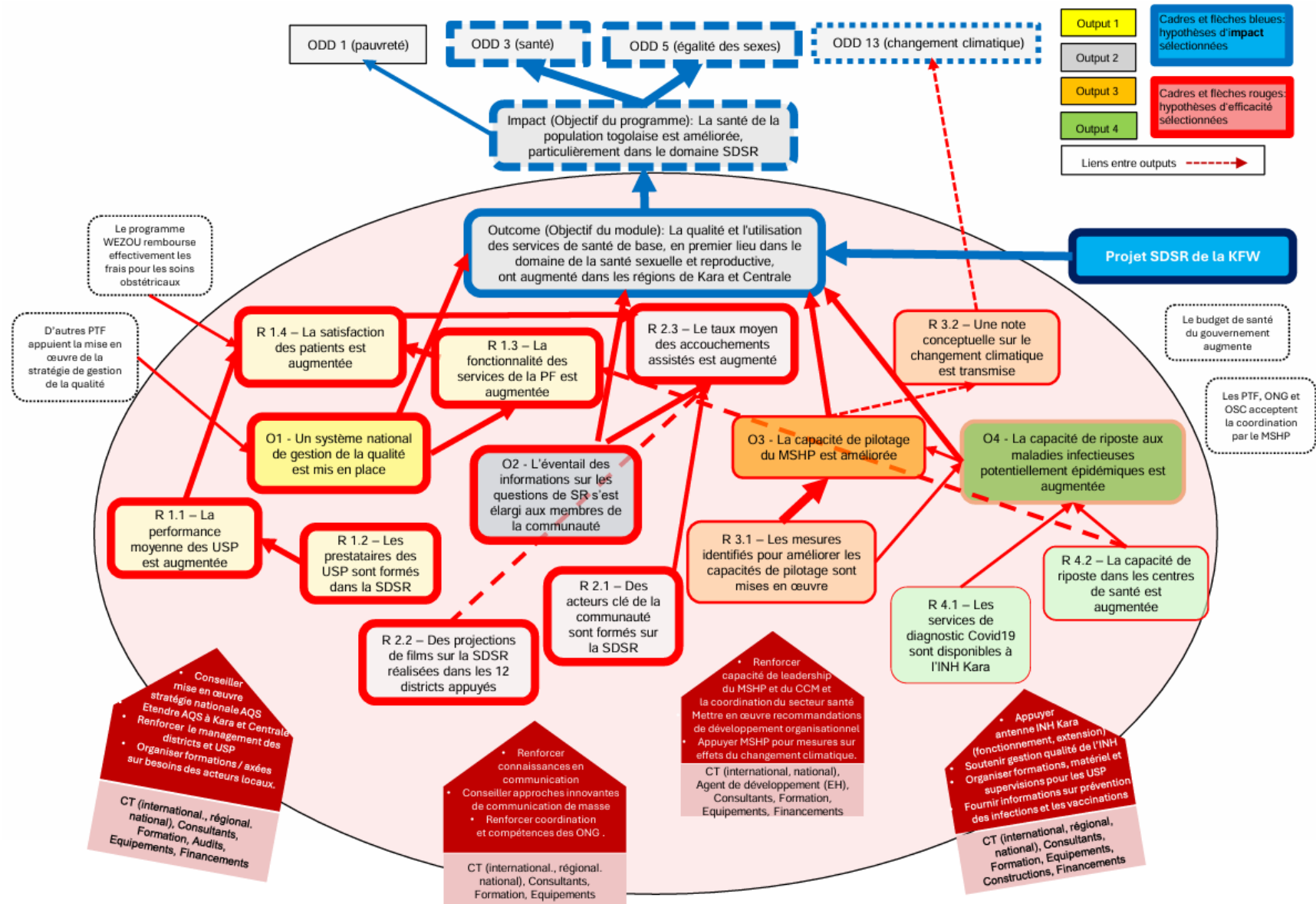
Pour l'**output 3** : on suppose que les cadres du MSHP sont disponibles pour la mise en œuvre d'activités et que le développement d'une demande de financement par un fonds climatique dans le secteur de la santé reste une priorité pour les partenaires nationaux, tant au sein du ministère de la Santé que du ministère de l'Environnement.

Pour l'**output 4** : on suppose que des campagnes de communication de masse sont organisées, y compris sur les fausses rumeurs, et que les acteurs communautaires mobilisent leurs communautés pour l'application des mesures barrières, la vaccination et la continuité de la demande en santé reproductive.

Tableau 2 : Terminologie du niveau des résultats

Terminologie	Définitions
Résultats	Pour la GIZ, ce sont les changements, prévus ou non, positifs ou négatifs, d'un état/d'une situation ou d'un comportement, qui sont la conséquence directe ou indirecte d'une intervention. Les résultats sont représentés dans un modèle de résultats systémique de la GIZ et incluent implicitement les impacts, les réalisations (<i>outcomes</i>) et les extrants (<i>outputs</i>). Le CAD de l'OCDE et le BMZ définissent également les résultats comme un terme englobant les impacts, les réalisations et les extrants.
Impacts	Les impacts sont les résultats de développement de niveau supérieur [...] (conformément à la définition du CAD de l'OCDE)
Réalisations / <i>Outcomes</i>	Les réalisations (<i>outcomes</i>) sont les changements [...] par suite de l'utilisation des extrants d'une intervention. Ils correspondent sommairement à la réalisation de l'objectif du projet [...] et incluent tant l'utilisation par les intermédiaires et les groupes cibles des extrants créés par le projet que les bénéfices directs.
Extrants / <i>Outputs</i>	Les extrants (<i>outputs</i>) décrivent les changements et états/situations induits par les activités du projet, par exemple les produits, biens et services, les compétences techniques créées, les connaissances transmises et les institutions et réglementations.

Figure 1 : Modèle de résultats actuel (mai 2023), adapté lors de l'évaluation (mars/avril 2024)



3 Évaluabilité et processus d'évaluation

L'objectif de ce troisième chapitre est de fournir des précisions sur la disponibilité et la qualité des données, ainsi que sur le processus d'évaluation.

3.1 Évaluabilité : disponibilité et qualité des données

La présente partie couvre les aspects suivants :

- la disponibilité des documents essentiels ;
- les données de référence et de suivi, y compris les données des partenaires ;
- les données secondaires.

Disponibilité des documents essentiels

Les documents essentiels à la réalisation de l'évaluation ont été mis à la disposition de l'équipe d'évaluation par le projet au début de la phase initiale et au cours de l'évaluation. Certains documents ont été obtenus au cours de la phase initiale et pendant la mission d'évaluation. Ainsi, concernant le critère d'efficience, les contrats et rapports du bureau d'études GFA ainsi que les données KOMPASS ont été rendus disponibles par la GIZ lors de la mission d'évaluation ; le rapport final de la phase II de ProSanté n'a été disponible qu'en juin 2024. Concernant le critère de cohérence, une enquête de satisfaction des femmes sur les soins pré- et post-natals et une étude randomisée pour évaluer l'efficacité de l'audit en matière de qualité de soins, toutes deux financées par le Fonds mondial en 2021, ont été obtenues par l'Université de Lomé. Concernant les critères de cohérence, de durabilité et d'impact, les documents « Résultats définitifs du recensement général de la population et de l'habitat » de novembre 2022 et « Carte sanitaire du Togo 2022 » ont été fournis par le co-évaluateur.

Données de référence et de suivi, y compris les données des partenaires

Les indicateurs de réalisation et de résultat reposent sur la collecte de données primaires du projet dans le cadre du système de suivi axé sur les résultats (SAR) du projet et les données des partenaires, en particulier celles issues du système national d'information sanitaire de district 2 (*District Health Information System DHIS2*). La matrice des résultats contient différents types d'indicateurs, avec essentiellement trois types de sources différentes : (a) des indicateurs basés sur DHIS2 (accessibles en décalé dans le temps, c'est-à-dire ne fournissant pas d'informations en « temps réel ») principalement au niveau de l'objectif du module ; (b) des indicateurs liés aux évaluations/enquêtes du projet lui-même (satisfaction des utilisateurs des services de santé, capacités du personnel des USP, changements dans la qualité des services et des soins offerts) par le biais d'entretiens qualitatifs avec les comités de gestion sanitaire (COGES), chefs traditionnels, élus locaux, tantes, clubs de mères, pères champions et bénéficiaires finaux) ; et (c) les données produites par le processus concernant les résultats tangibles du projet (par exemple, les concepts, les normes et les lignes directrices approuvées). Le suivi du projet suit la structure des outils de planification (matrice de résultats, plan d'opérations). Aucun suivi systématique des résultats non prévus n'a pu être constaté de la part de l'équipe du projet. Dans l'ensemble, le système de suivi est bien organisé et documenté, sous la responsabilité d'un membre de l'équipe du projet. Des séances de monitoring ont permis à la direction du projet de revoir la stratégie de mise en œuvre avec l'équipe et de réagir. Ainsi, en 2022, les données de base ont été actualisées et les indicateurs de résultat adaptés. Les données paraissent plausibles et fiables (voir chapitre 4.4 « Efficacité »). Les données de référence ont été tirées des documents de politique nationaux.

Données secondaires

Les données de base ont été triangulées avec des documents de la Banque mondiale, de l'Union européenne et d'autres partenaires techniques et financiers (PTF). Au niveau de l'impact, les indicateurs de mortalité maternelle et néonatale ne peuvent être estimés que sur la base d'indicateurs « proxy » tels que la létalité obstétricale documentée par le DHIS2 dans les formations sanitaires (voir chapitre 4.5 « Impact »). Le document « Résultats définitifs du recensement général de la population et de l'habitat de novembre 2022 » (République togolaise, 2023) fournit des données actuelles et précises exploitables par les évaluateurs, qui seront incluses dans l'évaluation.

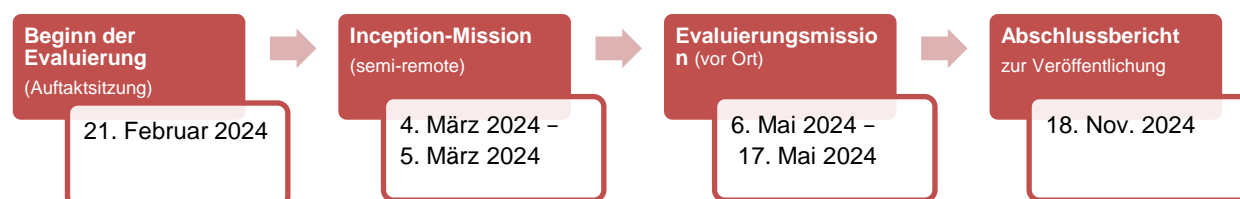
3.2 Processus d'évaluation

L'objectif de la présente partie est d'aborder les aspects suivants :

- Principales étapes du processus d'évaluation ;
- Implication des parties prenantes ;
- Sélection des personnes interrogées ;
- Processus d'analyse des données ;
- Rôles dans l'équipe d'évaluation ;
- Sensibilité au contexte et aux conflits dans le cadre du processus d'évaluation.

Le processus d'évaluation comprend quatre étapes que voici :

Figure 2 : Principales étapes du processus d'évaluation



Implication des parties prenantes

L'équipe d'évaluation assure la participation des différentes parties prenantes au projet de la manière suivante : le personnel du projet a participé au complet à la réunion de lancement en semi-distanciel. L'évaluateur international a interrogé en ligne le personnel de l'unité sectorielle et régionale au siège central de la GIZ, la chargée de la coopération à l'ambassade allemande à Lomé et l'équipe de la KfW en charge de la composante CT du programme « Renforcement du système sanitaire – Santé reproductive et droits sexuels au Togo ». Les évaluateurs ont interviewé ensemble les parties prenantes du projet au Togo : au niveau central, le MPDC qui assure la tutelle, le MSHP et le MERF, et les partenaires techniques et financiers. Sur le plan opérationnel, les évaluateurs ont interviewé, individuellement ou en focus group, lors de la mission d'évaluation sur le terrain : les DRS Kara et Centrale ; les DPS Bassar, Kozah, Tchamba et Tchaoudjo avec leurs COGES ; le personnel des USP ; des maires de commune, des représentants de la chefferie traditionnelle et des leaders religieux. Les députés n'ont pas été interrogés à cause des élections législatives et régionales en cours au moment de l'évaluation. Les groupes cibles indirects et bénéficiaires finaux ont été interrogés en focus groups. Au total, 35 personnes interviewées ont participé au débriefing à la fin de la mission, commentant et approuvant la présentation des résultats de la mission.

Compte tenu du retard de trois mois causé par le remplacement de l'évaluateur international et du temps de préparation très restreint pour tenir au mieux les délais malgré tout, il n'a pas été possible d'organiser certains interviews avant ou pendant la phase de lancement. Ils ont été organisés durant la mission d'évaluation.

Les interviews sont codés dans une liste de codage, conformément aux directives de la GIZ en matière de rédaction de rapports (2020) pour les citations ainsi que pour la protection des sources et des données des personnes interrogées.

Les résultats de l'évaluation seront transmis aux partenaires et parties prenantes conformément au processus de l'évaluation centrale de projets de la GIZ. Une séance de débriefing avec la GIZ et les principaux partenaires a été organisée le 17 mai 2024, à la fin de la mission sur le terrain.

Sélection des personnes à interviewer

Les personnes à interroger ont été proposées par le co-évaluateur en collaboration avec le point focal du programme de la coopération allemande au Togo et le projet. Pour ce qui est du niveau central, les personnes retenues ont été les interlocuteurs clés des ministères concernés (Plan, Santé, Environnement), et des PTF, ainsi que des ONG et des OSC. Pour le niveau déconcentré du système de santé et le niveau opérationnel, l'évaluateur international a proposé une sélection de localités qui a été amendée par le point focal du ministère et l'équipe du projet.

Compte tenu du contexte marqué par la pandémie de Covid-19, les possibilités d'interviewer les prestataires et bénéficiaires sur le terrain avaient été limitées lors de l'évaluation de la phase précédente ; les évaluateurs ont donc tenu à rencontrer ces personnes au maximum, même dans des localités reculées. Ainsi, et pour des raisons de calendrier, les évaluateurs ont choisi de regrouper les personnes selon les formations sanitaires visitées et opté pour l'organisation de focus groups. En tout, les évaluateurs ont pu mener 54 interviews avec un total de 133 personnes, dont 30 en interview individuel et 103 en 24 séances de focus group. Sur ces personnes interviewées, 56 étaient des femmes, soit 42 %.

L'équipe d'évaluation n'a pas pu interviewer l'Association des sages-femmes du Togo (ASSAFETO) car ses membres étaient occupés par l'organisation et le déroulement de la Journée internationale des sages-femmes.

Tableau 3 : Liste des parties prenantes de l'évaluation et des personnes interrogées

Organisation/entreprise/ groupe cible	Nombre total de personnes impli- quées dans l'éva- luation (ventilation par genre)	Nombre de personnes in- terrogées	Nombre de participants aux groupes de discussion	Nombre de participants aux ateliers	Nombre de participants à l'enquête
Bailleurs de fonds	1 (1 f, 0 h)	1			
Ministère fédéral allemand de la Coopération économique et du Développement (BMZ)					
GIZ	13 (6 f, 7 h)	6	7		
Équipe de projet de la GIZ et Bureau pays au Togo, siège de la GIZ en Allemagne					
KfW	3 (2 f, 1 h)	3			
Équipe de projet de la KfW en Allemagne et au Togo					
Organisations partenaires (groupe cible direct)	46 (17 f, 29 h)	9	37		
Ministère de la Santé, de l'Hygiène publique et de l'Accès universel aux soins (MSHP) : Niveau central (6) : Secrétariat général du ministère de la Santé (SG) / Direction du Système national d'information sanitaire et de l'informatique (DSNISI) / Division santé maternelle & infantile et de la planification familiale (DSMIPF) / Direction des établissements de soins et de réhabilitation (DESR) / Division de la promotion de la santé (DivPS) / Point focal CC, INH Niveau régional (6) : Direction régionale de la santé de la région de la Kara (8) / Direction régionale de la santé de la région Centrale (5) Niveau opérationnel / Districts sanitaires (10) : DPS, équipes cadre de district et COGES					
Autres parties prenantes (par ex., acteurs publics, autres projets de développement, etc.)	8 (4 h, 4 f)	8			

Organisation/entreprise/ groupe cible	Nombre total de personnes impli- quées dans l'éva- luation (ventilation par genre)	Nombre de personnes in- terrogées	Nombre de participants aux groupes de discussion	Nombre de participants aux ateliers	Nombre de participants à l'enquête
Ministère de la Planification du développement et de la Coopération (MPDC), ministère de l'Environnement et des Ressources forestières (MERF) / Division de la lutte contre le changement climatique, Organisation mondiale de la santé (OMS), Fonds mondial GFATM, Banque mondiale/Projet SSEQCU, Unicef, Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP), JHPIEGO					
Acteurs de la société civile et acteurs privés	33 (14 f, 18 h)	5	28		
AED, Santé intégrée, Association togolaise pour le bien-être familial (ATBEF), Croix-Rouge togolaise, Association des tantines de la région de la Kara pour le développement (ATAREKAD), Association des tantines de la région Centrale pour le développement (ATARECED), Comité international d'éthique et de solidarité (COMINTES), PAFED, ADESCO, COAWEB, Maison des jeunes Lomé (MJL), Association togolaise de marketing social (ATMS), Association racines féminines (ARF)					
Bénéficiaires finaux/groupes cibles indirects (total)	30 (12 f, 18 h)	5	25		
Tantines Atchangbadé	3 (3 f, 0 h)		3		
Tantines Binaparba	6 (6 f, 0 h)		6		
Clubs de mères / utilisatrices	3 (3 f, 0 h)		3		
Papas champions Kolina	4 (0 f, 4 h)		4		
Papas champions Lama Kpeda	9 (0 f, 9 h)		9		
Chefferie traditionnelle, maires, élus locaux	5 (0 f, 5 h)	5			
Légende : f = femme ; h = homme ; n = non binaire					

Processus d'analyse des données

L'étude des documents fournis par le projet a été complétée par l'équipe d'évaluation. Bien que la langue du projet et du présent rapport soit le français, les documents consultés qui étaient rédigés en allemand ou en anglais ont été analysés en recourant partiellement à des logiciels de traduction. La matrice des indicateurs actualisée n'existait qu'en langue allemande et a été traduite en français par le projet sur demande des évaluateurs, afin d'utiliser les termes techniques propres à l'usage dans l'équipe et sur le terrain. Les données du projet ont été comparées aux documents du ministère de la Santé publique et des PTF et ont fait l'objet d'échanges avec les personnes interrogées.

Les entretiens ont été menés par les évaluateurs à l'aide du logiciel ArcGIS123 adapté à cette évaluation externe juste avant la mission d'évaluation, en se basant sur des grilles d'entretien par niveau des personnes et groupes interrogés préparées par les évaluateurs. Ces questionnaires prennent en compte les critères CAD et ont été adaptés au projet et aux réalités du terrain. Les évaluateurs ont créé le questionnaire avec ArcGIS123, ce qui a permis au co-évaluateur d'enregistrer les réponses données par écrit et en simultané. L'évaluateur a pris des notes manuscrites en se concentrant sur le langage parlé et les commentaires complémentaires des personnes interrogées. ArcGIS n'a pas été utilisé dans les discussions de groupe, où les deux évaluateurs ont pris des notes qu'ils ont compilées et triangulées à la fin de la journée, si possible, ou pendant le week-end. Au total, 54 entretiens ont été menés dont 24 en focus group. Il faut noter que 10 entretiens, tous en ligne, datent de la phase de préparation. L'anonymat a permis aux bénéficiaires (utilisatrices des services, filles-mères/« tantines », hommes responsables/« papas champions ») de s'exprimer franchement sur des sujets comme la sexualité et la vie de couple.

Pour garantir la qualité des entretiens, les évaluateurs ont pratiqué l'écoute active (« ce qui est dit et comment c'est dit »). Afin d'atténuer les faiblesses inhérentes aux discussions de groupe, les évaluateurs ont recueilli

tant les points de convergence que les points de divergence entre participants ; ils ont également assuré la participation de tous les membres du groupe d'une manière égalitaire en faisant un tour de table et en encourageant tout le monde à se prononcer. Les personnes interrogées étaient informées qu'elles pouvaient parler librement sous couvert d'anonymat. Les évaluateurs ont reçu le consentement oral de toutes les personnes enquêtées pour les interrogations et pour les citations anonymes le cas échéant.

Rôles dans l'équipe d'évaluation

L'équipe d'évaluation est composée d'un évaluateur international allemand comme chef d'équipe et d'un co-évaluateur du Togo, les deux ayant une maîtrise en santé publique. Le co-évaluateur a été associé à toutes les tâches centrales de l'évaluation, y compris aux présentations de briefing et de débriefing de la mission. Lors de la mission de lancement en semi-distanciel, il se trouvait sur place avec l'équipe du projet tandis que l'évaluateur international était connecté par internet.

Les évaluateurs ont préparé le calendrier de la mission d'évaluation et les guides d'interview ensemble. Le co-évaluateur national était chargé, en collaboration avec l'équipe du projet et les autorités togolaises, de prendre les contacts et de fixer les rendez-vous pour les interviews et focus groups au niveau des institutions, des personnalités et des groupes cibles rencontrés dans le pays. Le co-évaluateur a le plus souvent introduit l'équipe et le sujet d'évaluation, posé les questions et pris les notes en fonction du logiciel utilisé. Il a à certains moments assuré la traduction en langues locales des questions et réponses. L'évaluateur international a pris également des notes et a posé des questions découlant des situations spécifiques à chaque situation, en prenant soin de bien capter les expressions et le cas échéant d'éventuels « non-dits ».

Les évaluateurs se sont partagés en deux groupes à certains endroits, en suivant la même méthodologie, se rendant chacun sur des lieux éloignés pour couvrir un échantillon aussi large que possible de personnes interviewées. Les informations recueillies lors des entretiens individuels et en groupe ont été transcrites et harmonisées entre évaluateurs.

Sensibilité au contexte et aux conflits dans le cadre du processus d'évaluation

Dû au report de la tenue des élections législatives couplées avec les toutes premières élections régionales du pays par le gouvernement du Togo au 29 avril 2024, le planning de la mission d'évaluation n'a pas pu respecter le délai de deux semaines de rigueur après ce genre d'évènement. Mais à la suite d'un avis favorable du bureau GIZ au Togo, le calendrier a pu être maintenu.

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

Ce chapitre présente les résultats de l'évaluation selon les critères du CAD de l'OCDE basée sur des dimensions d'évaluation et des questions d'analyse. Les commentaires suivants sur l'approche de l'évaluation des critères du CAD doivent être lus conjointement avec le contenu de la matrice d'évaluation.

4.1 Impact et viabilité/durabilité des projets antérieurs

La présente partie vise à récapituler l'analyse et l'évaluation de l'impact et de la viabilité/durabilité du projet antérieur « Renforcement du système sanitaire – Santé reproductive et droits sexuels » (ProSanté), PN 2016.2143.2, menées dans le cadre d'une évaluation centrale de projet en 2021. Le récapitulatif de cette évaluation a été pris en considération par les évaluateurs. Il se trouve résumé ci-dessous.

Récapitulatif de l'évaluation du projet antérieur

Extrait du rapport concernant la durabilité : « Après un peu plus de deux ans de présence dans la capitale et dans la région de la Kara, le projet a réussi à bien ancrer les interventions dans les structures partenaires. Cependant, on ignore encore comment certaines interventions (plus concrètement, les tantines et les assistants qualité) pourront être poursuivies après la fin du financement externe. On ne sait pas non plus si les structures de gestion de la 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 la Kara grâce à la formation continue. Toutefois, le projet devrait investir davantage dans la société civile pour en faire un vecteur de changement (dimension 2 : 39 points sur 50). ... »

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. 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 durabilité n'est pas encore évidente. 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. » Source : GIZ-ProSanté (2021b).

Les résultats mentionnés ont évolué favorablement, en particulier en ce qui concerne l'approche dite des tantines, qui a été consolidée à travers leur institutionnalisation en associations et leur intégration dans les activités des DRS.

Analyse et évaluation du projet antérieur

Méthodologie d'évaluation du projet antérieur

Tableau 4 : Matrice d'évaluation des projets antérieurs

Projet antérieur : dimensions d'évaluation	Base d'évaluation	Concept d'évaluation, méthodes empiriques et sources de données	Qualité des données et limitations
Impact du projet précédent	<p>Mesure dans laquelle les résultats obtenus au niveau de l'objectif dans le cadre du projet antérieur ProSanté se sont transformés en impacts depuis la fin du projet antérieur.</p> <p>Résultats à prendre en compte : objectifs des trois composantes du projet antérieur et indicateurs correspondants, indicateurs du programme CD (KfW/GIZ), impacts discutés dans la proposition de projet du projet antérieur.</p> <p>Attention particulière portée aux aspects suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Accouchements humanisés • Mise en œuvre des plans d'amélioration 	<p>Concept d'évaluation : Aucun modèle d'évaluation spécifique n'a été appliqué, triangulation des méthodes et des sources, comparaison avant-après avec la situation actuelle.</p> <p>Méthodes empiriques et sources de données : Analyse des documents suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rapports d'avancement 1 et 2 de ProSanté I • Rapport de programme KfW/GIZ • Rapport d'évaluation centrale du projet publié en 2021 • Rapport d'évaluation ex-post de la KfW (2006) • Documents de politique nationale : Politique nationale de santé (PNS), Plan national de développement sanitaire (PNDS) <p>Entretiens semi-structurés : parties prenantes impliquées dans le projet ProSanté aux niveaux central, régional et opérationnel, y compris chefferie traditionnelle</p> <p>Groupes de discussion avec les bénéficiaires : clubs de mères, papas champions, tantines</p>	<p>Limitations :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le manque de représentativité de groupes/parties prenantes spécifiques ; p. ex. : élus locaux • Le taux de réponse • De fortes similarités avec le projet actuel, la distinction peut être difficile. <p>Qualité globale des données pour cette dimension de l'évaluation : Bonne</p>
Viabilité/durabilité du projet précédent	<p>Mesure dans laquelle l'objectif (et les <i>outputs</i> importants) du projet antérieur ont été atteints et sont encore visibles aujourd'hui. Possibilités de pérenniser ou de mettre à l'échelle (voire de transposer au niveau national) les innovations introduites par le projet.</p> <p>Résultats considérés au niveau de l'objectif et des <i>outputs</i> :</p> <ul style="list-style-type: none"> • (1) politique de réforme (stratégie nationale qualité des services) • (2) Capacité d'autofinancement des formations sanitaires 	<p>Concept d'évaluation : Aucun modèle d'évaluation spécifique n'a été appliqué, triangulation des méthodes et des sources, comparaison avant-après avec la situation actuelle.</p> <p>Méthodes empiriques et sources de données :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Idem que pour l'impact (voir ci-dessus). 	<p>Limitations :</p> <ul style="list-style-type: none"> • De fortes similarités avec le projet actuel, la distinction peut être difficile. • En ce qui concerne l'accent mis sur l'utilisation des concepts et des instruments proposés par le projet ProSanté, des données suffisantes sont disponibles. <p>Qualité globale des données pour cette dimension de l'évaluation : Bonne</p>

Photo 1 : Entrée accueillante d'une USP (source/© : Cornelius Oepen 2024).



4.2 Pertinence

L'objet de la présente partie est d'analyser et d'évaluer la pertinence du projet. Elle est structurée selon les dimensions d'évaluation spécifiées par le BMZ (voir annexe).

Récapitulatif de l'évaluation et notation du critère de pertinence

Tableau 5 : Notation du critère de pertinence du CAD de l'OCDE

Critère	Dimension d'évaluation	Note et appréciation
Pertinence	Conformité aux politiques et priorités	30 points sur 30
	Conformité aux besoins et capacités des bénéficiaires et parties prenantes	30 points sur 30
	Pertinence du concept	20 points sur 20
	Adaptabilité – adaptation au changement	20 points sur 20
Note et appréciation globales		Note : 100 points sur 100 Note : Niveau 1 : très bon résultat

Les objectifs du projet ProSanté II sont en phase avec les politiques et priorités du BMZ et parfaitement alignés sur les priorités nationales du Togo et de ses partenaires dans le domaine de l'appui aux systèmes de santé. En plaçant la priorité sur la réduction des mortalités maternelle et néonatale, le projet touche non seulement à un élément clé de la politique de développement du Togo, mais aussi à une préoccupation majeure commune à toutes les couches de la population : « Le projet ProSanté II répond à une priorité nationale avec un impact direct sur la population à la base pour l'amélioration des conditions de vie ». Le Togo a commandité ce projet à la coopération allemande et en assume la responsabilité (*ownership*). ProSanté II suit la feuille de route gouvernementale 2020-2025, la politique nationale de santé (PNS) et le plan national de développement sanitaire (PNDS) 2017-2022. Le projet antérieur (ProSanté I) mené dans la région de la Kara est considéré comme « pilote ». Son extension à la région Centrale dans le cadre de ProSanté II a permis de consolider les résultats, qui seront finalement étendus aux autres régions par le projet consécutif ProSanté III (région des Savanes) et au territoire national avec d'autres PTF. Le Togo a adhéré à la COP26 et développé son plan national de lutte contre les effets néfastes du changement climatique (PNAS) avec ses répercussions sur la santé. En réaction à la pandémie de Covid-19, ProSanté II a appuyé l'INH dans sa stratégie de déploiement au nord du Togo planifiée pour 2022, mais effectif dès 2020.

Avec les mesures de réponse à la Covid-19 et l'extension des activités à la région Centrale, le projet a répondu à la demande du gouvernement togolais et de la coopération allemande, de concert avec les autres PTF.

Au total, la pertinence du projet est évaluée comme suit : Niveau 1 : très bon résultat avec 100 points sur 100.

Analyse et évaluation de la pertinence

Pertinence – Dimension 1 : conformité aux politiques et priorités

La base de l'évaluation est la conformité avec les documents et déclarations de politique et les priorités du Togo, de l'Allemagne et de la communauté internationale. La pertinence du projet est confirmée par les documents stratégiques sur lesquels il se base, dans lesquels la lutte contre la mortalité maternelle figure toujours au premier plan. Il s'agit pour le Togo du Plan national de développement (PND, République togolaise (2018)) et de la Politique nationale des interventions à base communautaire (IBC, République togolaise (2015)), ainsi que des documents stratégiques du MSHP : Politique nationale de santé – Horizon 2030 (PNS, République togolaise (2023a)), Plan national de développement sanitaire 2023-2027 (PNDS, République togolaise (2023b)), Politique nationale de qualité des services de santé du Togo (République togolaise (2019a)), Plan stratégique de mise en œuvre de la Politique nationale d'amélioration de la qualité des services de santé 2020-2022 (République togolaise (2019b)) et Plan national d'adaptation du secteur de la santé aux effets du changement climatique (PNAS, République togolaise (2020)) auquel le projet a significativement contribué. Cette orientation nationale est à l'origine de la forte adhésion au projet ProSanté du ministère et des autorités (Int 5, 7, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 37), ainsi que des bénéficiaires (Int 31, 32, 33, 34, 36). Citations : « Le projet Pro-Santé répond à une priorité nationale avec un impact direct sur la population à la base pour l'amélioration des conditions de vie » (Int 12) ; « Aucune femme ne doit mourir en donnant la vie ! » (Int 17).

Du côté de l'Allemagne, les documents soutenant cette priorisation sont la stratégie du BMZ pour le partenariat de réforme avec le Togo 2020 et les stratégies sectorielles « Des systèmes de santé forts - la base de soins de qualité » et « Une seule santé/One Health, Sécurité sanitaire - y compris les conséquences du changement climatique et la prévention et la lutte contre les pandémies » (Int 1,2, 3, 4 ; FGD39).

La dimension 1 du critère de pertinence – Conformité aux politiques et priorités – obtient **30 points sur 30**.

Pertinence – Dimension 2 : conformité aux besoins et capacités des bénéficiaires et parties prenantes

La base de l'évaluation est la mesure dans laquelle les objectifs du projet sont conformes aux besoins et aux capacités de ses groupes cibles dont la composition est détaillée ci-après.

Les groupes cibles directs sont les professionnels et les cadres (hommes et femmes) du MSPH, qui sont notamment responsables de la santé mère-enfant, de la planification familiale, de la gestion de la qualité des services et des soins, de la riposte aux maladies infectieuses à potentiel épidémique et de l'adaptation du secteur de la santé aux effets néfastes du changement climatique. Au niveau régional, les groupes cibles directs sont les intermédiaires professionnels et les cadres de la Direction régionale de la santé (DRS), des administrations sanitaires de district subordonnées, des établissements de santé (USP) et des communautés. En outre, le projet renforce les capacités des professionnels, des cadres et du personnel des organisations de la société civile et des ONG.

Le projet ProSanté a développé la stratégie de mise en œuvre des activités à travers un travail participatif et l'établissement de plans opérationnels annuels tenant compte des besoins et capacités des parties prenantes. Des cadres du ministère ont bénéficié de plans et de formations en développement organisationnel (Int 13, 14, 15 ; FGD 21, 27) ; des ONG et OSC ont été sélectionnées soit en fonction de leurs spécificités, p. ex. pour leur travail avec la communauté musulmane dans la région Centrale (FGD 43), avec les femmes et les enfants en milieu difficile (FGD 47), soit en fonction de leur capacité à organiser des campagnes de sensibilisation de masse (FGD 45).

Le groupe cible indirect (bénéficiaires finaux) du projet est la population des régions de la Kara et Centrale, en particulier les jeunes filles, les femmes et les hommes ayant besoin des services offerts en matière de SDSR et, dans une moindre mesure, l'ensemble de la population togolaise. La population totale des deux régions comprend 1 766 399 habitants (Kara : 968 887 ; Centrale : 777 512), dont 51 % de femmes et 49 %

d'hommes. Au total, 242 222 femmes en âge de procréer de la Kara et 194 378 de la région Centrale bénéficieront de l'amélioration de la qualité des services (25 % de la population togolaise). L'amélioration des services de santé reproductive (soins pré- et postnataux, accouchements assistés par du personnel qualifié) bénéficiera à 35 849 femmes dans la région de la Kara et 28 768 femmes dans la région Centrale (3,7 % de la population), tandis que l'amélioration de l'accès aux services de planification familiale bénéficiera à 206 373 hommes et femmes dans la première région, 165 610 dans la seconde (21,3 % de la population) (DHIS2 du Togo, cité dans l'offre modifiée de 2021).

En plus de la population des régions de la Kara et Centrale, les 1 028 454 habitants de la région des Savanes – 1 143 520 selon le recensement général de la population et de l'habitat (RGPH) de 2022 – bénéficieront d'un meilleur accès au dépistage par PCR et à d'autres services par le laboratoire de référence de l'INH à la Kara. Les jeunes filles et femmes, toujours dans l'optique d'inclure les hommes et les maris, ne sont pas seulement ciblées par les campagnes d'information, mais aussi par les associations de filles mère (tantines) et d'hommes (papas champions) visant à travailler avec leurs pairs dans la société (FGD 48, 49, 50, 51, 52 53, 54). Citations : « Je suis contente avec mon mari, car je n'ai pas peur de tomber en grossesse sans le vouloir. Je peux l'aider dans le champ et travailler comme revendeuse » (FGD 53) ; « Maintenant, nous les hommes accompagnons nos femmes à la consultation prénatale. On s'assoit avec des couples et on leur donne des informations sur les relations hommes-femmes » (FGD 49).

Des sous-groupes particulièrement défavorisés (principe « Ne laisser personne de côté ») p. ex. personnes handicapées, personnes déplacées et prisonniers. Le projet a appuyé l'accès sans barrières aux centres de santé pour les personnes handicapées. En outre, le projet a permis d'atteindre les populations recueillies nomades ainsi que des prisonniers sans appui de leurs familles au moment de la Covid-19 (Int 7 ; FGD 21, 40)

La dimension 2 du critère de pertinence – Conformité aux besoins et capacités des bénéficiaires et parties prenantes – obtient **30 points sur 30**.

Pertinence – Dimension 3 : pertinence du concept

La base d'évaluation est la mesure dans laquelle la théorie du changement (TdC), y compris les niveaux de résultats et les hypothèses de résultat sélectionnées, offre une voie réaliste et plausible pour atteindre l'objectif et l'impact prévus, compte tenu des ressources disponibles et des influences et risques externes. Le concept de l'intervention repose sur l'idée que pour que la santé reproductive et les droits sexuels soient améliorés, il convient de garantir la prestation de soins de qualité, particulièrement en matière de SRDS, de manière à ce que la population les utilise. L'évaluation centrale du projet antérieur a déjà souligné la pertinence d'une approche qualité, avec ses audits basés sur les normes (*output* 1), couplée à un appui à la formation et l'information sur la SRDS (*output* 2) ; il s'agit d'une combinaison appropriée et réaliste, en mesure d'augmenter la demande et la satisfaction des patients. Une étude menée par le MSHP et l'Université de Lomé avec l'unité des programmes du Fonds mondial et affiliés de la Liverpool School of Tropical Medicine (GFAPU-LSTM) en 2021 (« Étude randomisée en grappes avec permutations séquentielles pour évaluer l'efficacité de l'audit basé sur les normes et la formation des prestataires de soins sur la disponibilité et la qualité des soins prénatals et postnataux au Togo ») soutient « l'intensification des deux interventions au niveau national, avec un accent particulier sur la durabilité, à travers des mécanismes de supervision formative, l'alignement du système d'information, la révision des curricula et des contenus de formation CPN-CPoN, et le renforcement des chaînes d'approvisionnement » (GFAPU-LSTM (2021a)).

Le concept du projet, avec son système de monitoring et de suivi basé sur le système national d'information sanitaire DHIS2, permet de vérifier et de tracer les indicateurs des *outputs* et de l'objectif de même que des hypothèses sous-jacentes dans les DRS jusqu'au niveau des formations sanitaires (FOSA). En cas de besoin, des études sont menées pour vérifier certains aspects comme la satisfaction des patients (Int 10, 13, 14 ; FGD 21, 27, 40). Il s'agit d'un concept plausible, régulièrement précisé et mis à jour lors des réunions de planification annuelle des opérations (GIZ-ProSanté (2023b)).

La dimension 3 du critère de pertinence – Pertinence du concept – obtient **20 points sur 20**.

Pertinence – Dimension 4 : adaptabilité – adaptation au changement

La base d'évaluation est la mesure dans laquelle le projet a identifié des changements significatifs dans le contexte (pandémie de Covid-19, par exemple), et la manière dont il a réagi à ces changements.

Le projet a adapté ses plans de travail et sa gestion à plusieurs reprises durant la période évaluée : les mesures restrictives en réaction à la Covid-19 ont obligé le projet à revoir son modus operandi, en mettant en avant la numérisation aussi bien dans ses activités que dans l'appui aux professionnels des services de santé et des organisations de mise en œuvre. Dans cette situation d'urgence, le projet a mobilisé des fonds résiduels du projet antérieur pour donner les moyens au MSPH, à travers sa Division de promotion sanitaire, d'organiser des campagnes d'information et de lutte contre la désinformation. En vue d'intégrer la composante 4 (riposte) et d'étendre les activités des trois autres composantes à la région Centrale, le projet a soumis deux offres de modification au BMZ et intégré les deux financements supplémentaires dans les plans opérationnels annuels (ce qui a quasiment doublé le budget), recruté du personnel supplémentaire et élaboré des conventions et contrats de financement avec des prestataires de service. En milieu de mandat, la direction du projet a été reprise par une responsable de volet, qui a assumé cette fonction par intérim en sus de son travail jusqu'à la régularisation de la situation vers la fin du projet. Ces adaptations n'ont pas empêché la réalisation des activités et l'atteinte des résultats planifiés (voir chapitre 4.4 « Efficacité ») grâce à un formidable niveau d'effort individuel et d'équipe (Int 7, 10, 11, 13, 14, 35, 41 ; FGD 40).

La dimension 4 du critère de pertinence – Adaptabilité / adaptation au changement – obtient **20 points sur 20**.

Méthodologie d'évaluation de la pertinence

Tableau 6 : Matrice d'évaluation du critère de pertinence du CAD de l'OCDE

Pertinence : dimensions d'évaluation	Base d'évaluation	Concept d'évaluation, méthodes empiriques et sources de données	Qualité des données et limitations
Conformité aux politiques et priorités	<p>Mesure dans laquelle l'objectif et les résultats du projet sont alignés sur les cadres clés suivants :</p> <p><u>Togo :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Plan national de développement (PND), Politique nationale des interventions à base communautaire (IBC) Documents stratégiques du ministère de la Santé (PNS, PNDS, AQS, Carte sanitaire) Plan national d'adaptation du secteur de la santé aux effets du changement climatique (PNAS) <p><u>Allemagne :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Stratégie du BMZ pour le partenariat de réforme avec le Togo 2020 Stratégies du BMZ « Des systèmes de santé forts - la base de soins de qualité », Une seule santé/One Health, Sécurité sanitaire - y compris les conséquences du changement climatique et la prévention et la lutte contre les pandémies 	<p>Concept d'évaluation : L'analyse suit les questions d'évaluation formulées dans une perspective d'appréciation exploratoire.</p> <p>Méthodes empiriques :</p> <ul style="list-style-type: none"> Analyse de documents : stratégies pertinentes énumérées dans la base d'évaluation (colonne de gauche) comparées à la proposition de projet 2019 et à l'offre de modification 2021 (y compris les matrices de résultats respectives), données de suivi du projet 2021 et 2022. Entretiens semi-structurés : avec la direction et l'équipe du projet, le département sectoriel de la GIZ, les donateurs BMZ, le ministère partenaire MSHPAUS et ses structures déconcentrées, les groupes cibles indirects (clubs de mères, papas champions, tantines) 	<ul style="list-style-type: none"> Bonne disponibilité des données Collecte de données supplémentaires possible Taux de réponse très bon Possibilité de triangulation des données/méthodes <p>Qualité globale des données pour cette dimension de l'évaluation: Très bonne</p>
Conformité aux besoins et capacités des bénéficiaires et parties prenantes	<p>Mesure dans laquelle les objectifs du projet sont conformes aux besoins et aux capacités de ses groupes cibles, dont voici le détail :</p>	<p>Concept d'évaluation : Évaluation des besoins des parties prenantes à l'aide d'une triangulation des données (diverses parties prenantes) et des méthodes.</p> <p>Méthodes empiriques :</p>	<p>La qualité des données est bonne, car la proposition de projet et les analyses contextuelles fournissent une description solide et détaillée des besoins des groupes cibles à traiter.</p>

Pertinence : dimensions d'évaluation	Base d'évaluation	Concept d'évaluation, méthodes empiriques et sources de données	Qualité des données et limitations
	<ul style="list-style-type: none"> • Groupes cibles directs : personnel et cadres du ministère, prestataires de services de santé, autorités administratives, traditionnelles et religieuses, organisations de la société civile. • Groupes cibles indirects (bénéficiaires finaux) : jeunes filles, femmes et hommes ayant besoin des services offerts en matière de SDRS. • Sous-groupes particulièrement défavorisés (principe « Ne laisser personne de côté » : personnes handicapées, personnes déplacées et prisonniers. 	<ul style="list-style-type: none"> • Analyse de documents : proposition de projet 2019 et offres de modification 2021 et 2022 (y compris les matrices de résultats respectives), données de suivi du projet 2021 et 2022. • Analyse de genre pour le projet de renforcement du système sanitaire – santé reproductive et droits sexuels au Togo (2018) • Résultats de l'évaluation environnementale et climatique approfondie (2020) • Entretiens semi-structurés : avec le ministère partenaire MSHP et ses structures déconcentrées, ainsi qu'avec les groupes cibles directs (voir colonne de gauche) • Discussions de groupe : groupes cibles indirects (clubs de mères, papas champions, tantines) 	<p>L'utilisation de discussions de groupe a permis de collecter des données manquantes concernant les groupes particulièrement défavorisés.</p> <p>Qualité globale des données pour cette dimension de l'évaluation : Bonne</p>
Pertinence du concept*	<p>Mesure dans laquelle la théorie du changement (TdC), y compris les niveaux de résultats et les hypothèses de résultat sélectionnées, offre une voie réaliste et plausible pour atteindre l'objectif et l'impact prévus, compte tenu des ressources disponibles et des influences et risques externes.</p>	<p>Concept d'évaluation : Évaluation fondée sur la théorie du changement et une vérification croisée avec des données de base provenant de la littérature la plus récente.</p> <p>Méthodes empiriques :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Analyse de documents : proposition de projet 2019 ; offre de modification 2021 ; rapports d'avancement 2021 et 2022 ; matrice de résultats 2023 ; stratégie de développement des capacités 2015 • Entretiens semi-structurés : avec la direction et l'équipe du projet, le pôle santé de la GIZ, le personnel et les cadres du ministère partenaire, le personnel et les cadres des ONG et OSC sélectionnées. • Atelier sur le modèle de résultats actualisé avec l'équipe de projet de la GIZ le 4 mars 2024. 	<ul style="list-style-type: none"> • La proposition de projet, la matrice de résultats et l'équipe de projet fournissent des informations détaillées sur la théorie du changement du projet. • La comparaison de ces informations avec les offres de modification (2021, 2022) et les rapports d'avancement, le retour d'information des parties prenantes extérieures au projet et les preuves d'obtenir des informations de bonne qualité sur la pertinence du concept du projet pour atteindre les résultats escomptés. <p>Qualité globale des données pour cette dimension de l'évaluation : Bonne</p>
Adaptabilité – adaptation au changement	<p>Mesure dans laquelle le projet a identifié des changements significatifs dans le contexte (pandémie de Covid-19 par exemple) et manière dont il a réagi à ces changements.</p>	<p>Concept d'évaluation :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cartographie du contexte et analyse des adaptations réalisées par le projet <p>Méthodes empiriques :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Analyse de documents : stratégies pertinentes énumérées dans la base d'évaluation (colonne de gauche) comparées à la proposition de projet 2019 et aux offres de modification 2021 et 2022 (y compris les matrices de résultats respectives), données de suivi du projet 2021 et 2022. • Entretiens semi-structurés : avec la direction et l'équipe du projet, le département sectoriel de la GIZ, les donateurs BMZ, le ministère partenaire MSHP et ses structures déconcentrées, les groupes cibles indirects (clubs de mères, papas champions, tantines) 	<p>Il y a eu une offre de modification (2021) pour faire face aux effets de la pandémie de Covid-19 et au besoin d'étendre les activités à la région Centrale.</p> <p>Les principaux changements identifiés dans le contexte l'ont été à partir des documents de projet pertinents et des entretiens menés lors de la mission d'évaluation avec l'équipe de projet de la GIZ et les groupes cibles directs et indirects. La qualité des données était bonne en raison de leur variété et de la possibilité de les trianguler.</p> <p>Qualité globale des données pour cette dimension de l'évaluation : Bonne</p>

4.3 Cohérence

Cette section analyse et évalue la cohérence du projet. Elle est structurée selon les dimensions d'évaluation spécifiées par le BMZ (voir annexe).

Récapitulatif de l'évaluation et notation du critère de cohérence

Tableau 7 : Notation du critère de cohérence du CAD de l'OCDE

Critère	Dimension d'évaluation	Note et appréciation
Cohérence	Cohérence interne	45 points sur 50
	Cohérence externe	40 points sur 50
Note et appréciation globales		Note : 95 points sur 100 Note : Niveau 2 : bon résultat

Le projet ProSanté II est compatible avec les autres interventions de la coopération allemande et des autres PTF dans le domaine de la santé. Il s'agit de l'un des principaux projets de coopération bilatérale mené dans le domaine de la santé au Togo, avec le projet de la coopération financière mis en œuvre par la KfW dans le cadre du programme « Renforcement du système sanitaire - Santé de la reproduction et droits sexuels » de la coopération allemande du BMZ. Le projet est mis en œuvre en maximisant les synergies avec les autres intervenants, les structures décentralisées de l'administration et les organisations non gouvernementales et de la société civile. Dans le cadre de ce programme, les mesures de coopération financière et de coopération technique s'imbriquent très bien les unes dans les autres et atteignent des effets qui se renforcent.

Pour respecter le principe de subsidiarité, l'accent a été mis sur le transfert de responsabilités au partenaire national dans le cadre du système de gestion de la qualité, afin de garantir une mise en œuvre durable. Le suivi du système de gestion de la qualité, qui était auparavant assuré par les assistants qualité du projet, a été confié à des responsables qualité nationaux. La prise en charge des coûts a été assurée par les districts.

La cohérence interne est suivie sous la tutelle de l'ambassade d'Allemagne et le bureau pays de la GIZ, qui organisent des jours fixes à l'ambassade et participent au dialogue politique avec le gouvernement togolais. À l'issue du partenariat de réformes, le projet consécutif ProSanté III prendra en compte l'aspect nutritionnel du programme multisectoriel Sécurité alimentaire (ProSecAI) de l'initiative spéciale « Un monde sans faim » du BMZ, qui est également intervenu dans la région de la Kara et dont le mandat est arrivé à son terme. Il est à noter que le secteur de la santé est désormais un secteur prioritaire pour la coopération allemande au Togo. Sur le plan de la cohérence externe, le projet travaille en complémentarité avec les autres PTF et ONG intervenant dans le secteur de la santé maternelle et infantile. Des synergies ont été établies par l'ICN du Fonds mondial, qui préconise d'étendre l'approche qualité à l'ensemble du pays en commençant par la région des Plateaux. Le ministère chargé de l'environnement (MERF) est associé au volet changement climatique de l'output 3 de ProSanté II.

Au total, la cohérence du projet est évaluée comme suit : Niveau 1 : très bon résultat, avec 95 points sur 100.

Analyse et évaluation de la cohérence

Cohérence – Dimension 1 : cohérence interne

Le Togo fait partie des pays de la coopération allemande sélectionnés pour le partenariat de réformes (*Reformpartnerschaft*) de 2020 à 2023, dont les deux « clusters » concernaient l'économie durable et le secteur privé pour l'un et la décentralisation (y compris les secteurs sociaux (p. ex. le projet ProSecAI « Pour une vie

sans faim » aujourd'hui terminé) pour l'autre. Le secteur de la santé n'y occupait pas de place centrale jusqu'en 2023, mais il s'agit d'une thématique appréciée qui est rattachée au cluster décentralisation. Pour la période qui suivra, ProSanté devient **projet prioritaire** (*Kernprojekt*) (Int 2, 3, 41). Le projet ProSanté II est mis en œuvre conjointement avec celui déployé par la KfW dans le cadre du programme « Renforcement du système sanitaire – Santé reproductive et droits sexuels au Togo » qui est considéré comme le plus important projet de coopération bilatérale dans le domaine de la santé au Togo. Le module de la coopération financière « Renforcement du système de santé - Santé et droits sexuels et reproductifs (SDSR) » (PN 2015 68 427 et 2019 68 312) est en cours de mise en œuvre depuis 2018. Le programme a été mis en œuvre sous la coordination de la GIZ et en complémentarité. Ainsi, pour ce qui est des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU), la GIZ intervient dans les formations sanitaires de district (centre hospitalier préfectoral et USP sélectionnées, soit SONU niveau I), tandis que la KfW intervient dans les hôpitaux avec antenne chirurgicale à même de pratiquer des césariennes et des transfusions (soit SONU niveau II). Pour les constructions et aménagements, la GIZ s'occupe des petits ouvrages, tandis que la KfW est chargée des grands ouvrages et équipements. Les initiatives stratégiques de complémentarité, telles qu'un éventuel renforcement de l'accent placé sur les jeunes, sont étroitement coordonnées. Le module de coopération technique a été prolongé jusqu'en décembre 2023, tandis que les mesures de coopération financière des phases I et II devraient être terminées en juin 2024 (Int 1, 2, 9, 13 ; FGD 39).

Il convient par ailleurs de souligner l'existence de projets sectoriels du Programme de soutien aux partenariats entre hôpitaux de la GIZ (*Klinikpartnerschaften*), hautement significatifs quoique de moindre envergure, dont deux sont pertinents pour Prosanté II : « Amélioration de la prise en charge des malades de l'ulcère de Buruli » (Centre hospitalier régional de Tsévié et association DAHW Deutsche Lepra- und Tuberkulosehilfe e.V.) et « Amélioration de la santé mère-enfant » dont le mandat s'est achevé en janvier 2023 (Centre hospitalier préfectoral Bassar avec l'ONG Fi Bassar e.V. et le centre hospitalier universitaire Nuremberg). Un effort de coordination entre ces projets est souhaitable, en mettant à profit les jours fixes dédiés qu'organise l'ambassade avec l'appui du projet (Int 2, 3, 41). La coordination avec les projets du cluster « Cohésion sociétale » est assurée par le responsable de cluster de la GIZ pour développer les synergies attendues. De telles synergies sont par exemple recherchées dans le cadre du projet d'appui à la bonne gouvernance et à la décentralisation administrative, avec le projet d'appui à l'approvisionnement énergétique respectueux du climat et de renforcement des acteurs publics et de la société civile dans le domaine des énergies renouvelables (Int 4). Malgré des changements de personnes et de responsabilités survenus tant au niveau des différents projets que des instances, la coordination entre les projets de la coopération allemande a permis le maintien des synergies avec les projets ProDeg (Gouvernance et décentralisation) par le biais d'activités communes d'appui aux communes pour la décentralisation dans le secteur de santé ; ProEnergie pour l'électrification des USP par énergie solaire ; de même que ProEmploi et ProDigit à travers un processus de formation et des interventions stratégiques. Cela a notamment été rendu possible par le partage d'une partie du personnel technique (Int 2, 41). En renforçant le système de soins de santé primaires en milieu rural et en améliorant l'accès financier aux soins de santé primaires pour les femmes économiquement défavorisées et vulnérables, le projet s'aligne également sur les normes nationales/internationales et les objectifs stratégiques du BMZ en matière de santé et de droits de l'homme.

La dimension 1 du critère de cohérence – Cohérence interne – obtient **50 points sur 50**.

Cohérence – Dimension 2 : cohérence externe

Le partenaire politique du projet, le MPDC, a été rattaché à la présidence depuis 2020 et ne suivait la mise en œuvre du projet en coordination avec les autres bailleurs de fonds que de façon formelle. Ce positionnement stratégique aurait pu constituer une opportunité pour renforcer le plaidoyer sur les perspectives du projet, mais n'a pas eu d'impact positif ou négatif concret (Int 2, 3, 12).

Le ministère de la Santé et de l'Hygiène publique, partenaire de mise en œuvre du projet, et les directeurs régionaux se chargent d'orienter les différents PTF et bailleurs sur les zones d'intervention des projets en cours

pour éviter les doublons. Pour cela, ils utilisent une cartographie des zones cibles des projets en cours d'exécution fondée sur une évaluation de base visant à éviter les chevauchements dans les mêmes zones géographiques.

Le BMZ est le bailleur de fonds le plus important au Togo et en matière de santé. Pour respecter le principe de subsidiarité, l'accent a été mis sur le transfert de responsabilités au partenaire national dans le cadre du système de gestion de la qualité, afin de garantir une mise en œuvre durable. Le suivi du système de gestion de la qualité, qui était auparavant assuré par les assistants qualité du projet, a été confié à des responsables qualité nationaux. La prise en charge des coûts a été assurée par les districts. Le projet se coordonne effectivement avec les autres PTF :

- L'Union européenne (UE) installe des équipements solaires dans 314 centres de santé en coopération avec la Banque africaine de développement (BAD) (Union européenne (2022)).
- La Banque mondiale dans le cadre du projet Services de santé essentiels de qualité pour une couverture sanitaire universelle (SSEQCU) intervient massivement dans les infrastructures et l'équipement des formations sanitaires (République togolaise (2021b)).
- Le FNUAP aide le MSHP à renforcer les capacités du pays à fournir des soins obstétricaux d'urgence et des soins aux nouveau-nés, un planning familial fiable et des services de santé sexuelle et génésique pour les jeunes, ainsi qu'à assurer le suivi des données respectives à ces différents aspects (Int 17).
- L'Unicef appuie des ASC selon l'approche de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant dans les régions des Savanes et de la Kara (Unicef (2023)).
- USAID appuie le projet « Amplify » qui s'emploie à fournir des services de planification familiale et à renforcer la prestation de services, en mettant l'accent sur les populations urbaines pauvres et mal desservies (Int 9, 20).

Ces synergies notables entre différents projets sont créées sous la régie des directeurs régionaux de la santé. À titre d'exemple, le projet SSEQCU construit et équipe les USP et subventionne les soins après analyse des interventions des autres PTF. Avant d'intervenir dans les régions de la Kara et Centrale où le programme GIZ/KfW est intervenu dans le passé, SSEQCU choisit les USP non couvertes par ce programme. Par ailleurs il est prévu que le projet consécutif, qui étendra les activités de ProSanté II à la région des Savanes, n'intervienne que dans les USP non couvertes par SSEQCU.

L'ONG Santé intégrée et le programme national WEZOU subventionnent des soins, mais uniquement dans les USP non appuyées par ProSanté II ou le projet SSEQCU. Il est également à noter que WEZOU ne prend pas en charge les frais d'échographie obstétricale, qui le sont par Santé intégrée pour compléter le paquet déjà offert par le programme.

Les initiatives mondiales de santé méritent une mention spéciale : Le Fonds mondial, qui appuie les programmes nationaux de lutte contre le sida, la tuberculose, le paludisme et soutient à équiper la Centrale d'achats des médicaments essentiels et génériques du Togo, et l'Alliance mondiale pour les vaccins et l'immunisation Gavi, qui appuie le programme national de vaccination contre les maladies infectieuses et invalidantes. Fortement soutenues et co-financées par le BMZ sur le plan mondial, elles mettent de plus en plus un accent particulier sur le renforcement des systèmes de santé des pays. À cet effet, le projet, ensemble avec la BACKUP Initiative Health de la GIZ, a appuyé l'ambassade d'Allemagne dans son rôle dans l'ICN Togo, ce qui a facilité aussi la coordination avec et entre les PTF dans la riposte à la Covid-19. (Int 1, 2, 3, 4, 6, 7, 10, 17).

Dans le domaine de la santé, la coordination entre PTF est du ressort du partenaire de mise en œuvre, le MSHP, qui y travaille en collaboration avec l'OMS. Cette coordination a été mise à l'épreuve durant la Covid-19 où elle a pris un caractère d'urgence. Avec le départ de la représentante résidente de l'OMS en début d'année 2024 et les changements de personnes survenus au niveau des partenaires, cette coordination n'a pas encore repris sa forme régulière de manière efficace. Les évaluateurs ont notamment appris que l'Unicef et le très important projet SSEQCU de la Banque mondiale qui intervient massivement dans les infrastructures et l'équipe-

ment des formations sanitaires ne disposaient que de très peu d'informations sur le programme de la coopération allemande. SSEQCU est intervenu jusqu'à présent dans la région des Savanes et a commencé des activités dans la région de la Kara, tandis que les projets de la KfW et de la GIZ vont s'étendre à la région des Savanes. Le déficit de coordination est en partie compensé par l'efficacité de la coordination au niveau régional par les DRS (Int 7, 35).

Pour éviter des doublons, cette coordination au niveau régional doit être renforcée par le niveau central (MSHP et PTF).

La dimension 2 du critère de cohérence – Cohérence externe – obtient **45 points sur 50**.

Méthodologie d'évaluation de la cohérence

Tableau 8 : Matrice d'évaluation du critère de cohérence du CAD de l'OCDE

Cohérence : dimensions d'évaluation	Base d'évaluation	Concept d'évaluation, méthodes empiriques et sources de données	Qualité des données et limitations
Cohérence interne	<p>Mesure dans laquelle le projet a été planifié pour compléter d'autres interventions de la coopération allemande au développement, et l'a ensuite fait (ou vice versa), à savoir :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programme Renforcement du système sanitaire – Santé reproductive et droits sexuels (KfW) • Développement rural, programme multisectoriel Sécurité alimentaire ProSecAl • Gouvernance et démocratie (processus de décentralisation) • Environnement et changement climatique (effets sur la santé) • Économie et emploi, en particulier pour les femmes <p>Et mesure dans laquelle le projet a ainsi (i) atteint des résultats de développement et des impacts plus importants que ceux que ces interventions auraient pu atteindre seules ; et (ii) réalisé des gains d'efficacité, c'est-à-dire atteint ces résultats avec moins de ressources que ce qui aurait été nécessaire autrement.</p>	<p>Concept d'évaluation : Aucun concept d'évaluation spécifique n'a été appliqué. L'analyse suit les questions d'évaluation de l'annexe ; triangulation des méthodes et des sources (voir ci-dessous).</p> <p>Méthodes empiriques et sources de données :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Analyse de documents : stratégies pertinentes énumérées dans la base d'évaluation (colonne de gauche) comparées à la proposition de projet 2019 et aux offres de modification (y compris les matrices de résultats respectives), données de suivi du projet. • Entretiens semi-structurés : avec la direction du bureau GIZ au Togo, le responsable du cluster et l'équipe du projet, le département régional de la GIZ, le BMZ, la KfW. 	<ul style="list-style-type: none"> • Bonne disponibilité des données • Possibilité de collecter des données supplémentaires • Taux de réponse (le cas échéant) • Possibilité de triangulation des données/méthodes <p>Qualité globale des données pour cette dimension de l'évaluation : Bonne</p>
Cohérence externe	<p>Mesure dans laquelle le projet a été planifié en fonction des efforts et des capacités du partenaire et les a délibérément complétés par :</p> <ul style="list-style-type: none"> • un appui au développement organisationnel, • un renforcement des capacités des infrastructures et ressources humaines, • des interventions d'autres acteurs du développement (PTF) en réalisant des synergies. <p>Et mesure dans laquelle le projet utilise les systèmes et structures existants, en particulier à des fins d'évaluation de l'impact : OMS, Banque mondiale, Unicef, Gavi et Fonds mondial.</p>	<p>Concept d'évaluation : L'analyse suit les questions d'évaluation de l'annexe ; triangulation des méthodes et des sources (voir ci-dessous).</p> <p>Méthodes empiriques :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Analyse de documents : rapports d'avancement 2018-2022, informations de suivi du projet 2022, sites web et documents des partenaires de développement (KfW, OMS, Banque mondiale, Fonds mondial, AFD, FNUAP, UNICEF, USAID), rapports des réunions de coordination. • Entretiens semi-structurés : avec la direction et le personnel du projet, les partenaires (MPDC, MSHP, MERF), le personnel du projet Santé intégrée/JHPIEGO, FNUAP, OMS, Unicef, Fonds mondial et Banque mondiale. 	<p>La qualité des données était bonne grâce à la combinaison de l'examen des documents et des entretiens avec les informateurs clés. La disponibilité du personnel d'autres donateurs a été bonne, mais le niveau d'information était limité en raison de changements au niveau des interlocuteurs notamment.</p> <p>Qualité globale des données pour cette dimension de l'évaluation : Bonne</p>

4.4 Efficacité

Cette section analyse et évalue l'efficacité du projet. Elle est structurée selon les dimensions d'évaluation spécifiées par le BMZ (voir annexe).

Récapitulatif de l'évaluation et notation du critère d'efficacité

Tableau 9 : Notation du critère d'efficacité du CAD de l'OCDE

Critère	Dimension d'évaluation	Note et appréciation
Efficacité	Atteinte des objectifs (prévus)	28 points sur 30
	Contribution à l'atteinte des objectifs	27 points sur 30
	Qualité de la mise en œuvre	20 points sur 20
	Résultats imprévus	15 points sur 20
Note et appréciation globales		Note : 90 points sur 100 Note : Niveau 2 : bon résultat

L'atteinte des objectifs prévus (dimension 1) est mesurée par trois indicateurs concernant 1) la fonctionnalité des services de planning familial, 2) la proportion des accouchements assistés et 3) la satisfaction des patients. Les indicateurs 1 et 2 de l'objectif du projet ont été pleinement atteints, tandis que l'indicateur 3 n'a été que partiellement atteint.

La contribution à l'atteinte des objectifs (dimension 2) est vérifiée par trois hypothèses formulées pour les *outputs* 1 (approche qualité), 2 (informations sur les SDSR) et 3 (capacités du MSHP). L'hypothèse pour l'*output* 1 postule que l'appui à la mise en œuvre de la stratégie nationale d'assurance qualité en santé pose les bases de services de santé fonctionnels, en partie autofinancés et attrayants pour la population. Cette hypothèse est plutôt confirmée dans la mesure où des risques persistent (financement de l'approche qualité et manque de personnel qualifié dans les centres de santé à long terme). L'hypothèse pour l'*output* 2 postule que la communication interpersonnelle et à travers des médias de masse incite la population à consulter les services de santé plus souvent, en particulier en lien avec la santé sexuelle et reproductive, et qu'elle contribue ainsi à l'augmentation de l'utilisation de ces services. Cette hypothèse est confirmée par les bénéficiaires directs dans les services de santé avec chiffres à l'appui, et par les bénéficiaires indirects au cours des interviews et focus groups. L'hypothèse pour l'*output* 3 postule que la mise en œuvre des mesures de développement organisationnel et de lutte contre les effets du changement climatique améliore les capacités de pilotage du ministère de la Santé et de l'Hygiène publique en vue d'augmenter la qualité et l'utilisation des services de santé. Cette hypothèse est plutôt confirmée, car si sa plausibilité ne fait aucun doute, un déficit bureaucratique et politique reste à surmonter entre l'application des mesures organisationnelles acceptées pour un pilotage plus effectif des interventions des PTF dans le secteur de la santé et l'augmentation de la qualité et de l'utilisation des services de santé.

L'évaluation de la qualité de la mise en œuvre (dimension 3) a porté sur des facteurs de réussite de Capacity WORKS (stratégie, coopération, pilotage, processus, apprentissage et innovation) et sur le suivi axé sur les résultats. La stratégie du module repose sur la consolidation des effets obtenus par le module précédent : développement des capacités à trois niveaux, intégration dans les structures du partenaire, développement des compétences par le biais de formations techniques et administratives, de coaching et de supervisions. Le projet coopère étroitement avec les directions et divisions du MSHP ainsi qu'avec les communautés des régions appuyées, et travaille avec des ONG et OSC spécialisées sur une base contractuelle. Le comité de pilotage a

été remplacé par des réunions semestrielles de planification et de pilotage, co-animées par le secrétaire général du MSHP ou le point focal de ProSanté, avec l'accord de l'équipe de direction de la GIZ au Togo. Le processus de mise en œuvre est géré par une équipe de douze membres, dirigée par une cheffe de projet et composée d'une cellule administrative et de suivi ainsi que des responsables techniques en charge des différents *outputs*. La mise en œuvre des activités dans la région de la Kara et leur extension à la région Centrale ont été confiées au bureau d'études GFA avec des termes de référence clairs et précis. Il est à noter que les experts internationaux et nationaux du bureau d'études sont intégrés dans l'équipe du projet ; ces équipes sont aussi intégrées dans les directions régionales de santé pour assurer la transparence des processus et décisions. L'apprentissage des innovations et leur gestion se sont inscrits dans le cadre de la participation aux travaux du réseau sectoriel pour la santé et sécurité sociale, afin d'assurer la qualité de la prestation de services, la qualité technique et la gestion des connaissances nécessaires à l'exécution de la mission. Des concepts innovants développés par la GIZ dans le cadre de projets antérieurs, comme la gestion de la qualité (Guinée), les tan- tines (Cameroun) mais aussi l'approche contractuelle (Bénin et Togo), ont été mis en valeur dans le projet Pro- Santé et ont été largement adoptés par le Togo qui est en passe de les institutionnaliser à l'échelle du pays.

Concernant les résultats imprévus (dimension 4), le projet n'a pas effectué de suivi spécifique en dehors des structures de pilotage et de suivi des résultats. Les évaluateurs ont abordé la question dans chaque interview ou focus group, mais aucun résultat imprévu négatif n'a été signalé. En revanche, il a été fait mention de résultats imprévus positifs produits par le projet sur le plan institutionnel, social et économique.

Au total, l'efficacité du projet est notée comme suit : Niveau 2 : bon résultat avec 90 points sur 100.

Analyse et évaluation de l'efficacité

Efficacité – Dimension 1 : atteinte des objectifs (prévus)

La base de l'évaluation est la mesure dans laquelle l'objectif du projet ProSanté II a été atteint à l'issue du projet, de même que les trois indicateurs de l'objectif du projet concernant 1) la fonctionnalité des services de planning familial, 2) la proportion des accouchements assistés et 3) la satisfaction des patients. Étant donné que la région de la Kara fait partie du projet depuis la phase I et que les activités visant la région Centrale n'ont démarré qu'au cours de la phase II, des valeurs distinctes ont été fixées pour chacune des deux régions sans en faire une moyenne. Les indicateurs 1 et 2 de l'objectif du projet ont été pleinement atteints, tandis que l'indicateur 3 n'a été que partiellement atteint.

Indicateur d'outcome 1 : Fonctionnalité des services de planning familial (PF)

L'indicateur 1 de l'objectif du projet a été pleinement atteint à la fin du projet.

L'indicateur reformulé (2022) est comme suit : « Dans 75 centres de santé nouvellement sélectionnés, la fonctionnalité des services de planification familiale a augmenté de 36 % dans la région de la Kara et de 40 % dans la région Centrale ».

Ce résultat a été obtenu principalement grâce à la formation des prestataires en matière de planning familial au sein des centres (counseling et technologie contraceptive) et à l'équipement de tous les centres de santé en matériel dédié (kit DIU (dispositif intra-utérin) et pinces pour le retrait des implants). En aidant les centres de santé à aménager les salles de consultation de PF, il a été possible de garantir une meilleure intimité aux patientes afin d'assurer la confidentialité du traitement (conservation des fiches clients accessibles uniquement par les prestataires). Grâce au soutien du projet, l'offre de méthodes de PF a été élargie ; ces méthodes étaient disponibles pour l'essentiel (en fonction de la disponibilité des médicaments) dans les établissements de santé. Les activités de sensibilisation des acteurs clés (femmes enceintes, papas champions, clubs de mères, grands-mères) ont contribué à améliorer l'utilisation des méthodes contraceptives (GIZ 2024).

Indicateur d'outcome 2 : Accouchements assistés

L'indicateur 2 de l'objectif du projet a été pleinement atteint à la fin du projet.

L'indicateur reformulé (2022) est comme suit : « La proportion moyenne de naissances accompagnées par du personnel qualifié a augmenté de 6 % dans les centres de santé soutenus par le projet (80 dans la région de la Kara et 30 dans la région Centrale ». Selon le rapport du projet, « Pour calculer l'indicateur, les naissances réelles (données tirées de la base de données DHIS2) sont divisées par les naissances attendues. Étant donné que les naissances prévues augmentent chaque année en raison de la croissance démographique, le dénominateur doit être ajusté pour chaque rapport. Les naissances accompagnées sont définies comme suit : naissances normales accompagnées, naissances accompagnées avec une ventouse et césariennes (variables tirées du DHIS2 togolais). Le personnel qualifié est défini comme les médecins, les sages-femmes et les sages-femmes adjointes » (GIZ 2024).

Dans ce cadre, le projet a favorisé la mise en œuvre de services de qualité dans les centres de santé en fournissant des équipements et du matériel pour les accouchements, en formant le personnel de santé et les ONG et en formant des sages-femmes et des accoucheuses auxiliaires d'État dans les maternités des centres. Parallèlement, les acteurs clés et les acteurs de santé communautaire formés ont œuvré à sensibiliser les femmes et les hommes à l'importance d'accoucher dans un établissement de santé. Leurs actions ont également visé directement les femmes enceintes en les orientant vers les centres de santé. En outre, l'augmentation de cet indicateur s'explique également par l'introduction d'une approche humanisée et respectueuse de l'accouchement : les femmes, qui étaient auparavant réticentes à l'idée d'accoucher dans le sens classique du terme, ont désormais la possibilité de faire entendre leurs besoins et attentes individuelles lors de l'accouchement (IGIZ 2024). Les commentaires des bénéficiaires directs et indirects ont particulièrement souligné les améliorations relatives aux conditions d'accouchement. Les soins maternels respectueux (SMR, à savoir soins amicaux, sans abus, en temps opportun et sans discrimination) et l'équipement des salles d'accouchement, qui laisse aux parturientes le choix des positions qu'elles souhaitent adopter pour accoucher (accouchement « harmonieux », voir photo 2) ont été déterminants (Int 9, 20, 22 ; FGD 23, 24, 26, 28). Ce constat est confirmé par triangulation avec une étude de la Liverpool School of Tropical Medicine en collaboration avec l'Université de Lomé (GFAPU-LSTM (2021b))

Indicateur d'outcome 3 : Satisfaction des patients

L'indicateur 3 de l'objectif du projet a été partiellement atteint à la fin du projet.

L'indicateur reformulé (2022) est comme suit : « Dans 80 centres de santé nouvellement sélectionnés, la satisfaction des patients a augmenté de 5 % (moyenne) ».

Selon le rapport du projet, la réalisation de cet indicateur est mesurée par des enquêtes avec une participation de femmes d'environ 70 % : « Analyse d'une enquête numérique pour établir les valeurs de base, de deux enquêtes intermédiaires et d'une enquête de fin. Les thèmes de l'enquête sont entre autres les suivants : comportement du personnel, qualité du traitement, communication avec les patients, coût du traitement. Au total, six questionnaires sont utilisés, selon le type de traitement : traitement en dehors du centre de santé, examens prénataux, assistance à l'accouchement, planning familial, vaccination, traitements de référence. Participants à l'enquête (environ 100 personnes par an) : patients des aires de santé des centres de santé respectifs qui ont reçu au moins un traitement dans l'année de référence et qui sont inscrits dans l'un des registres du centre de santé ».

Les valeurs atteintes sont inférieures aux valeurs attendues. Selon le projet, le fait que la satisfaction des patients dans la région de la Kara ait reculé de 3 % au lieu d'augmenter de 5 % peut s'expliquer par un niveau d'exigence plus élevé des usagers après plusieurs années d'approche qualité (« Plus la qualité des services et des soins s'améliore, plus les usagers deviennent exigeants »). En triangulant ces résultats dans le cadre des entretiens, les évaluateurs ont appris que les membres de la communauté, les maires et les chefs traditionnels

constataient moins de plaintes et recevaient des retours très positifs (Int 31, 32, 33, 34, 36). La satisfaction exprimée est subjective et fortement liée à l'amélioration de la qualité des services : accueil, temps d'attente, comportement des professionnels. Cependant, des points d'insatisfaction ont été exprimés surtout par des femmes utilisatrices des services (FGD 48, 53,54) concernant certains coûts qui auparavant étaient subventionnés et ne le sont plus (p. ex., pose et retrait des implants, méthode largement préférée) ou ne le sont plus que dans certains centres de santé appuyés (p. ex. par l'ONG Santé Intégrée). Au niveau des DRS, cette problématique est connue et des efforts de coordination et d'harmonisation du recouvrement des coûts sont en cours (FGD 21, 27).

Tableau 10 : Évaluation de l'objectif du projet et des indicateurs d'objectif (niveau « outcome »)

Objectif du projet selon l'offre (dernière modification) : La qualité et l'utilisation des services de santé de base, notamment en matière de santé sexuelle et reproductive, ont augmenté dans les régions de la Kara et Centrale.		
Indicateur d'objectif du projet selon l'offre (dernière modification)	Évaluation vis-à-vis des critères SMART*	Opérationnalisation de l'indicateur dans l'évaluation (surtout si cela est nécessaire pour le mesurer ou le comprendre)
<p>Dans 75 centres de santé nouvellement sélectionnés, la fonctionnalité des services de planification familiale a augmenté de 36 % dans la région de la Kara et de 40 % dans la région Centrale.</p> <p>Valeur de base (2020) : 44 % (45 USP, Kara), 40 % (30 USP, Centrale) Valeur cible (2023) : 80 % Valeur actuelle telle qu'évaluée par l'équipe d'évaluation (décembre 2023) : 87,44 % (45 USP, Kara ; 80 % (30 USP, Centrale) Taux de réalisation telle qu'évaluée par l'équipe d'évaluation (avril 2024) : 100 % (109 % Kara ; 100 % Centrale) Source : DHIS2 et rapports d'avancement 1, 2 et final du projet</p>	Tous les critères SMART sont remplis.	<p>Aucune modification de l'indicateur par les évaluateurs n'est nécessaire.</p> <p>La fonctionnalité est mesurée à travers quatre critères à 25 % chaque : personnel formé en PF ; matériel et équipement PF disponible (kit DIU et pince de retrait) ; salle de consultations adaptée ; augmentation du couple-années de protection (CAP).</p>
<p>La proportion moyenne de naissances accompagnées par du personnel qualifié (accouchements assistés), a augmenté de 6 % dans les centres de santé soutenus par le projet (80 dans la région de la Kara et 30 dans la région Centrale).</p> <p>Valeur de base (2020) : 9 440 naissances (46,0 %) sur 20 516 dans la région de la Kara et 6 545 naissances (61,5 %) sur 10 636 dans la région Centrale. Valeur cible (2023) : 12 486 (56,6 %) des 22 059 naissances attendues dans la région de la Kara et 7 410 (67,5 %) des 10 970 naissances attendues dans la région Centrale. Valeur actuelle telle qu'évaluée par l'équipe d'évaluation (décembre 2023) : 12 693 (59,26 %) sur 21 420 naissances (région de la Kara) ; 7 457 (70,92 %) sur 10 514 (région Centrale) Taux de réalisation telle qu'évaluée par l'équipe d'évaluation (avril 2024) : 100 % (Kara 102 % et Centrale 101 %) Source : DHIS2 et rapports d'avancement 1,2 et final du projet (juin 2024).</p>	Tous les critères SMART sont remplis.	<p>Aucune modification de l'indicateur par les évaluateurs n'est nécessaire.</p> <p>Le personnel qualifié pour les accouchements englobe les sages-femmes, infirmiers, accoucheuses ou médecins selon les formations sanitaires.</p> <p>Description : accouchements assistés (normaux, par ventouse, césarienne) Dénominateur : 3,3 % de la population générale par unité de soins périphériques/centre médico-social Source : DHIS2</p>
<p>Dans 80 centres de santé nouvellement sélectionnés, la satisfaction des patients a augmenté de 5 % (moyenne).</p> <p>Valeur de base (2021) : Kara : 70,8 % ; Centrale : 70,6 % Valeur cible (2023) : Kara : 75,8 % ; Centrale : 75,6 %</p>		<p>Enquêtes qualitatives par le bureau d'études.</p> <p>Description : Kara : enquêtes menées dans les 80 aires sanitaires et prise en compte des résultats des 50 centres dans l'indicateur pour la valeur de base. Centrale : enquêtes menées dans les 30 aires sanitaires et prise en compte des résultats de l'ensemble.</p>

Objectif du projet selon l'offre (dernière modification) : La qualité et l'utilisation des services de santé de base, notamment en matière de santé sexuelle et reproductive, ont augmenté dans les régions de la Kara et Centrale.		
Indicateur d'objectif du projet selon l'offre (dernière modification)	Évaluation vis-à-vis des critères SMART*	Opérationnalisation de l'indicateur dans l'évaluation (surtout si cela est nécessaire pour le mesurer ou le comprendre)
Valeur actuelle telle qu'évaluée par l'équipe d'évaluation (décembre 2023) : satisfaction des patients en dessous de la cible : Kara 67,6 % ; Centrale 73,1 % Taux de réalisation telle qu'évaluée par l'équipe d'évaluation (avril 2024) : Kara 89 % ; Centrale 96 %. Source : rapports d'avancement 1,2 et atelier final du projet (décembre 2023) et enquêtes qualitatives par le bureau d'études		
* SMART : spécifique, mesurable, réalisable, pertinent, limité dans le temps		

L'équipe d'évaluation conclut que les indicateurs 1 et 2 de l'objectif du projet ont été pleinement atteints à la fin du projet. L'indicateur 3 de l'objectif a été partiellement atteint.

La dimension 1 du critère d'efficacité – Atteinte des objectifs (prévus) – obtient **28 points sur 30**.

Efficacité – Dimension 2 : contribution à l'atteinte des objectifs

Cette dimension évalue la mesure dans laquelle la contribution des activités et des *outputs* du projet à la réalisation de l'objectif visé peut être démontrée dans l'analyse. Les hypothèses de résultat pour l'analyse de contribution ont été sélectionnées par les évaluateurs au terme de discussions menées dans le cadre de la réunion de lancement avec l'équipe du projet. Les trois hypothèses formulées ont été révisées afin de trouver les plus pertinentes pour cette évaluation en fonction des *outputs* 1 (approche qualité), 2 (informations sur SDSR) et 3 (capacités du MSHP). Il convient de rappeler ici les résultats obtenus pour ces trois *outputs* : huit indicateurs de résultat conformes aux critères SMART (spécifique, mesurable, atteignable, réaliste et défini dans le temps) ont été suivis, soit deux par *output*. Ces indicateurs ont été sélectionnés pour illustrer de façon exemplaire la contribution des activités du projet à l'atteinte des résultats et de l'objectif. Pour l'*output* 1 (Gestion de la qualité des services de santé), les indicateurs ont été atteints à 100 % (Performance moyenne des centres en gestion de la qualité) et même largement dépassés, avec un taux de 184 % pour le nombre de prestataires formés. Pour l'*output* 2 (Information sur les questions de sexualité et de reproduction), les indicateurs ont été largement atteints avec des taux de 110 % (Nombre d'acteurs clés soutenus) et 108 % (Nombre de films projetés sur les questions de SDSR). Pour l'*output* 3 (Capacité de pilotage du MSHP), les deux indicateurs ont été atteints à 100 %.

Tableau 11 : Efficacité - Évaluation de l'hypothèse de résultat 1

Hypothèse de résultats 1 (activité – extrant – objectif du projet)	L'appui à la mise en œuvre de la stratégie nationale d'assurance qualité en santé pose les bases de services de santé fonctionnels, en partie autofinancés et attrayants pour la population.
Principales suppositions et facteurs contextuels nécessaires	<ul style="list-style-type: none"> La demande de soins augmente dans les services de santé sous l'effet de différents facteurs : meilleure connaissance professionnelle et administrative du personnel de santé, respect et mise en œuvre des normes, matériel adéquat et bien entretenu et communication orientée vers le patient. Les mesures d'assurance qualité conduisent au respect des standards, des normes et des protocoles qui réduisent les erreurs médicales.
Risques et résultats imprévus	<ul style="list-style-type: none"> Le sous-financement du secteur qui se manifeste notamment par une inadéquation de l'infrastructure Le manque de personnel qualifié dans les services de santé
Explication(s) alternative(s)	<ul style="list-style-type: none"> Le principe de gratuité des soins, expérimenté par le projet « Santé intégrée » dans la même région, pousse des patients à se soigner en dehors de leur zone.

La première hypothèse concerne l'*output* 1. Elle est fondamentale pour le bon fonctionnement du système de santé et, partant, des services de santé qui prennent en charge la santé de la mère et de l'enfant. Le Togo a choisi une politique d'assurance de la qualité des services de santé (République togolaise (2023a)). L'appui à la mise en œuvre de la stratégie nationale d'assurance qualité en santé (République togolaise (2019b)) dans les régions de la Kara et Centrale pose les bases de services de santé fonctionnels, en partie autofinancés et attrayants pour la population. Il est supposé que la demande de soins augmente dans les services de santé sous l'effet de différents facteurs : meilleure connaissance professionnelle et administrative du personnel de santé, respect et mise en œuvre des normes, matériel adéquat et bien entretenu et communication transparente orientée vers le patient et la communauté. Sur le plan des soins, les mesures d'assurance qualité conduisent au respect des standards, des normes et des protocoles de traitement qui réduisent les erreurs médicales. Selon l'information obtenue par des maires et chefs traditionnels, les plaintes sur les services de santé seraient devenues rares (Int 31, 32, 33, 34, 36).

L'explication alternative, selon laquelle le principe de gratuité des soins expérimenté par le projet « Santé intégrée » dans la même région pousserait des patients à se faire soigner en dehors de leur zone, n'est plus d'actualité : l'harmonisation des stratégies de prise en charge et de recouvrement des coûts sous la régie des directeurs régionaux de la santé et l'arrivée du programme national WEZOU qui prend en charge les coûts essentiels liés à la grossesse et l'accouchement devraient avoir résolu le problème en uniformisant les approches sur le terrain. Les prix sont affichés dans les USP et les hôpitaux. Le choix des patients repose donc sur le seul critère de la qualité des soins et des services (Int 7 ; FGD 40). Le projet a soutenu l'élaboration d'une stratégie nationale de l'approche qualité des services de santé et conseillé le ministère dans la mise en œuvre de la stratégie au niveau national (qui prévoit le déploiement de la démarche qualité au niveau national et l'implication de 70 % des établissements de santé du pays d'ici 2027) en appuyant la mise en place d'un conseil national de la qualité et le développement de lignes directrices et d'outils de travail relatifs à la stratégie d'amélioration de la qualité (République togolaise (2019b)). Les organes de gestion de la qualité prévus par décret ministériel ont été mis en place et témoignent de l'engagement du partenaire dans le processus. Outre la numérisation des outils d'évaluation, il est prévu d'améliorer la gouvernance et la coordination en créant un programme d'assurance qualité et une plateforme de coordination pour tous les partenaires. Le projet a soutenu le développement d'un guide national et d'outils d'évaluation continue de la qualité, ainsi que la formation des acteurs régionaux qui mettent en œuvre la coordination et l'orientation régionale de la démarche qualité (Int 7, 10, 14). Au niveau opérationnel et par l'intermédiaire du bureau d'études GFA basé à Kara, le projet a accompagné le personnel des équipes de direction dans le processus d'extension de l'approche qualité afin d'assurer l'appropriation et la durabilité de la stratégie, à travers des formations, des supervisions et un coaching rapproché. Le projet a aidé les deux régions à réaliser des audits de qualité des équipes de direction des districts (sept équipes dans la région de la Kara et cinq dans la région Centrale) et des 110 centres de santé au cours de la période de référence. En outre, les 30 centres de la région Centrale et les 50 centres nouvellement pris en compte par le projet ont reçu des équipements et du matériel médicotechniques axés sur la santé reproductive et le planning familial.

Afin de garantir une véritable qualité des services, particulièrement dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive, les capacités du personnel de santé ont été renforcées par la mise en œuvre d'un plan de formation continue, par un suivi régulier sur site et par l'expérimentation d'approches innovantes telles que le mentorat clinique qui a permis la formation de 1 142 prestataires. L'approche de l'accouchement respectueux et sans risque a été introduite dans 23 centres de santé de la région de la Kara en tant que projet pilote. Au total, 37 prestataires ont été formés à cette approche qui permet d'améliorer non seulement l'accueil des femmes enceintes, mais aussi la fréquentation des soins prénataux et des accouchements assistés. Afin de soutenir la formation des sages-femmes en la matière, le projet a équipé l'École nationale de sages-femmes (ENSF) de la

Kara d'un kit pour des accouchements respectueux et sûrs. D'autres aspects importants garantissant des services de qualité (tels que la gestion générale des centres de santé par les comités de gestion, la gestion des médicaments ou la gestion des déchets) ont été améliorés à travers des formations adaptées couplées à un suivi sur le terrain (GIZ-ProSanté (2024)).

L'introduction de l'approche de l'accouchement humanisé et respectueux dans les centres de santé pilotes et la formation des prestataires à cette approche ont nettement contribué à renforcer l'attractivité de ces centres qui donnent aux parturientes la possibilité de choisir la méthode d'accouchement qui leur convient le mieux (FGD 21, 22, 23 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30).

Pour la mise en œuvre des mesures prévues dans les plans d'amélioration de la qualité, les COGES des 80 centres de santé de la région de la Kara ont dépensé plus de 20 millions de FCFA, soit 30 000 euros, et les 30 centres de la région Centrale plus de 10 millions de FCFA, soit 15 000 euros. Ces chiffres témoignent d'un fort niveau d'appropriation et d'importantes capacités. Des risques de fond persistent néanmoins, car malgré une amélioration de l'autofinancement des services de santé, qui leur permet de contribuer à l'entretien et à la maintenance des services, le sous-financement du secteur de la santé (qui se manifeste notamment par une inadéquation de l'infrastructure) et le manque de personnel qualifié dans les services de santé menacent toujours la pérennité des acquis.

Tableau 12 : Efficacité - Évaluation de l'hypothèse de résultat 2

Hypothèse de résultat 2 (activité – extrant – objectif du projet)	La communication interpersonnelle et à travers des médias de masse incite la population à consulter les services de santé plus souvent, en particulier en lien avec la santé sexuelle et reproductive, et contribue ainsi à l'augmentation de l'utilisation de ces services.
Principales suppositions et facteurs contextuels nécessaires	<ul style="list-style-type: none"> • Les femmes en âge de procréer sensibilisées pour la demande de services en santé sexuelle et reproductive les utilisent plus souvent • Au sein de la communauté, l'amélioration de la confiance envers les prestations des services de santé réduit les réticences vis-à-vis de l'utilisation des services de planning familial et d'accouchement assisté
Risques et résultats imprévus	<ul style="list-style-type: none"> • Les fausses nouvelles (<i>fake news</i>) dans les médias sociaux créent la confusion sur les services de santé (p. ex. vaccination) • Le contexte socioculturel qui complique l'accès des femmes aux services de santé • Le règlement tardif par le programme national « WEZOU » des factures des services de santé pour les prestations obstétricales
Explication(s) alternative(s)	<ul style="list-style-type: none"> • Les autres PTF dans la région du projet soutiennent les campagnes d'information aussi dans les centres de santé non couverts par le projet
Évaluation de l'hypothèse	<ul style="list-style-type: none"> • confirmé

La deuxième hypothèse concerne l'*output* 2. Elle vise la communication des informations agréées tant au plan national qu'international sur les questions de sexualité et des soins aux femmes en âge de procréer, à l'intention de ces dernières ainsi que de leurs partenaires hommes et de leurs parents, appelés troisième génération. Cette communication implique notamment des leaders religieux chrétiens et islamiques (particulièrement dans la région Centrale) ainsi que les médias, qui influencent l'avis du grand public sur ces questions par leurs prises de position. Les activités de communication interpersonnelle et de masse du projet ont pour but d'augmenter l'utilisation des services de planning familial et de prise en charge des grossesses et des accouchements.

Le projet a fait la promotion du renforcement de la coordination et des compétences des organisations de la société civile et des organisations non gouvernementales intervenant sur ces sujets. Plus particulièrement, le projet encourage le développement et la mise à l'échelle de différentes approches, notamment celles des « tantines » (jeunes filles victimes de grossesses précoces et non désirées), des « papas champions » (pères modèles en tant que pairs éducateurs) et des « clubs de mères » qui sont devenues des organisations de la société civile. Au total, 8 285 acteurs clés ont été formés dans le cadre de ces approches pendant la durée du projet, dont plus de 40 % d'adolescents et 2 533 jeunes mères (tantines), organisés en 54 associations dans

les zones de santé des 12 districts appuyés par le projet. Ces acteurs clés ont ensuite sensibilisé près de 400 000 habitants au cours de la période de référence (GIZ 2024). Ces associations ont par le passé prouvé leur capacité à diffuser largement des messages sur les droits de l'homme, et plus particulièrement les droits sexuels et des femmes, par le biais de divers canaux de communication comme les réseaux sociaux, les sensibilisations communautaires ou par l'intermédiaire d'une cellule d'écoute des victimes de violences sexuelles. Le projet a œuvré au renforcement des capacités et des connaissances pour l'application d'approches novatrices en matière de communication interpersonnelle. Il a formé et suivi ces associations locales dont il a renforcé les compétences en matière de gestion, mobilisation des ressources et techniques d'animation/de communication. Les thèmes abordés concernaient la santé sexuelle et reproductive, la Covid-19, les droits des femmes et les violences basées sur le genre. Dans la région Centrale, la formation de 150 leaders religieux, y compris le chef spirituel des musulmans, a même conduit à des sensibilisations en faveur des soins liés à la reproduction dans les médias et dans les lieux de culte (Int 32 ; FGD 43).

En collaboration avec des ONG spécialisées, et en réseau avec les associations locales (tantines, pères champions, clubs de mères) coordonnées et supervisées par les responsables des services de santé, le projet a organisé des activités de communication de masse, telles que des projections cinématographiques communautaires, des causeries ou encore des distributions de flyers et de préservatifs lors d'événements. Ces activités ont connu une grande affluence et ont souvent duré jusque tard dans la nuit : 246 projections de films (contre 228 planifiées) ont été organisées depuis le début du projet ; 47 619 participants y ont assisté (GIZ 2024).

Les interviews et discussions auprès des groupes et populations cibles ont permis aux évaluateurs de vérifier les suppositions principales soutenant l'hypothèse 2 : les femmes en âge de procréer sensibilisées pour la demande de services en santé sexuelle et reproductive les utilisent plus souvent ; et au sein de la communauté, l'amélioration de la confiance envers les prestations des services de santé réduit les réticences vis-à-vis de l'utilisation des services de planning familial et d'accouchement assisté.

L'explication alternative selon laquelle d'autres PTF dans la région du projet soutiennent les campagnes d'information aussi dans les centres de santé non couverts par le projet, contribuant ainsi au succès des activités, se vérifie aussi : c'est notamment le cas d'USAID à travers le projet Amplify et de l'ONG Santé intégrée sous la coordination des DRS (Int 7 ; FGD 21, 27, 45, 47).

Il est à noter ici que le projet a pris en compte les besoins de groupes défavorisés. Des minorités ethniques (p. ex. les Peuls nomades et les populations vivant dans les zones d'accès géographique difficile dans les régions de la Kara et Centrale) ont bénéficié des stratégies avancées et mobiles et des services de planification familiale communautaire (GIZ 2022 et 2024 ; Int 21, 27). Le projet a aussi aidé des groupes vulnérables au cours de la Covid-19 : l'ONG Handicap International a obtenu un contrat de financement, ce qui a permis à plus de 15 000 personnes sans abri de bénéficier de soins. La Deutsche Lepra- und Tuberkulosenhilfe e.V. (DAHV) a reçu un financement pour offrir un deuxième repas quotidien à 1 750 détenus dans trois prisons sur une période de six mois (en temps normal, ce repas est fourni par les familles des détenus, mais l'accès aux prisons a été limité en cette période afin d'éviter les contaminations). En collaboration avec la Fédération des organisations de défense des personnes handicapées, du matériel de communication a été développé pour encourager la vaccination et 120 personnes handicapées ont été formées à la prévention des infections et à la fabrication de savons destinés à être vendus.

Par ailleurs, les mesures soutenues par le projet semblent contrer les risques énoncés avec un certain succès : le risque que de fausses nouvelles (*fake news*) soient diffusées dans les médias sociaux, créant ainsi la confusion sur les services de santé (p. ex. vaccination), semble bien contrôlé par les activités de communication de masse mais aussi par celles déployées à l'échelle nationale par la division Promotion de la santé soutenue dans le cadre de l'*output* 1. De même, le risque que l'accès des femmes aux services de santé soit rendu difficile par le contexte socioculturel est bien contrôlé par des mesures du projet déployées par l'intermédiaire d'ONG spécialisées, même si des changements positifs ne peuvent être attendus à court terme : dans la région Centrale, la formation de 150 leaders religieux, y compris le chef spirituel des musulmans, a conduit à des

sensibilisations en faveur des soins liés à la reproduction dans les médias et même dans les lieux de culte. Enfin, le risque que le règlement tardif par le programme national « WEZOU » des factures des services de santé pour les prestations obstétricales empêche une augmentation de l'utilisation des services obstétricaux semble maîtrisé : le paiement de ces factures arrive avec un retard dû aux procédures, mais arrive quand même selon le monitoring par les directions régionales de santé.

Tableau 13 : Efficacité - Évaluation de l'hypothèse de résultat 3

Hypothèse de résultat 3 (activité – extrant – objectif du projet)	La mise en œuvre des mesures de développement organisationnel et de lutte contre les effets du changement climatique améliore les capacités de pilotage du ministère de la Santé et de l'Hygiène publique en vue d'augmenter la qualité et l'utilisation des services de santé.
Principales suppositions et facteurs contextuels nécessaires	<ul style="list-style-type: none"> • Les partenaires techniques et financiers ainsi que les organisations de la société civile acceptent la coordination par le ministère • La proposition de projet concernant le changement climatique est acceptée par le Fonds vert pour le climat
Risques et résultats imprévus	<ul style="list-style-type: none"> • Retard du processus de changement dû à l'inertie bureaucratique et aux conditions économiques du pays • Suite aux premières élections régionales et communales du pays, la décentralisation de l'administration peut influencer la mise en œuvre des programmes de santé, soit la dynamiser, soit la retarder.
Explication(s) alternative(s)	<ul style="list-style-type: none"> • L'attachement du partenaire politique MPDC à la présidence peut contribuer à dynamiser les programmes de santé appuyés par les PTF et les OSC.
Évaluation de l'hypothèse	<ul style="list-style-type: none"> • plutôt confirmé

La troisième hypothèse concerne l'*output* 3 : la mise en œuvre des mesures de développement organisationnel et de lutte contre les effets du changement climatique améliore les capacités de pilotage du ministère de la Santé et de l'Hygiène publique en vue d'augmenter la qualité et l'utilisation des services de santé.

Le projet a appliqué le *modus operandi* classique de la GIZ, c'est-à-dire une stratégie d'intervention sur trois niveaux : local périphérique, régional intermédiaire et national. Étant donné que le système politique du Togo évolue d'un système centralisé vers un système de démocratisation à travers une stratégie de décentralisation (Union européenne (2022)), cette approche permet une transition vers la responsabilisation des structures déconcentrées de l'administration en particulier du système de santé.

La mise en œuvre de la politique nationale de santé (République togolaise (2023a)) à travers des stratégies, normes et procédures auxquelles le projet a activement contribué (tant dans le cadre de ProSanté I que de ProSanté II), est appuyée d'une part dans les services de santé à travers un soutien et un accompagnement à la mise en œuvre à l'interface avec la population et les communautés bénéficiaires, et d'autre part sur le plan institutionnel en renforçant les structures et administrations du système (ici le système de santé). En plus du nexus mère-enfant et SDSR, trois axes ont été appuyés par le projet pour stabiliser et renforcer le système de santé à long terme : l'appui à l'instance de coordination nationale (ICN) du Fonds mondial, l'adaptation du système de santé aux effets néfastes du changement climatique et l'augmentation des capacités de riposte aux maladies infectieuses et potentiellement épidémiques. Ce dernier axe a été traité par l'*output* 4.

Concrètement, le soutien aux départements et directions du ministère, conformément aux analyses organisationnelles respectives, traitait de thèmes tels que le renforcement des réseaux informatiques et la numérisation des processus, la formation du personnel en matière de suivi et d'évaluation, l'assurance qualité des données de santé reproductive et la transformation des rôles de genre. Le projet a soutenu la formation des autorités sanitaires des régions Centrale et de la Kara à la mobilisation de ressources locales supplémentaires pour contribuer à la mise en œuvre de leurs plans d'action. Au total, 20 mesures ont été mises en œuvre (GIZ (2024) ; Int 7, 10, 13, 14 ; FGD 21, 27).

Le soutien apporté par le projet à l'ICN du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme au cours de la période de référence a porté sur les cycles de financement précédents, leur mise en œuvre et la préparation du nouveau cycle de financement 2024-2026, avec deux contrats de subvention afin d'endiguer les trois grandes maladies infectieuses (avec leur impact sur la mortalité des mères et des enfants et la SDSR), de

renforcer le système de santé et d'atténuer l'impact des épidémies et des pandémies. En retour, les évaluateurs ont pu obtenir et transmettre au projet les résultats des études financées par le FM (GFAPU-LSTM (2021a et b)) sur l'efficacité des audits de l'approche qualité et la perception des femmes vis-à-vis des soins maternels respectueux, qui confirment la validité de ces approches et recommandent de les transposer au niveau national (Int 6). Cela peut instruire la coordination durant la mise en œuvre du projet suivant.

La note conceptuelle sur le changement climatique et la santé, initiée dès le début du projet, a été finalisée et soumise au Fonds vert pour le climat. L'approbation finale est attendue pour le développement d'une proposition de projet dans le cadre du projet consécutif. Le projet a mis en œuvre d'autres actions sur le sujet dans le but de générer davantage de connaissances et d'améliorer leur appropriation par différents acteurs aux niveaux national et sous-régional. Pour ce faire, des documents-cadres sur le changement climatique et la santé (Plan national d'adaptation du secteur de la santé aux effets du changement climatique (PNAS) et Analyse des risques et de la vulnérabilité liés au changement climatique (CRVA)) ont été partagés, deux vidéos sur le sujet ont été produites et une conférence régionale a été organisée pour partager les expériences et les leçons apprises sur le nexus changement climatique et santé. En outre, les aspects liés au changement climatique ont été intégrés dans les documents stratégiques nationaux en matière de santé, tels que le nouveau PNDS et le PNS, et la création et le fonctionnement d'une *task force* sur le changement climatique au sein du MSHP ont été soutenus afin de faciliter l'engagement du partenaire sur le sujet (GIZ (2024) ; Int 5, 10, 11, 12).

Toutes ces activités ont impliqué les équipes de santé et partenaires dans la périphérie et au niveau régional (Int 7).

Pour ce qui est des suppositions principales, les partenaires techniques et financiers ainsi que les organisations de la société civile semblent bien accepter la coordination par le ministère, mais reconnaissent que les mécanismes de coordination étaient en souffrance durant la phase II du projet ProSanté, notamment du fait de changements au niveau des personnes responsables (arrivées en fin de mission et non encore remplacées, ou nouvellement arrivées) et de la fréquence réduite des réunions entre PTF du fait de la pandémie de Covid-19 (Int 6, 17, 19, 35). Cela a entraîné une perte de connaissances entre PTF et avec le MSHP (Int 17, 19,35 ; FGD 18).

L'explication alternative, selon laquelle l'attachement du partenaire politique MPDC à la présidence peut contribuer à la dynamisation des programmes de santé appuyés par les PTF et les OSC en complément de l'amélioration des capacités de pilotage du MSHP, n'a pas pu être approfondie : le contexte politique, au lendemain des élections législatives et régionales organisées juste avant la mission d'évaluation, ne se prêtait pas à une analyse approfondie (Int 3, 4, 10).

Il convient de veiller à ce que les risques identifiés fassent l'objet d'un suivi dans le cadre du projet consécutif ProSanté III, notamment le retard du processus de changement dû à l'inertie bureaucratique et aux conditions économiques du pays qui reste d'actualité (Int 2, 3, 4, FGD 39). Il semble également nécessaire de suivre de près la manière dont la décentralisation de l'administration va influencer la mise en œuvre des programmes de santé au lendemain des premières élections régionales et communales du pays organisées juste avant la mission d'évaluation : va-t-elle la dynamiser ou la retarder ? L'attachement du partenaire politique à la présidence de la République peut contribuer à la dynamisation des programmes de santé appuyés par le projet et les autres partenaires, mais cela dépendra du nouveau gouvernement formé après les élections.

Le niveau de réalisation des résultats obtenus est de 100 % voire plus, ce qui est excellent. Les hypothèses aussi peuvent être considérées comme vérifiées.

La dimension 2 du critère d'efficacité – Contribution à l'atteinte des objectifs – obtient **27 points sur 30**.

Efficacité – Dimension 3 : qualité de la mise en œuvre

L'évaluation de la qualité de la mise en œuvre a porté sur des facteurs de réussite de Capacity WORKS (stratégie, coopération, pilotage, processus, apprentissage et innovation) et sur le suivi axé sur les résultats.

La stratégie du module repose sur la consolidation des effets obtenus par le module précédent. Cette stratégie est convenue avec le MSHP et les DRS, et communiquée aux partenaires de la société civile. Les décisions affectant les résultats du projet sont prises en temps voulu et s'appuient sur les rapports des équipes, des études et les données de monitoring fournis par les partenaires. Concernant la coopération avec les partenaires, une personne point focal du MSHP coordonne les activités du projet avec les autorités du ministère et les autres institutions concernées du Togo. Les décisions sont prises de façon transparente dans le cadre de réunions régulières ou en concertation avec le MSHP.

Au niveau des personnes, le développement des compétences se fait par le biais de formations techniques et administratives, de coaching, de formation continue et de supervisions. Au moins 50 % des bénéficiaires sont des femmes. Cela concerne aussi bien le personnel des centres de santé nouvellement sélectionnés que les collaborateurs des centres de santé déjà soutenus. Dans certains cas, les capacités de gestion des employés au niveau national du ministère sont renforcées.

Au niveau de l'organisation, l'accent est mis sur le développement organisationnel et managérial des autorités de district et régionales. Les ONG sont formées aux méthodologies de communication de masse et interpersonnelle ainsi qu'aux thèmes de la SDSR. Au niveau institutionnel, le ministère et ses directions et divisions déconcentrées sont formés dans leurs rôles de coordination, notamment pour la stratégie de gestion de la qualité et pour le développement de synergies entre les donateurs. De plus, la société civile est accompagnée dans l'organisation d'événements d'information de masse. Une autre contribution au développement des conditions-cadres est l'augmentation des connaissances de la population sur les textes juridiques de la SDSR. Les conclusions de l'analyse de genre sont prises en compte à ces trois niveaux.

Le suivi du projet est axé sur les résultats et monitoré régulièrement par la responsable du suivi/évaluation de l'équipe pour des prises de décision éclairées. Les données sont ventilées par genre et groupes marginalisés le cas échéant. Aucun suivi systématique des résultats imprévus positifs et négatifs n'a été constaté par les évaluateurs.

La structure de pilotage du projet consiste en une équipe de douze collaborateurs, dirigée par une cheffe de projet allemande et composée d'une cellule administrative et de suivi ainsi que des responsables techniques responsables des différents *outputs* à l'échelle nationale et régionale. La mise en œuvre des activités dans la région de la Kara et leur extension à la région Centrale ont été confiées au bureau d'études GFA avec des termes de référence clairs et précis. Il est à noter que les experts internationaux et nationaux du bureau d'études sont intégrés dans l'équipe du projet ; ces équipes sont aussi intégrées dans les directions régionales de santé pour assurer la transparence des processus et décisions.

Le comité de pilotage a été remplacé par des réunions semestrielles de planification et de pilotage, co-animées par le secrétaire général du MSHP ou le point focal de ProSanté. Cette manière de faire est appliquée dans tous les projets de la CT allemande au Togo. Le ministère de la Planification participe aux réunions.

Le système de suivi est construit selon les directives du suivi basé sur l'impact (*Wirkungsorientiertes Monitoring*) et se base sur des fiches d'indicateurs pour chaque indicateur (démarche de mesure) et de nombreuses bases de données par indicateur (données pour la mesure). Il y a deux sessions de suivi internes par an et deux sessions de planification et de suivi avec le partenaire. En complément, des études KOMPASS ont été réalisées sur des questions sélectionnées (Int 41).

La personne point focal participe régulièrement à ces sessions (FGD 21, 27, 40).

Cette stratégie de pilotage a été mise à l'épreuve au cours de la phase II du projet ProSanté, mais a néanmoins permis d'obtenir les résultats escomptés et d'atteindre l'objectif. Des changements de personnes ont eu lieu au niveau de la direction projet : la cheffe de projet, qui avait déjà géré la phase I, a quitté le projet mi 2022. Elle a été remplacée de façon intérimaire par une responsable de composante, qui a été installée

comme cheffe de projet mi-2023. Du côté togolais, c'est par suite du décès de la personne point focal en cours de mandat qu'un nouveau coordonnateur national a été installé comme point focal. Cette succession a constitué un réel défi dans un contexte marqué à la fois par les restrictions de mouvement et de travail liés à la Covid-19 et par une surcharge de travail (nécessité de préparer et d'intégrer trois offres de modification, de répondre aux questions du BMZ et de l'ambassade sur l'évolution de la Covid-19, d'organiser le travail digitalisé à distance et par Internet avec les partenaires togolais également, tout en veillant à maintenir la cohésion et la santé de l'équipe) (FGD 40 ; Int 41).

L'apprentissage des innovations et leur gestion se sont inscrits dans le cadre de la participation aux travaux du réseau sectoriel Santé et sécurité sociale, afin d'assurer la qualité de la prestation de services, la qualité technique et la gestion des connaissances nécessaires à l'exécution de la mission. Des concepts innovants développés par la GIZ dans le cadre de projets antérieurs, comme la gestion de la qualité (Guinée), les tantines (Cameroun) mais aussi l'approche contractuelle (Bénin et Togo), ont été mis en valeur dans le projet ProSanté et ont été largement adoptés par le Togo qui est en passe de les institutionnaliser à l'échelle du pays. Les évaluateurs n'ont pas approfondi cet aspect.

Le fort engagement de l'équipe du projet mérite d'être souligné, notamment sa décision de rester sur place malgré les restrictions de mouvement dues à la Covid-19. Elle a travaillé le plus souvent en télétravail avec les collègues dans les régions tout en s'occupant de collègues malades. En plus du travail d'intégration de l'*output* 4 avec l'INH et d'extensions des activités à la région Centrale avec l'intégration de nouveaux membres, l'équipe du projet a assuré l'actualisation régulière des chiffres sur la Covid-19 au Togo pour le BMZ et la GIZ et préparé trois offres de modification (*Änderungsangebote*) en parallèle.

La dimension 3 du critère d'efficacité – Qualité de la mise en œuvre – obtient **20 points sur 20**.

Efficacité – Dimension 4 : résultats imprévus

La base de l'évaluation est la question suivante : Dans quelle mesure est-il possible d'identifier ou d'anticiper des résultats directs imprévus positifs ou négatifs ? Le projet n'a pas effectué de suivi spécifique des résultats imprévus. Les évaluateurs ont abordé la question dans chaque interview ou focus group, mais aucun résultat imprévu négatif n'a été signalé. En revanche, il a été fait mention de résultats imprévus positifs produits par le projet sur le plan institutionnel, social et économique.

Plan institutionnel :

Concernant l'*output* 1 (qualité) : au niveau de la gouvernance locale, le projet a renforcé l'autorité des élus locaux en consolidant la redevabilité des COGES envers la communauté à travers des séances régulières de rétro-information sur les activités et les résultats obtenus par l'USP. Un élu local (maire) a dit : « Aux deux dernières fêtes des travailleurs, la population m'a félicité parce qu'elle n'avait aucune plainte contre les services de santé publique de ma commune » (Int 31).

Concernant l'*output* 2 (informations SDSR) : le projet a réduit la dépendance de la division Promotion de la santé (DivPS) vis-à-vis des journalistes pour la rédaction des articles et bulletins d'information sur la santé, et a placé la division au centre de la rédaction des articles par les autres directions et divisions du MSHP (Int 15).

Concernant l'*output* 4 (résilience) : l'INH ne doit plus envoyer les échantillons pour étalonnage au Ghana à Accra (Int 16). Un effet imprévu de l'autonomisation de l'INH est donc une certaine autonomie vis-à-vis de l'étranger, grâce à la fonctionnalité de son unité de métrologie. L'étalonnage est l'acte de tester et d'ajuster la précision et l'exactitude d'un instrument. Il est utilisé dans les laboratoires de recherche pour garantir l'exactitude des données.

Plan social :

Concernant l'*output* 2 (informations SDSR) : au niveau des chefs traditionnels, il y a moins de conflits de paternité à résoudre et les plaintes pour violences basées sur le genre (VBG) ont considérablement diminué dans

les zones du projet (Int 33, 34, 36). Des femmes et hommes témoignent du fait que le projet a « augmenté la disponibilité pour les relations sexuelles avec leurs partenaires sans crainte de grossesse non désirée à travers la contraception moderne, ce qui a diminué les violences conjugales » (FGD 48, 49, 50, 53, 54).

Plan économique :

Concernant l'*output* 4 (résilience) : grâce à l'étalonnage sur place et au renforcement du plateau technique, l'INH engrange des économies notables, de l'ordre de 20 millions FCFA par an. L'ouverture des services de laboratoire à Kara a généré 900 000 FCFA par mois en 2024 (janvier à avril 2024) contre 40 000 FCFA par mois en 2023 (Int 16).

Les évaluateurs concluent que les résultats imprévus obtenus sont moins sources de risques que d'opportunités : le renforcement institutionnel de l'INH et de la division de promotion sanitaire augmentera leur autonomie d'action, et le seul risque est celui inhérent à toute institution liée à la rotation de personnel (personnes clés ou formées) ou à un affaiblissement sur le plan organisationnel. Une confiance institutionnelle semble s'installer entre la population cible, les services de santé et l'administration grâce à l'amélioration du dialogue mené dans le cadre de l'assurance de la qualité des services, qui crée plus de transparence sur les résultats ; on peut s'attendre à ce que cela fasse tache d'huile, avec la généralisation de l'approche qualité sur toute la région, voire à l'échelle nationale. Le plus frappant pour les évaluateurs a été le changement social et sur le plan personnel observé chez les femmes et les hommes actifs dans les associations de tantines et de pères champions : au-delà du renforcement de leurs capacités et des activités menées en SDSR qui contribuent à l'efficacité de l'*output* 2, il faut souligner le courage dont ont fait preuve ces acteurs pour participer à la vie de couple et de la communauté qui s'accompagne d'une amélioration de l'estime de soi.

La dimension 4 du critère d'efficacité – Résultats imprévus – obtient **15 points sur 20**.

Photo 2 : Dispositif pour accouchements humanisés (source/© : Cornelius Oepen 2024)



Méthodologie d'évaluation de l'efficacité

Tableau 14 : Matrice d'évaluation du critère d'efficacité du CAD de l'OCDE

Efficacité : dimensions d'évaluation	Base d'évaluation	Concept d'évaluation, méthodes empiriques et sources de données	Qualité des données et limitations
Atteinte des objectifs (prévus)	<p>Mesure dans laquelle l'objectif du projet ProSanté II a été atteint à la fin du projet, de même que les trois indicateurs de l'objectif du projet concernant :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. le fonctionnement des services de planning familial, 2. les accouchements assistés, 3. la satisfaction des patients. 	<p>Concept d'évaluation : Comparaison avant-après des indicateurs d'objectif du projet.</p> <p>Méthodes empiriques et sources de données :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Analyse de documents et analyse de données secondaires : proposition de projet 2019 et proposition de modification 2021, rapports d'avancement du projet y compris rapport final (2024), analyse du contexte du projet GIZ 2020, analyse de genre ProSanté 2018, analyse environnement et changement climatique ProSanté 2020, analyses de la satisfaction du personnel et des usagers des services de santé ; triangulation avec des études de la Liverpool School of Tropical Medicine / Global Fund and Allied Program Unit avec l'Université de Lomé • Entretiens semi-structurés : avec la direction et l'équipe du projet, le pôle santé de la GIZ, le personnel et les cadres du ministère partenaire, le personnel et les cadres des ONG et OSC sélectionnées. 	<ul style="list-style-type: none"> • La qualité des données est bonne. • La dernière version de la matrice des résultats n'a été disponible qu'après la mission d'évaluation. <p>Qualité globale des données pour cette dimension de l'évaluation : Bonne</p>
Contribution à l'atteinte des objectifs	<p>Mesure dans laquelle la contribution des activités et des <i>outputs</i> du projet à la réalisation de l'objectif visé peut être démontrée dans l'analyse.</p> <p>Les hypothèses de résultat suivantes ont été sélectionnées pour une analyse de contribution :</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) L'appui à la mise en œuvre de la stratégie nationale d'assurance qualité en santé pose les bases de services de santé fonctionnels, en partie autofinancés et attrayants pour la population. (2) La communication interpersonnelle et à travers des médias de masse incite la population à consulter les services de santé plus souvent, en particulier en lien avec la santé sexuelle et reproductive, et contribue ainsi à l'augmentation de l'utilisation de ces services. (3) Le renforcement des capacités de gestion et de coordination permet au MSHP de mieux assumer ses fonctions directives et de contrôle, ce qui améliore la qualité et accroît l'utilisation des services de santé de base et renforce la résilience du système de santé par la mise en œuvre de mesures d'adaptation au changement climatique. 	<p>Concept d'évaluation : Analyse de contribution</p> <p>Méthodes empiriques :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Analyse de documents et analyse de données secondaires : proposition de projet 2020, rapports d'avancement du projet 2021 et 2022, données de suivi du projet 2021-2023. • Entretiens semi-structurés : avec toutes les parties prenantes directes et indirectes • Discussions de groupe avec les groupes cibles indirects/bénéficiaires 	<ul style="list-style-type: none"> • La collecte de données primaires basée sur des entretiens a permis de recueillir des données probantes, des données qualitatives et des témoignages quant aux relations de cause à effet • Exposition modérée des résultats escomptés à des facteurs externes comme la Covid-19 ou la tenue d'élections. <p>Qualité globale des données pour cette dimension de l'évaluation : Modérée</p>

Efficacité : dimensions d'évaluation	Base d'évaluation	Concept d'évaluation, méthodes empiriques et sources de données	Qualité des données et limitations
Qualité de la mise en œuvre	Mesure dans laquelle l'équipe de projet a piloté activement et efficacement la réalisation des objectifs du projet, y compris (i) l'analyse régulière du contexte et des résultats ; (ii) la réponse opportune aux développements du projet et du contexte, en particulier l' <i>output</i> additionnel de riposte (Covid-19 ; (iii) l'utilisation des synergies avec d'autres interventions ; (iv) l'utilisation du système de suivi axé sur les résultats ; et (v) l'implication de toutes les parties prenantes. Mesure dans laquelle la qualité de la mise en œuvre a contribué à la réussite du projet. L'analyse est structurée en fonction des facteurs de réussite de Capacity WORKS (stratégie, coopération, pilotage, apprentissage et innovations) et d'autres facteurs importants.	Concept d'évaluation : Aucun concept d'évaluation spécifique n'a été appliqué. L'analyse suit les questions d'évaluation de l'annexe ; triangulation des données et des méthodes qualitatives. Méthodes empiriques : <ul style="list-style-type: none"> Analyse de documents et analyse de données secondaires : rapports réguliers de suivi-évaluation, du comité de gestion, de la stratégie de CD, rapports d'avancement du projet 2021 et 2022 et rapport final (2024) Entretiens semi-structurés : avec la direction et le personnel du projet ainsi qu'avec les partenaires mentionnés dans le document sur la structure de pilotage 2023. 	Les données qualitatives ont été bonnes en raison de la qualité des documents de projet pertinents et surtout du nombre et de la diversité des informateurs clés contactés lors des entretiens. Qualité globale des données pour cette dimension de l'évaluation : Bonne
Résultats imprévus	Mesure dans laquelle l'évaluation a observé des résultats positifs et négatifs imprévus au niveau des <i>outputs</i> et de l'objectif (<i>outcome</i>). Avantages et risques liés à ces résultats imprévus, et manière dont le projet a surveillé ces effets imprévus et y a répondu.	Concept d'évaluation : Aspects de la récolte des résultats et de la cartographie des réalisations Méthodes empiriques et sources de données : <ul style="list-style-type: none"> Analyse de documents et analyse de données secondaires : proposition de projet 2020, rapports d'avancement du projet 2021 et 2022, données de suivi du projet 2021-2023, analyse genre de 2019. Entretiens semi-structurés : avec toutes les parties prenantes directes et indirectes (voir le tableau des personnes interrogées). Discussions de groupe avec les groupes cibles indirects/bénéficiaires finaux (clubs de mères, papas champions, tantines). 	Les données qualitatives étaient limitées en raison des informations de suivi du projet sur les effets non intentionnels et du nombre et de la diversité des personnes interrogées. Tous les résultats imprévus existants ne sont pas identifiables. Qualité globale des données pour cette dimension de l'évaluation : Modérée
* SMART : spécifique, mesurable, réalisable, pertinent, limité dans le temps			

4.5 Impact

Cette section analyse et évalue l'impact du projet. Elle est structurée selon les dimensions d'évaluation spécifiées par le BMZ (voir annexe).

Récapitulatif de l'évaluation et notation du critère d'impact

Tableau 15 : Notation du critère d'impact du CAD de l'OCDE

Critère	Dimension d'évaluation	Note et appréciation
Impact	Résultats de développement (prévus) de niveau supérieur	20 points sur 30
	Contribution aux résultats de développement (prévus) de niveau supérieur	30 points sur 40
	Contribution aux résultats de développement (imprévus) de niveau supérieur	30 points sur 30

Critère	Dimension d'évaluation	Note et appréciation
Note et appréciation globales		Note : 80 points sur 100 Note : Niveau 3 : résultat satisfaisant

Le critère d'impact évalue dans quelle mesure l'intervention a déjà produit des résultats significatifs, prévus ou imprévus, positifs ou négatifs, sur le plan global (contributions aux changements observés), ou s'il est prévu qu'elle en produise à l'avenir.

La mesure dans laquelle le projet a contribué aux objectifs de la politique nationale de santé, définis comme résultats de niveau supérieur du programme « Renforcement du système sanitaire au Togo » (dimension 1), est difficilement appréciable. Faute de données actuelles, les évaluateurs ont tâché d'évaluer la réduction des mortalités maternelle et néonatale en recourant à des indicateurs « proxy » et en triangulant ces observations avec les témoignages des bénéficiaires. L'évaluation conclut que 1) la réduction de la mortalité maternelle est probable car la létalité obstétricale, qui en est la « pointe de l'iceberg », est en baisse ; et que 2) la réduction de la mortalité néonatale est plausible, car l'espacement des naissances augmente et les femmes acceptent de plus en plus d'accoucher dans les maternités où des services d'accouchement humanisé et assisté sont offerts. L'objectif d'augmentation de la prévalence contraceptive chez les femmes et les hommes a été atteint : actuellement, plus de 23 % des femmes en âge de procréer (ou de leurs partenaires) utilisent une méthode contraceptive. La contribution escomptée du projet aux ODD 1 (lutte contre la pauvreté), 3 (santé), 5 (égalité des sexes) et 13 (changement du climat) est plausible.

Les hypothèses d'impact (dimension 2) sont confirmées ou plutôt confirmées : l'amélioration des services d'obstétrique et de planification familiale réduit les inégalités en matière de santé auxquelles sont confrontées les femmes et les jeunes filles en raison des risques liés à une grossesse non désirée ou précoce et à l'accouchement. Cela contribue à la réduction des mortalités maternelle et néonatale. En augmentant la qualité et l'utilisation des services de santé de base, notamment en matière de santé sexuelle et reproductive (objectif du module), le projet renforce des éléments importants du système de santé. Il contribue ainsi à promouvoir une population saine et productive, à réduire la pauvreté et à diminuer la croissance démographique. Si, en plus, on prend en compte les contributions du projet sur le changement climatique et pour la résilience du pays contre les maladies infectieuses à potentiel épidémique, ces contributions sont même de nature à sécuriser à l'avenir un meilleur fonctionnement du système de santé au bénéfice des patients.

En l'absence d'un monitoring systématique des résultats de développement imprévus (dimension 3), aucun effet négatif n'a été signalé aux évaluateurs lors des interviews et focus groups. L'équipe d'évaluation a été marquée par les témoignages des jeunes mères et pères concernant l'amélioration de la qualité de vie dans les couples.

Au total, l'impact du projet est noté comme suit : Niveau 2 : bon résultat avec 80 points sur 100.

Analyse et évaluation de l'impact

Impact – Dimension 1 : résultats de développement (prévus) de niveau supérieur

Cette dimension examine dans quelle mesure le projet contribue à la réalisation des objectifs de développement sanitaire du Togo, notamment en ce qui concerne la réduction des mortalités maternelle et néonatale et l'amélioration de l'accès aux services de santé reproductive.

- ODD 1 « Mettre fin à la pauvreté » : 1.4 « Accès aux services de base pour tous les hommes et toutes les femmes, en particulier les pauvres et les personnes vulnérables », 1b « Créer des conditions-cadres pour des stratégies de développement axées sur la pauvreté et sensibles au genre ». Deux ménages sur trois de la population cible pour l'amélioration de la qualité des services de santé de base sont considérés comme pauvres. Au sein de la région cible, les interventions visent en particulier les femmes en âge de procréer (femmes âgées de 15 à 49 ans, soit 25 % de la population de la région cible). Concernant l'*output* 1 (qualité) et l'*output* 2 (informations SDSR) : à travers l'espacement des naissances, le projet a permis aux femmes d'être en bonne santé et aptes à aider leurs époux dans les activités agricoles et à s'investir dans des activités génératrices de revenus, voire de retourner à l'école et même de faire des études supérieures (FGD 53, 54).
- ODD 3 « Santé et bien-être » : 3.1 « Réduire la mortalité maternelle », 3.2 « Réduire la mortalité néonatale et infantile », 3.3 « Mettre fin aux épidémies de sida, tuberculose, paludisme », 3.7 « Accès aux services de santé, y compris le planning familial », 3.8 « Accès à des services de santé de qualité dans le cadre d'une couverture sanitaire universelle », 3c « Recrutement, développement, formation et emploi du personnel de santé », 3d « Renforcement des capacités dans la gestion des risques sanitaires nationaux et mondiaux ». En améliorant la qualité et l'utilisation des services de santé de base, notamment en matière de santé sexuelle et reproductive comme le planning familial, le projet renforce des éléments importants du système de santé et contribue à la réduction de la mortalité maternelle et de la mortalité néonatale. Le projet améliore l'accès aux services de santé publique, en particulier pour les femmes et les enfants vulnérables. Il contribue ainsi à ce que les femmes puissent faire valoir leur droit à la santé reproductive. Le projet met l'accent sur la liberté de décision des femmes, par exemple dans le choix de leur méthode contraceptive.
- ODD 5 « Égalité entre les sexes » : 5.1 « Mettre fin à la discrimination à l'égard des femmes et des filles », 5.2 « Éliminer toutes les formes de violence à l'égard des femmes et des filles », 5.3 « Éliminer toutes les pratiques préjudiciables », 5.6 « Accès universel aux services de santé génésique ». L'égalité des sexes est un objectif secondaire important du projet. L'amélioration des services d'accouchement et de planification familiale permet de réduire les désavantages spécifiques à la santé des femmes et des jeunes filles en raison des risques liés à une grossesse non désirée ou trop précoce ainsi que lors de l'accouchement. Les risques sociaux, tels que le manque d'acceptation du planning familial, sont pris en compte dans la conception du projet et sont traités par des mesures ciblées, par ex. par des mesures de plaidoyer et de sensibilisation (*output* 2). L'intégration de l'approche genre dans le contenu des formations continues sur la gestion de la qualité des soins et sur les droits sexuels et de reproduction contribue également à l'égalité des sexes (indicateur d'*output* 1.2). Les femmes en âge de procréer sont informées de leurs droits en matière de reproduction et de sexualité et des mesures sont élaborées pour que les victimes de violences basées sur le genre soient soutenues.
- ODD 13 « Adaptation au changement climatique » : 13.2 « Intégrer les mesures relatives au changement climatique dans les politiques, stratégies et planifications nationales », 13.3 « Améliorer les capacités sur les questions liées au changement climatique », 13.a « Mobilisation de ressources financières », 13.b « Renforcer les capacités de planification et de gestion efficaces sur le changement climatique ». L'adaptation au changement climatique est un objectif secondaire du projet (*output* 3). En se basant sur les résultats obtenus grâce à l'analyse de la vulnérabilité et la stratégie sectorielle d'adaptation élaborées dans le module précédent, le projet conseille sur la mise en œuvre des mesures d'adaptation et contribue ainsi à l'augmentation de la capacité d'adaptation au niveau du système et de la population. L'élaboration d'une note conceptuelle de lutte contre les effets néfastes du changement climatique sur la santé et sa soumission au financement par le Fonds vert pour le climat en est l'aboutissement.

L'objectif du programme de coopération est le suivant : « La santé de la population togolaise s'est améliorée, principalement dans le domaine de la santé et des droits sexuels et reproductifs (SDSR) ». L'atteinte de cet objectif à long terme est mesurée par trois indicateurs du programme que sont la baisse de la mortalité maternelle, la baisse de la mortalité néonatale et l'augmentation de la prévalence contraceptive.

1) **Baisse de la mortalité maternelle** : le taux de mortalité maternelle baisse à 250 décès sur 100 000 naissances vivantes.

Il n'existe aucune source de données actualisée sur la mortalité maternelle. Ainsi, la valeur de base de l'Enquête démographique et de santé (EDS, 2013/14) reste le chiffre le plus récent de la mortalité maternelle au Togo : 401 décès sur 100 000 naissances vivantes. Selon une information non officielle du FNUAP, ce chiffre serait descendu en 2020 à 399 décès sur 100 000 naissances vivantes, ce qui ne constitue pas véritablement une baisse significative. Il a été suggéré de privilégier le suivi de la létalité obstétricale dans les hôpitaux de référence pour les soins obstétricaux et néonataux d'urgence SONU (Int 17). Les évaluateurs ont donc cherché à vérifier cet indicateur indirect (« proxy ») à travers des interviews avec les comités de gestion des services de santé. C'est ainsi que, de façon anecdotique dans un hôpital de référence avec une zone d'attraction d'à peu près 400 000 habitants, le responsable de suivi évaluation a relevé la tendance suivante : « En 2021, le nombre total de femmes décédées en SONU était de 7. En 2022, avec l'appui du programme GIZ/KfW, et bien que l'effectif de femmes aiguillées vers les services d'urgence ait quasiment doublé, le nombre de femmes décédées en soins d'urgence a diminué de moitié à trois décès » (FGD 25).

Bien que cette observation n'ait pas de valeur statistiquement significative, elle a été corroborée dans plusieurs entretiens, surtout auprès de maires et de chefs traditionnels. En effet, « une femme qui meurt en donnant la vie » reste un fait social très marquant (Int 31, 32, 33, 34, 36). Les évaluateurs ont donc cherché un complément d'information auprès du Plan de suivi et évaluation du PNDS et des DRS des régions de la Kara et Centrale :

- Le taux moyen de létalité obstétricale directe à l'échelle nationale était de 1,18 % en 2022 (DHIS2). Selon l'OMS, elle ne devait pas être en dessus de 1%.
- Dans la région de la Kara, le taux de létalité obstétricale directe était de 0,65 % en 2021, de 0,67 % (soit 56 % de la moyenne nationale) en 2022 et de 0,54 % en 2023.
- Dans la région Centrale, le taux de létalité obstétricale directe était de 1 % en 2021, de 0,6 % en 2022 (soit 51 % de la moyenne nationale) et de 0,8 % en 2023.

On peut donc constater une légère baisse de la létalité obstétricale dans les régions appuyées par le programme, dans une situation où l'utilisation des services de santé est en augmentation (FGD 25). Il est évident que cette évolution est le résultat des efforts concourants de tous les partenaires, en particulier des services de santé togolais. La contribution du programme GIZ/KfW et des autres partenaires techniques et financiers devrait faire l'objet d'un suivi systématique et d'études de la part du projet consécutif.

Selon les sources officielles, le financement de la prochaine Étude démographique et de santé (EDS) du Togo a depuis été sécurisé (Int 10, 17, 35). Les résultats devraient être publiés en 2026.

2) **Baisse de la mortalité néonatale** : la mortalité néonatale baisse à 17 décès sur 1 000 naissances vivantes.

La mortalité néonatale au Togo reste très élevée. En 2013 (EDS), elle était de 27 décès durant les premiers 28 jours suivant la naissance sur 1 000 naissances vivantes. Cet indicateur est suivi à l'aide de l'enquête en grappes à indicateurs multiples (MICS), dont la dernière version datée de 2017 mentionne un taux inchangé de 27 décès sur 1 000 naissances vivantes. Aucune autre source plus actuelle n'a été trouvée par les évaluateurs.

Les chiffres existants ne permettent donc pas de constater une baisse de la mortalité néonatale. Cet indicateur est d'ailleurs très difficile à suivre par les services de santé, car les femmes quittent les maternités aussitôt que possible après l'accouchement. Les évaluateurs ont alors cherché un indicateur « proxy ». Des témoignages concordants dans le cadre des interviews et discussions de groupe menées avec des COGES (FGD 21, 27) et des femmes et hommes bénéficiaires (48, 49, 50, 53, 54) ont permis de relever une nette augmentation de l'intervalle génésique : par suite de l'utilisation accrue des services de planification familiale, les femmes pratiquent davantage l'espacement des naissances. On peut donc estimer avec prudence que la mortalité néonatale suit la même tendance que la mortalité infantile des moins de un an : selon les mêmes sources (EDS

2013, MICS 2017), elle a baissé de 49 décès sur 1 000 naissances vivantes à 42 décès sur 1 000 naissances vivantes.

La prochaine Étude démographique et de santé (EDS) du Togo fournira des informations fiables à ce sujet.

3) **Augmentation de la prévalence contraceptive** : pourcentage des couples utilisant une méthode de planification familiale.

Cet indicateur est défini comme le pourcentage de femmes âgées de 15 à 49 ans, mariées ou en union libre, qui utilisent actuellement, ou dont le partenaire sexuel utilise, au moins une méthode de contraception quelle qu'elle soit. La valeur de base selon l'EDS (2013) est de 16,7 % pour le Togo. L'objectif national d'atteindre 35,5 % de prévalence contraceptive en 2022 a été ramené à 23 %, ce qui est la valeur utilisée pour le programme GIZ/KfW.

Les chiffres de la prévalence contraceptive sont tirés du rapport annuel de l'initiative Planification familiale 2030 (FP2030). Après ajustement, la valeur est de 23,2 % (toutes les femmes) ou de 26,3 % (femmes mariées) pour 2022. Cet indicateur est donc atteint.

Dans l'ensemble, on peut estimer que les indicateurs 1 et 2 sont partiellement atteints et leur attribuer la moitié des points de façon optimiste. L'indicateur 3 est pleinement atteint.

La dimension 1 du critère d'impact – Résultats de développement (prévus) de niveau supérieur – obtient **20 points sur 30**.

Impact – Dimension 2 : contribution aux résultats de développement (prévus) de niveau supérieur

Cette section évalue si le projet a contribué à des résultats de développement (prévus) de niveau supérieur. Elle se concentre sur la validation de deux hypothèses de résultat (tableaux 18 et 19) formulées au cours de la phase de démarrage et basées sur la théorie de changement qui précise les liens logiques et de cause à effet entre les activités du projet, les résultats, l'objectif du module et les effets ou impacts possibles sur un résultat de développement de niveau supérieur (figure 1).

Tableau 16 : Impact - Évaluation de l'hypothèse de résultat 4

Hypothèse de résultat 4 (objectif du projet – impact)	L'amélioration des services d'obstétrique et de planification familiale réduit les inégalités en matière de santé auxquelles sont confrontées les femmes et les jeunes filles en raison des risques liés à une grossesse non désirée ou précoce et à l'accouchement. Cela contribue à la réduction des mortalités maternelle et néonatale.
Principales hypothèses et facteurs contextuels nécessaires	<ul style="list-style-type: none"> • Les services de soins obstétricaux et néonataux d'urgence disposent d'infrastructures et d'équipements qui répondent aux besoins. • Les sages-femmes stagiaires dans les services périphériques soutenus par le projet acceptent de continuer à y travailler.
Risques et résultats involontaires	<ul style="list-style-type: none"> • Le sous-financement du secteur qui se manifeste notamment par une inadéquation de l'infrastructure • Le manque de personnel qualifié dans les services de santé périphériques
Explication(s) alternative(s)	<ul style="list-style-type: none"> • Le financement des coûts liés à la grossesse et à l'accouchement par le programme national « WEZOU » soulage financièrement les utilisatrices de ces services.
Évaluation de l'hypothèse	plutôt confirmé

Le projet a pleinement atteint les résultats poursuivis en termes de fonctionnalité des centres de santé, y compris en ce qui concerne les soins obstétricaux et de planification familiale, et a pu ainsi contribuer à l'augmentation de la proportion des accouchements assistés (Efficacité, dimension 2). Il est plausible que ces améliorations contribuent à faire baisser la mortalité maternelle, au moins la mortalité obstétricale, et la mortalité néonatale dans les limites exposées plus haut (dimension 1). Dans les six centres de santé et deux hôpitaux visités,

l'infrastructure et l'équipement correspondaient bien aux besoins pour les soins obstétricaux et néonataux d'urgence avec un système de référence et de contre référence adéquat. Certaines des sages-femmes stagiaires, dont les stages pratiques dans des centres de santé périphériques ont été financés par la phase précédente du projet, ont effectivement accepté de continuer à travailler dans ces centres et sont prises en charge par les COGES respectifs (FGD 26). Les risques liés au sous-financement du secteur et au manque de ressources humaines dans les services de santé périphériques persistent globalement, mais semblent en partie mitigés par l'autonomie financière accrue des COGES. Dans ce cadre, le projet a étudié l'exemple de la pérennisation de l'approche qualité (GIZ ProSanté (2023d)) et identifié une stratégie assortie de 11 lignes d'activités à financer. Le coût annuel pour la région de la Kara, qui doit être budgétisé par la DRS et éventuellement appuyé par des PTF, est d'à peu près 755 000 EUR. Il appartiendra au projet consécutif d'appuyer le ministère et les directions régionales dans la recherche des financements nécessaires aux niveaux national, régional ou local, et dans la création des procédures légales et administratives pour les gérer. Des sources de financement potentielles ont été identifiées lors d'un atelier du projet : il s'agit de l'État, avec l'octroi d'une ligne budgétaire pour l'assurance qualité ; des communes dans leur rôle régalien avec la décentralisation budgétaire ; des ressources locales (leaders, cadres, diaspora) et des partenaires techniques et financiers. Ces sources de financement étant loin d'être garanties, même avec l'appui du projet consécutif de ProSanté, une dépendance vis-à-vis de financements extérieurs persisterait (avec la possibilité de la réduire au fil du temps). Le nombre de points à attribuer correspond donc à une note satisfaisante seulement.

L'amorce de financement des coûts liés à la grossesse par le programme national WEZOU (COGES FGD 22, 23, 24, 26, 28) et l'autonomie financière accrue des femmes qui utilisent les services de planification familiale – avec le soutien de leurs maris ou partenaires, comme en témoignent les tantines et pères champions (FGD 48, 49 50, 53, 54) – viennent minimiser les risques financiers individuels. Par ailleurs, l'implication des leaders religieux et des chefs traditionnels, qui appuient désormais l'utilisation des soins de grossesse et de planification familiale dans leur discours, et ce même dans les lieux de culte, contribue à la réduction des inégalités d'accès aux soins des jeunes filles et des femmes (Int 31, 32 ; FGD 43).

Comme expliqué plus haut, il n'existe pas de données actuelles probantes sur la mortalité maternelle et néonatale. L'évolution de la létalité maternelle, qui est en baisse dans les hôpitaux des zones du projet, constitue toutefois un indice rendant plausible une baisse des mortalités maternelle et néonatale. Cela nous amène à confirmer cette hypothèse avec des réserves. Cette hypothèse est donc partiellement vérifiée.

Tableau 17 : Impact - Évaluation de l'hypothèse de résultat 5

Hypothèse de résultat 5 (objectif du projet – impact)	En augmentant la qualité et l'utilisation des services de santé de base, notamment en matière de santé sexuelle et reproductive (objectif du module), le projet renforce des éléments importants du système de santé et contribue ainsi à promouvoir une population saine et productive, réduire la pauvreté et diminuer la croissance démographique.
Principales suppositions et facteurs contextuels nécessaires	<ul style="list-style-type: none"> • La mise en œuvre efficace de la politique sanitaire du pays devrait contribuer à améliorer la situation économique de la population en réduisant les charges aux dépenses de santé. • La décentralisation administrative et la bonne gouvernance financière voulues par le gouvernement et appuyées par les PTF produisent des effets positifs sur la situation économique, en particulier de la population pauvre.
Risques et résultats imprévus	<ul style="list-style-type: none"> • Le risque de corruption, tant dans l'administration qu'au niveau des soins médicaux et dans les communautés, rend l'accès aux services de santé plus difficile pour les couches les plus pauvres de la population.
Explication(s) alternative(s)	<ul style="list-style-type: none"> • L'appui des PTF du Togo, comme l'Union européenne, la Banque mondiale et la Coopération allemande en particulier, contribue au développement durable de l'économie et aux efforts de réforme du pays, en favorisant le développement du secteur privé et du système financier et en encourageant la bonne gouvernance financière.
Évaluation de l'hypothèse	plutôt confirmé

La confirmation de cette hypothèse tient à des éléments et témoignages qui en soutiennent la plausibilité. Il semble crédible qu'en augmentant la qualité et l'utilisation des services de santé de base, notamment en ma-

tière de santé sexuelle et reproductive (objectif du module), le projet renforce des éléments importants du système de santé et contribue ainsi à promouvoir une population saine et productive, réduire la pauvreté et diminuer la croissance démographique. Seule l'Étude démographique et de santé (EDS), qui est programmée dans un proche avenir, peut donner des éléments fiables permettant de le confirmer.

Cependant, on peut constater au niveau des principales hypothèses et facteurs contextuels nécessaires, au moins dans les deux régions appuyées par le projet, que la politique sanitaire du pays est efficacement mise en œuvre et que la décentralisation administrative et la bonne gouvernance financière progressent. En témoignent les entretiens avec les DRS (FGD 21, 27), les maires (Int 31, 32) et les chefs de canton (Int 33, 34) ainsi qu'avec les COGES. Concernant le risque de corruption dans les administrations et les services de santé, les évaluateurs n'ont pas relevé d'exemples concrets permettant de le vérifier. Par ailleurs, il ressort des entretiens que la transparence et la communication sur les résultats des centres de santé augmentent dans le cadre de la gestion de la qualité. Comme mentionné plus haut (Efficacité, dimension 4 – Résultats imprévus) au sujet de la gouvernance locale, le projet a renforcé l'autorité des élus locaux en consolidant la redevabilité des COGES vis-à-vis de la communauté au travers de séances de rétro-information régulières sur les activités et les résultats obtenus par l'USP. Un élu local (maire) a dit : « Aux deux dernières fêtes des travailleurs, la population m'a félicité parce qu'elle n'avait aucune plainte contre les services de santé publique de ma commune » (Int 31). Concernant les résultats positifs produits par le projet, il convient de citer les synergies entre les PTF et le Fonds mondial qui finance l'extension de l'approche qualité selon les expériences de ProSanté à la région des Plateaux (Int 6), et avec le projet SSEQCU de la Banque mondiale qui réalise des investissements majeurs en infrastructures et équipements des formations sanitaires dans les régions de la Kara et Centrale après avoir démarré son programme dans la région des Savanes (Int 19). Comme explication alternative, on doit considérer l'appui des PTF du Togo en dehors du secteur de la santé, comme l'Union européenne, le Fonds mondial, la Banque mondiale et la Coopération allemande en particulier, qui contribuent au développement durable de l'économie et aux efforts de réforme du pays en favorisant le développement du secteur privé, du système financier et en encourageant la bonne gouvernance financière.

De plus, il faut mentionner les activités susceptibles de produire des effets positifs (au niveau impact) à l'avenir, non seulement dans les régions couvertes par le projet, mais plus largement à l'échelle nationale. Ce sont les résultats atteints par les *outputs* 3 (changement climatique, qui influence p. ex. le paludisme et les maladies diarrhéiques avec leur effet sur la mortalité infantile) et 4 (résilience aux épidémies, qui à l'instar d'Ebola et de la Covid-19 ont la capacité de mettre à plat les services de santé en plus de leur morbidité et mortalité spécifiques).

La note conceptuelle sur le changement climatique et la santé, initiée depuis le début du projet, a été finalisée et soumise au Fonds vert pour le climat. Elle est en cours d'examen par les experts du Fonds et une proposition de projet sera développée après approbation finale. Le projet met en œuvre d'autres actions sur le thème dans le but de générer davantage de connaissances et d'améliorer leur appropriation par différents acteurs aux niveaux national et sous-régional. Pour ce faire, des documents-cadres sur le changement climatique et la santé (Plan national d'adaptation du secteur de la santé aux effets du changement climatique (PNAS, République togolaise (2020)) et Analyse des risques et de la vulnérabilité liés au climat (CRVA) ont été partagés, deux vidéos ont été produites sur le sujet et une conférence régionale a été organisée pour partager les expériences et les enseignements tirés sur le nexus changement climatique et santé. En outre, les aspects liés au changement climatique ont été intégrés dans les documents stratégiques nationaux en matière de santé, tels que le nouveau PNDS et le PNS, et la création et le fonctionnement d'une *task force* sur le changement climatique au sein du MSHP ont été soutenus afin de faciliter l'engagement du partenaire sur le sujet (Int 11, 41 ; FGD 40).

La capacité de riposte du Togo aux maladies infectieuses à potentiel épidémique a augmenté grâce au projet, notamment son appui à l'Institut national d'hygiène (INH) qui a permis de rendre fonctionnelle son antenne de Kara qui sert les populations du Nord (régions Centrale, de la Kara et des Savanes) avec cinq services de laboratoire essentiels supplémentaires. L'antenne de Kara contribue à l'autonomie financière de l'INH, et évite aux demandeurs de ces services et aux formations sanitaires de la région d'avoir à se rendre à Lomé (gains de

temps et d'argent). Cet appui a aussi réduit la dépendance de l'INH vis-à-vis de l'étranger pour l'étalonnage, ce qui se traduit par des économies considérables pour l'État togolais (Int 16, 41).

En prenant en compte ces résultats produits par le projet pour l'avenir, il apparaît que le projet a contribué aux résultats de développement de niveau supérieur dans une mesure très satisfaisante.

La dimension 2 du critère d'impact – Contribution aux résultats de développement (prévus) de niveau supérieur – obtient **30 points sur 40**.

Photo 3 : Annonce de l'offre en SDSR à l'entrée d'une USP (source/© : Cornelius Oepen 2024).



Impact – Dimension 3 : contribution aux résultats de développement (imprévus) de niveau supérieur

Les évaluateurs ont systématiquement abordé la question des résultats positifs et négatifs imprévus dans les interviews, mais aucun résultat négatif n'a été signalé.

Concernant l'aspect genre, beaucoup de bénéficiaires femmes et hommes ont fait part aux évaluateurs d'une amélioration de leur vie de couple dans le cadre d'entretiens ou de témoignages. Les femmes pratiquant le planning familial le font de plus en plus avec le consentement de leurs partenaires, et se sentent plus libres d'accepter les relations sexuelles sans crainte de grossesses non désirées. Les hommes acceptent de plus en plus d'accompagner leurs femmes aux consultations de planification familiale, aux consultations prénatales et aux accouchements. Grâce à l'apaisement des relations au sein de nombreux couples, on constate un recul de la violence basée sur le genre, comme en témoignent aussi les leaders religieux et traditionnels auxquels il est généralement fait appel dans ces cas (Int 33, 34, 36). Cet impact sur l'égalité entre les sexes est ressenti avec fierté par les interlocutrices et interlocuteurs.

En ce qui concerne les effets néfastes du changement climatique sur les structures et services de santé, les interviews avec les DRS et COGES ont permis de déceler un fort intérêt pour les mesures à prendre dans l'avenir, suscité par les études et enquêtes du projet en préparation de la note conceptuelle soumise au Fonds vert climatique. Outre l'effet sur les maladies transmissibles, c'est l'augmentation des morsures de serpents venimeux provoquant des urgences médicales qui préoccupe les populations et les responsables de la santé (Int 7, 21 ; FGD 27).

La dimension 3 du critère d'impact – Contribution aux résultats de développement (imprévus) de niveau supérieur – obtient **30 points sur 30**.

Méthodologie d'évaluation de l'impact

Tableau 18 : Matrice d'évaluation du critère d'impact du CAD de l'OCDE

Impact : dimensions d'évaluation	Base d'évaluation	Concept d'évaluation, méthodes empiriques et sources de données	Qualité des données et limitations
Résultats de développement (pré-vus) de niveau supérieur	<p>Mesure dans laquelle les changements de niveau supérieur suivants, liés au projet, ont pu être observés :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Réalisation des indicateurs 1, 2 et 3 du programme « Renforcement du système de santé » : 1) baisse de la mortalité maternelle, 2) baisse de la mortalité néonatale et 3) augmentation de la prévalence contraceptive • Contributions aux marqueurs politiques du BMZ : Lutte contre la pauvreté (AO), Égalité de droits entre les sexes (GG), Participation au développement/bonne gouvernance (PG/GG) • Contribution à la stratégie nationale de mise en œuvre de l'Agenda 2030 • Contributions aux ODD 1 (Pauvreté) ; 3 (Santé), dont les cibles 3.1 (Réduction de la mortalité maternelle), 3.2 (Réduction de la mortalité néonatale et infantile) et 3.7 (Accès aux services de santé, y compris planification familiale) ; 4 (Éducation) ; 5 (Égalité entre les sexes) ; et 13 (Changement climatique) • Évaluation qualitative de l'application du principe « Ne laisser personne de côté » dans le cadre du projet 	<p>Concept d'évaluation : Aucun modèle d'évaluation spécifique n'a été appliqué. L'analyse suit les questions d'évaluation de l'annexe. Triangulation des méthodes et des sources.</p> <p>Méthodes empiriques et sources de données :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Analyse de documents et analyse de données secondaires : rapports du projet et du programme « Renforcement du système de santé », rapports de la Banque mondiale et de l'OMS, rapports sur les ODD, rapport sur le recensement de la population 2022 • Entretiens semi-structurés : avec la direction et le personnel du projet ainsi qu'avec les partenaires mentionnés dans le document sur la structure de pilotage 2023 (voir le tableau des personnes interrogées dans les régions de la Kara et Centrale) 	<ul style="list-style-type: none"> • La logique d'impact reposant sur une longue chaîne d'impacts, la disponibilité de preuves solides est limitée. • Des preuves anecdotiques ont été cherchées dans les focus groups en l'absence de données statistiques solides. • Les facteurs externes et leur influence sur les impacts sont difficiles à prouver. <p>Qualité globale des données pour cette dimension de l'évaluation : Modérée</p>
Contribution aux résultats de développement (pré-vus) de niveau supérieur	<p>Mesure dans laquelle la contribution du projet à des changements plus importants en matière de développement peut être identifiée sur la base des deux hypothèses de résultat suivantes sélectionnées du niveau de l'objectif du projet à celui de l'impact :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'amélioration des services d'obstétrique et de planification familiale réduit les inégalités en matière de santé auxquelles sont confrontées les femmes et les jeunes filles en raison des risques liés à une grossesse non désirée ou précoce et à l'accouchement. Cela contribue à la réduction des mortalités maternelle et néonatale. En augmentant la qualité et l'utilisation des services de santé de base, notamment en matière de santé sexuelle et reproductive (objectif du module), le projet renforce des éléments importants du système de santé et contribue ainsi à promouvoir une population saine et productive, réduire la pauvreté et diminuer la croissance démographique. <p>Autres facteurs à prendre en compte :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Principales hypothèses, risques et explications alternatives • Facteur externe : changements dans l'environnement et comment ils ont influencé les résultats (par exemple, changement des prix du marché, changement de politiques, Covid-19). • Impact possible qui se serait produit sans le projet 	<p>Concept d'évaluation : Analyse de contribution, comparaison des développements dans les régions du projet avec la moyenne nationale.</p> <p>Méthodes empiriques et sources de données :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Analyse de documents et analyse de données secondaires : rapports d'avancement du projet 1 et final (2024), données de suivi du projet 2021-2023, rapports du programme 2021 et 2022. • Entretiens semi-structurés : avec la direction et le personnel du projet ainsi qu'avec les partenaires listés dans le document de la carte des acteurs 2023 (voir le tableau des personnes interrogées) et les partenaires de développement internationaux (KfW, AFD, JHPIEGO, USAID). • Entretien de groupe : avec des experts indépendants du secteur de la santé (le cas échéant). • Atelier de débriefing avec l'équipe du projet. 	<ul style="list-style-type: none"> • La mise en œuvre des mesures de la politique d'assurance qualité n'a pas encore suffisamment progressé pour fournir des données concluantes. • La contribution directe est difficile à évaluer en raison des interventions de donateurs tels que le Fonds mondial et Gavi au niveau national. <p>Qualité globale des données pour cette dimension de l'évaluation : Modérée</p>

Impact : dimensions d'évaluation	Base d'évaluation	Concept d'évaluation, méthodes empiriques et sources de données	Qualité des données et limitations
Contribution aux résultats de développement (imprévus) de niveau supérieur	Mesure dans laquelle des résultats positifs et négatifs imprévus au niveau de l'impact ont été observés/peuvent être anticipés par l'évaluation (synergies, genre, climat). Des résultats positifs imprévus observés sont p. ex. que des sages-femmes stagiaires ont choisi de rester travailler dans les services à l'issue de leur stage D'autres effets positifs sont que d'autres intervenants comme le Fonds mondial intègrent et appuient la politique de gestion de la qualité.	Concept d'évaluation : Aspects de la récolte des résultats et de la cartographie des réalisations Méthodes empiriques et sources de données : <ul style="list-style-type: none"> Analyse de documents et analyse de données secondaires : proposition de projet 2020, rapports d'avancement du projet 1, 2 et final (2024), données de suivi du projet 2021-2023. Entretiens semi-structurés : avec la direction et le personnel du projet ainsi qu'avec les partenaires mentionnés dans le document sur la structure de pilotage 2023 Atelier de débriefing avec l'équipe du projet. 	Les personnes interrogées peuvent ne pas mentionner les résultats négatifs non intentionnels pour des raisons culturelles ou pour éviter une influence négative sur le projet consécutif. Qualité globale des données pour cette dimension de l'évaluation : Modérée

Bien que le programme n'intervienne que dans deux des cinq régions du Togo, il est supposé contribuer à la santé de toute la population togolaise du fait de la nature structurelle et institutionnelle de ses contributions visant les capacités du ministère et de ses directions, de même que les plans et programmes nationaux en matière de santé (p. ex. assurance de la qualité, changement climatique), et de son action en faveur du renforcement de l'Institut national d'hygiène pour la résilience du système de santé.

4.6 Efficience

Cette section analyse et évalue l'efficience du projet. Elle est structurée selon les dimensions d'évaluation spécifiées par le BMZ (voir annexe).

Récapitulatif de l'évaluation et notation du critère d'efficience

Tableau 19 : Notation du critère d'efficience du CAD de l'OCDE

Critère	Dimension d'évaluation	Note et appréciation
Efficience	Efficience de la production (ressources/extrants)	65 points sur 70
	Efficience de l'affectation (ressources/réalisation (<i>outcome</i>))	27 points sur 30
Note et appréciation globales		Note : 92 points sur 100 Note : Niveau 1 : très bon résultat

Le projet a produit les résultats de manière rentable et en temps opportun en affectant les ressources humaines, financières et matérielles de façon ciblée et économe à ses quatre volets ainsi qu'aux instruments de mise en œuvre (renforcement des capacités, subventions, équipements et constructions). Aux fins de l'analyse et de l'évaluation de l'efficience des coûts, il a été fait appel à l'outil d'efficience de la GIZ (KOMP) pour saisir les données des rapports de comptabilité analytique de la GIZ et les dépenses attribuées aux produits, afin de comprendre leur intensité de coût relative (approche « Follow the money »). La comptabilité du projet et le suivi à l'aide de l'instrument KOMP s'effectuent sous la responsabilité du bureau pays de la GIZ à Lomé par le cluster Cohésion sociétale. L'outil d'efficience a été rempli le 15 mai 2024 lors de la mission d'évaluation par le responsable de l'Unité administrative et financière de ce cluster. Étant donné que la mission d'évaluation était alors terminée, l'édition de la synthèse de cet outil n'a pas pu être discutée avec l'équipe du projet.

Au total, l'efficience du projet est notée comme suit : Niveau 1 : très bon résultat , avec 92 points sur 100.

Analyse et évaluation de l'efficacité

Durant la période de déploiement de la phase II du projet ProSanté, l'offre a connu trois modifications assorties de rallonges budgétaires à intégrer dans le projet en relation avec la pandémie de Covid-19, l'extension des activités du projet à la région Centrale et les engagements de l'Allemagne vis-à-vis des initiatives internationales.

Efficacité – Dimension 1 : efficacité de la production

L'efficacité de la production est évaluée en fonction d'une part de la mesure dans laquelle les coûts par produit étaient appropriés pour les résultats obtenus au niveau des produits, et d'autre part de la mesure dans laquelle les résultats (1) sont maximisés avec les ressources données, (2) sont maximisés en réaffectant les ressources entre les différents *outputs* et (3) auraient pu être obtenus à moindre coût.

Le projet ProSanté II est doté d'un budget total de 15 640 000 EUR. Le budget initial de 6 500 000 EUR a connu trois rallonges provenant de fonds spéciaux (« *Barmittel* » et « *Sondermittel* ») pour faire face à la pandémie de Covid-19 et pour permettre d'inclure la région Centrale dans les activités du projet : une première rallonge de 3 240 000 EUR en mars 2021 pour la lutte contre la pandémie de Covid-19 ; une deuxième rallonge de 4 400 000 EUR en novembre 2021 pour la lutte contre la pandémie et l'intégration de la région Centrale dans la zone d'intervention du module ; une troisième rallonge de 1 500 000 EUR en mai 2022 pour la logistique des vaccins dans le cadre de la pandémie de Covid-19. En conséquence, les indicateurs du projet ont été actualisés en 2022 et la durée du module prolongée jusqu'à décembre 2023. Pour chaque modification, le projet a dû préparer les documents nécessaires à l'offre, adapter les indicateurs le cas échéant et réallouer les intrants, les contrats de financement et le personnel.

Deux exemples illustrent la manière dont le projet a maximisé les résultats. D'une part, pour permettre à la division Promotion de la santé de développer et mettre en œuvre une stratégie de communication dans le cadre de la riposte à la Covid-19, le projet a mobilisé très rapidement des fonds restants du projet précédent. Ces activités n'ayant pas été prévues dans le budget au départ, ceci a permis d'appuyer cette division qui a pu devenir rapidement efficace, notamment grâce au renoncement de ses membres aux per diem prévus pour les déplacements à l'intérieur du pays, et a ensuite pu continuer sur ses propres fonds (Int 15). D'autre part, la flexibilité du projet dans l'appui financier apporté à l'INH a permis à cet institut d'avancer son plan de déploiement sur le nord du pays de deux ans, en rendant opérationnelle l'antenne de Kara en 2020 au lieu de 2022 (Int 16). Au cours des entretiens, les évaluateurs ont systématiquement abordé la question de l'efficacité de la gestion économique du projet. Les personnes interviewées ont souligné la transparence des allocations et de la gestion convenue en commun (p. ex. Int 7, 10, 14). Il n'a jamais été fait mention de dépenses inutiles ou trop onéreuses.

Il n'y a pas non plus eu de remarque laissant entendre que les résultats obtenus auraient pu l'être à moindre coût. La question se pose pourtant, compte tenu du taux de réalisation des indicateurs d'extrant qui excède les 100 %. Selon l'analyse de ces résultats, cela s'explique notamment par les efforts déployés par les USP et leur personnel (indicateur 1.1 Performance augmentée), ce qui témoigne de l'excellent niveau d'appropriation de l'approche de gestion de la qualité appuyée par le projet. Par ailleurs, le taux de réalisation de 184 %, soit presque le double de ce qui était attendu, de l'indicateur 1.2 (Prestataires formés), s'explique par le grand intérêt suscité par les formations en SDRS et la participation massive des personnels à celles-ci, et par l'inclusion de participantes d'autres USP non couvertes par le projet (il en va de même, quoique dans une moindre mesure, pour l'indicateur 2.1 Acteurs clés formés en SDRS). Cette maximisation extraordinaire des résultats obtenus par les activités planifiées, malgré la situation contraignante due à la Covid-19, est à mettre en rapport avec l'enthousiasme à l'égard de la thématique du projet que les évaluateurs ont perçu tout au long des interviews. On peut conclure à la rencontre de dynamiques positives (thématique du projet, capacités et volonté politique du partenaire, contributions des ONG et OSC) qui concourent favorablement à la réussite du projet. En ce qui concerne l'indicateur 4.2 (Capacité de riposte des USP), le résultat pour la région Centrale qui n'a été incluse dans les activités du projet qu'à partir de 2022 peut s'expliquer par le fait que la cible a été définie avec prudence, et que l'un des critères (« l'organisation du circuit des patients ») a cessé d'être d'actualité

avec le recul de la pandémie de Covid. Cela est confirmé dans une moindre mesure pour la région de la Kara, où le taux de réalisation excède également 100 %.

Ces observations doivent être prises en compte dans la formulation des indicateurs pour le projet consécutif.

La structure du projet comprenait une unité de la GIZ basée à Lomé et deux unités du bureau d'études GFA, contracté pour l'opérationnalisation des activités dans les régions, à Kara (jusqu'en septembre 2023) et à Sokodé (à partir de juin 2022 jusqu'en décembre 2023). Au total, le projet a employé durant la phase II du projet ProSanté, avec des durées de contrat différentes : 23 experts (10 femmes, 13 hommes) et 15 personnes de soutien (10 femmes dont une comme chauffeur, 5 hommes dont un comme technicien de surface).

L'équipe GIZ en fin de période était composée de trois experts internationaux, dont une conseillère pour le changement climatique et une spécialiste en communication en tant qu'employée du développement (EH). La cheffe de projet initiale a quitté le projet après une année de disponibilité au cours de laquelle elle a été substituée par la responsable des composantes, qui l'a finalement remplacée comme cheffe de projet depuis juin 2023 et a elle-même été remplacée dans son rôle de responsable de composante en septembre 2023. C'est ainsi que les deux positions totalisent un total de 66 femmes/mois. Sur les neuf autres membres de l'équipe de nationalité togolaise, dont trois femmes, huit travaillent comme conseiller technique (AQS, SDSR, CC, PPP, réponse Covid-19, appui aux DRS Kara et Centrale, suivi/évaluation) et une comme secrétaire administrative.

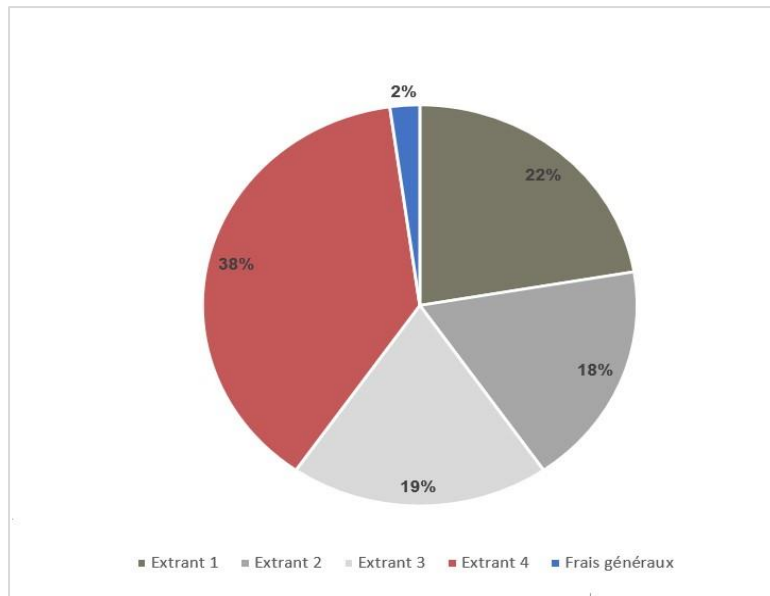
Le bureau d'études GFA avait mis en place une équipe de 12 personnes dans la région de la Kara (cinq experts régionaux et nationaux avec sept personnels de soutien) et une équipe de 14 personnes dans la région Centrale (sept experts régionaux et nationaux et sept personnels de soutien). Les experts GFA avaient comme description de poste : approche qualité (cinq, dont deux seniors), formation (trois) et promotion de la santé (trois).

Les domaines pour lesquels le contractant a été responsable de la mise en œuvre dans les régions sont les *outputs* 1, 2 et 4. Afin d'assurer une coordination régulière, le chef d'équipe a dû se rendre à Lomé au moins une fois par mois, et l'équipe détachée a dû participer aux réunions virtuelles mensuelles élargies à toute l'équipe du projet ProSanté. Le bureau GFA pouvait employer jusqu'à trois experts de courte durée selon les besoins.

Le contrat GFA pour la région de la Kara avait une durée de 30 mois, et celui relatif à la région Centrale avait une durée de 16 mois avec option d'extension à 36 mois pour le projet suivant.

La dimension 1 du critère d'efficience – Efficience de la production – obtient **65 points sur 70**.

Figure 3 : Outil d'efficience : coûts par extrant (output)



Le projet a obtenu les résultats escomptés à 100 % ou presque, voire même plus, avec le budget alloué. Selon le rapport final, il n'y a pas eu de dépassement des lignes budgétaires de plus de 20 %. La répartition du budget par *output* montre que les *outputs* 1 (22 %), 2 (18 %) et 3 (19 %) se sont partagé les fonds de façon presque équitable, tandis que l'*output* 4 a reçu le budget restant (soit 38 %). L'allocation d'une part de budget plus importante à l'*output* 4 est justifiée, car il englobe la réponse aux besoins de la riposte à la Covid-19 et les mesures d'augmentation de la résilience par l'appui à l'INH (contrats de financement totalisant 879 603 EUR et achat de biens matériels et contrats de construction pour un montant de 1 038 663 EUR).

Figure 4 : Outil d'efficience : coûts et réalisations par extrant (*output*)

	Extrant 1	Extrant 2	Extrant 3	Extrant 4	
Extrants (Outputs)	Un système national de gestion de la qualité est mis en place	L'éventail des informations sur les question de sexualité et de reproduction s'est élargi aux membres de la communauté	La capacité de pilotage du Ministère de la Santé a augmenté	La capacité de riposte du Togo aux maladies infectieuses à potentiel épidémique est augmentée	Frais généraux
Somme effective des coûts individuels	2.796.333,03 €	2.260.303,41 €	2.418.638,52 €	4.777.942,13 €	276.666,16 €
Contributions des partenaires	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Somme: coûts individuels et contributions des partenaires	2.796.333,03 €	2.260.303,41 €	2.418.638,52 €	4.777.942,13 €	276.666,16 €
Somme en %	22,32%	18,04%	19,30%	38,13%	2,21%
add. Fonds résiduels	0,00 €	59.953,92 €	10.000,00 €	439.754,56 €	27.000,00 €
Indicateurs d'extrant	La performance moyenne des 80 centres de santé nouvellement sélectionnés pour les 4 dimensions de la qualité sont passées de 40% à 80% dans les 50 centres de santé de la région de Kara et de 33% à 65% dans les 30 centres de	7 500 acteurs clés des aires sanitaires des 110 centres de santé soutenus, dont 33 % ont moins de 25 ans, ont reçu des informations sur des thèmes sélectionnés en matière de santé et droits sexuels et reproductifs.	20 mesures visant à améliorer la capacité de pilotage, qui sont basées sur une analyse organisationnelle de la Direction Régionale de la Santé de Kara, ont été mises en œuvre.	En plus des services de diagnostic pour le dépistage du SARS-COV-2, au moins 03 autres services sont disponibles à l'antenne de l'Institut National d'Hygiène (INH).	
Réalisation	126%	110%	100%	100%	
Indicateurs d'extrant	620 prestataires dans les 105 centres de santé soutenus, dont la moitié sont des femmes, ont suivi avec succès une formation complémentaire sur les thèmes choisis de la sexualité et de la Santé et droits reproductifs (SDSR)	228 projections de film sur des sujets liés à la santé et aux droits sexuels et reproductifs pour les membres des communautés dans 12 districts sanitaires de Kara et Centrale.	Une note conceptuelle coordonnée de manière multisectorielle pour le secteur de la santé a été soumis à un fonds pour le climat.	Dans 110 centres de santé appuyés (80 Kara, 30 Centrale), la capacité de riposte aux maladies infectieuses à potentiel épidémique est passée, (en moyenne), de 67,5 % à 75 % dans les 80 centres de santé de la région de Kara et de 40	
Réalisation	184%	108%	100%	147%	

Efficience – Dimension 2 : efficience de l'affectation

L'efficience de l'affectation mesure si les coûts du projet étaient appropriés au regard des résultats obtenus aux niveaux *outcome* et impact (y compris les contributions des partenaires). On constate que seuls 2 % du budget ont été alloués aux frais généraux, contre 6 % pour le projet précédent (GIZ-ProSanté (2021b)), ce qui prouve que presque toutes les dépenses ont servi à financer des activités et prestations concrètes. Selon l'expérience de l'évaluateur principal, dans le secteur de la coopération technique internationale, ce taux de 2 % pour les frais généraux représente un optimum, et il n'est pas rare qu'un projet y consacre le double ou bien plus.

Le partenaire a fourni l'essentiel des ressources convenues : il a notamment mis à disposition du projet des cadres et des spécialistes pour le pilotage, la planification, la mise en œuvre et le suivi des activités convenues aux différents niveaux du système de santé, ainsi que des locaux destinés à héberger les bureaux de la DRS dans les régions de la Kara et Centrale. Il a également financé les activités du projet et les réunions à hauteur de 444 710 EUR. La contribution propre des 110 centres de santé soutenus pour la mise en œuvre des plans d'amélioration s'élève à 176 021 EUR sur la durée totale du module (GIZ ProSanté 2024).

Sur les 12 552 129 EUR effectivement dépensés pour les activités du projet en date de fin 2023, 54 % ont servi à financer le personnel d'appui-conseil (un peu plus de la moitié pour le bureau d'études GFA, 35 % pour le personnel GIZ au Togo et au siège central et 11 % pour le personnel national) et la gestion du projet. Les contrats de financement ont mobilisé environ 1 million EUR, soit 8,2 % du budget, dont 12 % pour le MSHP, 37 % pour des subventions locales au Togo et 51 % pour des subventions internationales (ONG et OSC). Enfin 2,5 millions EUR, soit 18 % du budget, ont été dépensés pour des contrats de construction et d'équipement (GIZ ProSanté 2024).

Ces allocations paraissent plausibles et raisonnables, conformes aux règles, justifiées et parcimonieusement planifiées et dépensées. Selon l'expertise de l'évaluateur principal dans des projets similaires, la gestion et la mise en œuvre du projet représentent une meilleure pratique qui peut être prise en exemple. Les évaluateurs

n'ont recensé aucune remarque de la part des personnes et groupes interviewés pointant un gaspillage ou des dépenses inutiles.

Dans les conditions citées ci-dessus, le projet a pensé l'affectation de ses ressources de manière à optimiser son efficacité avec les moyens disponibles, notamment lors de l'intégration des rallonges budgétaires liées aux trois offres de modification détaillées plus haut. Quatre choix en particulier se sont révélés judicieux et méritent d'être cités en exemple :

- **Approche contractuelle** pour le recrutement de compétences spécifiques de mise en œuvre dans les régions : le bureau d'études (GFA), en tant que sous-traitant basé d'abord à Kara puis à Sokodé, a été chargé de la mise en œuvre des *outputs* 1 et 2 et partiellement de l'*output* 4 dans les régions de la Kara et Centrale. Cela a favorisé une gestion flexible et de proximité, ce qui a permis d'atteindre les résultats escomptés et même de les dépasser (voir 4.4 « Efficacité »), et ce malgré les mesures de restriction de déplacement dues à la Covid-19. Le recours à un personnel national et régional de haut niveau a permis de limiter les coûts pour ce qui est des ressources humaines, tout en mettant en valeur les compétences africaines locales et régionales. Ici le facteur coûts ne prime pas sur le facteur des compétences linguistiques et culturelles du personnel de GFA : un personnel international aux mêmes qualifications, mais provenant d'autres régions, n'aurait probablement pas obtenu les mêmes résultats et aurait eu un coût plus élevé.
- **Subventions locales avec des ONG et OSC sélectionnées** pour des activités spécifiques : le projet a utilisé l'instrument des subventions locales, surtout pour l'*output* 2 afin d'atteindre au mieux les populations cibles des campagnes d'information de masse et pour l'*output* 4 concernant les activités de construction, de rénovation et d'équipement (notamment pour l'antenne de l'INH à Kara). Ceci a permis un contrôle des coûts tout en assurant la qualité des prestations.
- **Utilisation de fonds restants de la phase précédente** pour la prise en compte rapide de nouveaux besoins au moment de la Covid-19 : le projet a très rapidement réagi aux besoins de la division Promotion de la santé (DivPS) pour faire face aux défis liés à la sensibilisation du grand public et à la lutte contre les *fake news*. Par la mobilisation rapide des fonds restants du projet précédent et en honorant l'initiative sur fonds propres de la DivPS de mener des enquêtes préliminaires sans paiement externe sur le terrain, le personnel de la division a pu s'investir très rapidement pour répondre aux besoins urgents de la riposte à la Covid-19.
- **Utilisation de la digitalisation** pour réduire les coûts liés aux réunions (le plus souvent virtuelles) et aux déplacements. À la suite des restrictions de mouvement, le projet a promu la digitalisation de la communication, des réunions et des formations. Ceci a permis aussi la réduction des coûts de déplacement.
- Tous ces facteurs ont contribué à atteindre un taux d'atteinte des indicateurs d'objectif du module de pratiquement 100 %.

Figure 5 : Outil d'efficience : coûts du projet et réalisation des indicateurs de l'objectif du projet

Objectif du module	La qualité et l'utilisation des services de santé de base, en particulier dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive, ont augmenté dans les régions de Kara et de Centrale.		
Somme effective des coûts individuels	12.529.883,25 €		
Contributions des partenaires	0,00 €		
Somme: coûts individuels et contributions des partenaires	12.529.883,25 €		
add. Fonds résiduels	536.708,48 €		
Indicateurs d'objectif du module	Dans 75 centres de santé nouvellement sélectionnés la fonctionnalité des services de planification familiale de la région de Kara a augmenté de 36 % et de 40 % dans la région Centrale.	La proportion moyenne de naissances survenues à partir de personnel qualifié, a augmenté de 6 % dans les 80 centres de santé soutenus dans la région de Kara et dans les 30 centres de santé de la région Centrale	Dans 80 centres de santé nouvellement sélectionnés, la satisfaction des patients a augmenté de 5 % (moyenne) à 75,8 % dans les 50 centres de santé de la région de la Kara et à 75,6 % dans les 30 centres de santé de la région Centrale.
Réalisation de l'objectif (en %)	100%	105%	97%

La dimension 2 du critère d'efficience – Efficience de l'affectation – obtient **27 points sur 30**.

Méthodologie d'évaluation de l'efficacité

Tableau 20 : Matrice d'évaluation pour le critère d'efficacité du CAD de l'OCDE

Efficiency : dimensions d'évaluation	Base d'évaluation	Concept d'évaluation, méthodes empiriques et sources de données	Qualité des données et limitations
Efficiency de la production (Coûts / extrants (<i>outputs</i>))	<ul style="list-style-type: none"> Description des données : coûts par extrant et types de coût en utilisant l'outil d'efficacité de la GIZ. Mesure dans laquelle les indicateurs des extrants ont été atteints dans les délais impartis. Mesure dans laquelle les extrants ont été et auraient pu être maximisés avec le montant donné de ressources (par des approches, des activités, des instruments de CT alternatifs au sein des extrants, en déplaçant les ressources entre les extrants, etc.). Mesure dans laquelle les coûts par extrant ont été et auraient pu être minimisés tout en réalisant les mêmes résultats. Mesure dans laquelle les coûts par résultat et la réalisation des indicateurs des extrants ont été suivis et pris en compte pour la prise de décision. En général : mesure dans laquelle les coûts par produit étaient appropriés au regard des résultats obtenus au niveau des produits (y compris une comparaison minutieuse avec des projets similaires dans des contextes similaires). Examen spécifique des hypothèses de résultat sélectionnées dans le chapitre sur l'efficacité. 	<p>Concept d'évaluation : L'analyse est basée sur l'approche « Follow the money » (Suivre l'argent) et suit les questions d'évaluation de l'annexe ; triangulation des méthodes et des sources</p> <p>Méthodes empiriques et sources de données :</p> <ul style="list-style-type: none"> Analyse de documents (y compris l'analyse des données quantitatives sur les coûts par extrant à l'aide de l'outil d'efficacité de la GIZ) : instruments ressources humaines par extrant 2023 ; rapport d'engagement des coûts du projet 2023 ; rapports d'avancement 2021 et 2022 (y compris la matrice des résultats) ; fiches d'actualisation des indicateurs 2021 et 2022 ; suivi 2020-2022 ; plan opérationnel 2023 ; données des projets de comparaison Entretiens semi-structurés : avec la direction du projet, l'administration et le personnel, les partenaires (MSHP). 	<p>La qualité des données est considérée comme bonne, il n'y a pas de limitations substantielles</p> <p>Qualité globale des données pour cette dimension de l'évaluation : Bonne</p>
Efficiency de l'affectation (Coûts / réalisation (<i>outcome</i>))	<ul style="list-style-type: none"> Mesure dans laquelle l'<i>outcome</i> (objectif du projet) a été et aurait pu être maximisé avec le montant donné de ressources (par des approches alternatives, des produits, des activités, des instruments de CT différents, le déplacement des ressources, l'adaptation du concept du projet, etc.). Mesure dans laquelle les coûts du projet ont été et auraient pu être minimisés tout en atteignant le même résultat Mesure dans laquelle le rapport résultats-ressources (coûts par rapport à la réalisation des indicateurs de l'objectif du module) ainsi que les alternatives ont été suivis et pris en compte dans la prise de décision. En général : mesure dans laquelle les coûts du projet étaient appropriés au regard des résultats obtenus aux niveaux <i>outcome</i> et impact (y compris les contributions des partenaires). Examen spécifique des hypothèses de résultat sélectionnées dans les chapitres sur l'efficacité et l'impact 	<p>Concept d'évaluation : Aucun concept spécifique n'a été appliqué. L'analyse suit les questions d'évaluation de l'annexe sur la base de l'outil d'efficacité de la GIZ ; triangulation des méthodes et des sources.</p> <p>Méthodes empiriques et sources de données :</p> <ul style="list-style-type: none"> Analyse de documents : rapport d'engagement des coûts du projet, rapports d'avancement 2021 et 2022 (y compris la matrice des résultats), fiches de mise à jour de l'avancement des indicateurs 2021 et 2022, données de suivi du projet 2020-2022, plan opérationnel 2023 Entretiens semi-structurés : avec la direction du projet, l'administration et le personnel, les partenaires. <p>Triangulation par des entretiens avec l'équipe du projet et les partenaires.</p>	<p>Limitation : les évaluateurs n'ont pas eu accès à des données de comparaison / d'étalonnage</p> <p>Qualité globale des données pour cette dimension de l'évaluation : Modérée</p>

4.7 Viabilité/durabilité

Cette section analyse et évalue la durabilité du projet. Elle est structurée selon les dimensions d'évaluation spécifiées par le BMZ (voir annexe).

Récapitulatif de l'évaluation et notation du critère de viabilité/durabilité

Tableau 21 : Notation du critère de viabilité/durabilité du CAD de l'OCDE

Critère	Dimension d'évaluation	Note et appréciation
Viabilité/durabilité	Capacités des bénéficiaires et des parties prenantes	15 points sur 20
	Contribution au développement de capacités durables	25 points sur 30
	Durabilité des résultats	40 points sur 50
Note et appréciation globales		Note : 80 points sur 100 Note : Niveau 2 : bon résultat

Le projet ProSanté II a produit des bénéfices durables au niveau des capacités et comportements des prestataires/intermédiaires et de leurs services, des utilisatrices des services de santé et de la situation financière de ces services (augmentation des recettes institutionnelles, économies de dépenses institutionnelles et individuelles).

Capacités des bénéficiaires et parties prenantes : au niveau des directions et divisions du MSHP, des DRS des régions de la Kara et Centrale ainsi que des USP, les ressources humaines semblent être en nombre suffisant et disposer des compétences requises pour bien s'acquitter de leur travail. Pour ce qui est des attitudes et comportements, tant au niveau individuel qu'à l'échelle de la société, les bénéficiaires directs et indirects affirment s'être approprié les enseignements acquis à travers les formations et la mise en œuvre pratique de l'approche de gestion de la qualité relevant de leurs responsabilités. Des prestataires et utilisateurs témoignent individuellement d'un changement d'habitudes dans l'exercice de leur travail.

La création d'associations de tantines dans les deux régions du projet contribue à ancrer la formation des acteurs clés dans la durée. Ces associations fonctionnent de manière autonome (elles sont autofinancées) et sont sollicitées par les partenaires.

Contribution au développement de capacités durables : au niveau culturel, des témoignages encourageants font état d'un changement d'esprit des leaders religieux qui, outre la fréquentation des services de santé pour les consultations de santé maternelle et infantile, déclarent désormais également soutenir la planification familiale, et ce même dans leurs lieux de culte respectifs. Des associations de femmes et d'hommes ayant recours aux méthodes de planification familiale font la promotion d'une culture de dialogue et de compréhension mutuelle dans les couples et témoignent d'une réduction des violences basées sur le genre.

Au niveau institutionnel, les capacités d'autofinancement des USP ont augmenté. Les contrôles et les contributions par la communauté à travers les COGES et les maires sont bien perçus et démontrent une efficacité certaine. Sur le plan national, l'un des aspects les plus remarquables et durables est la diminution de la dépendance vis-à-vis de l'extérieur avec l'augmentation des capacités d'autofinancement de l'INH.

Il apparaît toutefois nécessaire de poursuivre l'institutionnalisation de la politique de qualité dans l'environnement des services de santé 1) en introduisant l'AQS dans les institutions de formation des médecins, des sages-femmes et du personnel paramédical et 2) en cherchant des mécanismes pérennes de financement des activités d'AQS dans les USP et régions sanitaires.

Au total, la durabilité du projet est notée comme suit : Niveau 2 : bon résultat avec 80 points sur 100.

Analyse et évaluation de la viabilité/durabilité

Viabilité/durabilité – Dimension 1 : capacités des bénéficiaires et parties prenantes

Cette dimension évalue dans quelle mesure les bénéficiaires et les parties prenantes ont la capacité organisationnelle, les ressources propres, et la résilience nécessaires pour maintenir les résultats obtenus, et s'ils se sont suffisamment approprié les mesures du projet pour ce faire.

Comme c'était déjà le cas dans le module précédent de ProSanté (2017-2020), la stratégie de développement des capacités sert les trois niveaux du système de santé : national, régional et périphérique. Au niveau des directions et divisions du MSHP, des DRS Kara et Centrale ainsi que des USP, les ressources humaines en fonction semblent en nombre suffisant et adéquatement formées pour bien s'acquitter de leur travail. Les personnes rencontrées lors des interviews et des focus groups ont démontré posséder les capacités techniques et avoir la volonté nécessaires pour gérer et continuer les activités soutenues par le projet. Cependant au niveau de la DRS Centrale, une certaine vétusté du matériel informatique est à déplorer, qui rend l'équipe cadre dépendante du projet (Int 7, FCD 21, 25, 27, 29).

Les bénéficiaires indirects ont démontré leur savoir-faire en matière de sensibilisation de leurs pairs. Les témoignages éclairent la façon dont les associations (tantines, clubs de mères, pères champions) ont pu affiner leurs approches et messages envers les bénéficiaires finaux. Beaucoup de tantines ont fait état d'une amélioration de leurs capacités à subvenir à leurs besoins par des sources de revenus propres, p. ex. l'exercice d'un métier. Elles ont prouvé avoir acquis des capacités et s'être approprié les thèmes traités par les activités du projet, mais ont fait part de besoins de financement pour le suivi, les biens d'équipement et les consommables de planning familial qui vont rester à la charge des autorités et des PTF. La création d'associations de tantines dans les deux régions du projet (ATAREKAD et ATARECED) contribue à ancrer la formation des acteurs clés dans la durée. Ces associations fonctionnent de manière autonome (elles sont autofinancées) et sont sollicitées par les partenaires comme ADESCO, ATMS et COMINTES ainsi que les autorités territoriales (mairies) pour des actions de promotion de la santé (FGD 42, 43, 45, 51, 52). ATAREKAD est enregistrée dans le système d'information sur les districts sanitaires (DHIS2) où elle reporte ses activités de promotion de la santé (Int 7, 41). L'introduction d'approches d'épargne pour couvrir les frais médicaux dans les clubs de mères suscite l'enthousiasme des membres et assure la durabilité des groupes (FGD 48, 49, 50, 53, 54).

Toutes les personnes interviewées en individuel ou focus group (responsables du ministère de la Santé et des COGES, responsables des ONG et OSC, représentants de la communauté) ont fait état d'un bon niveau d'appropriation des enseignements tirés des activités de développement des capacités soutenues par le projet, et ont fait preuve de solides connaissances et de motivation dans leurs réponses aux questions des évaluateurs. C'est un bon résultat.

Cependant, il convient de se demander dans quelle mesure le secteur de la santé est équipé pour maintenir et améliorer les capacités du personnel au-delà de la durée du projet. Des personnes responsables au niveau du ministère, des directions régionales et des PTF ont souligné la nécessité d'institutionnaliser davantage l'approche qualité 1) en l'introduisant p. ex. dans les curricula des écoles de formation du personnel médical et paramédical et des sages-femmes et 2) en cherchant des mécanismes pérennes de financement des activités d'AQS dans les USP et régions sanitaires. Ce processus d'institutionnalisation demande des lignes budgétaires, des textes réglementaires et des protocoles d'accord sur la méthodologie. Cette question et d'éventuelles mesures pour sécuriser la durabilité doivent être traitées par le projet consécutif.

La dimension 1 du critère de viabilité/durabilité – Capacités des bénéficiaires et parties prenantes – obtient **15 points sur 20**.

Viabilité/durabilité – Dimension 2 : contribution au développement de capacités durables

Cette dimension évalue dans quelle mesure le projet a contribué à ce que les bénéficiaires et les parties prenantes aient la capacité, les ressources et la résilience nécessaires, et se soient suffisamment approprié les mesures du projet, pour maintenir les résultats obtenus au-delà de la durée du projet.

Au niveau des personnes, le développement des compétences s'est fait par le biais de formations techniques et administratives, de coaching et de supervisions. Un total de 620 prestataires, dont 460 dans la région de la Kara et 160 dans la région Centrale, ont été formés en SDSR dans les 110 centres de santé appuyés par le projet. Dans ce contexte, les 80% des participants étaient des femmes.

Au niveau institutionnel, l'accent a été mis sur le développement organisationnel et managérial des autorités de district et régionales. Les ONG ont été formées aux méthodologies de communication de masse et interpersonnelle ainsi qu'aux thèmes de la SDSR. Le ministère et ses autorités déconcentrées ont été soutenus dans leurs rôles de coordination, notamment pour la stratégie de qualité et pour le développement de synergies entre les donateurs.

Les investissements dans les capacités ont contribué à l'amélioration directe des performances du personnel, comme en témoignent l'amélioration et la réalisation des indicateurs du projet. Les investissements dans la formation peuvent perdurer dans le secteur de la santé, même si le personnel est affecté dans d'autres régions ou à d'autres fonctions. Cependant, les capacités du personnel doivent être maintenues au fil du temps, avec une supervision, un accompagnement et un soutien motivant à la charge des autorités togolaises.

En effet, il est ressorti des interviews et focus groups durant la mission d'évaluation que les parties prenantes intermédiaires (DSME, DSR Kara et Centrale, ONG) appuyées pour un développement organisationnel se sentent renforcées dans leurs capacités de management, de coordination et de mise en œuvre des programmes et projets. En lien avec les nécessités d'institutionnalisation mentionnées plus haut (dimension 1), cela a eu des effets positifs en ce qui concerne une gestion améliorée des services, mais la perte d'effectifs formés du fait d'une rotation du personnel ou de départs à la retraite (et, partant, la nécessité de former le personnel entrant) fait ressortir la nécessité de continuer les activités de formation et de coaching et les supervisions. Le financement de ces activités sur fonds propres est loin d'être acquis (Int 7, 10, 41 ; FGD 21, 27, 42, 43, 44, 45, 46, 47).

Des témoignages encourageants font état d'un changement d'esprit des leaders religieux qui, outre la fréquentation des services de santé pour les consultations de santé maternelle et infantile, déclarent désormais également soutenir la planification familiale, et ce même dans leurs lieux de culte respectifs (Int 13, 31, 32 ; FGD 40, 43). Des associations de femmes et d'hommes ayant recours aux méthodes de planification familiale font la promotion d'une culture de dialogue et de compréhension mutuelle dans les couples et témoignent d'une réduction des violences basées sur le genre. Les évaluateurs n'ont rien trouvé ou entendu au sujet d'une stratégie de sortie pour le projet dans les documents ou dans les entretiens. Au contraire, le projet consécutif dans le cadre du programme avec la KfW vise une extension à la région des Savanes d'une durée de trois ans. Durant cette période, le projet devra définir une stratégie de sortie et s'assurer que les conditions pour la durabilité sont renforcées.

La dimension 2 du critère de viabilité/durabilité – Contribution au développement de capacités durables – obtient **25 points sur 30**.

Viabilité/durabilité – Dimension 3 : durabilité des résultats

Cette dimension décrit la mesure dans laquelle les approches et les méthodes introduites sont appliquées indépendamment du soutien du projet/bailleur de fonds (ancrage dans le système du partenaire), p. ex. gestion de la qualité dans des USP et génération de ressources financières par les USP grâce aux services de qualité. Durant la période écoulée, il convient de souligner que le partenaire a fourni l'essentiel des contributions convenues : il a notamment mis à disposition du projet des cadres et des spécialistes pour le pilotage, la planification, la mise en œuvre et le suivi des activités aux différents niveaux du système de santé, ainsi que des locaux pour la DRS Kara et Centrale pour les activités du projet et les réunions. Pour la période de référence, la contribution des partenaires dans le cadre du projet s'élève à 200 813 EUR. La contribution des centres de santé est estimée à 47 579 EUR et représente la contribution propre aux investissements dans le cadre de la démarche qualité. Sur la durée totale du module, la contribution du partenaire s'élève à 444 710 EUR. La contribution propre des 110 centres de santé soutenus pour la mise en œuvre des plans d'amélioration s'élève à

176 021 EUR sur la durée totale du module (GIZ-ProSanté (2024)). Outre l'aspect financier, cela prouve l'engagement des partenaires et leur appropriation des activités du projet. Il est ressorti des interviews et des focus groups durant l'évaluation que cet engagement, bien qu'encore insuffisant, se poursuivra vraisemblablement au-delà de la durée du projet.



Pour mieux apprécier les besoins de financement (p. ex de l'approche qualité à long terme) et estimer la part revenant à la partie nationale et, le cas échéant, aux PTF, une étude commanditée par le projet a estimé la somme annuelle à 750 000 EUR. L'effort de garantir ce financement à l'avenir sur des ressources domestiques semble loin d'être acquis.

L'appui à l'Institut national d'hygiène et à son antenne de Kara contribue à l'autonomie financière de l'institut. Les demandeurs individuels de ces services et les formations sanitaires de la région y gagnent également, puisqu'ils n'ont plus à se rendre à Lomé (gains de temps et d'argent). De plus, cet appui a permis de réduire la dépendance de l'INH vis-à-vis de l'étranger pour l'étalonnage des échantillons, ce qui se traduit par des économies considérables pour l'État togolais (Int 16, 41).

Des compléments de travaux qui dépassent les moyens des COGES sont souvent demandés au projet, mais sont à résoudre à travers les programmes d'infrastructures et équipements de la KfW et de la Banque mondiale : clôtures, extensions ou rénovation de bâtiments ou construction de nouvelles maternités là où les capacités d'accueil sont dépassées ou les standards de confort pour les clientes non atteints.

La dimension 3 du critère de viabilité/durabilité – Durabilité des résultats – obtient **40 points sur 50**.

Méthodologie d'évaluation de la viabilité/durabilité

Tableau 22 : Matrice d'évaluation pour le critère de durabilité du CAD de l'OCDE

Durabilité/viabilité : dimensions d'évaluation	Base d'évaluation	Concept d'évaluation, méthodes empiriques et sources de données	Qualité des données et limitations
Capacités des bénéficiaires et des parties prenantes	<ul style="list-style-type: none"> Mesure dans laquelle les bénéficiaires et les parties prenantes ont la capacité organisationnelle, les ressources propres, et la résilience nécessaires, et se sont suffisamment approprié les activités du projet, pour maintenir les résultats obtenus, p. ex. dans le domaine de la gestion de la qualité des soins : Structures centrales du MSHP pour les capacités de pilotage Directions régionales de santé appuyées par le projet pour la gestion de la qualité Antenne de l'INH à Kara Unités de soins périphériques (USP) pour la gestion financière 	<p>Concept d'évaluation : L'analyse suit les questions analytiques de la matrice d'évaluation (voir annexe) ; triangulation des méthodes et des sources</p> <p>Méthodes empiriques et sources de données :</p> <ul style="list-style-type: none"> Analyse de documents et analyse de données : proposition de projet 2020, rapports d'avancement du projet 1, 2 et final (2024), données de suivi du projet 2021-2023. Entretiens semi-structurés : avec l'équipe de projet, le département sectoriel de la GLZ, les donateurs et le groupe cible direct. 	<ul style="list-style-type: none"> Les entretiens peuvent donner une image biaisée ; l'évaluation doit s'appuyer sur les perceptions des personnes interrogées et ne peut pas procéder à des évaluations solides des capacités. <p>Qualité globale des données pour cette dimension de l'évaluation : Modérée</p>
Contribution au développement de capacités durables	<ul style="list-style-type: none"> Mesure dans laquelle le projet a contribué à ce que les bénéficiaires et les parties prenantes aient la capacité, les ressources et la résilience nécessaires, et se soient suffisamment approprié les activités du projet, pour maintenir les résultats obtenus au fil du temps. Mesure dans laquelle les associations (tantines, clubs de mères, pères champions) ont pu affiner leurs approches et messages envers les bénéficiaires finaux. Mesure dans laquelle les parties prenantes intermédiaires (DSME, DSR Kara et Centrale, ONG), appuyées pour le développement organisationnel, se sentent renforcées dans leurs capacités de management, de coordination et de mise en œuvre des programmes et projets. 	<p>Concept d'évaluation : Aucun modèle d'évaluation spécifique n'a été appliqué ; l'analyse suit les questions d'évaluation de l'annexe. Triangulation des méthodes et des sources.</p> <p>Méthodes empiriques et sources de données :</p> <ul style="list-style-type: none"> Analyse de documents et analyse de données secondaires : proposition de projet 2020, rapports d'avancement du projet 2021 et 2022, données de suivi du projet 2021-2023, rapports d'étape et final de GFA (Kara et Centrale). Entretiens semi-structurés : avec l'équipe de projet, les directions DSME et DSR, des ONG et OSC ainsi que des COGES, et des groupes et associations (tantines, clubs de mères, pères champions) 	<p>Qualité globale des données pour cette dimension de l'évaluation : Modérée</p>
Durabilité des résultats	Mesure dans laquelle les approches et les méthodes introduites sont appliquées indépendamment du soutien du projet/bailleur de fonds (ancrage dans le système du partenaire), p. ex. gestion de la qualité dans des USP non appuyées par le projet ; génération de ressources financières par les USP grâce aux services de qualité.	<p>Concept d'évaluation : Pronostic de la durabilité des résultats obtenus en tenant compte des risques et des facteurs externes.</p> <p>Méthodes empiriques et sources de données :</p> <ul style="list-style-type: none"> Analyse de documents (stratégie de développement des capacités, rapports d'avancement, évaluation d'impact, rapports sur des axes de travail spécifiques, politiques et stratégies sectorielles) Entretiens semi-structurés : avec l'équipe de projet, le département sectoriel de la GLZ, les donateurs et le groupe cible direct. 	<p>Qualité globale des données pour cette dimension de l'évaluation : Modérée</p>

4.8 Résultats clés et appréciation globale

L'introduction de l'approche de gestion de la qualité s'est révélée être un point d'ancrage fondamental pour l'amélioration du système de santé, y compris la SRDS, et pour l'introduction de l'assurance maladie universelle (AMU) qui a besoin de services de santé mutualisables répondant aux normes et critères de qualité. Au-delà du nexus mère-enfant, l'amélioration de la qualité des services et soins de santé est important pour l'extension des programmes spécifiques, comme dans les domaines de la nutrition, et pour la pérennisation des stratégies verticales comme celles du Fonds mondial de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme ou encore de Gavi Alliance pour le programme des vaccinations, qui ont besoin d'un système de santé renforcé.

Les campagnes d'information sur les SDSR rencontrent un vrai succès auprès des populations cibles et sont appuyées par les autorités administratives, traditionnelles et désormais aussi les religieux.

La plus grande autonomie financière des USP gérées par les COGES qui investissent dans l'accueil, la propreté et l'entretien des formations sanitaires, quoiqu'encore améliorables, produit déjà un engagement de la communauté avec des résultats visibles.

Des compléments de travaux qui dépassent les moyens des COGES sont demandés au projet, mais sont à résoudre dans les programmes d'infrastructures et équipements de la KfW et de la Banque mondiale : clôtures, extensions ou rénovation de bâtiments ou construction de nouvelles maternités là où les capacités d'accueil sont dépassées ou les standards de confort pour les clientes non atteints.

Les bénéficiaires indirects que sont les femmes et les filles exposées au risque de grossesses non désirées ou précoces expriment, souvent en présence de leurs maris ou partenaires, un certain enthousiasme et une fierté liée à un sentiment d'autonomie. La possibilité de maîtriser sa fécondité et de prendre les décisions en couple est particulièrement soulignée. Bien que l'on constate une diminution de la violence basée sur le genre et un certain apaisement des relations de couple, des désidérata sont exprimés concernant les coûts de certains actes ou procédures toujours ressentis comme trop élevés.

Photo 5 : Entrée d'un centre médico-social avec panneau indicateur (source/© : Cornelius Oepen 2024).



Tableau 23 : Appréciation globale des critères du CAD de l'OCDE et des dimensions d'évaluation associées

Critères	Dimensions d'évaluation	Note max.	Note attribuée	Total (max.100)	Appréciation
Pertinence	Conformité aux politiques et priorités	30	30	100	Niveau 1 : très bon résultat
	Conformité aux besoins et capacités des bénéficiaires et parties pre-nantes	30	30		
	Pertinence du concept*	20	20		
	Adaptabilité – adaptation au change-ment	20	20		
Cohérence	Cohérence interne	50	50	95	Niveau 1 : très bon résultat
	Cohérence externe	50	45		
Efficacité	Atteinte des objectifs (prévus)	30	28	90	Niveau 2 : bon ré-sultat
	Contribution à l'atteinte des objectifs	30	27		
	Qualité de la mise en œuvre	20	20		
	Résultats imprévus	20	15		
Impact	Résultats de développement (pré-vus) de niveau supérieur	30	20	80	Niveau 3 : résultat satisfaisant
	Contribution aux résultats de déve-loppement (prévus) de niveau supé-rieur	40	30		
	Contribution aux résultats de déve-loppement (imprévus) de niveau su-périeur	30	30		
Efficience	Efficience de la production	70	65	92	Niveau 1 : très bon résultat
	Efficience de l'affectation	30	27		
Viabilité/durabilité	Capacités des bénéficiaires et par-ties prenantes	20	15	80	Niveau 3 : résultat satisfaisant
	Contribution au développement de capacités durables	30	25		
	Durabilité des résultats	50	40		
Note moyenne et appréciation globale		100	90		Niveau 2 : bon résultat

Tableau 24 : 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
<p><u>Note globale</u> : Les critères d'efficacité, d'impact et de viabilité/durabilité sont des critères éliminatoires. Lorsque leur score est égal ou inférieur à 4, le projet obtient un score de 4 (résultat plutôt insatisfaisant) même si la moyenne globale équivaut à un score supérieur.</p>	

5 Conclusions et recommandations

5.1 Principales conclusions et facteurs de réussite et d'échec

Du point de vue du partenaire et des bénéficiaires directs, c'est un satisfecit général qui est exprimé : les résultats escomptés ont été atteints et les hypothèses de résultat et d'impact ont été en grande partie confirmées. Dans la zone appuyée par le projet, la qualité des services de santé est largement perçue comme meilleure, ce qui se traduit par une utilisation augmentée surtout des services liés à la grossesse et à la planification familiale. La satisfaction des patients, qui était déjà grande, a augmenté sans toutefois atteindre le niveau escompté. Au-delà des régions appuyées, le projet a contribué à augmenter la résilience du système de santé envers les menaces liées aux épidémies (voire aux pandémies) émergentes et envers les risques liés au changement climatique.

Concernant la planification, la mise en œuvre, la gestion et le pilotage du projet, ProSanté II répond aux plus hauts standards de la coopération technique allemande.

Facteurs de réussite

La réalisation d'un projet est un défi qui intègre divers éléments cruciaux pour son succès. Dans le cadre du projet ProSanté, ces facteurs de réussite ou d'échec dépendent de la qualité de mise en œuvre : la motivation de l'équipe du projet, la gestion rigoureuse et transparente des finances, le suivi/évaluation des activités et des indicateurs, la flexibilité organisationnelle pour réagir aux changements et la disponibilité d'une direction accessible et rassurante. Ces mêmes facteurs sont valables pour les partenaires politiques et de mise en œuvre, et pour la coopération bi- et multilatérale.

Internes

Le projet est mis en œuvre par une équipe hautement motivée, composée de spécialistes nationaux et internationaux sélectionnés selon des critères de compétences et répondant à des profils bien définis, aux responsabilités clairement établies dans un organigramme adapté. Le bureau d'études GFA, recruté pour la mise en

œuvre des activités dans les régions de la Kara et Centrale, répond aux mêmes critères et est bien intégré dans l'équipe GIZ. Ces critères sont aussi valables pour les ONG et les OSC contractualisées pour des activités spécifiques relevant de leurs compétences.

La gestion des finances du projet suit les règles de la GIZ et est opérée par le spécialiste d'un cluster externe au projet, mais sous la responsabilité du bureau pays de la GIZ. Le suivi des plans annuels opérationnels et le monitoring des indicateurs sont confiés à une spécialiste qui travaille en étroite collaboration avec la personne point focal du ministère et des partenaires opérationnels de mise en œuvre du système de santé. La GIZ est une entité dotée de possibilités organisationnelles et de mécanismes financiers qui permettent de réagir aux changements et défis imprévus comme la Covid-19. Ces mécanismes ont été mis à l'épreuve, mais ont permis d'adapter avec succès la planification du projet, son budget et ses indicateurs ainsi que les instruments de mise en œuvre (personnel, contrats de financement, etc.). La direction du projet a changé en cours de module, ce qui a constitué un défi pour l'équipe et les partenaires du projet privés d'un interlocuteur. Heureusement une responsable de composante expérimentée, membre de l'équipe, a finalement assuré l'intérim puis régularisé sa position, mais le processus a tout de même duré un an.

Cette motivation à tous les niveaux du projet, associée à un esprit d'équipe entretenu aussi sur le plan social, a certainement été l'élément clé de la réussite du projet surtout dans un contexte marqué par l'adversité (Covid-19) et les défis d'adaptation (de la manière de travailler avec la conversion au télétravail).

Externes

Le projet est mis en œuvre sous la responsabilité du Togo avec le ministère de la Planification du développement et de la Coopération (MPDC) comme partenaire politique, et le ministère de la Santé et de l'Hygiène publique (MSHP) comme partenaire de mise en œuvre. Ces partenaires, surtout le MSHP, font preuve d'une grande motivation et d'une réelle volonté de s'approprier les mesures du projet qui se manifestent à tous les niveaux du système de santé. La politique de décentralisation administrative est un facteur positif, car elle permet la responsabilisation des autorités locales pour la mise en œuvre du projet avec des mécanismes de redevabilité aux populations. La prise en charge des coûts liés à la grossesse et à l'accouchement (programme « WEZOU »), de même que l'introduction de l'assurance médicale universelle (AMU) par le gouvernement togolais, attestent de l'augmentation du budget de la santé, même s'il reste en deçà des engagements politiques pris dans le cadre de la déclaration d'Abuja.

La cohérence externe du projet avec les politiques et programmes internationaux et globaux en matière de santé et avec les partenaires techniques et financiers est aussi un facteur de succès. L'Allemagne est le plus important partenaire bilatéral du Togo. La bonne collaboration avec l'ICN du Fonds mondial, qui a notamment conduit à l'extension de l'approche qualité à une autre région, en témoigne.

Il ressort des interviews que les communautés se sont bien approprié le projet à travers les COGES, les élus locaux, les chefs traditionnels et les bénéficiaires. Le renforcement institutionnel de l'approche des tantines, avec la création des associations ATAREKAD et ATARECED et leur appui, offre un cadre défini à la sensibilisation sur les thèmes de SDR et la dynamise.

Facteurs d'échec

Aucun facteur d'échec interne ou externe important n'a pu être décelé par les évaluateurs. Le projet est unanimement considéré comme un succès.

Conclusions relatives à l'Agenda 2030

Cette section répond à la question suivante : dans quelle mesure l'intervention contribue-t-elle à la mise en œuvre des principes de l'Agenda 2030 pour le développement durable ?

Les enseignements pertinents pour le projet ProSanté II sont les suivants :

- ODD 1 « Mettre fin à la pauvreté » : deux ménages sur trois de la population cible pour l'amélioration de la

qualité des services de santé de base sont considérés comme pauvres. Au sein de la région cible, les interventions visent en particulier les femmes en âge de procréer (femmes âgées de 15 à 49 ans, soit 25 % de la population de la région cible).

- ODD 3 « Santé et bien-être » et particulièrement les cibles 3.1 « Réduire la mortalité maternelle », 3.2 « Réduire la mortalité néonatale et infantile », 3.7 « Accès aux services de santé, y compris le planning familial », 3c « Recrutement, développement, formation et emploi du personnel de santé », 3d « Renforcement des capacités dans la gestion des risques sanitaires nationaux et mondiaux ». En améliorant la qualité et l'utilisation des services de santé de base, notamment en matière de santé sexuelle et reproductive comme le planning familial, le projet renforce des éléments importants du système de santé et contribue à la réduction de la mortalité maternelle et de la mortalité néonatale. Le projet améliore l'accès aux services de santé publique, en particulier pour les femmes et les enfants vulnérables. Il contribue ainsi à ce que les femmes puissent faire valoir leur droit à la santé reproductive. Le projet met l'accent sur la liberté de décision des femmes, par exemple dans le choix de leur méthode contraceptive.
- ODD 5 « Égalité entre les sexes » et en particulier la cible 5.6 « Accès universel aux services de santé génésique ». L'égalité des sexes est un objectif secondaire important du projet. L'amélioration des services d'accouchement et de planification familiale réduit les désavantages spécifiques à la santé des femmes et des jeunes filles en raison des risques liés à une grossesse non désirée ou trop précoce ainsi que lors de l'accouchement. Les risques sociaux, tels que le manque d'acceptation du planning familial, sont pris en compte dans la conception du projet et sont traités par des mesures ciblées comme des mesures de plaidoyer et de sensibilisation (*output* 2). L'intégration de l'approche genre dans le contenu des formations continues sur la gestion de la qualité et sur les soins et droits sexuels et de reproduction contribue également à l'égalité des sexes (indicateur d'*output* 1.2). Les femmes en âge de procréer sont informées de leurs droits en matière de reproduction et de sexualité, et des mesures sont élaborées pour que les victimes de violences basées sur le genre soient soutenues.
- ODD 13 « Adaptation au changement climatique ». L'adaptation au changement climatique est un objectif secondaire du projet (*output* 3). En se basant sur les résultats obtenus grâce à l'analyse de la vulnérabilité et la stratégie sectorielle d'adaptation élaborées dans le module précédent, le projet conseille sur la mise en œuvre des mesures d'adaptation et contribue ainsi à l'augmentation de la capacité d'adaptation au niveau du système et de la population. L'élaboration d'une note conceptuelle de lutte contre les effets néfastes du changement climatique sur la santé et sa soumission au financement par le Fonds vert pour le climat en est l'aboutissement.

Le projet a permis de créer un cadre de redevabilité aux populations et contribue ainsi à l'amélioration de la bonne gouvernance. À travers l'approche qualité, les services de santé avec leurs COGES rendent régulièrement des comptes aux administrations et à la communauté s'agissant de leurs performances et résultats. Dans les USP, ils affichent les informations nécessaires (horaires, prix des prestations, organisation des services et graphiques sur l'évolution des résultats).

Le projet a permis d'inclure de façon appropriée et ciblée des groupes et des bénéficiaires particulièrement défavorisés ou vulnérables : il est fait attention aux populations éloignées ou mobiles (p. ex. nomades) et à la participation des personnes handicapées p. ex. aux campagnes de sensibilisation. Au moment de la Covid-19, le projet a temporairement assuré la prise en charge nutritionnelle de prisonniers à Lomé, car leurs parents étaient frappés par les restrictions de mouvement et de contact.

5.2 Recommandations

Les recommandations suivantes peuvent servir au projet consécutif qui a effectivement commencé début 2024. :

À l'adresse de la GIZ :

- Les indicateurs d'impact du programme SDSR avec la KfW sur les mortalités maternelle et néonatale seront disponibles seulement après la prochaine Étude démographique et de santé (EDS), donc au plus tôt à la fin du projet consécutif ProSanté III en 2026. Par contre, les indicateurs relatifs à la létalité obstétricale directe et aux intervalles génésiques sont déjà suivis par le système national d'information sanitaire par districts sanitaires avec l'instrument DHIS2. Ces deux indicateurs peuvent servir de « proxy » pour estimer l'évolution des mortalités et peuvent donner des informations sur l'attribution des résultats selon les zones d'appui. Cette recommandation a été approuvée par les représentants du MSHP et de la KfW.
- Pour pérenniser l'approche qualité en tant que partie intégrante du système de santé, il est crucial de sécuriser le financement des activités et des ressources humaines nécessaires. Une étude commanditée par le projet a produit des options sur les montants et les conditions nécessaires. Il est recommandé de poursuivre la recherche de solutions appropriées avec le ministère, les PTF et surtout les communautés, et au besoin de tester des options par des recherches opérationnelles.
- Le module de projet consécutif dans le cadre du programme commun avec la KfW vise l'extension des activités à la région des Savanes. Durant cette période, le projet devrait définir une stratégie de sortie et s'assurer que les conditions pour la durabilité soient renforcées.

À l'adresse du MSHP :

- L'introduction de l'approche de gestion de la qualité s'est révélée être un point d'ancrage fondamental pour l'amélioration du système de santé au Togo. Il est donc recommandé de continuer son institutionnalisation sur le territoire avec l'extension à tous les centres de santé et districts sanitaires, mais aussi à tous les niveaux de la hiérarchie du MSHP. Il a été explicitement suggéré que même les directions régionales et centrales du ministère devraient aussi être soumises à ces exercices.
- Dans le même ordre d'idées, il est recommandé que l'approche qualité soit introduite dans les curricula des écoles de formation des professions médicales et paramédicales afin d'ancrer les principes et méthodes de l'assurance qualité dans les bonnes habitudes du personnel formé. Cela nécessiterait une collaboration avec les ministères chargés de l'enseignement supérieur et de la formation professionnelle.

À l'adresse du MSHP et de ses partenaires techniques et financiers :

- Dans le chapitre sur la cohérence, il a été mentionné que les mécanismes de coordination entre PTF et entre PTF et MSHP avaient connu des interruptions dues à des facteurs divers comme des changements d'interlocuteurs au niveau des organisations ou encore les perturbations liées à la Covid-19. À la suite des élections parlementaires couplées avec les élections régionales de fin avril, on peut s'attendre à des remaniements de postes susceptibles de concerner des personnes participant activement à la coopération avec les partenaires et à l'arrivée de nouveaux responsables. On peut alors craindre une perte de savoir et d'information mutuelle sur les projets, les interactions entre eux et les besoins de maximisation des synergies. Il est recommandé au MSHP de reprendre et d'intensifier les réunions de concertation et de coordination.
- La demande de financement de la lutte contre les effets néfastes du changement climatique du Togo, soumise avec l'appui du projet au Fonds vert pour le climat, est en voie de traitement et devrait conduire à un contrat de mise en œuvre. Cela demande une approche multisectorielle impliquant, outre la GIZ, l'ensemble des PTF. Il est recommandé de renforcer la *task force* déjà existante et d'accélérer la mise en œuvre en poursuivant sur la lancée de la phase écoulée du projet.

Références

Note : En raison de la protection des sources et de la protection des données, les interviews ne sont pas détaillés ici en tant que sources. Une vue d'ensemble du nombre et du type d'interviews et d'enquêtes réalisés figure au chapitre 3.

Documents de projet de la GIZ

GIZ-ProSanté (2020) : Modulvorschlag « Gesundheitssystemstärkung – Sexuelle und Reproduktive Gesundheit und Rechte in Togo » ; Projektnummer 2019.2343.2

GIZ-ProSanté (2021a) : Änderungsvorschlag für die Maßnahme « Gesundheitssystemstärkung – Sexuelle und Reproduktive Gesundheit und Rechte in Togo » (inkl. Wirkungsmatrix) ; Projektnummer 2019.2343.2

GIZ-ProSanté (2023a) : ProSanté II - Modèle des résultats

GIZ-ProSanté (2021b) : Evaluation centrale de projet « Renforcement du système sanitaire – Santé reproductive et droits sexuels (ProSanté), Togo : Rapport d'évaluation ; Numéro de projet 2016.2143.2

GIZ-ProSanté (2023b) : Plans d'action opérationnelle Région Kara, Région Centrale et Lomé

GIZ-ProSanté (2021c) : Rapport d'avancement du projet « ProSanté II » Nr 1

GIZ-ProSanté (2022) : Rapport d'avancement du projet « ProSanté II » Nr 2

GIZ-ProSanté(2024) : Rapport d'avancement du projet « ProSanté II » Nr 3 (Schlussbericht)

GIZ-KfW (2021) : Berichterstattung zum Programm Gesundheitssystemstärkung – Sexuelle und Reproduktive Gesundheit und Rechte in Togo

GIZ-KfW (2022) : Berichterstattung zum Programm Gesundheitssystemstärkung – Sexuelle und Reproduktive Gesundheit und Rechte in Togo

GIZ-ProSanté (2023c) : Carte des acteurs du ProSanté

GIZ-ProSanté (2021d) : Stratégie de renforcement des capacités (RC) du ProSanté

GIZ-ProSanté (2019) : Analyse de genre pour le projet de renforcement du système sanitaire – santé reproductive et droits sexuels au Togo

GIZ-ProSanté (2015) : Results of the in-depth environmental and climate assessment PN 19.2343.2

GIZ ProSanté (2023d) : Rapport Stratégies de pérennisation des acquis de la gestion de la qualité dans la région de Kara

Autres documents de la GIZ

GIZ (2007) : *Peace and Conflict Assessment (PCA). Ein methodischer Rahmen zur konflikt- und friedensbezogenen Ausrichtung von EZ-Maßnahmen*, Eschborn : Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH.

GIZ (2013) : *Guide de la mise en place et de l'utilisation d'un système de suivi axé sur les résultats (système de SAR)*, Eschborn : Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH, [en ligne] : www.oecd.org/dac/gender-development/GIZ-système-suivi-résultats-sensible-genre.pdf [22.03.2024].

GIZ (2014) : Indicateurs. Document d'appui, Eschborn : Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH, document non publié.

GIZ (2015a) : *Le modèle de résultats de la GIZ. Document d'appui*, Eschborn, Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH, document non publié.

GIZ (2015b) : *Knowing What Works: Capturing Results Using Contribution Analyses*, Eschborn: Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH, document non publié.

GIZ (2018a) : *Évaluations centrales des projets. Guide de mise en œuvre*, Eschborn: Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH, document non publié.

GIZ (2020) : *Report Writing Guidelines for GIZ Central Project Evaluations*, Eschborn/Bonn: Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH, document non publié.

Autres références

Bond, B. Befani et M. O'Donnell (2016) : *Choosing Appropriate Evaluation Methods Tool*, Bond [en ligne] <https://www.cecan.ac.uk/news/choosing-appropriate-evaluation-methods-a-tool-for-assessment-and-selection-version-two/> [22.03.2024].

Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) (2021): Grundsätze der Evaluierung. Evaluierungskriterien für die deutsche bilaterale Entwicklungszusammenarbeit. Orientierungslinien des BMZ, BMZ, [online] <https://www.bmz.de/resource/blob/92894/3e098f9f4a3c871b9e7123bbef1745fe/evaluierungskriterien-data.pdf> [22.03.2024].

Collaborative for Development Action, Inc. (CDA) (2004) : *Ne pas nuire : le manuel. Matrice analytique de l'impact de l'aide sur un conflit*, Cambridge, MA : CDA, pp. 13-14 [en ligne] www.cdacollaborative.org/wp-content/uploads/2016/02/Ne-Pas-Nuire-Le-Manuel.pdf [22.03.2024].

Organisation de coopération et de développement économiques, OCDE (pas de date) : *Critères du CAD pour l'évaluation de l'aide au développement*, OCDE [en ligne] <https://www.oecd.org/fr/cad/evaluation/criteres-cad-evaluation.htm> [22.03.24].

Groupe des Nations unies pour l'évaluation, GNUE (2011) : *Intégrer les droits de l'homme et l'égalité des sexes aux évaluations*, New York : GNUE [en ligne] www.uneval.org/document/download/1380 [22.03.2024]

Groupe de la Banque mondiale (2020) : *Rapport sur la Situation Economique du Togo « Dynamiser l'Investissement Prive Pour Plus de Croissance et d'Emploi »*, version officielle 2020 [en ligne] <https://documents.banquemondiale.org/fr/publication/documents-reports/documentdetail/329991599079506564/rapport-sur-la-situation-economique-du-togo-dynamiser-l-investissement-prive-pour-plus-de-croissance-et-d-emploi> [22.03.24].

République Togolaise : Feuille de route gouvernementale Togo 2025 ; Octobre 2020 [en ligne] <https://presidence.gouv.tg/feuille-de-route-gouvernementale-togo-2025/> [23.03.2024].

Ministère de la Promotion de l'Investissement du Togo : *YEARBOOK Rapport économique Togo 2022-2023, Vision Togo 2030* [en ligne] chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclclefindmkaj/https://investissement.gouv.tg/wp-content/uploads/2022/08/Rapport-Economique-YEARBOOK-TOGO-2022-2023.pdf [22.03.24].

USAID : *Togo – Feuille de route pour l'année fiscale 2024* [en ligne] chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclclefindmkaj/https://roadmaps.usaid.gov/docs/roadmaps/USAID_FY_2024_Togo_Country_Road-map_fr_US.pdf [22.03.24].

OECD / Club du Sahel : *Preparing for the future – A vision of West Africa in the year 2020, West Africa Long-Term Perspective Study*, Paris 1998 [en ligne] https://www.oecd-ilibrary.org/development/preparing-for-the-future-a-vision-of-west-africa-in-the-year-2020_9789264174320-en [22.03.2024].

Unicef (2023) : Country Office Annual Report 2023

Union Européenne (2022): Document Conjoint de Programmation (DCP) sur la période 2021-2027 de l'Union européenne et de ses Etats membres présents au Togo (Allemagne et France)

République Togolaise (2018) : Plan national de développement 2018-2022 (PND)

République Togolaise (2023a) : Politique Nationale de Santé – Horizon 2030 (PNS)

République Togolaise (2023b) : Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2023-2027

République Togolaise (2019a) : Politique Nationale de Qualité des Services de Santé du Togo

République Togolaise (2019b) : Plan stratégique de mise en œuvre de la Politique Nationale d'Amélioration de la Qualité des Services de Santé du Togo 2020-2022

République Togolaise (2015) : Politique Nationale des Interventions à Base Communautaire (IBC)

République Togolaise (2020) : Plan National d'Adaptation du Secteur de la Santé aux Changements Climatiques (PNAS)

République Togolaise (2021a) : Décret N° 2021-87/PR portant création du programme national d'accompagnement de la femme enceinte et du nouveau-né (WEZOU)

République Togolaise (2021b) : Mission d'appui à la mise en œuvre du projet Services de Santé Essentiels de Qualité pour une Couverture Sanitaire Universelle (SSEQCU)

République Togolaise (2023c) : 5ème Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH-5) « Résultats définitifs du RGPH-5 de Novembre 2022 »

GFAPU-LSTM (2021a) : Etude Randomisée en grappes avec permutations séquentielles pour évaluer l'efficacité de l'audit basé sur les normes et la formation des prestataires de soins sur la disponibilité et la qualité des soins prénatals et postnatals au Togo

GFAPU-LSTM (2021b) : Etude visant à mesurer la perception des femmes des soins de maternité respectueux pendant et après la grossesse (soins prénatals et postnatals) dans les formations sanitaires publiques de Lomé, au Togo

Annexe : Critères d'évaluation, dimensions et questions

Pertinence

Critère de pertinence du CAD de l'OCDE – L'intervention fait-elle ce qu'il faut ?				
Le critère de pertinence s'intéresse au concept de l'intervention. Il évalue la pertinence des objectifs et du concept d'un projet de développement au regard des exigences, des besoins, des priorités et des politiques (au niveau global/national/institutionnel) des bénéficiaires et parties prenantes, qu'il s'agisse d'individus, de groupes d'individus, d'organisations ou de partenaires de développement. Il examine également la capacité du concept du projet à s'adapter à un changement de circonstances. La pertinence est évaluée 1) par rapport au moment du concept de l'intervention ¹ et 2) depuis une perspective actuelle ² .				
Dimensions de l'évaluation de la durabilité	Type de question	Application dans cette évaluation	Questions d'évaluation	Précisions
Conformité aux politiques et priorités	BMZ standard	Obligatoire	Dans quelle mesure les objectifs de l'intervention sont-ils en phase avec les politiques et priorités (de portée mondiale, régionale ou nationale) du BMZ et des bénéficiaires, parties prenantes et autres partenaires (de développement) ? Dans quelle mesure tiennent-ils compte de l'environnement institutionnel et politique pertinent ?	<ul style="list-style-type: none"> • Adéquation aux stratégies pays et concepts sectoriels du BMZ • Adéquation au cadre stratégique de référence du projet (par ex., 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 ; dans le cas de projets bilatéraux, notamment de stratégies de partenariat, cadres d'analyse internes tels que le système Sauvegardes+genre⁴) • Adéquation du concept du projet aux objectifs (nationaux) de l'Agenda 2030 • Contribution du projet à certains Objectifs de développement durable (ODD) • Hiérarchisation claire des différentes politiques et priorités (notamment en cas de contradictions) • Pour les projets globaux et sectoriels, veuillez utiliser la fiche d'information du CPE sur SV / GV
	Sensibilité au contexte et aux conflits (fragilité)	<i>Veuillez choisir un élément</i>	Dans quelle mesure le contexte (conflictuel) du projet a-t-il été adéquatement analysé et pris en compte dans le concept du projet ?	• Documents clés : évaluation intégrée des incidences sur les conflits et la paix (matrice PCA, colonne I), documents Sauvegarde sur la sensibilité au contexte et aux conflits
Conformité aux besoins et capacités des bénéficiaires et parties prenantes	BMZ standard	Obligatoire	Dans quelle mesure les objectifs du projet sont-ils en phase avec les besoins et capacités des bénéficiaires et parties prenantes impliqués (individus, groupes et organisations) en matière de développement ?	• Prise en compte des parties prenantes de type acteurs de la société civile et du secteur privé dans le concept du projet
	Sensibilité au contexte et aux conflits (fragilité)	<i>Veuillez choisir un élément</i>	Comment les facteurs de désescalade/d'union ⁵ et les facteurs d'escalade/de division ⁶ / des besoins liés à la paix et aux droits humains propres au contexte ont-ils été identifiés et pris en compte dans le concept du projet (veuillez énumérer ces facteurs) ? ⁷	• Par ex., voir colonnes I et II et IV de la matrice PCA d'évaluation (intégrée) des incidences sur les conflits et la paix
	Sensibilité au contexte et aux conflits (fragilité)	<i>Veuillez choisir un élément</i>	Dans quelle mesure les risques (sécuritaires) potentiels pour le personnel (de la GIZ), les partenaires, les groupes cibles/bénéficiaires finaux ont-ils été identifiés et pris en compte ?	
	BMZ standard	Obligatoire	Dans quelle mesure les objectifs de l'intervention ciblent-ils les besoins et capacités des bénéficiaires et parties prenantes (individus, groupes et organisations) particulièrement défavorisés et vulnérables ? S'agissant des groupes, est-il possible de les ventiler par âge, niveau de revenu, genre, origine ethnique, etc. ?	<ul style="list-style-type: none"> • Ciblage des groupes particulièrement défavorisés (au sens de l'approche « Ne laisser personne de côté ») • Prise en compte des opportunités éventuelles liées aux problématiques de genre et de droits humains • Prise en compte des risques identifiés

	Pertinence du concept³	BMZ standard	Obligatoire	Dans quelle mesure le concept du projet est-il adapté et réaliste (d'un point de vue technique, organisationnel et financier) ?	<ul style="list-style-type: none"> • Réalisme de l'objectif du projet dans la perspective actuelle et au regard des ressources disponibles (temps, finances, capacités des partenaires) • Prise en compte d'une possible évolution des conditions-cadres • Gestion de la complexité des conditions-cadres/cadres stratégiques de référence et des éventuels problèmes de surcharge • Ciblage stratégique
		BMZ standard	Obligatoire	Dans quelle mesure le concept du projet est-il suffisamment précis et réaliste (en termes de vérifiabilité et de traçabilité du système des objectifs et hypothèses sous-jacentes) ?	Évaluation du modèle de résultats (actuel) et des hypothèses de résultat (théorie du changement) de la logique de projet effective : <ul style="list-style-type: none"> • Adéquation des activités, instruments et extrants aux objectifs à atteindre par le projet • Vraisemblance des hypothèses de résultat sous-jacentes • Définition claire et vraisemblance des limites systémiques établies (sphère de responsabilité) • Juste prise en compte de l'influence éventuelle des autres bailleurs de fonds/organisations en dehors de la sphère de responsabilité du projet • Exhaustivité et vraisemblance des postulats et des risques associés aux résultats du projet • Le cas échéant, le cofinancement a-t-il été adéquatement intégré au concept global du projet, et quelle valeur ajoutée en attendre pour la théorie du changement/le concept du projet ?
		BMZ standard	Obligatoire	Dans quelle mesure le concept du projet repose-t-il sur une approche holistique du développement durable (interaction de ses dimensions sociale, environnementale et économique) ?	<ul style="list-style-type: none"> • Présentation des interactions de l'intervention avec d'autres secteurs (synergies/conflits d'intérêts) dans le concept du projet – s'agissant notamment des dimensions de durabilité au sens de l'Agenda 2030 (développement écologique, économique et social)
	Adaptabilité – adaptation au changement	BMZ standard	Obligatoire	Dans quelle mesure l'intervention s'est-elle adaptée aux évolutions de l'environnement dans le temps (risques et opportunités) ?	<ul style="list-style-type: none"> • Adaptation aux changements survenus en cours de projet, y compris aux propositions de modification (changements locaux, nationaux, internationaux, sectoriels, notamment l'état de l'art du savoir-faire sectoriel)

(1) Le « moment du concept de l'intervention » correspond au moment où la proposition/modification le plus récent a été approuvé(e).
(2) Au regard des normes, connaissances et conditions-cadres actuelles.
(3) L'évaluation du concept d'une intervention passe généralement par l'évaluation de sa logique d'intervention. La logique d'intervention décrit le système d'objectifs sur lequel repose l'intervention. Elle cartographie les relations systématiques entre les niveaux de résultat individuels. Lors de la conception de l'intervention, la logique d'intervention est exposée dans la proposition de projet en tant que modèle logique, à la fois sous forme d'un récit narratif et d'un modèle de résultats (le plus souvent). Ce modèle est révisé en début d'évaluation et ajusté pour refléter l'état actuel des connaissances. La (re)construction exhaustive de la logique d'intervention est également appelée « théorie du changement ». À la GIZ, le « concept du projet » englobe l'objectif du projet (réalisation) et la théorie du changement associée avec les extrants, les activités, les instruments de coopération technique et en particulier les hypothèses de résultat ainsi que la stratégie de mise en œuvre (approche méthodologique, stratégie de renforcement des capacités, etc.). À la GIZ, la théorie du changement est décrite par le modèle de résultats de la GIZ (illustration graphique et hypothèses de résultat sous forme narrative).
(4) Dans le système « Sauvegardes+Genre » de la GIZ, les risques sont évalués en amont du projet pour les aspects suivants : genre, conflits, droits humains, environnement et climat. S'agissant du genre et des droits humains, tant les risques que les opportunités sont évalués. Avant l'introduction du nouveau système en 2016, la GIZ examinait ces aspects de manière indépendante.
(5) Facteurs de désescalade/d'union : par ex., institutions et acteurs, changements structurels ou normes et comportements contribuant à la paix. Pour plus de détails, voir GIZ (2007) : <i>Peace and Conflict Assessment (PCA). Ein methodischer Rahmen zur konflikt- und friedensbezogenen Ausrichtung von EZ-Maßnahmen</i> , pp. 55/135.
(6) Facteurs d'escalade/de division : par ex., institutions, structures, normes ou comportements destructeurs. Pour plus de détails, voir GIZ (2007) : <i>Peace and Conflict Assessment (PCA). Ein methodischer Rahmen zur konflikt- und friedensbezogenen Ausrichtung von EZ-Maßnahmen</i> , p. 135.
(7) Tous les projets déployés en contexte fragile, projets marqués FS1 ou FS2 et projets d'aide à la transition axée sur le développement doivent atténuer les facteurs d'escalade/de division et mitiger les risques liés à ce contexte marqué par les conflits, la fragilité et la violence. Les projets FS1 et FS2 doivent également s'employer à renforcer les facteurs de désescalade/d'union et à répondre aux besoins en matière de paix dans son objectif/sous-objectif.

Cohérence

Critère de cohérence du CAD de l'OCDE – Dans quelle mesure l'intervention est-elle adaptée ? Le critère de cohérence s'intéresse à la compatibilité de l'intervention avec les autres interventions menées à l'échelle d'un pays, d'un secteur ou d'une institution, ainsi qu'avec les normes internationales. La dimension « cohérence interne » traite des synergies et de la répartition des tâches entre l'intervention et d'autres interventions de la coopération allemande pour le développement, ainsi que de l'adéquation de l'intervention aux normes internationales pertinentes auxquelles souscrit la coopération allemande pour le développement. La dimension « cohérence externe » s'intéresse à la complémentarité, l'harmonisation et la coordination de l'intervention avec celles d'autres partenaires, bailleurs de fonds et organisations internationales. Le critère de cohérence se rapporte tant au concept du projet qu'aux résultats qu'il obtient.				
Dimensions d'évaluation	Filtre – Type de projet	Application dans cette évaluation	Questions d'évaluation	Précisions
Cohérence interne	BMZ standard	Obligatoire	Dans quelle mesure l'intervention est-elle conçue et mise en œuvre (à l'échelle d'un secteur, d'un pays, d'une région ou du monde) de façon complémentaire au sein de la coopération allemande pour le développement, s'agissant notamment de la répartition des tâches ?	<ul style="list-style-type: none"> • Analyse : le projet prend-il toutes les mesures nécessaires pour concrétiser pleinement les synergies au sein de la coopération allemande pour le développement ? • Pour les projets globaux et sectoriels, veuillez utiliser la fiche d'information du CPE sur SV / GV
	BMZ standard	Obligatoire	Dans quelle mesure les instruments de la coopération allemande pour le développement (coopération technique et financière) sont-ils efficacement interconnectés dans le cadre de l'intervention (tant du point de vue de la conception que de la mise en œuvre) ? Les synergies sont-elles exploitées ?	<ul style="list-style-type: none"> • Le cas échéant, considérez également les projets des différents ministères ou autres instances allemandes
	BMZ standard	Obligatoire	Dans quelle mesure l'intervention est-elle conforme aux normes nationales et internationales auxquelles souscrit la coopération allemande pour le développement (droits humains, etc.) ?	
Cohérence externe	BMZ standard	Obligatoire	Dans quelle mesure l'intervention vient-elle compléter et appuyer les efforts déployés par le partenaire (principe de subsidiarité) ?	
	BMZ standard	Obligatoire	Dans quelle mesure la conception et la mise en œuvre de l'intervention ont-elles été coordonnées avec les activités d'autres bailleurs de fonds ?	<ul style="list-style-type: none"> • Dans quelle mesure des synergies ont-elles pu être mises en place avec d'autres organisations et bailleurs de fonds bilatéraux et multilatéraux à travers le cofinancement (le cas échéant), et comment le cofinancement a-t-il contribué à améliorer la coordination entre bailleurs de fonds ?
	BMZ standard	Obligatoire	Dans quelle mesure le concept de l'intervention est-il orienté vers l'exploitation des systèmes et structures existants (de partenaires/d'autres bailleurs de fonds/organisations internationales) dans la mise en œuvre de ses activités ? Dans quelle mesure ces systèmes et structures sont-ils utilisés ?	<ul style="list-style-type: none"> • Analyse : le projet prend-il toutes les mesures nécessaires pour concrétiser pleinement les synergies avec les interventions d'autres bailleurs de fonds au niveau impact ?
	BMZ standard	Obligatoire	Dans quelle mesure des systèmes communs (avec les partenaires ou d'autres bailleurs de fonds/organisations internationales) sont-ils utilisés pour le suivi, l'apprentissage et la reddition de comptes ?	

Efficacité

Critère d'efficacité du CAD de l'OCDE – L'intervention atteint-elle ses objectifs ?				
Le critère d'efficacité s'intéresse au degré de réalisation – ou au degré de réalisation prévu – des objectifs de l'intervention (au niveau réalisation), y compris aux éventuelles inégalités de résultat entre les différents groupes de bénéficiaires et de parties prenantes. Il examine l'atteinte des objectifs du point de vue des résultats directs, à court terme et à moyen terme.				
Dimensions d'évaluation	Filtre – Type de projet	Application dans cette évaluation	Questions d'évaluation	Précisions
Atteinte des objectifs (pré-vus)¹	BMZ standard	Obligatoire	Dans quelle mesure l'intervention a-t-elle atteint – ou est-il prévu qu'elle atteigne – les objectifs (prévus) tels que planifiés initialement (ou tel qu'adaptés pour répondre aux évolutions de l'environnement) ?	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluation fondée sur les indicateurs associés aux objectifs du projet (convenus avec le BMZ) • Vérifier si des indicateurs supplémentaires ou plus précis sont nécessaires pour refléter correctement l'objectif du projet
	Sensibilité au contexte et aux conflits (fragilité)	<i>Veillez choisir un élément</i>	Pour les projets marqués FS1 ou FS2 : dans quelle mesure le projet est-il parvenu à renforcer les facteurs de désescalade/d'union / des capacités pour la paix ? ^{2, 4}	
Contribution à l'atteinte des objectifs	BMZ standard	Question d'apprentissage descriptive obligatoire	<i>Dans quelle mesure les objectifs du projet se sont-ils réalisés tel que planifié au départ (ou tel qu'adaptés pour répondre aux évolutions de l'environnement) ?</i>	
	BMZ standard	Obligatoire	Dans quelle mesure les extrants obtenus et le renforcement des capacités se sont-ils révélés utiles, et un accès équitable (au sens d'un accès physique, non discriminatoire et abordable) a-t-il été garanti ?	
	BMZ standard	Obligatoire	Dans quelle mesure l'intervention a-t-elle contribué à l'atteinte des objectifs ?	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluation fondée sur les activités, les instruments de coopération technique et les extrants du projet (l'analyse des contributions est l'élément phare et la norme minimale de cette dimension d'évaluation – se reporter aux rapports annotés) • Que se serait-il passé en l'absence de projet ? (Appelle généralement une réflexion qualitative)
	BMZ standard	Obligatoire	Dans quelle mesure l'intervention a-t-elle contribué à l'atteinte des objectifs au niveau des bénéficiaires visés ?	
	BMZ standard	Obligatoire	Dans quelle mesure l'intervention a-t-elle contribué à l'atteinte des objectifs au niveau des groupes de parties prenantes et de bénéficiaires particulièrement défavorisés et vulnérables ? (Possibilité de les ventiler par âge, niveau de revenu, genre, origine ethnique, etc.)	
	BMZ standard	Question d'apprentissage descriptive obligatoire	<i>Quels facteurs internes – d'un point de technique, organisationnel ou financier – se sont avérés décisifs pour l'atteinte (ou non) des objectifs prévus de l'intervention ?</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Facteurs internes = facteurs s'inscrivant dans la sphère de responsabilité / les limites systémiques du projet. Le projet est mis en œuvre conjointement par la GIZ et son/ses partenaire(s) officiel(s)
	BMZ standard	Obligatoire	<i>Quels facteurs externes se sont avérés décisifs pour l'atteinte (ou non) des objectifs prévus de l'intervention (en tenant compte des risques anticipés) ?</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Facteurs externes = facteurs en dehors de la sphère de responsabilité / des limites systémiques du projet. Le projet est mis en œuvre conjointement par la GIZ et son/ses partenaire(s) officiel(s)

Qualité de la mise en œuvre	BMZ standard	Obligatoire	<p>Quelle évaluation peut-on faire de la qualité du pilotage et de la mise en œuvre de l'intervention s'agissant de l'atteinte des objectifs ?</p> <p>Quelle évaluation peut-on faire de la qualité du pilotage et de la mise en œuvre de l'intervention, ainsi que de la participation à l'intervention, de la part du partenaire/de l'organisme de mise en œuvre ?</p>	<p>Considérations relatives au modèle Capacity Works :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un suivi axé sur les résultats est mis en œuvre et utilisé, notamment pour des prises de décision éclairées, la gestion du risque, etc. Les données sont ventilées par genre et groupes marginalisés. Les résultats imprévus positifs et négatifs font l'objet d'un suivi. La mise en place d'un suivi sensible aux conflits et d'un suivi précis des risques liés à la sécurité est primordiale pour les projets déployés en contexte fragile. - Poursuite d'une stratégie convenue avec les partenaires, qu'il est impératif de communiquer - Implication et coopération de tous les acteurs pertinents (y compris des partenaires, de la société civile et du secteur privé) - Structure de pilotage : les décisions affectant les résultats du projet sont prises en temps voulu et s'appuient sur des éléments de preuve. Les processus décisionnels sont transparents. - Processus : les processus de changement pertinents sont implantés dans le système de coopération ; des processus internes au projet sont établis et régulièrement reconsidérés et optimisés. - Apprentissage et innovation : adoption d'une culture de travail propice à l'apprentissage et à l'innovation, qui promeut les échanges d'expérience ; des processus d'apprentissage sont établis ; des ajustements au contexte sont possibles.
Résultats imprévus	BMZ standard	Obligatoire	Dans quelle mesure est-il possible d'identifier/d'anticiper les résultats directs imprévus positifs/négatifs (sur le plan social, économique, environnemental ou vis-à-vis des groupes bénéficiaires vulnérables) ?	<ul style="list-style-type: none"> • L'accent est à placer sur le niveau de l'objectif du projet (outcome), mais il est également possible d'inclure les effets imprévus au niveau extrant pour l'analyse.
	Sensibilité au contexte et aux conflits (fragilité)	<i>Veillez choisir un élément</i>	Dans quelle mesure le projet ³ a-t-il empêché que les facteurs d'escalade/de division ⁴ soient (indirectement) renforcés par son action ? Le projet a-t-il involontairement (indirectement) soutenu des acteurs violents (aussi à l'égard des droits humains) ou semant la division ?	
	BMZ standard	Obligatoire	Quels risques/opportunités potentiels découlent des résultats imprévus positifs/négatifs ? Quelle évaluation peut-on en faire ?	<ul style="list-style-type: none"> • Vérifier si ces risques ont été identifiés et fait l'objet d'un suivi lors de la phase de conception
	Sensibilité au contexte et aux conflits (fragilité)	<i>Veillez choisir un élément</i>	Dans quelle mesure les risques et les résultats imprévus négatifs propres au contexte de conflit, de fragilité ou de violence ⁵ ont-ils fait l'objet d'un suivi systématique (suivi sensible aux conflits/au contexte) ?	
<p>(1) La première et la deuxième dimensions d'évaluation sont interdépendantes : si la contribution du projet à la réalisation de l'objectif est faible (deuxième dimension d'évaluation), cela doit être pris en compte dans l'évaluation de la première dimension d'évaluation.</p> <p>(2) Facteurs de désescalade/d'union : par ex., institutions et acteurs, changements structurels ou normes et comportements contribuant à la paix. Pour plus de détails, voir GIZ (2007) : <i>Peace and Conflict Assessment (PCA). Ein methodischer Rahmen zur konflikt- und friedensbezogenen Ausrichtung von EZ-Maßnahmen</i>, pp. 55/135.</p> <p>(3) Tous les projets déployés en contexte fragile, projets marqués FS1 ou FS2 et projets d'aide à la transition axée sur le développement doivent atténuer les facteurs d'escalade/de division et mitiger les risques liés à ce contexte marqué par les conflits, la fragilité et la violence. Les projets FS1 et FS2 doivent également s'employer à renforcer les facteurs de désescalade/d'union et à répondre aux besoins en matière de paix dans son objectif/sous-objectif.</p> <p>(4) Facteurs d'escalade/de division : par ex., institutions, structures, normes ou comportements destructeurs. Pour plus de détails, voir GIZ (2007) : <i>Peace and Conflict Assessment (PCA). Ein methodischer Rahmen zur konflikt- und friedensbezogenen Ausrichtung von EZ-Maßnahmen</i>, p. 135.</p> <p>(5) Risques en contexte de conflit, de fragilité et de violence : risques contextuels (instabilité politique, violence, crises économiques, flux migratoires/de réfugiés, sécheresses, etc.), risques institutionnels (faible capacité du partenaire, risques fiduciaires, corruption, roulement du personnel, risques d'investissement, etc.) et risques personnels (meurtre, cambriolage, enlèvement, soins médicaux, etc.). Pour plus de détails, voir GIZ (2014) : <i>Le suivi axé sur les résultats sensible au contexte et aux conflits</i>. Complément au « Guide de la mise en place et de l'utilisation d'un système de suivi axé sur les résultats (système de SAR) », pp. 28 et 29.</p>				

Impact

Critère d'impact du CAD de l'OCDE (résultats de développement de niveau supérieur) – Quelle différence l'intervention fait-elle ? En se fondant sur les résultats de développement de niveau supérieur identifiables (au niveau impact), le critère d'impact évalue dans quelle mesure l'intervention a déjà produit des résultats significatifs, prévus ou imprévus, positifs ou négatifs, sur le plan global (contributions aux changements observés), ou s'il est prévu qu'elle en produise à l'avenir. Cela englobe les éventuelles inégalités de résultat entre les différents groupes de bénéficiaires et de parties prenantes. Ce critère traite des résultats de l'intervention de développement.				
Dimensions d'évaluation	Filtre – Type de projet	Application dans cette évaluation	Questions d'évaluation	Précisions
Résultats de développement (prévus) de niveau supérieur¹	BMZ standard	Obligatoire	Dans quelle mesure est-il possible d'identifier/d'anticiper les résultats de développement de niveau supérieur (dimensions sociale, économique et environnementale et interactions entre elles) auxquels l'intervention contribuera/est censée contribuer ? (Dans la mesure du possible, préciser un calendrier.)	<ul style="list-style-type: none"> • Se reporter à la proposition de module pour l'impact suggéré et aux indicateurs associés à l'objectif du programme (proposition de programme) s'il ne s'agit pas d'une action individuelle • Base d'évaluation possible : indicateurs, marqueurs, lien avec la stratégie nationale de mise en œuvre de l'Agenda 2030, lien avec les ODD • Pour les projets globaux et sectoriels, veuillez utiliser la fiche d'information du CPE sur SV / GV
	BMZ standard	Obligatoire	Dans quelle mesure est-il possible d'identifier/d'anticiper les résultats de développement de niveau supérieur (dimensions sociale, économique et environnementale et interactions entre elles) au niveau des bénéficiaires visés ? (Dans la mesure du possible, préciser un calendrier.)	
	BMZ standard	Obligatoire	Dans quelle mesure est-il possible d'identifier/d'anticiper les résultats de développement de niveau supérieur auxquels l'intervention contribuera/est censée contribuer au niveau des groupes de parties prenantes et de bénéficiaires particulièrement défavorisés/vulnérables ? (Possibilité de les ventiler par âge, niveau de revenu, genre, origine ethnique, etc.) (Si possible, préciser un calendrier.)	
Contribution aux résultats de développement (prévus) de niveau supérieur	BMZ standard	Obligatoire	Dans quelle mesure l'intervention a-t-elle effectivement contribué aux résultats de développement de niveau supérieur identifiés et/ou anticipés (dimensions sociale, économique et environnementale et interactions entre elles, en tenant compte de la stabilité politique) qu'elle était censée susciter ?	<ul style="list-style-type: none"> • L'analyse des contributions (concept d'évaluation) est la norme minimale et l'élément phare de cette dimension d'évaluation ; d'autres approches sont possibles et souhaitables, se reporter aux rapports annotés • Évaluation de la contribution du projet aux impacts en se fondant sur l'analyse des hypothèses de résultat du niveau réalisation au niveau impact
	BMZ standard	Obligatoire	Dans quelle mesure l'intervention a-t-elle atteint ses objectifs de développement prévus (tels que convenus au départ, ou adaptés le cas échéant) ?	<ul style="list-style-type: none"> • Cette question peut d'ores et déjà être traitée à la question 1 de la dimension d'évaluation 1 ; la contribution aux impacts est évaluée à la question 1 de la dimension d'évaluation 2
	BMZ standard	Obligatoire	Dans quelle mesure l'intervention a-t-elle atteint ses objectifs de développement prévus (tels que convenus au départ, ou adaptés le cas échéant) au niveau des bénéficiaires visés ?	
	BMZ standard	Obligatoire	Dans quelle mesure l'intervention a-t-elle contribué aux résultats de développement de niveau supérieur/aux changements intervenus dans la vie des groupes de parties prenantes et de bénéficiaires particulièrement vulnérables et défavorisés qu'elle était censée susciter ? (Possibilité de les ventiler par âge, niveau de revenu, genre, origine ethnique, etc.)	
	BMZ standard	Question d'apprentissage descriptive obligatoire	<i>Quels facteurs internes – d'un point de technique, organisationnel ou financier – se sont avérés décisifs pour l'atteinte (ou non) des objectifs de développement prévus de l'intervention ?</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Facteurs internes = facteurs s'inscrivant dans la sphère de responsabilité / les limites systémiques du projet. Le projet est mis en œuvre conjointement par la GIZ et son/ses partenaire(s) officiel(s)
	BMZ standard	Question d'apprentissage descriptive obligatoire	<i>Quels facteurs externes se sont avérés décisifs pour l'atteinte (ou non) des objectifs de développement prévus de l'intervention ?</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Facteurs externes = facteurs en dehors de la sphère de responsabilité / des limites systémiques du projet. Le projet est mis en œuvre conjointement par la GIZ et son/ses partenaire(s) officiel(s). • Prendre en compte les activités des autres acteurs, les autres politiques et conditions-cadres, et les autres domaines, stratégies ou intérêts politiques (ministères allemands, partenaires de développement bilatéraux et multilatéraux)

	BMZ standard	Obligatoire	Dans quelle mesure l'intervention a-t-elle engendré des changements structurels ou institutionnels (au niveau des organisations, systèmes, réglementations, etc.) ?	
	BMZ standard	Obligatoire	Dans quelle mesure l'intervention a-t-elle servi de modèle et/ou a-t-elle eu un large impact ?	<ul style="list-style-type: none">• La mise à l'échelle ("Scaling-up") est un processus délibérément conçu pour implanter des changements au sein d'organisations et de systèmes de coopération (concepts, approches, méthodes, etc.) pour produire un large impact• Il en existe plusieurs types : la mise à l'échelle verticale, horizontale, fonctionnelle ou une combinaison de ces dernières²• Analyser le potentiel éventuel et les raisons de ne pas l'exploiter
	BMZ standard	Question d'apprentissage descriptive obligatoire	Comment la situation aurait-elle évolué sans l'intervention ?	• Appelle généralement une réflexion qualitative, les approches quantitatives sont appréciées
Contribution aux résultats de développement (imprévus) de niveau supérieur	BMZ standard	Obligatoire	Dans quelle mesure est-il possible d'identifier/d'anticiper les résultats de développement de niveau supérieur imprévus (dimensions sociale, économique et environnementale et interactions entre elles, en tenant compte de la stabilité politique) ? (Dans la mesure du possible, préciser un calendrier.)	
	Sensibilité au contexte et aux conflits (fragilité)	Veillez choisir un élément	Dans quelle mesure le projet a-t-il eu des effets négatifs ou d'escalade (imprévus) sur le conflit ou sur le contexte de fragilité ou sur les droits humains (dynamique conflictuelle, violence, légitimité des acteurs/institutions étatiques et non étatiques) ? Dans quelle mesure le projet a-t-il eu des effets positifs ou de désescalade sur le conflit ou sur le contexte de fragilité ou sur les droits humains (dynamique conflictuelle, violence, légitimité des acteurs/institutions étatiques et non étatiques) ?	
	BMZ standard	Obligatoire	Dans quelle mesure l'intervention a-t-elle suscité des résultats de développement de niveau supérieur identifiables/anticipables imprévus (positifs et/ou négatifs) ?	<ul style="list-style-type: none">• Vérifier si ces risques ont été identifiés lors de la phase de conception• Vérifier comment les risques en lien avec des résultats positifs (non convenus de manière formelle) ou négatifs (imprévus) au niveau impact ont été évalués dans le système de suivi (méthode Kompass, par ex.)• Mesures prises pour éviter ou contrecarrer les risques/résultats négatifs/contreparties³• Identifier les conditions-cadres ayant joué un rôle dans les résultats négatifs, et la réponse que leur a opposé le projet• Examiner dans quelle mesure les résultats positifs potentiels (non convenus de manière formelle) et les synergies potentielles entre les dimensions de développement écologique, économique et sociale ont été suivis et exploités
	BMZ standard	Obligatoire	Dans quelle mesure l'intervention a-t-elle contribué à des résultats de développement de niveau supérieur identifiables/anticipables imprévus (positifs et/ou négatifs) au niveau des groupes de parties prenantes et de bénéficiaires particulièrement défavorisés ou vulnérables ? (Possibilité de les ventiler par âge, niveau de revenu, genre, origine ethnique, etc.)	

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

(2) Voir GIZ 2016 « Orientation sur la mise à l'échelle à l'attention des responsables des marchés et des conseillers du Pôle d'expertise »

(3) Les risques, effets négatifs et contreparties sont des aspects distincts qu'il convient de traiter séparément à ce stade.

Efficienne

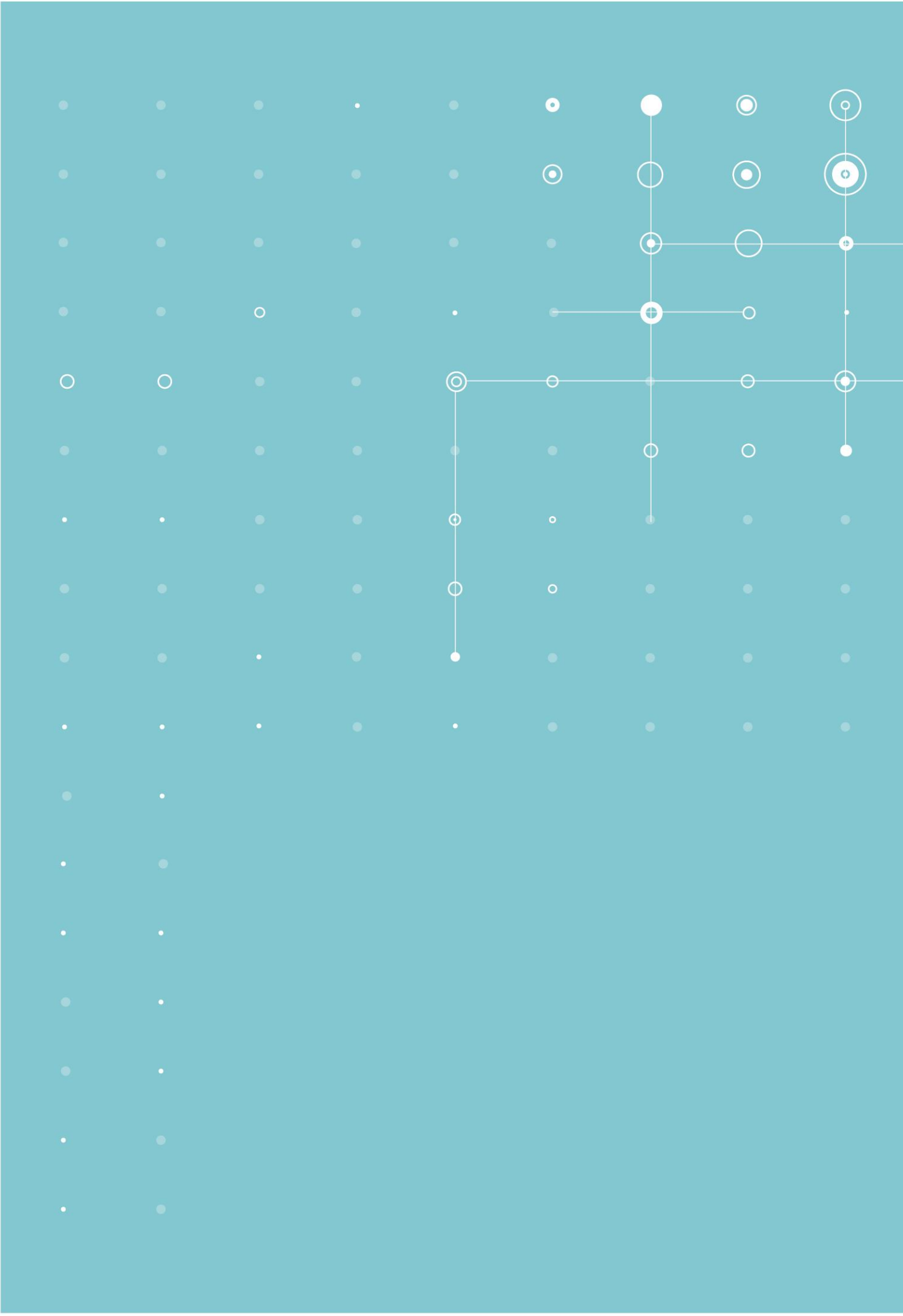
Critère d'efficienne du CAD de l'OCDE – Dans quelle mesure les ressources sont-elles utilisées ?				
Le critère d'efficienne examine la mesure dans laquelle l'intervention produit des résultats de manière rentable et en temps opportun (rapport entre intrants/extrants au niveau réalisation et impact). La dimension d'évaluation « efficienne de la production » s'intéresse à l'adéquation du ratio intrants/extrants. La dimension d'évaluation « efficienne de l'affectation » s'intéresse à l'adéquation du ratio intrants/résultats obtenus (objectifs de développement/du projet ; niveau réalisation/impact) par l'intervention. Le critère d'efficienne se rapporte tant au concept et à la mise en œuvre du projet qu'aux résultats qu'il obtient.				
Dimensions d'évaluation	Filtre – Type de projet	Application dans cette évaluation	Questions d'évaluation	Précisions
Efficienne de la production	BMZ standard	Question d'apprentissage descriptive obligatoire	<i>Comment les intrants de l'intervention (ressources financières, humaines et matérielles) sont-ils répartis (par instruments, secteurs, sous-interventions, en tenant compte des contributions aux coûts des partenaires/organismes de mise en œuvre/autres bénéficiaires et parties prenantes, etc.) ?</i>	<ul style="list-style-type: none"> Description des données : coûts par extrant, type de coûts, contributions des partenaires convenues et acquittées Description des écarts entre les coûts planifiés au départ et les coûts réels (les changements dûment justifiés sont souhaitables pour une efficienne accrue) Pour les projets globaux et sectoriels, veuillez utiliser la fiche d'information du CPE sur SV / GV
	BMZ standard	Obligatoire	Dans quelle mesure les intrants de l'intervention (ressources financières, humaines et matérielles) ont-ils été utilisés de manière économe au regard des extrants obtenus (produits, biens d'investissement et services) ? Si possible, faire référence aux données d'autres évaluations d'une région ou d'un secteur donné, par exemple.	<ul style="list-style-type: none"> Utilisation de l'outil d'efficienne (instructions comprises) et utilisation de l'approche « Follow the money » comme concept d'évaluation (possibilité d'y associer d'autres approches de grande qualité) Niveau extrant : analyse des approches et activités, ainsi que des instruments de coopération technique (instruments du personnel, financements, matériaux et équipement)¹ au regard des alternatives possibles, en mettant l'accent sur le principe du minimum (utiliser des données comparatives le cas échéant) Le projet s'appuie sur des données de référence internes ou externes pour obtenir ses résultats au meilleur coût Examen régulier des ressources utilisées par le projet en veillant à les affecter rationnellement, et des risques liés aux coûts Les frais généraux du projet sont proportionnés aux coûts engendrés par les extrants
	BMZ standard	Obligatoire	Dans quelle mesure les extrants de l'intervention (produits, biens d'investissement et services) auraient-ils pu être maximisés en utilisant les intrants (ressources financières, humaines et matérielles) autrement ? Si possible, faire référence aux données d'autres évaluations d'une région ou d'un secteur donné, par exemple. (Le cas échéant, cette question apporte une perspective complémentaire) *Cette question est obligatoire dans le cas de coopération technique, merci de bien vouloir y répondre.	<ul style="list-style-type: none"> Utilisation de l'outil d'efficienne (instructions comprises) et utilisation de l'approche « Follow the money » comme concept d'évaluation (possibilité d'y associer d'autres approches de grande qualité) Niveau extrant : analyse des approches et activités, ainsi que des instruments de coopération technique (instruments du personnel, financements, matériaux et équipement)¹ au regard des alternatives possibles, en mettant l'accent sur la maximisation des extrants (utiliser des données comparatives le cas échéant) Analyse d'une affectation alternative des ressources et des équipes aux différents extrants en vue d'une maximisation de ces derniers Les ressources économisées peuvent et doivent être utilisées pour maximiser les extrants Examen des ressources lors de la phase de conception puis régulièrement au cours de la mise en œuvre du projet en veillant à maximiser les extrants (les changements dûment justifiés sont souhaitables pour une efficienne accrue) « Maximiser les extrants » s'entend avec les mêmes ressources, dans les mêmes conditions et avec une qualité équivalente ou supérieure
	BMZ standard	Obligatoire	Les extrants (produits, biens d'investissement et services) ont-ils été produits en temps voulu et dans les délais prévus ?	
Efficienne de l'affectation	BMZ standard	Question d'apprentissage descriptive obligatoire	<i>Par quels autres moyens et à quel coût aurait-on pu atteindre les résultats obtenus (objectif du projet de niveau supérieur) ?</i>	

	BMZ standard	Obligatoire	Dans quelle mesure – comparativement à des concepts d'intervention alternatifs – les résultats auraient-ils pu être atteints à moindre coût ?	<ul style="list-style-type: none"> • Niveau réalisation ("outcome") : analyse des approches et activités, ainsi que des instruments de coopération technique, au regard des alternatives possibles, en mettant l'accent sur le principe du minimum (utiliser des données comparatives le cas échéant) • Examen régulier en cours de projet du ratio intrants/extrants et des alternatives ainsi que des risques liés aux coûts • Les contributions des partenaires sont proportionnées aux coûts engendrés par les réalisations du projet
	BMZ standard	Obligatoire	<p>Dans quelle mesure – comparativement à des concepts d'intervention alternatifs – les résultats positifs auraient-ils pu être maximisés à l'aide des ressources existantes ? (Le cas échéant, cette question apporte une perspective complémentaire*)</p> <p>*Cette question est obligatoire dans le cas de coopération technique, merci de bien vouloir y répondre.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Niveau réalisation ("outcome") : analyse des approches et activités, ainsi que des instruments de coopération technique, au regard des alternatives possibles, en mettant l'accent sur la maximisation des réalisations (comparaison réelle le cas échéant) • Le projet répartit ses ressources entre les différents extrants de sorte à maximiser les résultats pour ce qui est de l'objectif du module • Examen régulier en cours de projet du ratio intrants/extrants et des alternatives • Examen et concrétisation des options de mise à l'échelle • En cas de levée de fonds supplémentaires (par ex., cofinancement) : effets sur le ratio intrants/extrants (par ex., par le biais d'économies d'échelle) et le ratio coûts administratifs/coûts totaux • Les pertes d'efficacité liées à un manque de coordination/complémentarité au sein de la coopération allemande pour le développement sont suffisamment évitées

(1) Voir GIZ 2015 : *Integration of TC Instruments – Key Elements*, fondé sur le document BMZ 2014: *Handbuch der bilateralen TZ Verfahrensinformation Nr. VI0362014 'Eckpunkte zur Instrumentenintegration*

Viabilité – durabilité

Critère de viabilité/durabilité du CAD de l'OCDE – Les bénéfices seront-ils durables ? (max. 100 points) Le critère de viabilité/durabilité s'intéresse au maintien des bénéfices sur le long terme (aux niveaux réalisation et impact) ou à la probabilité que les bénéfices se maintiennent sur le long terme – en tenant compte des risques identifiés ou prévisibles – en particulier une fois que l'aide a pris fin.				
Dimensions d'évaluation	Type de question	Application dans cette évaluation	Questions d'évaluation	Précisions
Capacités des bénéficiaires et parties prenantes	BMZ standard	Obligatoire	Dans quelle mesure les bénéficiaires et parties prenantes (individus, groupes et organisations, partenaires et organismes de mise en œuvre) ont-ils les ressources institutionnelles, humaines et financières, ainsi que la volonté (sentiment d'appropriation), requises pour faire durer les résultats positifs de l'intervention dans le temps (une fois que l'aide a pris fin) ?	<ul style="list-style-type: none"> Les projets d'aide à la transition axée sur le développement s'adressent essentiellement aux bénéficiaires finaux dont la résilience aux crises et aux chocs récurrents doit être renforcée. Ces projets mettent donc généralement l'accent sur la résilience des bénéficiaires finaux et/ou au moins sur la pérennité de l'action (voir explication à la dimension 3) – (Éclaircissements lors de la phase initiale de l'évaluation) Pour les projets globaux et sectoriels, veuillez utiliser la fiche d'information du CPE sur SV / GV
	BMZ standard	Obligatoire	Les bénéficiaires et parties prenantes (individus, groupes et organisations, partenaires et organismes de mise en œuvre) font-ils preuve de suffisamment de résilience pour surmonter les risques à venir susceptibles de compromettre les résultats de l'intervention ?	
Contribution au développement de capacités durables	BMZ standard	Obligatoire	Dans quelle mesure l'intervention a-t-elle contribué à doter les bénéficiaires et parties prenantes (individus, groupes et organisations, partenaires et organismes de mise en œuvre) des ressources institutionnelles, humaines et financières, ainsi que de la volonté (sentiment d'appropriation), requises pour faire durer les résultats positifs de l'intervention dans le temps et pour limiter l'impact d'éventuels résultats négatifs ?	<ul style="list-style-type: none"> Analyse de la préparation et documentation des expériences d'apprentissage Description de l'implantation des contenus, approches, méthodes et concepts au sein du système partenaire Référence à la stratégie de sortie du projet Si un projet consécutif est prévu, vérifier dans quelle mesure les résultats du projet évalué sont maintenus ; l'implantation des résultats au sein de l'organisation du partenaire doit être recherchée indépendamment du déploiement ou non d'un projet consécutif, la durabilité devant être assurée même en l'absence de financements de bailleurs de fonds Les projets d'aide à la transition axée sur le développement s'adressent essentiellement aux bénéficiaires finaux dont la résilience aux crises et aux chocs récurrents doit être renforcée. Ces projets mettent donc généralement l'accent sur la résilience des bénéficiaires finaux et/ou au moins sur la pérennité de l'action (voir explication à la dimension 3) – (Éclaircissements lors de la phase initiale de l'évaluation)
	BMZ standard	Obligatoire	Dans quelle mesure l'intervention a-t-elle contribué à renforcer la résilience des bénéficiaires et parties prenantes (individus, groupes et organisations, partenaires et organismes de mise en œuvre) ?	
	BMZ standard	Obligatoire	Dans quelle mesure l'intervention a-t-elle contribué à renforcer la résilience des groupes particulièrement défavorisés ? (Possibilité de les ventiler par âge, niveau de revenu, genre, origine ethnique, etc.)	
Durabilité des résultats	BMZ standard	Question d'apprentissage descriptive obligatoire	<i>Dans quelle mesure le contexte dans lequel s'inscrit l'intervention est-il stable ?</i>	
	BMZ standard	Question d'apprentissage descriptive obligatoire	<i>Dans quelle mesure la durabilité des résultats positifs de l'intervention est-elle influencée par le contexte ?</i>	<ul style="list-style-type: none"> Examen des risques et opportunités pour ce qui est de la stabilité à long terme des résultats, et description de la réponse du projet à ces risques et opportunités
	BMZ standard	Obligatoire	Dans quelle mesure peut-on estimer que les résultats positifs (et négatifs, le cas échéant) de l'intervention sont durables ?	<ul style="list-style-type: none"> Examiner dans quelle mesure il est possible de prévoir si les partenaires et bénéficiaires continueront d'exploiter les résultats Référence aux conditions et à leur influence sur la durabilité, la longévité et la résilience des effets (réalisation et impact) Dans le cas des projets relevant de l'aide à la transition axée sur le développement, il convient d'examiner la continuité de l'action : dans quelle mesure les services ou résultats seront-ils maintenus par les projets ultérieurs (de la GIZ ou d'autres organisateurs/bailleurs de fonds), ou dans quelle mesure leur durabilité sera-t-elle assurée ? (Éclaircissements lors de la phase initiale)





01

02

03

04