

REPUBLIQUE TOGOLAISE



Ministère de la Planification du
Développement

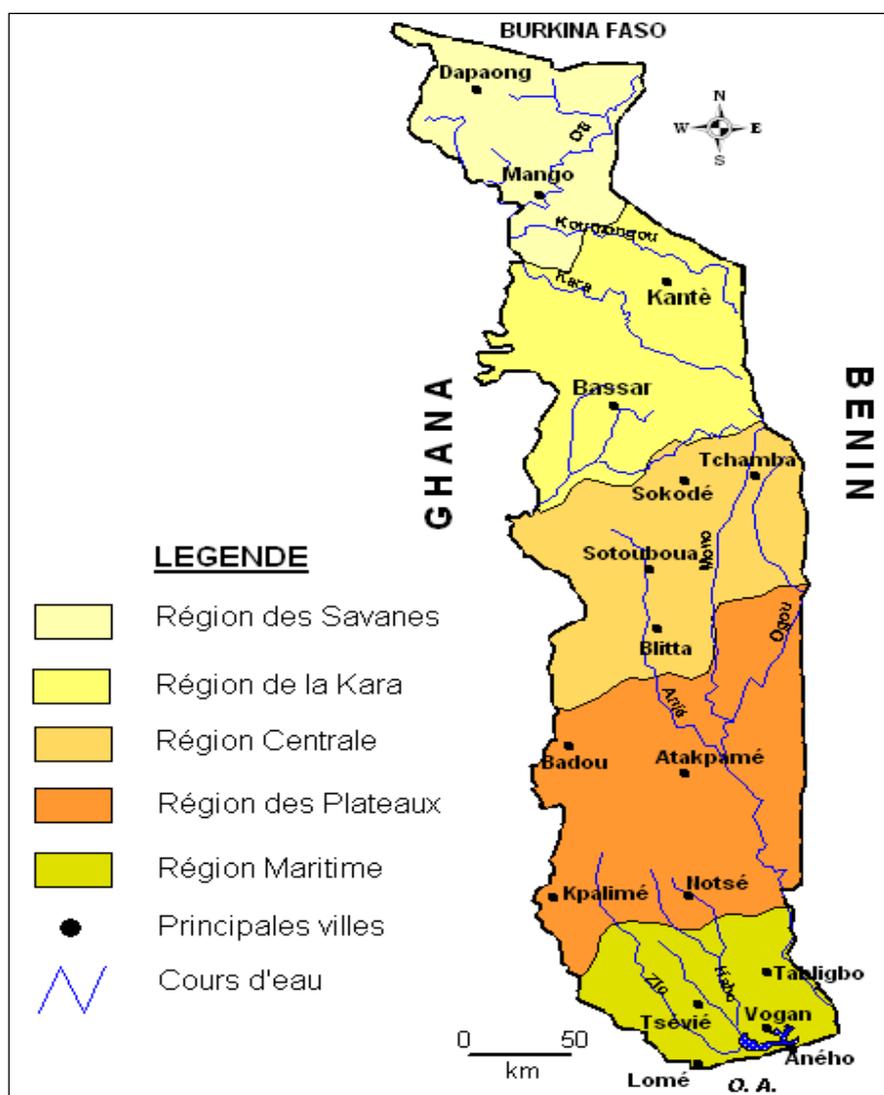


**Fonds des Nations Unies
pour la Population**

**Evaluation finale du 6^{ème}
Programme de Coopération
TOGO-UNFPA 2014-2018**

RAPPORT FINAL

Lomé, Octobre 2017



EQUIPE D’EVALUATION

Titre /Position dans l’équipe	Nom et Prénoms
Consultant International, Team Leader et Chargé du volet Population et Développement	Prof. Gervais BENINGUISSE
Consultant International Chargé du volet Santé de la Reproduction	Dr. Dona Frédéric Marcel SAGBOHAN
Consultante Nationale Chargée du volet Genre et Droits Humains	Mme Ibitola TCHITOU épouse KOKOU-SONGO
Consultant National Chargé du volet Santé de la Reproduction des Adolescents et Jeunes	Mr. Abass KERIM

REMERCIEMENTS

L'évaluation du 6^{ème} programme de coopération Togo-UNFPA a été réalisée grâce à l'implication de plusieurs institutions et personnes ressources. Sans leur disponibilité, la qualité des informations fournies, la mise à disposition de documents et d'informations utiles, cette évaluation n'aurait pas pu aboutir.

Les évaluateurs remercient très sincèrement le Groupe de Référence de l'Evaluation (GRE) à travers son Président, Monsieur Etsri HOMEVOR, Secrétaire Général du Ministère de la Planification du Développement, pour la coordination efficace du processus d'évaluation, le Directeur Général de la Mobilisation de l'Aide et du Partenariat (DGMAP), Monsieur Essobozou AWADE et la Directrice de la Coopération Multilatérale, Madame Djigbodi AGLOBO épouse ADJOH, pour leurs appuis logistiques et administratifs et leur rôle de facilitateur lors des réunions du GRE.

Les vifs et sincères remerciements des évaluateurs s'adressent au bureau Pays de l'UNFPA à travers son Représentant, Monsieur Saturnin EPIE pour les appuis nécessaires apportés à l'évaluation finale du 6^{ème} programme ainsi qu'à tout le personnel pour sa disponibilité remarquable et ses contributions enrichissantes.

Les évaluateurs expriment leur profonde gratitude au Représentant Assistant, Monsieur Koffi VIDZRAKOU et au Chargé du Suivi-Evaluation, Monsieur Albert ETOUDJI, pour leur accompagnement éclairé et efficace tout au long du processus d'évaluation.

Les évaluateurs remercient également le responsable du Suivi-Evaluation du bureau régional de l'UNFPA pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre, Monsieur Simon Pierre TEGANG, pour ses orientations au démarrage, sa lecture critique et ses remarques et suggestions qui ont contribué à l'amélioration de cette évaluation.

Les remerciements s'adressent également à l'ensemble des acteurs tant au niveau central (Services centraux des Ministères, SNU, DS, USP, ONG, Société civile) qu'au niveau régional, ainsi qu'à toutes les personnes ayant participé aux entretiens individuels et de groupe. Qu'ils trouvent ici l'expression de la reconnaissance et de la gratitude des évaluateurs. En effet, sans leur adhésion au bien-fondé de l'évaluation, leur collaboration et disponibilité à participer activement aux entretiens, il n'aurait pas été possible de réunir la masse d'informations qu'ils ont mises à la disposition des évaluateurs.

Il reste à espérer que les résultats et les leçons apprises de l'évaluation du 6^{ème} programme soient valorisés dans le cadre du 7^e programme.

Les évaluateurs

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	I
LISTE DES ABREVIATIONS ET ACRONYMES	III
LISTE DES TABLEAUX	V
LISTE DES GRAPHIQUES ET FIGURES	V
RESUME EXECUTIF	VII
CHAPITRE 1 : INTRODUCTION	1
1.1- BUT ET OBJECTIFS DE L'ÉVALUATION	1
1.2- CHAMP DE L'ÉVALUATION.....	1
1.3- METHODOLOGIE ET PROCESSUS.....	1
1.3.1 Critères et questions de l'évaluation	1
1.3.2 Méthodes de collecte et d'analyse des données	7
1.3.3 Cartographie et échantillonnage des parties prenantes	8
1.3.4 Exploitation des données secondaires	9
1.3.5 Evaluabilité, contraintes et limites	9
1.3.6 Présentation du processus.....	10
CHAPITRE 2 : CONTEXTE DU PAYS	12
2.1- DEFIS DE DEVELOPPEMENT ET STRATEGIES NATIONALES	12
2.1.2. Genre et droits humains	14
2.1.3 Population et développement	15
2.2- ROLE DE L'AIDE EXTERIEURE	17
CHAPITRE 3: LA REPONSE ET LES STRATEGIES DU PROGRAMME DE L'UNFPA	18
3.1- REPONSE DU SNU ET DE L'UNFPA.....	18
3.2- REPONSE DE L'UNFPA A TRAVERS LE PROGRAMME PAYS.....	18
3.2.1 Brève description de la stratégie du cycle précédent de l'UNFPA, les objectifs et les réalisations	18
3.2.2 Le programme pays de l'UNFPA 2014-2018.....	20
3.2.3- La structure financière du programme pays	24
CHAPITRE 4: CONSTATS : LES REPONSES AUX QUESTIONS D'ÉVALUATION	25
4.1. AXES PROGRAMMATIQUES.....	25
4.1.1- Pertinence du programme.....	25
4.1.2-Efficacité du programme.....	31
4.2.3- Efficience du programme	53
4.1.4- Durabilité du programme.....	56
4.2. POSITIONNEMENT STRATEGIQUE, SUIVI-EVALUATION ET COMMUNICATION	59
4.2.1. Mécanisme de Coordination UNCT.....	59
4.2.2. Valeur ajoutée	60
4.2.3. Suivi-Evaluation	62
4.2.4. Communication	64
CHAPITRE 5: CONCLUSIONS	66
5.1. NIVEAU STRATEGIQUE.....	66
5.2. NIVEAU PROGRAMMATIQUE.....	67
CHAPITRE 6: RECOMMANDATIONS	70
6.1. RECOMMANDATIONS STRATEGIQUES	70
6.2. RECOMMANDATIONS PROGRAMMATIQUES	71
ANNEXES	72

LISTE DES ABREVIATIONS ET ACRONYMES

ARV	Antirétroviraux
ATBEF	Association Togolaise pour le Bien Etre familial
CARMMA	Campagne d'accélération de la Réduction de la Mortalité Maternelle
CCoFT	Conseil Consultatif des Femmes du Togo
CCP	Comité Communication et Plaidoyer
CIPD	Conférence Internationale sur la Population et le Développement
CNDH	Commission Nationale des Droits de l'Homme
CPA	Centrale Pharmaceutique d'Achats
CPAP	Country Programme Action Plan (Plan d'Action du Programme Pays)
CPD	Country Programme Document (Document de Programme de Pays)
DD	Dividende démographique
DGGPF	Direction Générale du Genre et de la Promotion de la Femme
DGSCN	Direction Générale de la Statistique et de la Comptabilité Nationale
DS	District Sanitaire
DSRP-C	Document complet de Stratégie de Réduction de la Pauvreté
EDST	Enquête Démographique et de Santé au Togo
ENASS	Ecole Nationale des Agents Sanitaires et Sociaux
GDH	Genre et Droits Humains
GF2D	Groupe de réflexion et d'action Femme, Démocratie et Développement
GPS	Global programing System
HCDH	Haut Commissariat des Droits de l'Homme
IDISA	Indicateur de Développement et des Inégalités entre les Sexes en Afrique
IEC	Information, Education et Communication
MFB	Ministère des Finances et du Budget
MGF	Mutilations Génitales Féminines
MICS	Multiple Indicators Cluster Survey (Enquête par grappe à indicateurs multiples)
MILDA	Moustiquaires Imprégnées d'insecticides de Longues Durées d'Action
MSP	Ministère de la Santé Publique
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisations Non Gouvernementales
ONU	Organisation des Nations unies
PANEEG	Plan d'Action Nationale pour l'Equité et l'Egalité de Genre au Togo
PNEEG	Politique Nationale pour l'Equité et l'Egalité de Genre
PD ou P&D	Population et Développement
PE	Partenaire d'Exécution
PDC	Projet de développement communautaire
PF	Planification Familiale
PIB	Produit Intérieur Brut
PLAFOPS	Plateforme des Organisations de Presse en Santé
PND	Plan National de Développement
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNG	Politique Nationale Genre
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PTA	Plan de Travail Annuel
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
SCAPE	Stratégie de Croissance Accélérée pour la Promotion de l'Emploi

SONUB	Soins Obstétricaux Néonataux d'Urgence de Base
SONUC	Soins Obstétricaux Néonataux d'Urgence Complet
SR	Santé de la Reproduction
SRAJ	Santé de la Reproduction des Adolescents et Jeunes
SNU	Système des Nations Unies
TMM	Taux de Mortalité Maternelle
UNDAF	Plan Cadre des Nations Unies pour l'Aide au Développement
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
UNHCR	Haut-Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VBG	Violences Basées sur le Genre
WILDAF	Women in Law and Development in Africa

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU SYNOPTIQUE DES PRINCIPAUX INDICATEURS DU TOGO	VI
TABLEAU 1.1. QUESTIONS PRINCIPALES D’EVALUATION SELON LES CRITERES DANS LES COMPOSANTES PROGRAMMATIQUE	4
TABLEAU 1.2. QUESTIONS PRINCIPALES D’EVALUATION POUR LE POSITIONNEMENT STRATEGIQUE, LE SUIVI-EVALUATION ET LA COMMUNICATION	6
TABLEAU 1.2. DISTRIBUTION DU NOMBRE D’ENTITES SELECTIONNEES PAR COMPOSANTE, DISTRICT SANITAIRE ET REGION	9
TABLEAU 2.1. PRINCIPAUX DONATEURS DE L’AIDE PUBLIQUE DU DEVELOPPEMENT DU TOGO EN 2013	17
TABLEAU 3.1. PRODUITS, RESULTATS ET EFFETS DU PROGRAMME	21
TABLEAU 3.2. PRODUITS DU CPAP INITIAL ET DU CPAP REVISE	22
TABLEAU 3.3. DISTRIBUTION DU BUDGET (EN USD) PAR COMPOSANTE ENTRE 2014 ET 2017	24
TABLEAU 4.1 : TYPES D’INTERVENTIONS MISES EN ŒUVRE DANS LE CADRE DU 6 ^{EME} PROGRAMME SELON LEUR PERTINENCE PAR RAPPORT AUX POPULATIONS CIBLES ET AUX OBJECTIFS	27
TABLEAU 4.2. INDICATEURS DE PROGRES REALISES DANS L’ATTEINTE DU PRODUIT 1	31
TABLEAU 4.3 : DECES MATERNELS ET DE NOUVEAU-NE AU PREMIER SEMESTRE DANS LES SITES SONU	34
TABLEAU 4.4. INDICATEURS DE PROGRES REALISES DANS L’ATTEINTE DU PRODUIT 2	35
TABLEAU 4.5. INDICATEURS DE PROGRES REALISES DANS L’ATTEINTE DU PRODUIT 3	39
TABLEAU 4.6. INDICATEURS DE PROGRES REALISES DANS L’ATTEINTE DU PRODUIT 4	41
TABLEAU 4.7. INDICATEURS DE PROGRES REALISES DANS L’ATTEINTE DU PRODUIT 5	44
TABLEAU 4.8. CIBLES ET REALISATION DE LA COMPOSANTE POPULATION ET DEVELOPPEMENT	51
TABLEAU 4.9. EVOLUTION DU BUDGET (EN USD) SELON LA SOURCE ENTRE 2014 ET 2018 ET TAUX D’EXECUTION	54
TABLEAU 4.10. DISTRIBUTION (EN USD) DES FONDS REGULIERS CONSACRES AUX ACTIVITES PAR COMPOSANTE ENTRE 2014 ET 2017	54
TABLEAU 4.11: DISTRIBUTION DU PERSONNEL PAR COMPOSANTE AU 30/06/2017	55

LISTE DES GRAPHIQUES ET FIGURES

FIGURE 1.1 : CRITERES D’EVALUATION SELON LES COMPOSANTES	3
FIGURE 1.1. PROCESSUS DE TRIANGULATION ET DE VALIDATION	8
FIGURE 1.2. PROCESSUS D’EVALUATION	11

TABLEAU SYNOPTIQUE DES PRINCIPAUX INDICATEURS DU TOGO

Indicateurs	Valeurs	Source
Superficie au km ²	56.600	
Mortalité		
Taux de mortalité néonatale	27‰	EDS 2013-2014
Taux de mortalité infanto-juvénile	88‰	EDS 2013-2014
Taux de mortalité infantile	49%	EDS 2013-2014
Espérance de vie à la naissance (masculin)	56,4 ans	RGPH4
Espérance de vie à la naissance (féminin)	64,2 ans	RGPH4
Ratio de mortalité maternelle (pour 100000 naissances vivantes)	401	EDS 2013-2014
Nutrition		
Prévalence de l'insuffisance pondérale	16,0	EDS 2013-2014
Prévalence de l'insuffisance pondérale Grave	3,6%	EDS 2013-2014
Prévalence du retard croissance	27,5%	EDS 2013-2014
Prévalence du retard croissance Grave	10%	EDS 2013-2014
Prévalence de la malnutrition aigüe (émaciation)	6,5%	EDS 2013-2014
Paludisme		
Disponibilité de moustiquaires imprégnées (MI) dans le ménage	65,4 %	EDS 2013-2014
Enfants de moins de 5 ans dormant sous n'importe quelle moustiquaire	44,0	EDS 2013-2014
Enfants de moins de 5 ans dormant sous moustiquaires imprégnées	42,8 %	EDS 2013-2014
Femmes enceintes dormant sous moustiquaires imprégnées (MI)	40%	EDS 2013-2014
Eau et assainissement		
Utilisation de source améliorée d'eau potable	61,7 %	EDS 2013-2014
Utilisation d'installations sanitaires améliorées	37,3 %	EDS 2013-2014
Contraception		
Prévalence contraceptive	19,9 %	EDS 2013-2014
Besoins non satisfaits en PF chez les femmes de 15-49 ans en union	33,6 %	EDS 2013-2014
Besoins non satisfaits en PF chez les femmes de 15-49 ans	25,5%	EDS 2013-2014
Santé maternelle et du nouveau-né		
Couverture des soins prénatals : CPN 1	81%	EDS 2013-2014
Proportion de femmes ayant effectué au moins 4 CPN	57,2	EDS 2013-2014
Proportion d'accouchements sous assistance qualifiée	59,3%	EDS 2013-2014
Education et travail des enfants		
Taux net de scolarisation au primaire chez les garçons	84,6%	EDS 2013-2014
Taux net de scolarisation au primaire chez les filles	81,7%	EDS 2013-2014
Mariage et fécondité précoces, polygynie et MGF		
Proportion des femmes 15-49 ans en union avant l'âge de 18 ans	32%	EDS 2013-2014
Jeunes femmes âgées de 15-19 ans actuellement mariées ou en union	12,7%	EDS 2013-2014
Proportion des adolescentes de 15-17 ans en vie féconde	7,0%	EDS 2013-2014
Proportion des adolescentes (15-19 ans) enceinte ou en vie féconde	16,5%	EDS 2013-2014
Prévalence MGF chez les femmes de 15-49 ans	6,9%	MGF 2008
Taux de polygamie	32,3%	EDS 2013-2014
Prévalence des VBG au sein des femmes de 15-49 ans		
Violences physiques	41%	DGGPF 2010
Violences sexuelles	33%	DGGPF 2010
VIH & Comportement sexuel		
Prévalence du VIH 15-49 ans	2,5%	EDS 2013-2014
Utilisation du préservatif lors des rapports sexuels avec des partenaires multiples	55,9%	EDS 2013-2014
Population		
Population 2014	6669000	INSEED 2015
Taux d'accroissement intercensitaire (1981-2010) de la population	2,84%	RGPH 2010
Taux de croissance démographique en 2014	2,45%	INSEED, 2015
Economie et Indicateurs sociaux		
Produit Intérieur Brut 2014	4,5 milliards USD	Banque Mondiale (2017)
Produit Intérieur Brut 2016	4,4 milliards USD	Banque Mondiale (2017)
Produit Intérieur Brut par Habitant 2014	642 USD	Banque Mondiale (2017)
Taux de croissance annuel du Produit Intérieur Brut 2014	5,7	Banque Mondiale (2017)
Taux de croissance annuel du Produit Intérieur Brut 2016	4,9	Banque Mondiale (2017)
Incidence de la pauvreté monétaire en 2015	55,1%	(INSEED, 2016)
Indice de Développement Humain 2016	0,487 (166e/188)	(PNUD, 2017)
Indice d'Inégalité de Genre 2016	0,558 (134e/188)	(PNUD, 2017)

RESUME EXECUTIF

But et objectifs de l'évaluation

- ✓ Fournir à l'UNFPA et aux différentes parties prenantes ainsi qu'au public une appréciation indépendante de la pertinence et de la performance du 6ème programme de coopération entre le Togo et l'UNFPA (2014-2018) ;
- ✓ Tirer des enseignements et identifier des bonnes pratiques pour informer la conception du prochain cycle de programmation.

Méthodologie

Elle repose sur la méthodologie développée par l'UNFPA pour l'évaluation du programme de pays. L'évaluation couvre les quatre composantes du programme (SR, SRAJ, G&DH et P&D) sur la base de quatre principales questions qui apprécient quatre critères : la pertinence, l'efficacité, l'efficience et la durabilité. Le positionnement stratégique est également évalué sur la base de quatre critères : la contribution de l'UNFPA au mécanisme de Coordination UNCT la Valeur ajoutée au niveau national dans les différents domaines relevant de son mandat. Enfin, l'évaluation a examiné et apprécié les dispositifs institutionnels de Suivi-Evaluation et de Communication. Les questions principales d'évaluation ont été affinées dans chacune des composantes programmatiques, du positionnement stratégique, du suivi-évaluation et de la communication par des critères de jugement exprimés sous forme d'hypothèses soumis à une vérification empirique.

Trois principales méthodes de collecte de données ont été utilisées :

- **La revue documentaire** qui a porté sur divers documents : le document de programme de pays et son plan d'actions correspondant ; les documents stratégiques comme le plan stratégique de l'UNFPA (2014-2017) et le cadre opérationnel de l'UNDAF (2014-2018); les documents officiels décrivant les politiques et programmes nationaux ; Les documents de mise en œuvre et de suivi du programme tels que les Plans Annuels de Travail (PTA), les rapports d'activités, les rapports de mission, la matrice de suivi des indicateurs ; les rapports d'études et d'enquêtes ; les rapports d'évaluation sectoriels.

- **Les entretiens individuels semi-structurés** auprès des responsables de 50 entités (PE et structures partenaires) de mise en œuvre du 6^{ème} programme parmi lesquelles 7 agences du SNU. Le nombre et les noms des entités visitées ont été déterminés par consensus lors d'une réunion avec les responsables du bureau pays, les membres du GRE et les évaluateurs sur la base de trois critères principaux : le volume d'activités, une meilleure représentativité des stratégies/activités du programme et le budget alloué à l'entité (PTA). Ainsi l'évaluation a couvert les régions Maritime, Savanes, Centrale et Lomé Commune

- **Les entretiens de groupe** auprès des bénéficiaires et non bénéficiaires des services issus des interventions du programme pour recueillir leurs opinions et perceptions. Au total 23 entretiens de groupe ont été réalisés. Les entretiens de groupe ont été recueillis par la prise des notes (en français). Une transcription des différents entretiens a été faite et une synthèse consolidée produite à partir des notes prises par les quatre évaluateurs.

La collecte des données s'est déroulée du 24 Juillet au 9 Août 2017. Les données collectées des différents entretiens (individuels et de groupe) ont fait l'objet d'une analyse de contenu pour dégager les principales tendances et idées fortes. L'analyse globale s'est faite sur la base des constats obtenus après triangulation des informations recueillies, c'est-à-dire par une comparaison croisée des trois méthodes de collecte de données utilisées ou par un recoupement auprès de diverses sources. La triangulation a permis de valider les principales conclusions à partir desquelles les principales recommandations ont été tirées.

L'analyse globale s'est faite sur la base de constats empiriques soumis à un processus de triangulation, c'est-à-dire par une comparaison croisée des trois méthodes de collecte de

données. La durée totale de la collecte sur la base de ces trois méthodes est de 5 semaines à cause de certaines difficultés énumérées ci-dessous.

Contraintes et limites de l'évaluation

Aux rangs des différentes contraintes et difficultés rencontrées dans le processus d'évaluation, figurent : l'accès difficile dans les zones enclavées dû aux routes défectueuses ; l'absence de certains responsables PE qui a conduit à différer les rendez-vous ; l'incapacité de quelques répondants à donner des informations sur une période antérieure à leur prise de fonction (absence de mémoire institutionnelle) résultant d'une forte mobilité du personnel non accompagnée d'un transfert de dossiers lors de la passation de service ; l'absence des élèves (vacances obligent) qui n'a pas permis de rencontrer les bénéficiaires des infirmeries scolaires ; les longues interruptions d'électricité dans les lieux d'hébergement de l'équipe d'évaluation qui ont à chaque fois fait interrompre le processus de transcription des entretiens.

Principales conclusions

Au niveau stratégique :

- Le bureau Pays de l'UNFPA est un membre actif et un contributeur significatif au mécanisme UNCT tant du point de vue de son fonctionnement que du point de vue de sa contribution aux effets (2 et 3) de l'UNDAF (2014-2018). Tout au long de sa mise en œuvre, le 6^{ème} programme a apporté des appuis à la DGMAP, structure gouvernementale de Coordination des programmes de coopération avec le SNU y compris de l'UNFPA.

- Par une démarche de plaidoyer basée sur les évidences,, l'UNFPA a pu contribuer à l'engagement politique et financier de l'Etat à l'initiative FP2020, au recrutement des Sages-Femmes pour les SONU et à une appropriation nationale des questions du dividende démographique désormais intégrées dans le PND (2018-2022), le PNDS (2017-2022) et la PNJ en cours d'actualisation. Les parties prenantes (PE et bénéficiaires) ont une perception globalement positive des interventions du 6^{ème} programme. Il y a une insatisfaction liée aux ruptures des médicaments essentiels et génériques pour la prise en charge des affections courantes qui empêchent la continuité des soins. Deux principaux facteurs sont à l'origine des ruptures de stocks : il y a d'une part, le renouvellement des stocks de médicaments qui n'est pas régulièrement assuré par les responsables d'établissements scolaires et d'autre part une gestion inadéquate des dotations mise en évidence par des discordances constatées entre les données des fiches de cession des médicaments et celles des fiches de stock et registres de consultation. Cette insuffisance, qui relève plutôt de la responsabilité de la partie gouvernementale, semble entretenir la perception d'une approche cloisonnée sur les services de SR/PF offerts par l'UNFPA.

- Dans le cadre du 6^{ème} programme, de son mandat et du champ de son expertise, l'UNFPA a abouti à des réalisations remarquables qui mettent en évidence, de façon irréfutable, ses avantages comparatifs aux rangs desquels figurent : le leadership de l'offre des produits contraceptifs ; la promotion du genre et de la lutte contre les VBG ; la promotion des stratégies innovantes pour les services PF ; le leadership dans l'appui aux RGPH et du Dividende Démographique ; la fourniture des produits traceurs indispensables aux SONUB ; la promotion de la SRAJ ; la mise en place et l'opérationnalisation de la plateforme DHIS2 de gestion de données aux niveaux central et périphérique. Mais cette réalité contraste avec une perception nettement plus modeste de ses partenaires du SNU dont la confrontation avec les réalisations de l'UNFPA aboutit au constat d'un déficit d'information des interlocuteurs.

- Dans le cadre du 6^{ème} programme un dispositif adéquat de Suivi-Evaluation a été mis en place avec des outils harmonisés et adaptés aux différents types d'interventions ainsi qu'une plateforme informatique (DHIS2) accessible aux DS et PE pour la gestion des données. Mais la qualité insuffisante de la connexion internet constitue un obstacle majeur dans le transfert des données par le DHIS2. Les DS et PE (responsables en charge du Suivi-Evaluation) ont été formés à l'utilisation des outils du suivi et de la plateforme. Mais l'instabilité du personnel formé constitue un obstacle à la continuité et à la pérennité des activités. Le dispositif de Suivi-Evaluation comporte des indicateurs répondant aux normes classiques mais la

détermination de leurs cibles n'est pas objectivement vérifiable (manque de lisibilité et de traçabilité)

- Il existe une unité de communication au sein du bureau Pays avec un responsable dédié et qui travaille avec un plan annuel opérationnel de communication tiré de la stratégie institutionnelle. Bien que disposant d'un mailing list de destinataires et d'outils de planning de diffusions et de reportages, de collecte et de suivi, les outils de mesure d'effets de la communication sont inexistantes. En outre, la suspension du partenariat avec les radios communautaires affaiblit la stratégie de sensibilisation des populations cibles en milieu rural. Par ailleurs, Les entretiens avec les partenaires du SNU ont mis en évidence un déficit d'information des interlocuteurs sur certaines interventions de l'UNFPA relevant de ses avantages comparatifs.

Au niveau programmatique :

- La pertinence du 6^{ème} programme a été démontrée des points de vue de son adéquation aux besoins/priorités nationales, de son alignement au plan stratégique de l'UNFPA (2014-2017), de sa logique d'intervention et de sa réactivité aux changements. Mais quelques pesanteurs opérationnelles affaiblissent la capacité de certaines de ses interventions à couvrir les besoins des populations en lien avec l'exploitation de la complémentarité des stratégies innovantes qui suscitent la demande en PF et la non mise en œuvre du programme d'éducation sexuelle complète et de lutte contre les mariages et grossesses précoces en milieu scolaire.

- Le 6^{ème} programme a fait montre d'une grande efficacité dans la réalisation de ses produits avec des performances très souvent au-dessus des niveaux prévus en dépit de quelques variabilités selon les composantes. Ces résultats confortent globalement l'efficacité des interventions mises en œuvre pour les atteindre avec toutefois quelques insuffisances à combler.

- Le 6^{ème} programme a démarré en 2014 dans un contexte d'embellie financière avec une forte mobilisation des fonds auprès de diverses sources. Mais cet élan ne s'est pas poursuivi, alors que le budget des sources classiques n'a cessé de baisser au fil du temps se traduisant ainsi par une baisse significative des fonds alloués aux activités (baisse de 59% entre 2014 et 2016). Mais le bureau pays a globalement fait bon usage des ressources mobilisées pour atteindre les résultats du 6^{ème} programme. L'exécution budgétaire est efficace avec des taux dépassant généralement les 95% et est en adéquation avec les taux de réalisation des produits qui sont plus souvent au-dessus de 90%. La gestion des fonds par les PE est globalement satisfaisante puisqu'un seul sur 15 a eu un audit qualifié au cours de la période de mise en œuvre. Cette performance est le résultat d'un renforcement des capacités aux procédures et outils de gestion assuré par le bureau Pays et de l'efficacité de son dispositif de suivi de la mise en œuvre des PTA. L'instabilité contractuelle et le sous-classement qui caractérisent certains membres du personnel, notamment en matière de SR/Santé Maternelle, de Suivi-Evaluation, de Communication et de Services d'Achats ne sont pas favorables à la consolidation des acquis.

- D'une manière générale, l'appropriation nationale du 6^{ème} programme est faible. Au niveau politique, financier et juridique, des efforts remarquables ont été accomplis par le Gouvernement du Togo avec l'appui du 6^{ème} programme et des stratégies innovantes pour promouvoir un environnement favorable à la création d'une offre et d'une demande de services de SR, à la promotion du genre et des droits humains et l'accompagnement de la prise de décision politique par des données fiables. En dépit de ces efforts remarquables, l'appropriation par les acteurs nationaux de mise en œuvre demeure problématique. L'avenir durable des stratégies innovantes déployées dans le cadre du 6^{ème} programme n'est pas assurée en raison de l'insuffisance des ressources financières, la forte dépendance aux donateurs et de leur faible ancrage institutionnel et communautaire.

Principales recommandations

Niveau stratégique :

- Accompagner le Gouvernement dans le renforcement de la synergie entre les différents acteurs intervenant dans les infirmeries scolaires et la mise en place d'une stratégie efficace de lutte contre les ruptures des médicaments essentiels et génériques pour la prise en charge des affections courantes.
- Pour assurer le fonctionnement optimal du dispositif de Suivi-Evaluation :
 - ✓ Poursuivre et renforcer la dotation des DS et PE en équipement informatique y compris la connexion internet permettant d'utiliser la plateforme DHIS2 ;
 - ✓ Former un nombre suffisant de personnes (2-3 par PE par exemple) à l'utilisation des outils du suivi et du DHIS2 et renouveler la formation au moins 2 fois par cycle de programmation ;
 - ✓ Assurer plus de lisibilité et de traçabilité dans la détermination des cibles des indicateurs en adoptant une approche standard basée sur des critères objectivement vérifiables (temps, coûts, etc.)
- Pour un meilleur suivi et efficacité des activités de communication :
 - ✓ Définir des indicateurs de mesure d'effets de la communication et les intégrer dans le dispositif de Suivi-Evaluation ;
 - ✓ Promouvoir une meilleure capitalisation des bonnes pratiques sur les interventions avec la participation active des chargés de programme ;
 - ✓ Réactiver le partenariat suspendu avec les radios communautaires.

Niveau programmatique :

- Renforcer l'efficacité des interventions par les mesures suivantes :
 - ✓ Doter chaque Maternité SONUB de 2 Ventouses (1 en réserve), former les sages-femmes à la maintenance préventive des ventouses et intégrer le remplacement des ventouses hors d'usage aux visites de monitoring dans les sites SONUB.
 - ✓ Accompagner le Gouvernement dans le renforcement de la synergie entre les différents acteurs intervenant dans la Réduction de la Mortalité Maternelle, Néonatale et Infantile et la mise en place d'une stratégie efficace qui assure l'approvisionnement permanent en poches de sang et la dotation en ambulances dans les sites SONUC ;
 - ✓ S'appuyer sur les radios communautaires et les ASC pour renforcer la mobilisation sociale dans le cadre du dépistage des cas de Fistules Obstétricales ;
 - ✓ Faire un plaidoyer et accompagner le Gouvernement dans la transition vers un système harmonisé de paiement des services de PF accessibles aux populations (gratuité ou service payant) ;
 - ✓ Renforcer la mutualisation des ressources avec d'autres partenaires pour la mise en œuvre des cliniques mobiles ;
 - ✓ Redynamiser les clubs d'éveil mis en place à travers l'encadrement (une planification rationnelle des activités, la formation des enseignants parapsychologues et un accompagnement régulier) et intégrer la stratégie dans les activités de mobilisation des jeunes en milieux scolaires (associations, semaines culturelles...) ;
 - ✓ Dans le cadre du 7e programme, appuyer : (i) le plaidoyer en faveur de l'adoption de la Politique Nationale de protection des PA, de la politique nationale de migration et de la politique nationale de population actualisée et leur mise en œuvre; (ii) le système statistique national et la réalisation du RGPH5; (iii) le processus d'exploitation du dividende démographique et l'opérationnalisation du plan d'action de la politique nationale de la jeunesse ; (iv) le renforcement des capacités nationales de production et d'utilisation des données pour l'analyse de la dynamique démographique et leur prise en compte dans les politiques et programmes sectoriels de développement.
- Malgré le contexte de morosité économique, pour consolider les acquis du 6^{ème} programme, des efforts supplémentaires sont nécessaires pour renforcer les ressources humaines dans le sens d'une pérennisation des contrats en matière de SR/Santé Maternelle, de Suivi-Evaluation, de Communication et de Services d'Achats.
- Pour un avenir durable des stratégies innovantes déployées dans le cadre du 6^{ème} programme, il est nécessaire de promouvoir leur ancrage institutionnel et communautaire.

CHAPITRE 1 : INTRODUCTION

1.1- But et objectifs de l'évaluation

L'évaluation du 6^{ème} PP du Togo répond à quatre principes : (i) l'exigence de réaliser au moins une EPP pour chaque deux cycles programmatique selon la politique en vigueur depuis 2013 à l'UNFPA ; (ii) entretenir et renforcer sa redevabilité vis-à-vis des donateurs, bénéficiaires et parties prenantes ; (iii) soutenir la prise de décision programmatique basée sur des évidences ; (iv) tirer des leçons et bonnes pratiques en vue d'une meilleure conception et mise en œuvre du 7^{ème} cycle programmatique. Ainsi, conformément aux termes de référence (TDR), les principaux objectifs de l'évaluation sont :

- ✓ Fournir à l'UNFPA et aux différentes parties prenantes ainsi qu'au public une appréciation indépendante de la pertinence et de la performance du 6^{ème} programme de coopération entre le Togo et l'UNFPA (2014-2018) ;
- ✓ Tirer des enseignements et identifier des bonnes pratiques pour informer la conception du prochain cycle de programmation.

1.2- Champ de l'évaluation

Conformément aux TDR, l'évaluation du programme pays porte sur le déploiement de ses composantes sur une période et dans les zones cibles précises.

Composantes

L'évaluation portera sur les quatre composantes du programme à savoir :

- Santé de la Reproduction (santé maternelle, Planification familiale, Soins obstétricaux et néonataux d'urgence, le monitoring des SONU, la prévention, la prise en charge des fistules obstétricales et l'insertion socio-économique des femmes réparées, la sécurisation des produits de SR, la prévention des IST/VIH/Sida) ;
- Santé Sexuelle et Reproductive des Adolescent(e)s et Jeunes ;
- Genre et Droits Humains (lutte contre la violence basée sur le genre dont les mutilations génitales féminines, les mariages précoces et ou forcés, l'implication des hommes pour la prévention des violences basées sur le genre) ;
- Population et Développement (recensement et enquête, dynamique de population, Politiques et Programmes en matière de population et Dividende démographique).

Positionnement stratégique, Suivi-Evaluation et Communication

L'évaluation appréciera également le positionnement stratégique du bureau pays dans la communauté des partenaires au développement de manière à mettre en évidence sa contribution au sein du mécanisme de coordination de l'Equipe Pays des Nations Unies (UNCT) et sa valeur ajoutée. Enfin, l'évaluation examinera les dispositifs institutionnels de Suivi-Evaluation et de Communication

Période

L'évaluation du programme pays couvrira la période allant de Janvier 2014 à Juin 2017, au cours de laquelle l'essentiel des interventions prévues ont été mises en œuvre et pour lesquelles les résultats significatifs devraient être obtenus.

1.3- Méthodologie et Processus

1.3.1 Critères et questions de l'évaluation

L'évaluation du 6^{ème} programme portera sur deux volets (Figure 1.1). Le premier volet analysera les quatre composantes programmatiques (Santé de la Reproduction, Santé de la Reproduction

des Adolescents et Jeunes, Genre et Droits Humains, Population et Développement) du point de vue des critères d'évaluation suivants :

- **La pertinence** : C'est la mesure selon laquelle les objectifs du programme correspondent aux besoins et priorités de la population exprimés dans les documents de politiques nationales et à l'UNDAF. La pertinence sera analysée dans une approche dynamique pour vérifier l'adaptation du programme à l'évolution des besoins de la population cible.

- **L'efficacité** : C'est la mesure avec laquelle le programme réalise les produits et atteint les résultats prévus dans le CPAP. Elle appréciera également le degré avec lequel les cibles bénéficiaires visées par le programme ont effectivement été atteintes.

- **L'efficience** : C'est l'utilisation rationnelle des ressources dans l'atteinte des résultats. Elle apprécie la mesure selon laquelle les ressources humaines, financières et administratives mobilisées ont été adéquatement utilisées dans l'atteinte des résultats.

- **La durabilité** : C'est la mesure selon laquelle le programme a suscité une appropriation nationale ou est en passe de le faire de manière à assurer la continuité de ses effets au-delà de la durée de sa mise en œuvre.

Le second volet de l'évaluation analysera le positionnement stratégique selon les quatre dimensions suivantes :

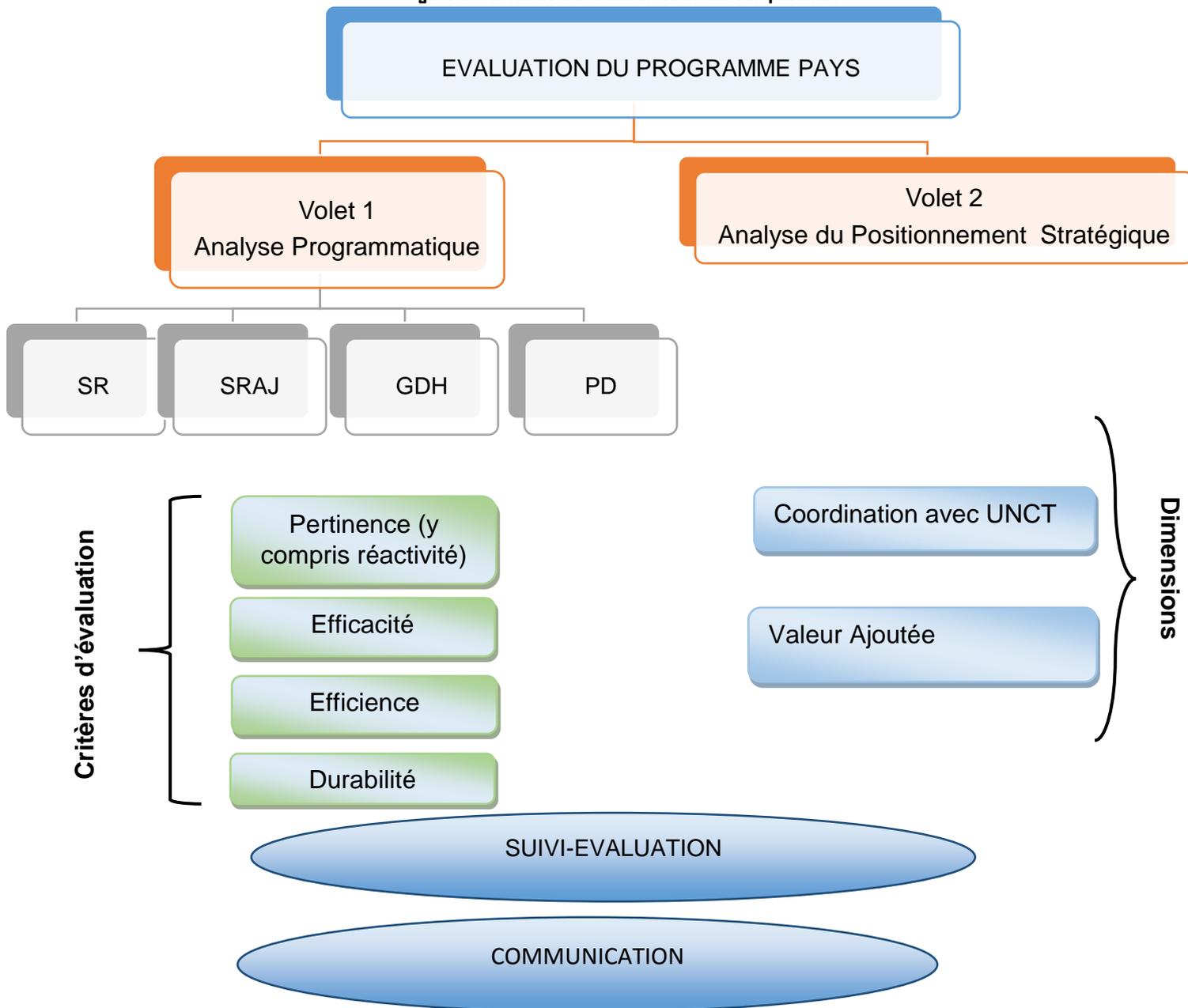
- La contribution de l'UNFPA au fonctionnement du mécanisme de **coordination UNCT** ;

- **La valeur ajoutée** apportée par le 6^{ème} programme de l'UNFPA au niveau national dans les différents domaines relevant de son mandat telle que perçue par les parties prenantes nationales;

- Le dispositif de **Suivi-Evaluation** de manière à mettre en évidence la capacité du bureau pays à produire les résultats utiles pour la prise de décision.

- Le dispositif de **Communication** de manière à apprécier la capacité du bureau pays à assurer la visibilité de ses interventions vis-à-vis des parties prenantes y compris les bénéficiaires et le public.

Figure 1.1 : Critères d'évaluation selon les composantes



Source: Adapté de UNFPA (2013), Handbook to design and conduct a CPE at UNFPA

Les quatre composantes programmatiques du programme seront analysées à travers quatre principales questions qui opérationnalisent les quatre critères d'évaluation comme le décrit le tableau 1.1.

Tableau 1.1. Questions principales d'évaluation selon les critères dans les composantes programmatique

Questions principales d'évaluation	Eléments à couvrir	Critères d'évaluation			
		Pertinence	Efficacité	Efficience	Durabilité
Alignement aux besoins et priorités					
QE1a : Dans quelle mesure l'appui du Bureau Pays dans les domaines que couvre son programme est-il (i) adapté aux besoins de la population cible (ii) en ligne avec le mandat et la stratégie de l'UNFPA et (iii) répond-t-il aux priorités nationales exprimées dans l'UNDAF et son plan d'action commun? Est-ce que les interventions prévues reflètent adéquatement les résultats attendus du Programme Pays?	<ul style="list-style-type: none"> - Prise en compte adéquate des besoins de la population cible (couverture des principaux problèmes identifiés en fonction des cibles) ; - Alignement des interventions du programme au mandat/stratégie de l'UNFPA ; - Alignement des interventions du programme aux priorités nationales ; - Adéquation des interventions prévues avec les résultats attendus 	X			
Réactivité					
QE1b : De manière dynamique, comment le bureau pays a-t-il su s'adapter à l'évolution des besoins des populations cibles (Adolescents/jeunes et femmes) dans la planification et la mise en œuvre de toutes les interventions appuyées dans le cadre du Programme ?	<ul style="list-style-type: none"> - Occurrence des changements dans les besoins des populations cibles (Adolescents/jeunes et femmes) - Adéquation des réponses apportées par le bureau Pays aux changements des besoins des populations cibles (planification et réponse) 	X			
Atteinte des résultats et des cibles					
QE2a : Les interventions réalisées ont-elles permis d'atteindre les différentes catégories de cibles (sexe, âge, milieu de résidence) du programme ? Dans quelle mesure les différents Produits du programme ont été réalisés à travers les interventions mises en œuvre ? Ces interventions ont-elles permis d'opérer les changements espérés ?	<ul style="list-style-type: none"> - Disponibilité et accessibilité des services de SR de qualité aux populations cibles dans les zones prévues ; - Amélioration de la qualité des services de SR et association entre cette amélioration et les interventions ; - Amélioration de l'accès aux services de SR de qualité et association entre cette amélioration et les interventions ; - Perceptions des jeunes et femmes ont sur les interventions du programme (points faibles et forts à relever) ; - Analyse des gaps entre les résultats prévus et les résultats atteints ou en en passe de l'être (points forts et faibles à identifier) ; - Appréciation du niveau global de réalisation (points forts et faibles à identifier) 		X		
Contribution aux effets UNDAF, OMD, CIPD					

<p>QE2b : Quel est le niveau de contribution des résultats aux effets de l'UNDAF et aux autres résultats stratégiques (Plan stratégique UNFPA, OMD, CIPD) ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Appréciation de l'association entre les effets UNDAF et les interventions du 6^{ème} programme ; - Appréciation de l'association entre les progrès dans l'atteinte des OMD et la promotion de l'agenda de la CIPD et les interventions du 6^{ème} programme ; - Appréciation de la contribution du 6^{ème} programme aux résultats attendus du Plan stratégique de l'UNFPA 		X		
Utilisation des ressources dans l'atteinte des résultats					
<p>QE3 : Dans quelle mesure le Bureau Pays a-t-il fait bon usage de ses ressources financières, humaines, matérielles et techniques et a utilisé une combinaison appropriée d'outils et d'approches dans la réalisation des résultats définis dans le Programme Pays?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Appréciation du niveau de ressources financières, humaines et matérielles mobilisées pour chaque composante et produit selon la planification ; - Appréciation de la mobilisation des sources alternatives de financement ; - Analyse de l'évolution des fonds alloués à chaque composante et Produit au cours de la mise en œuvre du programme ; - Analyse du calendrier de mise à disposition des ressources financières aux partenaires (respect des délais prévus) ; - Appréciation du taux d'exécution budgétaire ; - Appréciation de l'adéquation entre la performance dans la réalisation des produits et l'exécution budgétaire (quantité et délais) ; - Utilisation par le bureau Pays d'une combinaison d'approches ou d'outils permettant d'atteindre les résultats aux moindres coûts ou d'avoir de meilleurs résultats avec l'enveloppe budgétaire prévue 			X	
Appropriation nationale et durabilité					
<p>QE4a : Quel a été le niveau d'appropriation des politiques, des procédures et outils par les partenaires de mise œuvre du programme ? Les structures impliquées sont-elles capables et désireuses de poursuivre les activités du programme elles-mêmes</p> <p>QE4b : Dans quelle mesure les cibles du programme pourront-elles continuer à bénéficier des résultats obtenus ? Les conditions nécessaires à la durabilité des résultats du programme en considérant les aspects de pérennité programmatique, institutionnelle et financière sont-elles en place ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Effectivité de l'engagement politique du Gouvernement sur les questions de population relevant du mandat de l'UNFPA et lien avec les interventions du 6^{ème} programme - Appréciation de l'effectivité et du niveau d'engagement financier de l'Etat ; - Analyse des activités de renforcement des capacités prévues et mises en œuvre par le 6^{ème} programme afin d'assurer l'appropriation nationale ; - Acceptabilité par les partenaires des procédures et outils de gestion mis en œuvre ; - Présence des mécanismes pour assurer l'appropriation et la durabilité des interventions - Contribution des interventions du programme à susciter une demande de service au sein des populations cibles ; - Contribution des interventions du programme à susciter un engagement politique et financier de l'Etat pour la continuité des interventions ; - Capacité et volonté des partenaires à sauvegarder les acquis et à assurer la continuité des interventions après la fin du Programme ; 			X	X

De même, chacune des dimensions du positionnement stratégique (Mécanisme de coordination UNCT et Valeur ajoutée), du suivi-évaluation et de la communication est opérationnalisée par une question principale comme l'indique le tableau 4.2.

Tableau 1.2. Questions principales d'évaluation pour le positionnement stratégique, le suivi-évaluation et la communication

Thématique principale	Questions principales d'évaluation	Eléments à couvrir	Critères d'évaluation			
			Coordination UNCT	Valeur ajoutée	Suivi-Evaluation	Communication
Coordination UNCT	QSE1 : Dans quelle mesure le Bureau de Pays a-t-il contribué au bon fonctionnement de l'UNCT et des autres instances de gouvernance de l'UNDAF (Axes de l'UNDAF, Groupes thématiques et Unité de Coordination de la Coopération) ?	<ul style="list-style-type: none"> - Appréciation de la contribution du bureau Pays aux groupes de travail et initiatives conjointes du mécanisme UNCT - Appréciation de l'association entre les effets de l'UNDAF et les interventions du 6^{ème} programme 	X			
Valeur ajoutée	QSE2a : Quelle est la valeur ajoutée apportée par le 6 ^{ème} programme de l'UNFPA au niveau national dans les différents domaines relevant de son mandat telle que perçue par les parties prenantes nationales?	<ul style="list-style-type: none"> - Contribution du bureau Pays à la prise de décision politique par des résultats tangibles et la formulation des stratégies de développement dans le champ de ses compétences ; - Analyse de la perception des parties prenantes de la contribution du bureau Pays à la prise de décision politique par des résultats tangibles et la formulation des stratégies de développement dans le champ de ses compétences 		X		
	QSE2b : Quels sont les avantages comparatifs de l'UNFPA au Togo, particulièrement vis-à-vis des autres agences des NU et prenant en considération l'approche pour l'initiative « Unis dans l'Action » ou « Delivering as One ».	<ul style="list-style-type: none"> - Types d'avantages comparatifs reconnus à l'UNFPA Togo par les parties prenantes dans l'approche « Unis dans l'Action » 		X		
Suivi-Evaluation	QS3 : Dans quelle mesure le dispositif institutionnel de Suivi-Evaluation du programme a-t-il produit des résultats utiles pour la prise décision ?	<ul style="list-style-type: none"> - Effectivité de la mise en place par le bureau Pays des outils harmonisés et un système d'information pour le Suivi-Evaluation. - Existence d'indicateurs de Suivi-Evaluation couvrant toute la chaîne des résultats ; - Appréciation de la qualité des indicateurs - Utilisation des résultats du système de suivi-évaluation pour la prise de décision dans la mise en œuvre des activités 			X	

Communication	<p>QS4 : Dans quelle mesure le dispositif institutionnel de Communication est-il adéquat pour informer les populations cibles et les parties prenantes et assurer la visibilité de ses interventions ?</p>	<p>- Existence d'une politique de communication externe au sein du bureau Pays ;</p> <p>- Mise en place par le bureau Pays d'outils de communication adéquats ;</p> <p>- Connaissance et perception des populations cibles et parties prenantes sur l'UNFPA et ses interventions</p>					X
----------------------	--	--	--	--	--	--	---

Pour guider la collecte et l'analyse des données, une matrice d'évaluation a été élaborée (Annexe 4). Elle présente, pour chacune des composantes programmatiques, des dimensions du positionnement stratégique, du suivi-évaluation et de la Communication, les éléments suivants :

- Les critères d'évaluation (pertinence, efficacité, efficience et durabilité) ;
- Les questions principales d'évaluation ;
- Les hypothèses d'évaluation ;
- Les indicateurs permettant de vérifier les hypothèses d'évaluation ;
- Les sources d'information nécessaires ;
- Les méthodes et outils de collecte correspondants.

1.3.2 Méthodes de collecte et d'analyse des données

Trois principales méthodes de collecte de données ont été utilisées :

- **La revue documentaire.** Elle a porté sur :

- ✓ le document de programme de pays (CPD, 2014-2018) et son plan d'actions correspondant (CPAP, 2014-2018) ;
- ✓ Les documents stratégiques : plan stratégique de l'UNFPA (2014-2017), cadre opérationnel intérimaire de l'UNDAF (2014-2018) ;
- ✓ Les documents officiels décrivant les politiques et programmes nationaux : Plan National de Développement (PND, 2012-2015), Politique Nationale de Développement Sanitaire (PNDS, 2017-2022), Politique Nationale de Population (1998), Politique Nationale Genre (2011), loi sur la SR, Politiques et Normes des Services de Santé de la Reproduction (2007), Politique et Normes de planification familiale, Campagne pour l'accélération de la Mortalité Maternelle en Afrique (CARMMA, 2010), Carte Sanitaire des SONU (2014), etc.
- ✓ Les documents de mise en œuvre et de suivi du programme : Plans Annuels de Travail (PTA), rapports annuels d'activités (COAR), les rapports d'audits, les rapports de mission, les fiches de suivi des indicateurs du 6^{ème} programme, etc.
- ✓ Les rapports d'études et d'enquêtes (permettant d'apprécier la situation de départ et actuelle) ;
- ✓ Les rapports d'évaluation y compris les évaluations des programmes antérieures ;
- ✓ etc.

- **Les entretiens individuels semi-structurés** auprès des responsables de la mise en œuvre du programme. Des outils de collecte ont été élaborés à cet effet (Annexe 5). Outre la contextualisation des questions faite selon les composantes, elles ont également été adaptées aux entités visitées en fonction du type d'activités mises en œuvre dans le cadre des PTA. Les questions des outils de collecte ne sont donc que des guides. Les entretiens individuels semi-structurés ont été réalisés auprès de 123 responsables de 50 entités visitées (cf. liste en annexe 2).

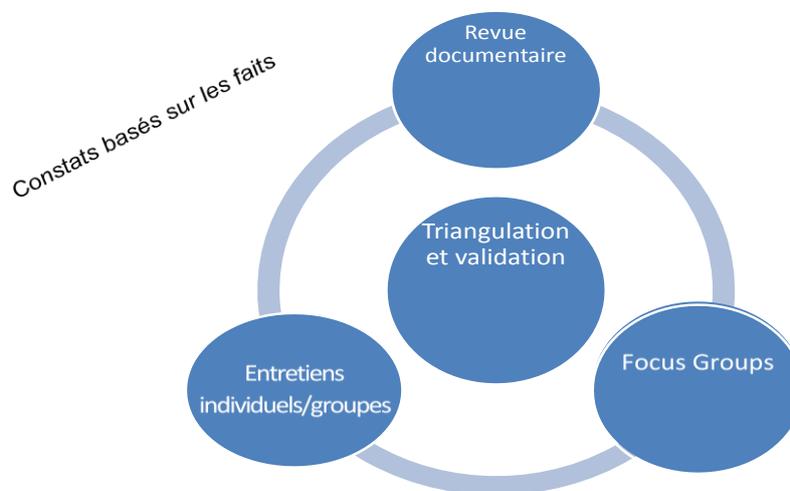
- **Les entretiens de groupe** auprès des utilisateurs et non utilisateurs des services issus des interventions du programme pour recueillir leurs opinions et perceptions. Des outils de collecte ont été élaborés à cet effet (Annexe 5, Page 115). Les entretiens de groupe ont été recueillis par la prise de notes (en français) ou enregistrés au dictaphone pour ceux qui s'y sont montré favorable. Les services d'un interprète ont été sollicités selon le besoin. A la fin de la journée, une transcription des entretiens a été faite et une synthèse consolidée produite à partir des prises de notes des quatre évaluateurs. Au total 23 entretiens de groupe ont été réalisés.

La collecte des données a commencé avec le staff du bureau UNFPA pour bien cerner les contours de la coordination générale du programme avant d'aller vers les partenaires d'exécution (PE) avec des précisions et/ou vérifications précises à demander ou à faire. Il s'agit des responsables des quatre composantes, du suivi-évaluation, des opérations (Administration et Finances). L'entretien avec le Représentant intervenu à la fin de la collecte, suivant sa disponibilité a porté essentiellement sur sa vision globale de la mise en œuvre du programme et le positionnement stratégique de l'UNFPA, ainsi que sur les leçons apprises. Les responsables des composantes se sont fait administrer, outre le même questionnaire semi-directif standard, un protocole complémentaire de questions portant sur les relations avec leurs PE. L'entretien avec les responsables des opérations a porté sur les questions relatives à la structure financière (budget et son exécution, gestion des contrats/PTA avec les PE, rapports d'audits) et des ressources humaines du programme.

Pour les partenaires stratégiques partenaires du SNU, les entretiens se sont déroulés avec les Représentants et/ou les responsables de programme. Leurs entretiens ont porté surtout sur leurs rôles (y compris leurs perceptions du rôle de l'UNFPA) dans le mécanisme de coordination UNCT et les activités menées conjointement avec l'UNFPA.

Les données collectées des différents entretiens (individuels et de groupe) ont fait l'objet d'une analyse de contenu pour dégager les principales tendances et idées fortes. L'analyse globale s'est faite sur la base des constats obtenus après triangulation des informations recueillies, c'est-à-dire par une comparaison croisée des trois méthodes de collecte de données décrites plus haut ou par un recoupement auprès de diverses sources. La triangulation a permis de valider les principales conclusions à partir desquelles les principales recommandations ont été tirées. La figure 1.2 décrit ce processus.

Figure 1.1. Processus de triangulation et de validation



1.3.3 Cartographie et échantillonnage des parties prenantes

L'échantillonnage s'est déroulé suivant le processus suivant :

- Un recensement des activités des PE et des structures partenaires a été fait sur la base des PTA des années 2014, 2015, 2016 et 2017 ;
- A la lumière des échanges faits avec les NPOs du programme, les activités effectivement réalisées ont été identifiées avec indication précises de leurs zones/sites de mise en œuvre (Région et District Sanitaire) ;
- Une synthèse des activités a ensuite été faite de façon à les répertorier par type d'interventions de même nature (exemple : SONU, Lutte contre la FO, IPM, Services Intégrées PF/IST/VIH, DBC, Stratégie Avancée, Stratégie mobile, Clinique Mobile, Infirmeries scolaires, Centre jeunes, Journée dialogue, Journée porte ouverte, Comité d'hommes, Club de mères, Leaders religieux et

communautaires, Parlementaires, Officier de Police Judiciaire/Magistrat, Plaidoyer, Renforcement des capacités, Collecte, analyse et valorisation des données, etc.) par site de mise en œuvre (Région, District). Ceci a débouché sur une cartographie des entités (PE et structures partenaires) selon le type d'interventions mises en œuvre (Annexe 2);

- L'analyse de la cartographie des entités par type d'interventions a permis de déterminer les zones/sites représentatifs des principales activités/stratégies mise en œuvre par le programme ;

- Il a été décidé de choisir 2 districts sanitaires dans chacune des régions de forte concentration du programme (Savanes et Maritime) et 2 districts sanitaires dans les trois autres régions y compris Lomé Commune sur la base des critères suivants : (i) Volume d'activités ; (ii) Meilleure représentativité des stratégies/activités du programme; (iii) Budget alloué à l'Entité / District Sanitaire (PTA).

- Sur la base de ces critères, les DS suivants ont été retenus : *Kpendjal* et *Oti* dans la région des *Savanes*, *Vo* et *Zio* dans la région Maritime, le *D2* à Lomé Commune. Lomé Commune abrite également toutes les entités de niveau stratégique (Ministères et autres PE, Partenaires du SNU).

- Au total 50 entités ont été visitées dont 45 sélectionnées et 5 rencontrées pour besoin de recoupement des informations). ***La distribution du nombre d'entités visitées par composante, district sanitaire et région est donnée en annexe 2 tout comme leur dénomination.***

Tableau 1.2. Distribution du nombre d'entités sélectionnées par composante, District Sanitaire et Région

Composante	Lomé Commune		Maritime		Centrale	Savanes		Total
	Stratégique	D2	Vo	Zio	Tchaoudjo	Kpendjal	Oti	
SR	6	1	1	1	1	2	1	13
SRAJ	3	1	1	2	0	1	3	11
G&DH	0	2	1	1	2	1	2	09
P&D	5	0	0	0	0	0	0	05
Communication	1	0	0	0	0	0	0	01
SNU	6	0	0	0	0	0	0	06
Total	21	04	03	04	03	04	06	45

1.3.4 Exploitation des données secondaires

Il a été ici question de l'exploitation des données du 4^{ème} RGPH et des enquêtes et études conduites par UNFPA ou par les partenaires d'exécution avec l'appui de UNFPA. Les principaux documents consultés dans ce sens ont été :

- ✓ Les rapports d'analyse du recensement général de la population et de l'habitation de 2010
- ✓ L'enquête l'EDS 3 (2013-2014);
- ✓ Le rapport de l'enquête SONU
- ✓ Les rapports de monitoring des SONU
- ✓ Le rapport des enquêtes CAP
- ✓ Les rapports des enquêtes sur la disponibilité des produits de santé de la reproduction
- ✓ Les rapports des différentes évaluations réalisées

1.3.5 Evaluabilité, contraintes et limites

Les conditions de mise en œuvre ont été globalement réunies pour les raisons suivantes :

- La documentation essentielle a été mise à la disposition des évaluateurs ;
- Un groupe de référence de l'évaluation a été mis en place et avec les responsables du bureau, le travail a commencé dans une approche participative et cet élan s'est poursuivi tout au long du processus ;
- Les conditions matérielles ont été réunies. Un bureau a été mis à la disposition de l'équipe d'évaluateurs avec l'équipement de travail nécessaire.

Aux rangs des difficultés rencontrées figurent :

- Les données du recensement 2010 et l'EDS 2013-2014 n'ayant pas d'intersection temporelle avec la période programmatique (2014-2017), n'ont pas permis des inférences avec les données programmatiques. Cette insuffisance des données secondaires a relativement entravé l'interrogation profonde de la pertinence de certaines stratégies de mises en œuvre. En effet, le 6ème programme a mis en œuvre 26 interventions dont les données de base relatives à leur performance n'ont pas toujours été disponible pour l'appréciation de leur pertinence et leur efficacité.
- L'accès difficile dans les zones enclavées dû aux routes défectueuses, confirmant la pertinence des stratégies innovantes (stratégie avancée, clinique mobile, DBC). D'où l'obligation de marcher à pieds ou de prendre les motos ;
- L'absence de certains responsables PE comme les DRS, les DPS et les points focaux SR en déplacement. Il a fallu différer les RDV pour les rencontrer.
- L'incapacité de quelques répondants à donner des informations sur une période antérieure à leur prise de fonction (absence de mémoire institutionnelle) résultant d'une forte mobilité du personnel non accompagnée d'un transfert de dossiers lors de la passation de service. Il a fallu recourir à des répondants complémentaires ou retrouver le responsable affecté;
- L'absence des élèves, en raison des vacances notamment, n'a pas permis de rencontrer les bénéficiaires des infirmeries scolaires. Néanmoins, cette cible a été touchée dans les centres conviviaux d'écoute des jeunes ;
- Enfin, les longues interruptions d'électricité dans les lieux d'hébergement de l'équipe d'évaluation, ont dû faire interrompre les transcriptions des entretiens.

1.3.6 Présentation du processus

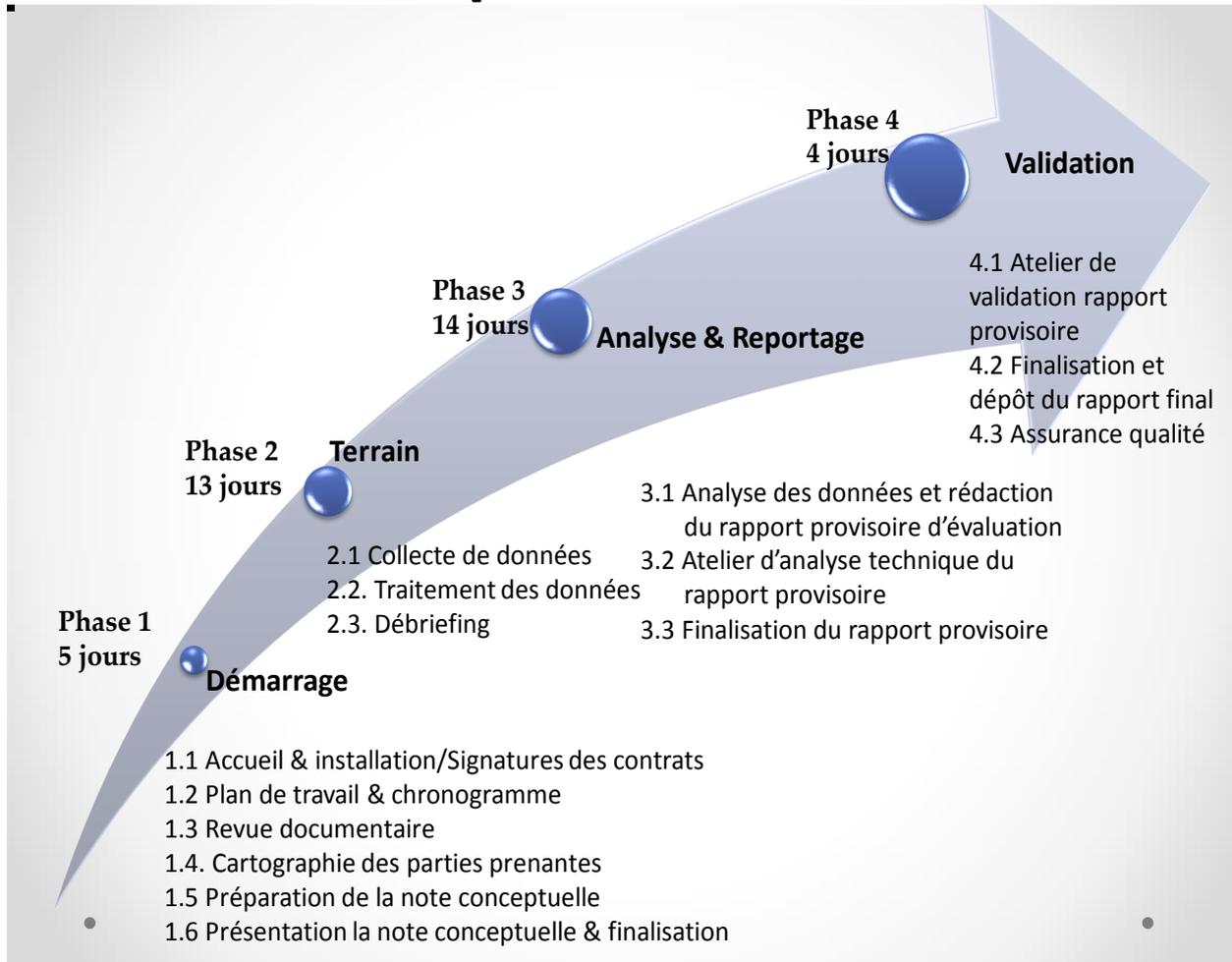
Le processus d'évaluation s'est déroulé en quatre phases principales dont les activités sont décrites dans la figure 1.2 ci-dessous :

- La **phase 1** (5 jours ouvrables) de l'évaluation est consacrée **au démarrage** consacré aux activités de préparation de la note conceptuelle y compris la matrice d'évaluation, les outils de collecte et l'échantillonnage ;
- La **phase 2** (13 jours ouvrables) a été consacrée au **Terrain**, notamment à la collecte et au traitement des données ainsi qu'au débriefing sur son déroulement et les premières tendances.

La **phase 3** (14 jours ouvrables) a été réservée à **l'analyse des données et au reportage**. Les données collectées ont été analysées et synthétisées pour produire un rapport provisoire. Celui-ci est ensuite examiné par le GRE dans le cadre d'un atelier d'analyse technique.

- La **phase 4** (4 jours ouvrables) qui est terminale, est consacrée à **la validation**. Elle a commencé par la présentation du rapport provisoire révisé dans le cadre d'un atelier de restitution comprenant les membres du GRE et les parties prenantes. Elle a débouché sur la production d'un rapport final d'évaluation après prise en compte des observations issues de l'atelier de restitution. Il est ensuite transmis au Bureau régional et au siège pour appréciation (assurance qualité).

Figure 1.2. Processus d'évaluation



CHAPITRE 2 : CONTEXTE DU PAYS

Cette partie du rapport décrit le contexte socio-économique, démographique et sanitaire qui a prévalu au cours de la mise en œuvre du 6^{ème} Programme de Coopération entre UNFPA et le Gouvernement du Togo, puis les stratégies nationales mises en place pour atteindre les objectifs de développement.

Au plan de sa situation géographique, le pays s'étend sur une superficie de 56.600 km² et est limité au Nord par le Burkina-Faso, au sud par l'Océan atlantique, à l'Est par le Bénin et à l'Ouest par le Ghana. Au plan de la répartition spatiale, la région maritime concentre à elle seule 42% de la population sur 1/10^{ème} de la superficie du pays et une densité de population de 293 habitants/km² contre une moyenne nationale de 109 hbts/km² (RGPH, 2010). Le pays compte cinq régions administratives (Savanes, Kara, Centrale, Plateaux et Maritime) réparties en 35 préfectures en 2014 et en 39 préfectures en 2017. Depuis 1996, Lomé la capitale a été érigée en région sanitaire «Lomé-Commune». Actuellement, les régions administratives n'ont pas d'autonomie administrative ni financière puisque le processus de décentralisation peine à s'opérationnaliser. La religion dominante est le christianisme (58,2%). Les religions musulmane et traditionnelle représentent respectivement 17,8% et 24% (RGPH, 2010).

Le Togo subit jusqu'à présent, les séquelles de la longue crise sociopolitique vécue dans les années 1990 et qui l'a privé durant une vingtaine d'années, de l'aide au développement, notamment de la part de l'Union Européenne, du FMI et de la Banque Mondiale. Les séquelles d'une telle crise dans le processus de développement du pays sont encore présentes dans plusieurs secteurs et à plusieurs niveaux. Ces dix dernières années, le Togo connaît une croissance économique rapide. Le taux de croissance du PIB est passé de 4,8 % en 2012 à 4,0 % en 2013 et respectivement à 5,9 % et 5,5% en 2014 et en 2015 (Rapport sur le profil de la pauvreté dans les pays de l'UEMOA, 2012 ; 2013 ; 2014 ; 2015). Cette croissance économique se révèle toutefois insuffisante pour réduire significativement la pauvreté dans le pays. L'incidence de la pauvreté est passée de 61,7% en 2006 à 58,7% en 2011 et 55,1% en 2015. L'analyse du profil de pauvreté selon le milieu permet de constater que sur les trois années, la pauvreté est plus marquée dans le milieu rural que dans les autres milieux (QUIBB, 2006 ; 2011 ; 2016).

La présente section analyse la situation relative à la santé de la reproduction, au genre et aux droits humains, ainsi qu'aux interrelations population et développement.

2.1- Défis de développement et stratégies nationales

2.1.1. Santé de la reproduction

Les objectifs de développement fixés pour la santé, visent le renforcement des capacités humaines et matérielles au niveau du secteur en vue de disposer des services de soins de qualité, et accessibles à toute la population et susciter la demande pour réduire la mortalité maternelle et infantile. L'analyse de l'évolution des indicateurs relatifs à la santé de la reproduction met en relief d'importants défis à relever.

❖ *Problèmes et besoins en santé de la reproduction*

La mortalité maternelle reste très élevée dans le pays avec un ratio de décès maternels estimé en 2014, à 401 pour 100 000 naissances vivantes contre 160 pour 100 000 naissances fixé pour l'horizon 2015 dans le cadre des OMD. Les données de l'évaluation nationale des Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence (SONU) de 2012 font état d'une faible disponibilité (0,67 SONUB pour 500.000 habitants face à une norme de 4 pour 500 000) et d'une faible qualité de ce type de soins. Le recours aux soins prénatals était en 2014 relativement élevée avec une proportion de 81% des femmes ayant effectué au moins une visite tandis que la proportion d'accouchements sous l'assistance d'un personnel qualifié n'était que de 59,3%. La prévalence de la contraception moderne est en augmentation, elle est passée de 15,2% en 2010 à près de 20% en 2014 d'après les résultats d'enquêtes MICS et EDS (DGSCN, 2012 ; DGSCN, 2015).

Néanmoins, elle demeure relativement faible et est associée à forte prévalence des besoins non satisfaits en matière de planification familiale qui atteint 33,4% au sein des femmes en union en 2014 (DGSCN, 2015).

Le nombre moyen d'enfants par femme a connu une baisse entre 2006 et 2010 d'après les résultats des enquêtes MICS, passant de 5,2 à 4,8 (DGSCN, 2007 ; DGSCN, 2012). Entre 2010 et 2014, il s'est stabilisé à 4,8 dont 3,7 en milieu urbain contre 5,7 en milieu rural (DGSCN, 2015). La prévalence de la fistule obstétricale était de 0,03% en 2010, niveau probablement sous-estimé au regard de son contexte social stigmatisant (DGSCN, 2012).

La précocité du mariage et de la fécondité font partie des caractéristiques de la vie reproductive au Togo. En 2014, 32% des femmes de 15-49 ans étaient déjà en union avant l'âge de 18 ans tandis que 16,5% d'adolescentes de 15-19 ans étaient déjà enceinte ou en vie féconde (DGSCN, 2015). Bien que demeurant à des niveaux relativement élevés, la mortalité infantile et la mortalité infanto-juvénile sont en baisse significative au cours de la période 2010-2014, passant de 78‰ et 124‰ en 2010 à 49‰ et 88‰ en 2014 (DGSCN, 2012 ; DGSCN, 2015). La mortalité néonatale est établit à 23‰ en 2014 (DGSCN, 2015).

Malgré des avancées notables, l'infection à VIH demeure un problème majeur de santé publique dans une population majoritairement jeune. D'après les données de l'EDS-2013/2014 (DGSCN, 2015), la prévalence du VIH au sein de la population adulte de 15-49 ans était de 2,5% en 2014, nettement plus élevée chez les femmes que chez les hommes (6,3 % contre 4,1 %), en milieu urbain qu'en milieu rural (3,6% contre 1,6%) et avec d'importantes disparités régionales : 3,4% à Lomé Commune, 3% dans la Maritime, 2,3% dans les Plateaux, 2,2% à Centrale, 1,8% à Kara et 0,4% dans les Savanes. Chez les jeunes de 15-24 ans, la prévalence du VIH était de 1,2% et associée à une faible connaissance approfondie du VIH, de ses moyens de prévention et de transmission¹ : 23,3% contre 20,3% dans l'ensemble de la population adulte de 15-49 ans (DGSCN, 2015).

Les niveaux de ces indicateurs ont probablement évolués au cours de la période de mise en œuvre du 6^{ème} programme mais il manque des données récentes pour en faire une illustration. L'enquête MICS 2017 en cours de réalisation au cours de la période de l'évaluation aurait pu être utile à cet égard mais ses résultats n'étaient pas encore disponibles. L'UNFPA, à travers le 6^{ème} programme, devrait avoir une contribution significative dans les améliorations attendues puisqu'il est le principal partenaire du Gouvernement au niveau des différents piliers de réduction de la mortalité maternelle que sont la planification familiale, les SONU y compris les accouchements assistés.

❖ *Stratégies nationales en matière de santé de la reproduction*

Pour répondre aux besoins en santé de la reproduction, des politiques et stratégies nationales ont été mises en place telles que :

- Le document de politiques et de normes en matière de santé de la reproduction, la gestion des produits ;
- Les lois :
 - ✓ La loi sur la santé de la reproduction en 2007 qui prohibe le viol, les mutilations génitales féminines, les mariages précoces et forcés, l'exploitation et le harcèlement sexuel ;
 - ✓ La loi portant protection des personnes en matière de VIH/sida de 2005 : révisé en 2008 dans le but de prendre en compte le genre et les droits humains ;
- Les plans stratégiques et d'actions nationaux ;
 - ✓ Le plan stratégique de lutte contre le VIH/SIDA ;
 - ✓ La stratégie nationale de lutte contre la fistule obstétricale ;

¹ Sont considérées comme ayant une connaissance « approfondie », les personnes qui savent que l'utilisation régulière du condom au cours des rapports sexuels, la limitation des rapports sexuels à un seul partenaire fidèle et non infecté permettent de réduire les risques de contracter le virus du sida, celles qui savent qu'une personne en bonne santé peut néanmoins avoir contracté le virus du sida et celles qui rejettent les deux idées locales erronées les plus courantes concernant la transmission ou la prévention du virus du sida (transmission par les moustiques et les moyens surnaturels).

- ✓ Les stratégies mobiles et avancées d'offre de services intégrés SR/PF/VIH mises en place pour l'amélioration de l'accès des populations aux méthodes contraceptives ;
- ✓ La Campagne pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle, infantile et néonatale (CARMMA) mise en place en 2010 ;
- ✓ Le renforcement des SONU pour améliorer l'accès aux services de soins obstétricaux ;
- ✓ Les campagnes de réparation gratuite de la fistule obstétricale sur toute l'étendue du territoire national ;
- ✓ Le Programme National de Lutte contre les Grossesses et Mariages des Adolescents (PNLGMA, 2014-2019)
- ✓ La création de l'Institut National d'Assurance Maladie (INAM) au profit des agents du secteur public depuis 2012 ;
- ✓ Le renforcement du partenariat avec les ONG pour une meilleure intégration des composantes Genre et SR/VIH.

2.1.2. Genre et droits humains

❖ Problèmes d'inégalités sociales, du genre et des droits humains

La société togolaise est caractérisée par une structure sociale de type patriarcal qui est fondée sur des relations sociales et de pouvoirs inégaux entre les sexes. L'analyse du genre dans les domaines social et culturel, pose globalement la question du statut et des rôles différenciés des hommes et des femmes. Ceux-ci sont confortés par des stéréotypes qui en font les portraits imagés facilement intériorisés comme étant dévolus aux hommes et aux femmes en fonction de capacités féminines/masculines considérées comme normales. Les facteurs culturels ont une influence sur les conditions de vie et la situation sociale des femmes. Elles sont dans une grande majorité victimes de disparités dans l'éducation et subissent des pratiques discriminatoires comme l'excision, le lévirat/sororat, le mariage forcé, etc., pratiques qui ont une incidence non seulement sur leur santé mais aussi sur leur position dans la famille et dans la société (PNEEG, 2011).

Le profil genre du pays reste marqué par une forte prévalence des inégalités. En matière de scolarisation, les inégalités persistent entre les garçons et les filles. En 2014, le taux net de scolarisation des 6-11 ans dans le primaire était légèrement plus élevé pour les garçons que pour les filles (85% contre 82%). Dans le secondaire, calculé pour les 12-17 ans, le désavantage des filles sur les garçons s'accroît (58% chez les garçons contre 45 % chez les filles) (DGSCN, 2015).

D'après les données de l'EDST2013/2014, la prévalence de l'excision est de 5% chez les femmes âgées de 15-49 ans en 2014. Elle augmente significativement avec l'âge, passant de près de 2% chez les 15-19 ans à 10,2% chez les 45-49 ans. Elle varie sensiblement selon la région : 17,4% dans la Centrale, 10,1% dans les Savanes, 8,2% à Kara, près de 2% à Lomé Commune et dans les Plateaux et 0,4% dans la Maritime (DGSCN, 2015). Les résultats de l'EDST 2013-2014 (DGSCN, 2015) indiquent que depuis l'âge de 15 ans, près de trois femmes sur dix (29 %) âgées de 15-49 ans ont subi des violences physiques. Environ une femme sur dix (11%) a déclaré avoir subi, à n'importe quel moment de sa vie, des actes de violence sexuelle. Parmi les femmes enceintes ou qui l'ont été, 8% ont subi des violences physiques pendant la grossesse. Rappelons également que la précocité du mariage et de la fécondité est toujours légion au Togo. D'après cette même source, en 2014, 32% des femmes de 15-49 ans étaient déjà en union avant l'âge de 18 ans tandis que 16,5% d'adolescentes de 15-19 ans étaient déjà enceintes ou en vie féconde.

La valorisation de la position sociale et du potentiel de la femme dans la famille et dans la communauté a connu une régression. Par exemple, la proportion de femmes au gouvernement passe de 22,7% en 2012 à 20,7% en 2013. Par contre le pourcentage des femmes au parlement a connu une amélioration par rapport à 2012 passant de 11,1% à 15,4% en 2013 (RAPD, 2013).

Les obstacles dans la réalisation de l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes sont au niveau :

- ✓ Socioculturel (existence de stéréotypes sexistes, pesanteurs socioculturelles, analphabétisme bas niveau d'études des femmes, faible accès aux informations et aux TIC) ;
- ✓ Politique (faible adhésion des femmes aux partis politiques, faible représentation des femmes aux différentes élections, faible représentativité des femmes aux postes de décision).
- ✓ Juridique (méconnaissance des textes et des droits, inexistence des textes d'application des lois, la persistance des pratiques coutumières ayant des conséquences néfastes sur la femme et la fille) ;
- ✓ Economique (accès insuffisant aux facteurs et aux ressources de production)

❖ *Stratégies nationales en matière de genre et droits humains*

Pour relever les défis en matière de genre, certaines politiques, stratégies et documents sont élaborés parmi lesquels :

- Le Document de stratégie nationale de lutte contre les violences basées sur le genre du Togo (Juin 2012) ;
- Le Code des Personnes et de la Famille du Togo révisé (2012) ;
- La Politique Nationale pour l'Equité et l'égalité de Genre au Togo (PNEEG) (2011) ;
- Le Plan d'Action de Politique Nationale pour l'Equité et l'Egalité de Genre au Togo (PAEEG) (2011) ;
- La Stratégie d'intervention des cellules sectorielles Genre du Togo (2008) ;
- La loi portant interdiction des mutilations génitales féminines en 1998 ;
- Les stratégies de financement développées par le Gouvernement pour l'accès des femmes aux microcrédits assurés par les IMF, par la création d'un Fonds national pour la finance inclusive (FNFI) ;
- La loi N°2013-010 du 27 MAI 2013 portant aide juridictionnelle au Togo et qui protège les couches vulnérables en majorité les femmes contre les violences ;
- L'adoption en 2014 de la Loi N° 2014-019 modifiant la loi N° 2012-014 du 06 Juillet 2012 portant Code des Personnes et de la Famille du Togo ;
- L'adoption en 2015 de la Loi N° 2015-010 portant Nouveau Code pénal ;
- etc.

2.1.3 Population et développement

❖ *Problèmes et besoins en population et développement*

Selon le RGPH4, le Togo compte 6.191 .155 habitants en 2010 avec un taux de croissance démographique annuel de 2,84%, soit un doublement de la population en 25 ans. Le contexte démographique du pays est marqué par une légère supériorité numérique des femmes sur les hommes avec 51,4% de l'effectif global et une prépondérance des jeunes de moins de 25 ans (60%). Les personnes âgées de 60 ans et plus représentent 5,4% et celles âgées de 65 ans et plus environ 4%.

En 2014, le nombre moyen d'enfants par femme au Togo était de 4,8 enfants (DGSCN, 2015)). La différence entre le milieu urbain (3,7 enfants) et le milieu rural (5,0 enfants), confère au milieu de résidence, un facteur discriminant de fécondité des femmes. Si les niveaux de fécondité se maintiennent invariables, une femme du milieu rural aura en moyenne en fin de vie féconde, pratiquement deux enfants de plus que sa congénère du milieu urbain. La région des Savanes avec 5,3 enfants par femme a un niveau de fécondité nettement au-dessus de la moyenne nationale (DGSCN, 2015).

Rappelons que la proportion des adolescentes ayant déjà commencé leur vie féconde était en 2014 de 16,5% avec d'importantes disparités régionales : 23,8% à Centrale, 21,1% dans les Plateaux, 20,5% à Kara, 16,4% à Lomé Commune et 14,7% dans la Maritime (DGSCN, 2015).

D'après les résultats du RGPH4, l'espérance de vie à la naissance en 2010 était de 64,2 ans pour les femmes contre 56,4 ans pour les hommes (INSEED, 2016). Sur la période 2014-2017, le taux d'urbanisation est estimé respectivement à : 39,5% pour 2014 ; 40,1% pour 2015 ; 40,8% pour 2016 ; 41,4% pour 2017 (INSEED, 2016).

Sur la période 2014-2017, la population togolaise est estimée respectivement à 6,6 millions d'habitants en 2014 ; 6,8 en 2015 ; 7,0 en 2016 ; 7,1 en 2017 (INSEED, 2016).

A l'instar de plusieurs pays d'Afrique subsaharienne, le Togo bénéficie d'une situation économique favorable qui se manifeste par des taux de croissance économique relativement significatifs. L'objectif est d'amener le pays à l'émergence socioéconomique à l'horizon 2030. La création de conditions de l'émergence économique se fonde sur de nouveaux paradigmes de développement dont l'intégration des variables de population dans les stratégies de développement. Le dividende démographique est un booster potentiellement durable que le changement démographique, notamment la transformation de la structure par âge, peut donner au développement socioéconomique. Actuellement, les principaux problèmes de population et de développement du pays se posent en termes de :

- ✓ Une structure par âge marquée par la prépondérance des enfants et des jeunes de moins de 25 ans, ce qui crée des besoins de prise en charge en matière d'éducation de base, de formation qualifiante, de soins de santé primaire, de services de santé sexuelle et de reproduction, ainsi que de lutte contre les IST et le VIH ;
- ✓ Une forte fécondité persistante en milieu rural avec 5,7 enfants par femmes, , témoignant en partie de la faiblesse de l'offre de services de planification familiale face à une prévalence relativement élevée des besoins non satisfaits en matière de planification familiale (34% au sein des femmes en union) (DGSCN, 2015) ;
- ✓ La forte croissance urbaine faisant passer la population urbaine à 39,5% de la population totale en 2014 contre 25,2% en 1981 ;
- ✓ En dépit des avancées en matière de couverture sociale, notamment le prolongement de l'âge de départ à la retraite pour les salariés, l'institution de l'assurance maladie pour ceux du secteur public et la forte subvention de la césarienne, la sécurité sociale pour le plus grand nombre (les ruraux, les jeunes sans emplois, les personnes âgées, les personnes porteuses de certains handicaps, etc.) demeure un grand défi pour le pays.

Les mesures institutionnelles prises par l'Etat en matière de maîtrise de la croissance de la population ont été orientées par le programme d'action de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD) tenue au Caire en 1994.

❖ *Stratégies nationales en population et développement*

Pour atteindre les différents objectifs de développement, les stratégies et dispositions prises ont concerné :

- ✓ L'adoption en 1998 d'une Politique Nationale de Population (PNP) qui constitue à la fois un instrument de maîtrise de la croissance démographique et un outil de réduction de la pauvreté ;
- ✓ La mise en place du réseau des journalistes pour les questions de population et développement en 1998 ;
- ✓ La mise en place au sein de l'Assemblée nationale du réseau des députés pour la population et le développement en 1998 ;
- ✓ La constitution du réseau des femmes africaines ministres et parlementaires sur les questions de population (REFAMP-Togo) en 1999 ;
- ✓ L'adoption en 2007 d'une Politique Nationale de Jeunesse ;
- ✓ La mise en place en 2008 d'un Conseil National de Jeunesse ayant des démembrements dans toutes les régions et les préfectures ;
- ✓ L'élaboration et la mise en œuvre du Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté –Complet (DSRP-C) (2009) ;
- ✓ L'élaboration et la mise en œuvre de la Stratégie de Croissance Accélérée et de Promotion de l'Emploi (SCAPE 2013-2017) ;

- ✓ La mise en place en 2015 de la Direction des Etudes de Population au sein du Ministère de la Planification du Développement ;
- ✓ L'élaboration en 2016 d'un guide d'intégration de la dynamique démographique dans la planification du développement ;
- ✓ L'intégration des questions de population et du dividende démographique dans les plans et programmes nationaux de développement
- ✓ L'instauration de la gratuité des frais de scolarité au primaire en 2008.

2.2- Rôle de l'aide extérieure

Le Togo a réaffirmé son engagement en faveur de la construction d'une architecture internationale de coopération plus solide plus inclusive et plus efficace pour atteindre les objectifs de développement. Dans cette logique, il a adopté et mis en œuvre en 2013, avec l'appui de tous les acteurs, sa stratégie de réduction de la pauvreté de deuxième génération dénommée Stratégie de Croissance Accélérée et de Promotion de l'Emploi (SCAPE). Plusieurs donateurs se sont engagés à soutenir les efforts de développement du Togo. En 2013, les sept (7) principaux donateurs qui ont déboursé un volume important d'aide sont décrits dans le tableau 2.1 suivant :

Tableau 2.1. Principaux donateurs de l'aide publique du développement du Togo en 2013

Donateurs	Montant (millions USD)	%
Banque Ouest Africaine de Développement	95,90	23,44
Banque Mondiale	48,79	11,93
Fonds Mondial	42,63	10,42
Union Européenne	34,79	8,50
Exim Bank de la Chine	29,94	7,32
Agence Japonaise de coopération Internationale	19,91	4,86
Banque Africaine de Développement	16,09	3,93

Source : Rapport sur l'aide publique au développement 2013

CHAPITRE 3: LA REPONSE ET LES STRATEGIES DU PROGRAMME DE L'UNFPA

La coopération entre le Gouvernement togolais et l'UNFPA a commencé en 1972 sous forme d'assistance financière à des activités ponctuelles jusqu'en 1983. Le premier programme pays a couvert la période 1984-1988. De 1984 à 2013, cinq programmes pays ont été élaborés et mis en œuvre. Le sixième programme (2014-2018) est focalisé sur l'accès des populations, surtout les femmes et les jeunes, aux services de SR de qualité en vue de l'accélération des progrès dans l'atteinte des OMD et la mise en œuvre du Programme d'Action de la CIPD.

3.1- Réponse du SNU et de l'UNFPA

Le 6^e programme Pays est aligné sur le cadre d'assistance des Nations Unies pour le développement au Togo, le plan stratégique de l'UNFPA 2014-2017 et le Plan d'Action de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement, ainsi que sur les priorités nationales. Les produits du programme sont en parfaite harmonie avec les axes stratégiques définis dans la SCAPE. Le programme pays prend en compte cinq produits du Plan Stratégique révisé de l'UNFPA pour 2012-2013, notamment le produit 2 relatif à la Planification Familiale, le produit 3 relatif à la santé maternelle, et le produit 4 sur la prévention de l'infection au VIH qui contribuent à l'effet 2 de l'UNDAF (*Les populations, surtout les plus vulnérables, ont un accès plus équitable aux services sociaux de base de qualité*). Le produit 10 sur la lutte contre les violences basées sur le genre et les pratiques néfastes, ainsi que le produit 12 relatif à la disponibilité des données contribuent à l'effet 3 de l'UNDAF (*Les capacités des institutions et acteurs à l'échelle nationale et locale sont améliorées pour la réduction des inégalités, la modernisation de l'Etat, la consolidation de la paix, de la démocratie et la promotion des droits de l'homme*). Suite à l'adoption du nouveau Plan Stratégique de l'UNFPA pour la période 2014-2018, le Plan d'Action du Programme Pays a été aligné sur ce nouveau Plan Stratégique passant de cinq produits à six.

3.2- Réponse de l'UNFPA à travers le programme pays

Les résultats attendus du 6^{ème} programme sont une réponse aux défis de développement du Togo relatifs à l'amélioration de la qualité de vie des populations, notamment par un meilleur accès aux services de SR de qualité, la promotion de l'égalité entre les sexes et la prise en compte des questions de population et d'égalité/équité entre les sexes dans les politiques et programmes de développement.

3.2.1 Brève description de la stratégie du cycle précédent de l'UNFPA, les objectifs et les réalisations

Le 5^{ème} programme pays couvrant la période de 2008 – 2012 qui a été prorogé à 2013 sur demande du gouvernement, avait pour but de contribuer à la réduction de la pauvreté par l'amélioration de l'accès des populations, surtout les femmes, les jeunes et adolescents, à des services SR de qualité, ainsi que la prise en compte des questions de population et d'égalité/équité entre les sexes, dans les politiques et programmes de développement. Les appuis financiers sur ledit programme se sont considérablement renforcés à la faveur de la disponibilité des fonds de Sécurisation des produits SR à partir de 2010 et des fonds du Gouvernement Français en faveur de la santé maternelle (Initiative Muskoka²) depuis 2012. Approuvé pour 10,5 millions de dollars, ce 5^{ème} programme aura mobilisé finalement un montant de 13 millions de dollars. Dans le souci de maximiser les performances des interventions, l'exécution du programme s'est concentrée dans 7 districts des régions Maritime

²Plan d'Action du Programme Pays Gouvernement TOGO & UNFPA_2014-2018

et des Savanes pour ce qui concerne les services de SR/PF/VIH, en renforçant le partenariat avec les ONG et en veillant à une meilleure intégration des composantes Genre et SR/VIH.

Ce programme a pris en compte les acquis du programme précédent dans les trois domaines programmatiques de l'UNFPA, et se fonde sur les quatre principaux piliers du DSRP-C : (i) renforcer la gouvernance politique, administrative et économique ; (ii) consolider les bases d'une croissance forte et durable ; (iii) développer le capital humain ; (iv) réduire les déséquilibres régionaux et promouvoir le développement local.

En outre, le programme passé a permis d'atteindre de bons résultats. Trois des quatre produits de la composante SR ciblent le renforcement de l'offre de services et un produit se réfère au renforcement des capacités institutionnelles. Ces résultats ont contribué à l'amélioration de l'accès des populations à des services de SR de qualité, notamment la PF, Santé maternelle, IST/VIH/Sida surtout en milieu rural et périurbain dans la zone du programme et aux résultats globaux des cadres stratégiques de développement national (UNDAF, DSRPC) en l'occurrence l'accès plus équitable aux services sociaux de base de qualité surtout pour les groupes les plus vulnérables.

Sur le plan de la SR, on a noté une amélioration de l'accès à des services de qualité notamment dans les 7 districts de concentration. Le programme a contribué, également, à l'élaboration de politiques et stratégies nationales, en l'occurrence, les documents de politiques et de normes en matière de santé de la reproduction, la gestion des produits, les plans d'action nationaux, le plan stratégique de lutte contre le VIH/Sida, et la stratégie nationale de lutte contre la fistule obstétricale.

La composante santé sexuelle et de la reproduction a, surtout, contribué à améliorer l'accès à la planification familiale avec la proportion des structures de santé offrant au moins trois méthodes de contraception passant de 73% en 2006 à 89% en 2012 et un « Couple Année Protection » à fin 2012 se chiffrant à 140.000 contre 46.041 en 2007. Le taux de prévalence contraceptive à l'échelle nationale a augmenté, passant de 11% à 13,2% entre 2006 et 2010³.

Sur le plan de la Population et Développement, l'UNFPA a fourni un appui technique et financier pour la réalisation du quatrième recensement général de la population et de l'habitat de 2010. Cet appui a eu pour effets : a) une meilleure disponibilité de données désagrégées fiables sur les indicateurs clés ; b) la prise en compte des questions de population et d'indicateurs démographiques dans la SCAPE; c) la disponibilité d'informations et d'indicateurs de base sur le bien-être des femmes et des enfants ; et d) le renforcement des capacités logistiques et techniques du service national de la statistique afin de lui permettre de réaliser des études et des enquêtes intercensitaires nationales.

Enfin, par rapport à la composante d'équité et égalité de genre, le programme a contribué: a) à l'amélioration du cadre juridique et institutionnel avec l'adoption de la politique nationale d'égalité et d'équité de genre en 2011, d'un nouveau code des personnes et de la famille en 2012 et la relecture du code pénal et du code de procédure pénale dans l'optique genre ; b) au renforcement des capacités des partenaires nationaux en vue de la prise en compte du genre dans l'élaboration des programmes ; c) à une meilleure appréhension des violences basées sur le genre à l'échelle nationale⁴, d) à une implication des leaders communautaires et religieux dans la lutte contre ces violences avec l'amorce d'une stratégie d'implication des hommes dans la lutte contre les VBG et e) à l'autonomisation des femmes par le soutien aux activités génératrices de revenus des groupements féminins.

³Programme pays (2014-2018) DP/FPA/CPD/TOG/6

⁴ Etude sur les violences basées sur le genre au Togo (VBG, 2010); Etude sur les mutilations génitales féminines au Togo (MGF, 2008).

3.2.2 Le programme pays de l'UNFPA 2014-2018

Le programme pays en cours s'appuie sur les leçons tirées de l'évaluation finale du précédent et sur les domaines prioritaires identifiés à travers une analyse de la situation. Ainsi, le 6^{ème} programme pays, couvrant la période 2014-2018, s'aligne sur les priorités nationales, le cadre d'assistance des Nations Unies pour le développement au Togo, le plan stratégique de l'UNFPA 2014-2017, le Plan d'Action de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement et le Cadre de développement de l'UNDAF.

Au Togo, le bureau Pays UNFPA a retenu quatre composantes à savoir la composante Santé de la Reproduction ; la composante Santé de la Reproduction des Adolescent(e)s et Jeunes ; la composante Genre et Droits Humains ; et la composante Population et Développement. Quoiqu'il y ait eu une révision en 2015 pour répondre aux nouvelles orientations stratégiques de l'agence, le programme est resté aligné aux documents politiques du pays et les priorités de l'UNFPA pour le post 2015.

Les résultats attendus du sixième programme sont une réponse aux défis de développement relatifs à l'amélioration de la qualité de l'offre de service aux populations par la promotion des droits de l'homme, de l'égalité entre les sexes et des services de santé reproductive de qualité, et par l'intégration des questions de population et du genre dans les plans et programmes de développement.

3.2.2.1. Les besoins à la base du 6^{ème} programme

Comme nous l'avons vu dans le chapitre 2, le 6^{ème} programme pays a été mis en place dans un contexte caractérisé par les éléments suivants :

- une forte mortalité maternelle et infanto-juvénile ;
- une faible capacité d'offre de services de santé de la reproduction ;
- une faible demande et d'offre de services de santé de la reproduction ;
- une forte prégnance des Violences Basées sur le Genre (VBG) incluant les pratiques traditionnelles néfastes dont les Mutilations Génitales Féminines (MGF) et le mariage précoce.

Ainsi, le renforcement de la capacité d'offre et la création d'un environnement favorable à une augmentation de la demande des services de la SR émergeaient aux rangs des priorités nationales en synergie avec le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS, 2012-2015), la Politique Nationale de Population (1998), la Politique Nationale d'Equité et d'Egalité Genre (PNEEG, 2011).

3.2.2.2. But du 6^{ème} programme pays

Le programme en cours et qui fait l'objet de la présente évaluation, a été élaboré, dans un contexte national marqué par de nombreux défis et repose sur une approche basée sur les droits humains. Il est mis en œuvre suivant les principes de la gestion axée sur les résultats avec comme but de contribuer à la réalisation des quatre résultats du plan stratégique de l'UNFPA 2014-2017, à travers six produits comme l'indique le tableau suivant :

Tableau 3.1. Produits, Résultats et Effets du programme

Produits	Résultats	Effets
SR & SRAJ		
Produit 1: Augmentation de la capacité nationale de fournir des services de santé maternelle complets, y compris dans les situations humanitaires	R1: Accroissement de la disponibilité et de l'utilisation de services intégrés de santé reproductive et sexuelle (notamment la PF, la santé maternelle et le VIH) qui sont sensibles au genre et qui satisfont les normes des droits de l'homme en matière de qualité des soins et d'équité d'accès	Effet 2 UNDAF Les populations, surtout les plus vulnérables, ont un accès plus équitable aux services sociaux de base de qualité
Produit 2 : Augmentation des capacités nationales pour fournir des services intégrés de santé sexuelle et reproductive		
Produit 3: Augmentation des capacités nationales à renforcer un environnement favorable, à augmenter la demande et l'offre de contraceptifs modernes et à améliorer les services de planification familiale de qualité, libre de toute coercition / discrimination / violence		
Produit 4 : Renforcement des capacités nationales pour concevoir et mettre en œuvre au sein de la communauté et à l'école des programmes d'éducation sexuelle complète qui promeuvent les droits humains et l'égalité de genre.	R2: Priorité accrue aux adolescents, en particulier les jeunes adolescentes, dans les politiques et programmes nationaux de développement, notamment en mettant à leur disposition des services complets d'éducation sexuelle et de santé en matière de sexualité et de procréation	
GDH		
Produit 5: Systèmes de protection nationale et international renforcés pour des avancées en matière de droits de la reproduction, promotion de l'égalité entre les sexes et non-discrimination, ainsi que la réponse à la VBG, y compris dans les situations d'urgence humanitaire	R3: Progression de l'égalité des sexes, de l'autonomisation des femmes et des filles et des droits reproductifs, notamment pour les femmes les plus vulnérables et les plus marginalisées, les adolescents et les jeunes	Effet 3 UNDAF Les capacités des institutions et acteurs à l'échelle nationale et locale sont améliorées pour la réduction des inégalités, la modernisation de l'Etat, la consolidation de la paix, de la démocratie et la promotion des droits de l'homme
P&D		
Produit 6: Renforcement des capacités nationales de production et de diffusion de données de qualité ventilées les questions de population et le développement qui permettent d'appréhender la cartographie des disparités démographiques et des inégalités socio-économiques et pour la programmation, y compris dans les contextes humanitaires	R4: Renforcement des politiques nationales et des programmes internationaux de développement par l'intégration d'une analyse de la dynamique de la population fondée sur les données et d'une analyse de leurs liens avec le développement durable, la santé sexuelle et reproductive et les droits reproductifs, le VIH et l'égalité des sexes.	

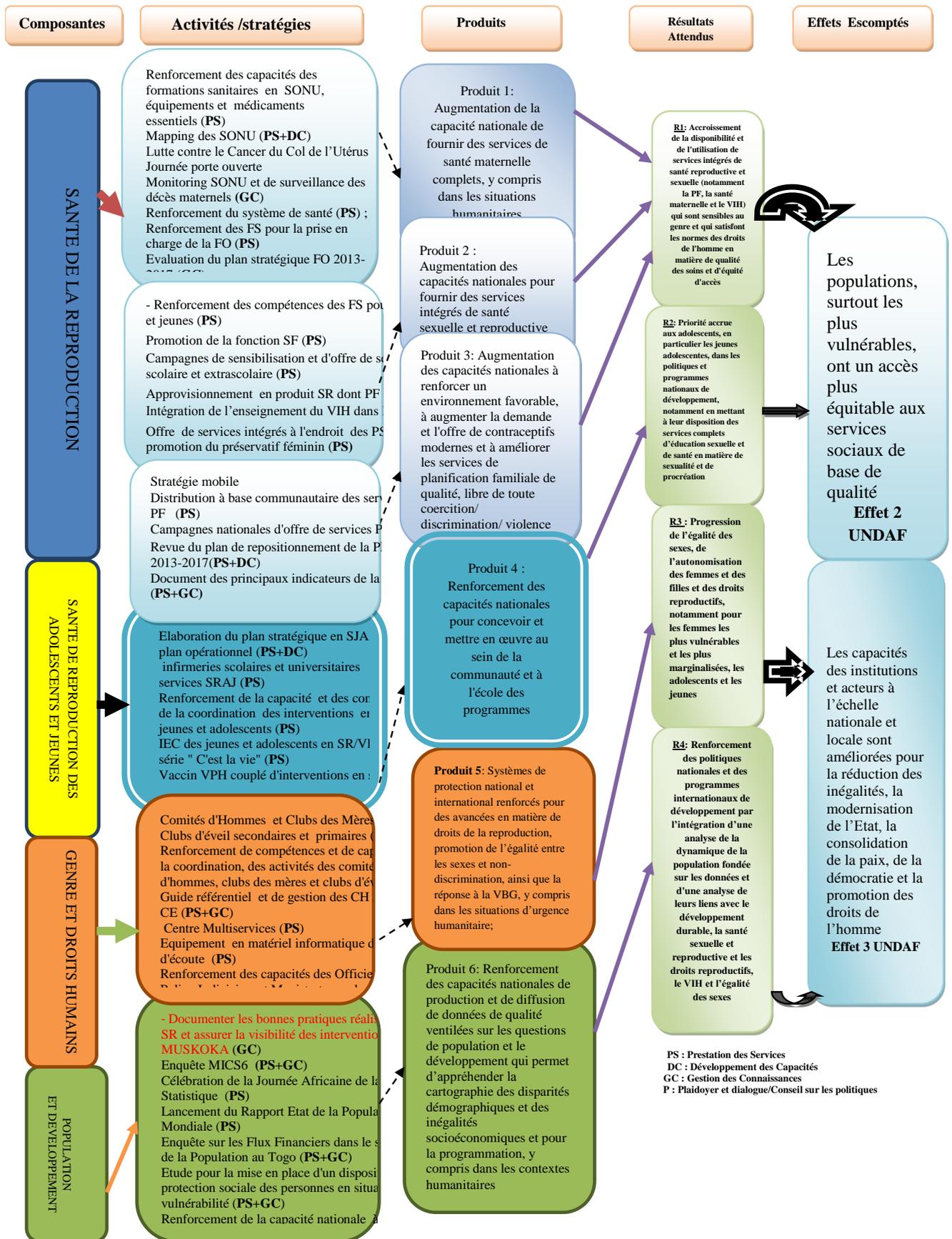
En vue de rester aligné aux priorités de l'UNFPA, étant donné qu'un nouveau plan stratégique a été mis en place pour la période 2014-2017, le programme pays a dû faire une révision de son CPAP. Le tableau suivant montre les changements intervenus pour s'aligner à ce nouveau plan stratégique.

Tableau 3.2. Produits du CPAP initial et du CPAP révisé

CPAP initial	CPAP révisé
Composantes Santé de la Reproduction & Composante Santé de la Reproduction des Adolescent(e)s et Jeunes	
Produit 1 Ancien : Les Capacités nationales en matière de soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU), y compris la prévention et le traitement de la fistule obstétrique sont renforcées	Produit 1 Nouveau : Augmentation de la capacité nationale de fournir des services de santé maternelle complets, y compris dans les situations humanitaires
Produit 2 Ancien : Les Systèmes nationaux 1 pour la sécurisation de l'approvisionnement en produits de santé en matière de la reproduction et les interventions communautaires pour la planification familiale sont renforcés	Produit 2 Nouveau : Augmentation des capacités nationales pour fournir des services intégrés de santé sexuelle et reproductive
	Produit 3 Nouveau : Augmentation des capacités nationales à renforcer un environnement favorable, à augmenter la demande et l'offre de contraceptifs modernes et à améliorer les services de planification familiale de qualité, libre de toute coercition/discrimination/violence
Produit 3 ancien : Les capacités nationales à répondre aux besoins des jeunes et des professionnels de sexe en matière de lutte contre le VIH, de santé sexuelle et de la reproduction par le biais d'organisations à base communautaire et les réseaux sont renforcés	Produit 4 Nouveau : Renforcement des capacités nationales pour concevoir et mettre en œuvre au sein de la communauté et à l'école des programmes d'éducation sexuelle complète qui promeuvent les droits humains et l'égalité de genre.
Composante Genre et Droits Humains	
Produit 4 Ancien : Les capacités nationales de lutte contre les Violences Basées sur le Genre et d'offre de services de qualité, y compris dans des contextes humanitaires sont renforcées	Produit 5 Nouveau : Systèmes de protection national et international renforcés pour des avancées en matière de droits de la reproduction, promotion de l'égalité entre les sexes et non-discrimination, ainsi que la réponse à la VBG, y compris dans les situations d'urgence humanitaire;
Composante Population et Développement	
Produit 5 Ancien : Les capacités nationales de production, d'utilisation et de diffusion des données statistiques de qualité sur la dynamique des populations, la jeunesse, l'égalité des sexes et la santé de la reproduction sont renforcées	Produit 6 Nouveau : Renforcement des capacités nationales de production et de diffusion de données de qualité ventilées sur les questions de population et le développement qui permet d'appréhender la cartographie des disparités démographiques et des inégalités socioéconomiques et pour la programmation, y compris dans les contextes humanitaires

La révision des produits a inéluctablement conduit à une réorganisation des interventions afin d'aboutir aux résultats prévus. Ainsi, la figure ci-dessous retrace la logique d'intervention.

Figure 3.1 : Cadre logique d'interventions du CPAP révisé



PS : Prestation des Services
 DC : Développement des Capacités
 GC : Gestion des Connaissances
 P : Plaidoyer et dialogue/Conseil sur les politiques

3.2.3- La structure financière du programme pays

Le budget du 6^{ème} programme de coopération 2014 – 2018 approuvé était USD 13,5 millions dont 48,15% sur les ressources ordinaires et 51,85% à l'aide de modalités de cofinancement et/ou d'autres ressources à mobiliser. Jusqu'à la fin juin 2017 le bureau pays a consommé USD 11 973, soit un taux de 88,69 % de mobilisation financière. Des fonds mobilisés, la SR a pris 56%, la SRAJ 20%, Genre et Droits Humains, la P&D, le Suivi-Evaluation et la communication ont successivement 6 ; 8 ; 1 et presque 0%.

D'une façon globale, les fonds mobilisés pour les quatre composantes du 6^{ème} programme ont baissé entre 2014 et 2016 respectivement de 61% à 53% pour la SR, 22% à 17% pour la SRAJ. Cette situation est due à la baisse des fonds de sécurisation et fonds thématiques mobilisés par UNFPA au niveau international. Par contre on note une hausse de 4% à 7% pour la composante Genre et Droits Humains, et 6% à 53% pour la composante Population et Développement. Les activités de suivi-évaluation et de communication sont transversales et financées pour une grande partie à travers les composantes programmatiques notamment SR et SRAJ.

Il apparait clairement que le montant total mobilisé chaque année est décroissant au fil du temps. De 5 277 2244 USD en 2014, il est passé à 2 347 987 USD en 2016.

Tableau 3.3. Distribution du budget (en USD) par composante entre 2014 et 2017

Composantes	2 014		2 015		2 016		2017 (30/06)		Total	
	Budget	%	Budget	%	Budget	%	Budget	%	Budget	%
SR	3 243 182	61%	1 879 320	53%	1 241 894	53%	293 322	37%	6 657 718	56%
SRAJ	1 143 567	22%	693 214	20%	407 871	17%	178 838	22%	2 423 490	20%
GENRE	216 917	4%	254 824	7%	155 658	7%	42 258	5%	669 657	6%
P&D	314 464	6%	376 755	11%	201 773	9%	71 471	9%	964 463	8%
SUIVI-EVALUATION	47 009	1%	40 615	1%	12 805	1%	4 774	1%	105 203	1%
COMMUNICATION		0%		0%	25 952	1%	12 027	1%	37 979	0%
FONCTIONNEMENT	312 105	6%	300 735	8%	302 034	13%	200 117	25%	1 114 991	9%
Total	5 277 244	100%	3 545 463	100%	2 347 987	100%	802 807	100%	11 973 501	100%

CHAPITRE 4: CONSTATS : LES REPONSES AUX QUESTIONS D'EVALUATION

4.1. Axes programmatiques

Les constats, qui sont des réponses aux questions d'évaluation, portent sur les 6 produits relatifs aux 4 composantes du 6^{ème} programme. Les analyses s'appuient principalement sur les données issues de la matrice d'indicateurs du 6^{ème} programme. Elles intègrent également le processus et les conditions de réalisation des produits y compris l'éventail d'interventions mises en œuvre et qui constituent la spécificité de ce programme. Les constats sont obtenus à l'issue d'un processus de triangulation recoupant plusieurs sources : les entretiens (individuels et de groupe) avec les parties prenantes, l'analyse documentaire (y compris les rapports d'activités, de réunion, d'audit et d'évaluation sectorielle) et l'observation.

4.1.1- Pertinence du programme

QE1a : Dans quelle mesure l'appui du Bureau Pays dans les domaines que couvre son programme est-il (i) adapté aux besoins de la population cible (ii) en ligne avec le mandat et la stratégie de l'UNFPA et (iii) répond-t-il aux priorités nationales exprimées dans l'UNDAF et son plan d'action commun? Est-ce que les interventions prévues reflètent adéquatement les résultats attendus du Programme Pays?

QE1b : De manière dynamique, comment le bureau pays a-t-il su s'adapter à l'évolution des besoins des populations cibles (Adolescents/jeunes et femmes) dans la planification et la mise en œuvre de toutes les interventions appuyées dans le cadre du Programme ?

Résumé de la réponse : De l'analyse documentaire et des entretiens avec les parties prenantes, il apparaît clairement que les produits du 6^e programme pays étaient bien adaptés pour répondre aux besoins de la population et aux priorités exprimées dans les documents de politiques nationales tels que la SCAPE (2013-2017, Axe 3) à l'UNDAF (2014-2018, effets 2 & 3). En matière de SR et SRAJ, les produits 1, 2, 3 et 4 sont alignés aux priorités nationales du PNDS (2012-2015) et aux OMD 4,5 & 6. En matière de G&DH, le produit 5 est adéquat avec les priorités nationales exprimées dans la PNEEG (2011). Le produit 6 de la composante P&D répondait aux besoins de suivi de l'atteinte des OMD, des objectifs du PA/CIPD, de la PNP (1998) et des politiques sectorielles comme le PNDS (2012-2015). L'analyse du cadre logique d'intervention reconstruit met en évidence sa cohérence quant à son but et ses résultats. Pour l'immense majorité des interventions (25/26) déployées dans le cadre du 6^{ème} programme, la pertinence par rapport aux populations cibles et aux objectifs est clairement démontrée.

Enfin, le 6^{ème} programme pays prend en compte cinq produits du Plan Stratégique de l'UNFPA (2014-2017). Du point de vue de la réactivité aux changements, le 6^{ème} programme a répondu aux besoins émergents relevant des situations humanitaires, du dividende démographique et des Personnes Agées.

En définitive, la pertinence du 6^{ème} programme a été démontrée des points de vue de son adéquation aux besoins/priorités nationales, de son alignement au plan stratégique de l'UNFPA (2014-2017), de sa logique d'intervention et de sa réactivité aux changements.

A. Prise en compte des besoins de la population cible et alignement aux priorités nationales

En matière de SR et SRAJ, il apparaît globalement que les produits 1, 2, 3 et 4 sont pertinents car ils répondent aux priorités nationales inscrites dans le PNDS (2012-2015). Ces produits sont également en parfaite harmonie avec les axes stratégiques définis dans la SCAPE (2013-2017) et concourent à la réalisation des résultats attendus de l'axe 3 « le développement du capital humain, de la protection sociale et de l'emploi ». Ils contribuent à l'effet 2 relatif à l'accès équitable des populations aux services sociaux de base de qualité de l'UNDAF (2014-2018).

Enfin les 4 produits SR/SRAJ du 6^e programme contribuent à l'atteinte des OMD4 (Réduire la mortalité infanto-juvénile), OMD5 (Réduire la mortalité maternelle) et OMD6 (Combattre le VIH SIDA, le Paludisme et les autres maladies).

En matière de G&DH, le produit 5 est bien adapté aux besoins des populations cibles (femmes, jeunes, adolescents) et est en adéquation avec les priorités nationales exprimées dans la PNEEG (2011) et l'UNDAF (2014-2018) auquel il contribue à l'atteinte de l'effet 3.

Le produit 6 de la composante P&D est aligné aux priorités nationales définies dans la SCAPE (2013-2017) et dans le cadre d'assistance des Nations Unies pour le développement au Togo (UNDAF, 2014-2018). Dans le cadre de la SCAPE (2013-2017), le produit 6 contribue à la réalisation des résultats attendus de l'axe 3 portant sur le développement du capital humain, de la protection sociale et de l'emploi. Il contribue également à l'effet 3 attendu de l'UNDAF (2014-2018) qui stipule que « *Les capacités des institutions et acteurs à l'échelle nationale et locale sont améliorées pour la réduction des inégalités, la modernisation de l'Etat, la consolidation de la paix, de la démocratie et la promotion des droits de l'homme* ». Dès la conception du 6^{ème} programme, le produit 6 répondait aux besoins de suivi de l'atteinte des OMD et des objectifs du Plan d'Action de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (PA/CIPD) qui reconnaît la nécessité de disposer de données démographiques fiables pouvant faire l'objet de comparaison à l'échelon international pour la conception, la mise en œuvre et le suivi-évaluation de politiques et programmes. En effet, le PA/CIPD exhorte les Etats à renforcer leur capacité nationale à exécuter des programmes d'envergure et durable, à collecter, analyser, diffuser et exploiter les données sur la population et le développement (Rapport CIPD+20, août 2013). Le produit 6 répondait également aux besoins de suivi de la mise en œuvre de la Politique Nationale de Population (PNP, 1998) et des politiques sectorielles comme le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS, 2012-2015).

Dans l'ensemble, il ressort des entretiens et de l'analyse des rapports des réunions, que les PE ont été associés à l'identification des besoins, à la conception et la planification des activités du 6^{ème} programme et que les priorités nationales y ont été intégrées.

B. Pertinence et cohérence des interventions par rapport aux cibles, objectifs et résultats

D'une manière générale, l'analyse du cadre logique d'intervention reconstruit (cf. chapitre 3) met en évidence sa cohérence quant à son but et ses résultats. Pour l'immense majorité des interventions (25/26) déployées dans le cadre du 6^{ème} programme, la pertinence par rapport aux populations cibles et aux objectifs est démontrée. Le tableau 4.1 ci-dessous donne la justification. Seule une intervention s'est avérée peu pertinente. Il s'agit de la stratégie « Informed Push Model (IPM) », un projet pilote lancé en mars 2014 par le Ministère de la Santé avec l'appui de l'UNFPA, l'assistance technique de McKinsey & Coet le soutien financier de la Fondation Bill et Melinda Gates et de l'USAID (via Engender Health). L'objectif principal de l'IPM était, à titre démonstratif, d'éliminer la rupture de stocks des produits sélectionnés dans les formations sanitaires. En dépit de son potentiel intrinsèque pour la lutte contre les ruptures des produits, les conditions de mise en œuvre de l'IPM au Togo ont considérablement affaibli sa pertinence.

Une évaluation indépendante du modèle réalisée en novembre 2015 a conduit à une pertinence faible en raison d'une persistance des ruptures de stocks et une coexistence tensionnelle avec l'offre gratuite des produits PF lors des stratégies novatrices (stratégie avancée, stratégie mobile, DBC, JPO) et le système de recouvrement de la Stratégie Nationale d'Approvisionnement (SNAP)⁵. La faible pertinence de cette stratégie concorde avec les conclusions issues des entretiens avec les parties prenantes du projet.

Dans leur contexte de mise en œuvre, certaines des interventions déployées présentent quelques insuffisances qui ne relèvent pas toujours de la responsabilité du 6^{ème} programme. Par exemple :

⁵WDI & JSI (2015), Evaluation du projet «Informed Push Model » - Ministère de la Santé, République Togolaise, Rapport d'évaluation, novembre 2015 ; p 8 et pp :71-73.

- les interventions SONU soutenues par le renforcement de la Pratique de la Sage-femme et les Audits de Décès Maternels adressent les besoins prioritaires des femmes en période périnatale et en post avortement, et des nouveaux nés en détresse mais sont insuffisantes pour couvrir tous les risques liés aux complications de l'accouchement. Pour les SONUC, il manque les poches de sang pour faire face aux cas d'hémorragie et d'anémie sévère ainsi que le matériel roulant (ambulances, motos) pour les références des sites SONUB vers les CHP et CHR. Ces insuffisances, qui relèvent plutôt de la partie gouvernementale, devraient être adressées au regard de son influence potentiellement négative dans l'atteinte de l'objectif de réduction des décès maternels assigné à cette stratégie ;

- le renforcement des capacités nationales en matière de lutte contre les FO et le Cancer du Col de l'Utérus (CCU) contribue à répondre aux besoins nationaux exprimés dans le PNDS, notamment à amoindrir l'impact socio sanitaire de ces affections sur la population des femmes en âge de procréer. Mais la mise en œuvre à petite échelle des interventions FO et CCU ne permet pas d'atteindre la majorité des cibles et de couvrir les besoins non satisfaits.

Tableau 4.1 : Types d'interventions mises en œuvre dans le cadre du 6^{ème} programme selon leur pertinence par rapport aux populations cibles et aux objectifs

N°	Interventions	Produits	Composantes	Conclusion	Justification
1	SONU (Formation & Equipement)	P1	SR	Pertinent	Les taux de décès maternels et néonataux sont encore très élevés ⁶ . Et beaucoup de fonctions SONUB manquent dans plusieurs maternités d'USP de type 2. Le plateau technique des CHP et CHR n'est pas adéquat.
2	Lutte contre la Fistule Obstétricale	P1	SR	Pertinent	La FO est une maladie invalidante et discriminante avec de graves conséquences socio-économiques ⁷ . C'est une priorité nationale qui manque de soutien technique et financier.
3	Lutte contre le Cancer du Col de l'Utérus	P1	SR	Pertinent	La lutte contre le CCU est une priorité nationale contenue dans le PNDS qui manque de soutien technique et financier. Sa prévalence est peu connue. C'est une maladie grave avec une prise en charge coûteuse mais facilement traitable surtout dans sa phase pré cancéreuse.
4	Audit des décès maternels	P1	SR	Pertinent	Une intervention de soutien indispensable à l'efficacité des SONUB&C. Elle contribue significativement à la réduction des décès maternels par la détermination des dysfonctionnements qui concourent aux à ces événements évitables.
5	Approvisionnement en produits PF	P3	SR	Pertinent	L'augmentation du CAP et de la Prévalence Contraceptive a un effet direct prouvé sur la réduction de la Mortalité Maternelle et Infantile.
6	Informed Push Model (IPM)	P3	SR	Peu Pertinent	L'approvisionnement des FS au dernier km reste un défi. L'IPM qui a fait ses preuves ailleurs a perdu une partie de sa pertinence dans les conditions de sa mise en œuvre au Togo (<i>Livraison restreinte à 16 produits SR et approvisionnement gratuit des FS dans un contexte national de recouvrement des coûts</i>)
7	Dispositif Intra-Utérin du Post-Partum (DIUPP)	P3	SR	Pertinent	Nécessité de répondre aux besoins non satisfaits en PF des femmes qui viennent d'accoucher

⁶ L'EDST-2013/2014 estime le ratio de Mortalité Maternelle à 401 décès maternels pour 100000 naissances vivantes et à 23‰ le taux de mortalité néonatale (DGSCN, 2015).

⁷ La prévalence de la fistule obstétricale était de 0,03% en 2010, niveau probablement sous-estimé au regard de son contexte social stigmatisant (DGSCN, 2012)

N°	Interventions	Produits	Composantes	Conclusion	Justification
8	Services Intégrées PF/IST/VIH	P2/P4	SR&S RAJ	Pertinent	Faible fréquentation des FS ⁸ et couverture en services PF, IST/VIH insuffisante.
9	DBC en PF	P3	SR	Pertinent	Faible accès géographique et financier des populations cibles vulnérables aux services PF de proximité.
10	Journée porte ouverte en PF	P3	SR	Pertinent	
11	Stratégie Avancée en PF	P3	SR	Pertinent	
12	Stratégie mobile	P3	SR	Pertinent	
13	Clinique Mobile	P3	SR	Pertinent	
14	Intégration de l'offre de services SR (PF/IST/VIH/VBG) dans les infirmeries scolaires	P4	SRAJ	Pertinent	Fréquence des IST/VIH ⁹ , VBG et des grossesses en milieu scolaire, absence d'une réponse appropriée aux besoins
15	Centre Conviviaux et d'Ecoute des Jeunes	P4	SRAJ	Pertinent	Fréquence des IST/VIH, VBG et des grossesses en milieu Jeunes
16	Journée de dialogue	P1	SR	Pertinent	Faible implication des communautés. Existence des goulots d'étranglement à l'utilisation des services SR.
17	Comité d'hommes & Club des mères	P5	G&DH	Pertinent	Fréquence des VBG et faible utilisation des services SR/PF ; faible implication des hommes et femmes dans la SR/PF et la lutte contre les VBG
18	Implication des leaders religieux et communautaires dans la promotion de la SR et la lutte contre les VBG	P5	G&DH	Pertinent	Nécessité de lever les obstacles socio culturels à l'utilisation des services SR et de lutte contre les VBG
19	Implication des Parlementaires dans la promotion de la SR, la lutte contre les VBG et la protection des droits des enfants	P5	G&DH	Pertinent	Environnement juridique et législatif peu favorable à la jouissance des droits SR/PF et Genre ; nécessité d'intensifier le plaidoyer à l'endroit des parlementaires
20	Implication des Officiers de Police Judiciaire/Magistrats dans la lutte contre les VBG	P5	G&DH	Pertinent	Accès limité des femmes à la justice pour les cas de VBG et nécessité d'outiller les OPJ/Magistrats pour mieux prendre en charge les VBG dans l'exercice de leurs fonctions
21	Journées dédiées à la femme (8 mars, 31 Juillet, 11 et 15 Octobre, 16 jours de campagnes)	P5	G&DH	Pertinent	Nécessité d'intensifier le plaidoyer en faveur de la promotion de la femme
22	Centres d'écoute et de conseils aux victimes de VBG	P5	G&DH	Pertinent	Besoin de prendre en charge les cas de violences à l'endroit des femmes à travers l'écoute, le soutien psychosocial et l'orientation juridique
23	Renforcement des capacités nationales pour la production et la dissémination des données	P6	P&D	Pertinent	Insuffisance des données pour la prise de décision ; Faible culture statistique et des capacités en ressources humaines

⁸ En 2014 d'après les résultats de l'EDST (DGSCN, 2015), chez les personnes de 15-49 ans, la prévalence du VIH était de 2,5% et de près de 3% pour les autres IST alors qu'elles n'étaient que 20% à avoir une connaissance approfondie du VIH, de ses moyens de prévention et de transmission. En outre, parmi les personnes ayant été victime d'IST au cours des 12 derniers mois avant l'enquête, 31% des hommes et 42% des femmes n'ont recherché ni conseil ni traitement. Par ailleurs, 50% des femmes et 70% des hommes n'ont jamais effectué de test du VIH.

⁹ En 2014 d'après les résultats de l'EDST (DGSCN, 2015), chez les jeunes de 15-24 ans, la prévalence du VIH était de 1,2% et de près de 3% pour les autres IST alors qu'elles n'étaient que 23% à avoir une connaissance approfondie du VIH, de ses moyens de prévention et de transmission. En outre, 76% des jeunes filles et 87% de jeunes garçons n'ont jamais effectué de test du VIH.

N°	Interventions	Produits	Composantes	Conclusion	Justification
24	Renforcement des capacités pour l'analyse du Dividende Démographique (DD)	P6	P&D	Pertinent	Besoin d'exploitation du DD et de son intégration dans les Plans de développement (SCAPE, PNDS,...)
25	Plaidoyer et dialogue politique en faveur du Programme d'Action de la CIPD, du Dividende Démographique et de leur prise en compte dans les ODD	P6	P&D	Pertinent	Besoin de Suivi du PA-CIPD, des progrès vers les ODD ; appropriation nationale et exploitation du DD
26	Intégration des variables de population dans les politiques/plans/programmes nationaux de développement	P6	P&D	Pertinent	Faible prise en compte des caractéristiques de la population dans les politiques/plans nationaux de développement

C. Réactivité aux changements

En matière de SR/SRAJ, il convient de signaler que face à l'insuffisance des PTFs pour accompagner la mise en place des SONU B & C, il a été décidé d'étendre les interventions SONU et FO aux 6 Régions du pays. En prévision de la gestion des urgences humanitaires, des kits d'urgence ont été acquis et pré positionnés et le des formations du personnel de santé et de personnes ressources ont été organisées. Face à l'épidémie d'EBOLA dans la région Ouest Africaine, une riposte a été organisée en termes d'élaboration et d'exécution d'un Plan de Contingence (Formation des SF sur les méthodes de prévention, et la mise en place de dispositif de lavage des mains) et la mise en œuvre d'une action conjointe UNFPA Togo & Bénin de sensibilisation à la frontière entre les 2 pays. En outre, le 6^{ième} programme a favorablement réagi pour renforcer les capacités du pays à faire face à l'afflux de réfugiés venus du Ghana dans la région des Savanes/Tandjoaré pour assurer l'offre de services PF et la distribution de préservatifs par leurs pairs qui ont été préalablement formés comme agents de santé communautaire en collaboration avec l'UNHCR. Ces réfugiés avaient afflué au Togo en 2014 et 2015 suite à des conflits terriens entre deux ethnies aux Ghana.

En matière de Population et Développement (P&D), le 6^{ième} programme a répondu aux besoins d'appropriation nationale et d'analyse du dividende démographique dans le processus de son exploitation. L'opportunité d'élaboration des documents de référence du gouvernement a été saisie pour renforcer les capacités nationales d'intégration des questions de population et du dividende démographique (PND, PNM, PNDS). Le programme a répondu aux besoins en matière de sensibilisation de la population sur le vieillissement de la population, la protection des personnes âgées et la valorisation de leur potentiel. Il a également œuvré à la promotion de l'agenda post-2015, notamment sur les ODD.

Au plan de la gestion financière, les audits financiers systématiques auprès des PE et les adaptations requises du mode de financement en cas d'audit qualifié participent également de la réactivité du programme pays. Enfin, le 6^{ième} programme a apporté un appui financier au Ministère de la santé pour répondre aux besoins en matière de dotation en poches de sang dont les ruptures récurrentes dans les CHP incitaient des références non efficaces vers le CHR. Les échanges avec le Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS) ont confirmé cet appui de l'UNFPA en 2014 qui se chiffrait à 150 000 USD.

D. Alignement au Plan Stratégique de l'UNFPA (2014-2017)

Le programme pays prend en compte cinq produits du Plan Stratégique de l'UNFPA (2014-2017), notamment le produit 2 relatif à la Planification Familiale, le produit 3 relatif à la santé maternelle, le produit 4 sur la prévention de l'infection au VIH, le produit 10 sur la lutte contre les violences basées sur le genre et les pratiques néfastes et le produit 12 relatif à la disponibilité des données. A travers ces produits, le programme pays contribue à l'atteinte des quatre résultats du Plan Stratégique de l'UNFPA.

4.1.2-Efficacité du programme

QE2a: Les interventions réalisées ont-elles permis d'atteindre les différentes catégories de cibles (sexe, âge, milieu de résidence) du programme ? Dans quelle mesure les différents Produits du programme ont été réalisés à travers les interventions mises en œuvre ? Ces interventions ont-elles permis d'opérer les changements espérés ?

QE2b : Quel est le niveau de contribution des résultats aux effets de l'UNDAF et aux autres résultats stratégiques (Plan stratégique UNFPA, OMD, CIPD

Résumé de la réponse : Le 6^{ième} programme a globalement fait montre d'une grande efficacité dans la réalisation de ses produits avec des performances très souvent au-dessus des niveaux prévus mais avec quelques variabilités selon les composantes. En matière de SR et SRAJ, le niveau de réalisation des produits P1, P2, P3, P4 est estimé à 80% sur la base des indicateurs de performance et ont permis d'opérer les changements attendus. Ce résultat conforte l'efficacité des interventions mises en œuvre pour atteindre les résultats. Ces produits contribuent à l'effet 2 de l'UNDAF (2014-2018) et aux résultats attendus du Plan Stratégique de l'UNFPA (2014-2017). En matière de G&DH, les réalisations sont globalement en-dessous des niveaux prévus. Cette faible performance se justifie par une mobilisation de ressources financières de moins en moins conséquente et une exploitation insuffisante d'opportunités de mutualisation entre les partenaires du SNU, les OSC et les PE pour la mise en œuvre de projets conjoints. En matière de P&D, l'efficacité est démontrée par des réalisations largement au-dessus des niveaux prévus, mais des défis restent à relever pour l'adoption d'une Politique Nationale de protection des personnes âgées et le renforcement des ressources humaines pour soutenir la réalisation du RGPH5, le processus d'exploitation du dividende démographique et du système statistique national. Les résultats des produits relatifs aux composantes G&DH et P&D concourent à l'atteinte de l'effet 3 de de l'UNDAF (2014-2018) et aux résultats attendus du Plan Stratégique de l'UNFPA (2014-2017).

4.1.2.1. Efficacité de la composante SR et SRAJ

Les différentes interventions des Produits 1, 2, 3, et 4 sont complémentaires les unes des autres et mises en œuvre de manière à combler les gaps et satisfaire les besoins là où ils sont les plus forts et pressants quels que soient le sexe, l'âge et le milieu de résidence. L'approche de Zone de Concentration relève de cette logique. L'analyse de l'atteinte des résultats apprécie non seulement le degré de réalisation des produits mais aussi met en évidence les forces et insuffisances des interventions mises en œuvre.

Produit 1: Augmentation de la capacité nationale de fournir des services de santé maternelle complets, y compris dans les situations humanitaires

Tableau 4.2. Indicateurs de progrès réalisés dans l'atteinte du produit 1

Indicateurs et base de référence de produits	Baseline	Cibles et réalisations SR							
		2014		2015		2016		2017	
		Cible	Réalis.	Cible	Réalis.	Cible	Réalis.	Cible	Réalis. au 30/06
Indicateur 1.1 : Nombre de formations sanitaires renforcées en SONUB et SONUC.	0	10	33	20	76	30	76	40	76
Indicateur 1.2 : Nombre de sages-femmes formées en SONU.	60	100	106	140	177	180	177	180	177
Indicateur 1.3 : Nombre de cas de fistule obstétricale réparés par la chirurgie.	183	235	215	287	279	339	312	391	ND ¹⁰
Indicateur 1.4 : Les audits des décès maternels sont effectifs.	Non	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Indicateur 1.5 : Nombre de districts sanitaires ayant des capacités sur le Dispositif Minimum d'Urgence en Santé de la reproduction.	0	8	0	16	40	24	40	24	40

¹⁰ ND : donnée non disponible à cette période de l'année

Quatre résultats sur cinq sont réalisés : deux à plus de 100% et deux à plus de 90%. Seul le résultat relatif aux audits de décès maternels n'est pas atteint et reste en dessous de 50%.

Le renforcement des SONU B & C.

Pour sa réalisation, l'UNFPA a mené beaucoup de Plaidoyer auprès du Gouvernement Togolais en collaboration avec ASSAFETO qui a abouti au recrutement et déploiement en 2014 de 109 SF dans les sites SONU dont 68 sur les sites SONUB couvrant 65% des besoins de ces sites.

Au plan des formations et selon les rapports d'activités de la DSMIPF, le 6^{ème} programme a permis la formation par vagues successives d'environ 177 SF¹¹ en SONU, pratique de l'échographie obstétricale, réanimation du nouveau-né (formation séparée) et approche HMS (Aider la maman à survivre) pour la gestion des complications de l'accouchement. Grâce à ces formations, 76 structures sanitaires (y compris les structures privées) sur les 109 sites SONU, disposent des compétences pour assurer les fonctions essentielles de SONUB (7) et SONUC (9). Les autres ne le sont pas, faute de personnel qualifié disponible pour la formation.

Au plan des équipements la documentation consultée montre que:

- plus de 177 formations sanitaires (dont la presque totalité des 109 sites SONU) ont été dotés de matériels médicotecniques dont les plus importants sont les kits pour la réanimation de nouveau-nés et des échographes (10 FS) ;
- Deux maternités de 2 sites SONU (Kaboli et HD de Vogan) ont été réhabilitées et connu une extension des espaces.

Le programme a régulièrement doté les maternités SONUB des 6 médicaments dits « vitaux de la santé maternelle » (Misoprostol, Ocytocine, Sulfate de Magnésium, Vitamine K1, Ampicilline et Rifamycine collyre) pour la prise en charge des hémorragies de la délivrance, des éclampsies et des infections néonatales.

Au plan de l'intégration des services connexes, il faut noter que la totalité des FS SONU ont mis en œuvre l'e-TME et les services PF, 39 FS assurent la prise en charge médicale de violences sexuelles et 33 la PF du postpartum d'après les résultats du monitoring des SONU (2016).

L'évaluation a noté que dans 3 sites SONUB sur les 4 visités, les Sages-femmes ont rapporté que les ventouses manuelles mises à leur disposition sont en panne depuis au moins 3 mois. La panne serait liée au mécanisme interne de la ventouse qui n'assure pas la pression nécessaire. La solution trouvée par les SF a été d'adapter la canule de la ventouse à un aspirateur électrique pour assurer l'extraction. Les délais de remplacement des ventouses sont parfois longs du fait que ces pannes ne sont pas signalées aussitôt aux responsables hiérarchiques, et des lenteurs administratives au niveau de la DSMIPF, de la DRS et de la DPS pour l'acheminement des ventouses neuves. Lors du passage des évaluateurs aucune des ventouses en panne n'avait encore été remplacée. Ces faits ont été confirmés par les SF responsables SR des DPS et DRS concernées ainsi que les directeurs régionaux qui ont affirmé que la moitié des sites SONUB de leurs régions sont touchés par ce problème. .

Par ailleurs, dans les 4 CHP visités (sites SONUC), les SF et Médecins interviewés ont rapporté le manque chronique de poches de sang les obligeant à référer vers les CHR des cas qu'ils peuvent prendre en charge sur place. Cette situation serait induite par plusieurs facteurs relevant de la responsabilité de la partie gouvernementale. Ce sont : i) l'absence de Banque de Sang fonctionnelle pour conserver les

¹¹ 119 SF formées sur les fonctions déficitaires SONUB (AMIU, Ventouses, réanimation du nouveau-né, autres urgences maternelles et néonatales entre 2014-2015 ; 64 SF des sites SONU formées en DIUPP entre 2014 et 2016 ; 03 SF des SF des SONU formées sur la coordination de la SSR en situation de crise ; 40 SF (chargées SF) formées sur le District Health International Software (DHS2) entre 2014 et 2016 permettant d'avoir des données des sites SONU en temps réel (chaque SF dispose d'un ordinateur et une clé de connexion internet) avec un avantage de mise à niveau des SF sur l'utilisation de l'outil internet assorti d'un suivi post formation ; 02 SF des SONUC formées sur la prise en charge pré, per et post opératoire de la fistule obstétricale ; 04 SF formées en santé publique au centre de formation de l'OMS qui occupent des postes stratégiques au sein des programmes de santé maternelle et néonatale ; formation de 40 SF des sites SONUB sur les soins essentiels au nouveau-né, le HBB et HMS (Hémorragie après accouchement) et soins essentiels du nouveau-né.

poches de sang disponibles et l'absence de poches de sang en réserve constatées par l'observation directe du plateau technique de ces CHP par les évaluateurs; ii) le fort ralentissement de la collecte de sang du fait de l'absence des élèves (principaux donneurs de sang) en vacances depuis Juin 2017 associé à la forte augmentation de la « consommation de poches de sang » dans les hôpitaux due aux anémies sévères surtout chez les enfants atteints de paludisme grave pendant la période des flambées épidémiques (Juin-Septembre) correspondant à la saison des pluies ; iii) l'absence de réactifs dans les CRTS pour qualifier les poches de sang collectées.

Enfin l'équipe d'évaluation a noté que trois CHP (site SONUC) sur les quatre visités ne disposent pas d'ambulance fonctionnelle. Leurs ambulances fournies par le Ministère de la Santé sont en panne depuis des années et n'ont pu être réparées ou renouvelées faute de ressources financières. La situation est pareille pour trois CMS sur les quatre visités (sites SONUB) qui ne disposent d'aucun moyen de transport (véhicule ou moto) pour référer les complications vers les CHP ou CHR.

Le 6^{ème} programme n'a pas seulement renforcé les fonctions essentielles déficitaires pour les SONUB, il a aussi renforcé le Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS) en 2014 par une dotation ponctuelle en réactifs pour la qualification du sang. Par ailleurs les efforts du Gouvernement pour renforcer l'effectif du personnel qualifié dans les FS se traduisent par l'augmentation du nombre de nouvelles sages-femmes qui n'ont pas encore été prises en compte en 2017 par les sessions de formation en SONU dans les maternités des USP et CMS.

En appui au renforcement des SONU, il ressort des informations croisées issues des entretiens avec les responsables de ASSAFETO, l'équipe SR du bureau pays, et l'analyse des rapports d'activités consultés que, le 6^{ème} programme a renforcé les capacités institutionnelles et fonctionnelles de ASSAFETO par :

- l'appui à l'élaboration du Plan Stratégique 2016-2020 de l'association¹²,
- l'élaboration et la validation des textes de reconnaissance officielle de l'ordre des SF au Togo ;
- l'appui à ASSAFETO pour i) le renforcement des compétences de 240 prestataires sages-femmes et accoucheuses auxiliaires en technique de bon accueil, et ii) la formation au siège de l'association de 15 sages-femmes sur les complications obstétricales et néonatales urgentes (Aider le Bébé à Respirer/HBB et Aider la Mère à Survivre/HMS)¹³.
- la réhabilitation et l'équipement d'un site de mise à niveau des SF (site SONU et d'offre de service SR/PF au siège de ASSAFETO« Maison des SF »).

Des avis concordants des SF rencontrées dans les UPS, CMS, CHP et CHR, le renforcement des capacités de l'ASSAFETO est très utile car il permet une amélioration continue de la pratique de la sage-femme au Togo. Ces déclarations sont confirmées par les statistiques 2016 et 2017 de l'association qui montrent qu'en moyenne 25 SF par mois venues de toutes les régions bénéficient d'un recyclage technique. Toutefois, le renforcement institutionnel de la pratique de la SF à travers ASSAFETO n'est pas achevé. Le décret portant reconnaissance officielle de l'ordre des SF n'est pas encore été pris par le Ministère en charge de la Santé ; ASSAFETO ne dispose pas encore d'un manuel de procédures administratives, financières et comptables ; il n'existe pas non plus de référentiels de contrôle de qualité pour les soins de SMN.

Il ressort de tout ce qui précède que l'efficacité des interventions SONU est négativement affectée par des insuffisances qui relèvent plutôt de la responsabilité de la partie gouvernementale : (i) les pannes fréquentes des ventouses, (ii) la grande mobilité des sages-femmes formées et l'augmentation de l'effectif de celles qui ne sont pas formées dans les maternités SONUB, (iii) les ruptures fréquentes de proches de sang ; (iv) les difficultés logistiques pour la référence des cas.

Audits de décès maternel

Le pays dispose d'une équipe de formateurs sur la surveillance des décès maternels et la riposte. Dans chaque CHP, CHR et CHU, est installé un comité de 6-8 membres pour la surveillance des décès

¹²ASSAFETO, Plan Stratégique 2016-2020.

¹³ Réalisations dans le cadre de la promotion de la pratique Sage-Femme, Bureau Pays UNFPA, juillet 2017.

maternels et la riposte qui devrait se réunir après la notification de chaque cas pour l'auditer. Du fait des affectations du personnel de l'Etat, les effectifs des comités ont progressivement baissé et les comités préfèrent accumuler beaucoup de cas notifiés avant de se réunir pour l'audit. Même cette nouvelle pratique n'est pas respectée et les audits de décès maternels sont de plus en plus délaissés. Ce déclin progressif des audits des décès maternels est mentionné par toutes les sages-femmes responsables SR des CHP et DRS interviewées et confirmé au niveau central par les responsables des agences du système des Nations Unies qui contribuent à cette intervention aux côtés de l'UNPFA. Par ailleurs, il faut noter qu'avant 2016, les données sur les cas de décès audités sont parcellaires. A partir de 2016, les monitoring SONU permettent de disposer des données des audits de décès. Le tableau ci-dessous fait le point de la situation des audits de décès maternel dans les 6 régions du pays en 2016. Il montre que 39.7% des décès maternels notifiés ont été audités au premier semestre de 2016 contre 34.5% pour le deuxième trimestre.

Tableau 4.3 : Décès maternels et de nouveau-né au premier semestre dans les sites SONU

	1er Semestre 2016					2ème Semestre 2016				
	Décès enregistrés	Décès notifiés		Décès audités		Décès enregistrés	Décès notifiés		Décès audités	
		Nombre	%	Nombre	%		Nombre	%	Nombre	%
Lomé-Commune	36	35	97.2	0	0.0	38	6	15.8	4	10.5
Maritime	22	17	77.3	4	18.2	14	9	64.3	2	14.3
Plateaux	35	47	134.3	34	97.1	29	29	100.0	19	65.5
Centrale	10	10	100.0	9	90.0	22	23	104.5	13	59.1
Kara	11	2	18.2	1	9.1	12	1	8.3	1	8.3
Savanes	7	7	100.0	0	0.0	4	5	125.0	2	50.0
ENSEMBLE DU PAYS	121	118	97.5	48	39.7	119	73	61.3	41	34.5

Source : Rapport du Monitoring des SONU 1^{er} et 2^{ème} semestre 2016, Division de la Santé Maternelle et Infantile et de la Planification Familiale, MSPS, Octobre 2016 et Mars 2017¹⁴.

La lutte contre les Fistules Obstétricales

Avant 2009, les rares cas de FO confirmées étaient uniquement opérés au CHU à Lomé. A partir de 2009, à la faveur du lancement de la CARMMA, le Chef de l'Etat a lancé la 1^{ère} campagne de dépistage et de prise en charge des cas pour étendre et accroître la lutte à l'ensemble du pays. Les SF responsables SR, les chirurgiens et les responsables des ONGs interviewés dans les régions visitées

Aujourd'hui les mentalités ont changé. La FO n'est plus perçue par les femmes comme une malédiction et qu'on peut la soigner et la guérir (un médecin responsable de la prise en charge des FO dépistées)

s'accordent à dire que la lutte est actuellement menée sous la forme de campagne de dépistage et de prise en charge chirurgicale des cas confirmés, de suivi post chirurgical et de réinsertion sociale et économique entièrement gratuit *en collaboration avec SSD, EngenderHealth*. La sensibilisation pour le recrutement des cas dans les localités est assurée par des radios communautaires et des ONGs. Ces dernières ont été formées au dépistage et au recensement des cas. Les capacités nationales en matière de prévention et de PEC chirurgicale des FO ont été renforcées. Dans toutes les 6 régions du pays, il existe actuellement des chirurgiens formés pour assurer la prise en charge des FO grâce au 6^{ème} programme. Deux chirurgiens nationaux ont été formés à la réparation chirurgicale des cas simples de FO avec le soutien financier de l'UNFPA. Le pays dispose d'un centre national de référence (CHR Sokodé), et d'autres centres (le CHU SO et l'hôpital d' Afagnan) qui ont le plateau technique requis pour la PEC des

¹⁴ En 2015, ces données n'existaient pas puisque le monitoring des SONU ne les prenait en compte.

FO. De 2014 à fin 2016, 806 femmes ont été opérées¹⁵. Cette approche financée à plus de 70% par l'UNFPA se mène uniquement dans le cadre des campagnes annuelles.

Les responsables de la prise en charge des FO au niveau régional déclarent que l'approche « campagne annuelle » n'est pas financièrement soutenable pour le pays à moyen et long termes et qu'il faut trouver la stratégie idoine pour revenir à la prise en charge de routine en confiant le dépistage aux ASC sous la responsabilité des districts et des DRS. Cette vision est partagée par les DPS et les DRS et par les responsables de la DSMIPF.

La lutte contre le Cancer du Col de l'utérus

Il ressort des entretiens et de l'analyse documentaire que le pays dispose aujourd'hui d'une Stratégie Nationale de Prévention et de Contrôle du Cancer du Col de l'Utérus (2017-2022) qui met l'accent sur la vaccination contre le PVH. Les campagnes de vaccination contre le PVH ont permis d'atteindre plus de 95% des cibles dans deux districts pilotes (Golfe et Tchamba). Grâce au succès du projet de démonstration, le vaccin PVH sera mis à l'échelle au Togo en 2018. L'UNFPA et le MSPS ont retenu la sensibilisation en SSRAJ et le lavage systématique des mains comme 2 interventions à coupler avec la vaccination au PVH dans la phase de passage à échelle. En dehors des campagnes de vaccination contre le PVH, la lutte contre le CCU est menée à titre pilote sous la forme de Campagne de dépistage et de PEC gratuite des lésions pré cancéreuses par la Cryothérapie.

En renforcement de la lutte contre le Cancer du Col de l'Utérus, le 6e programme a apporté un appui à l'offre de services SR/PF y compris le dépistage du cancer du col de l'utérus et la prise en charge des lésions précancéreuses par la cryothérapie à la maison de la SF, créant ainsi au Togo le 1^{er} site de dépistage et de prévention du cancer du col de l'utérus. Grâce à cet investissement 297 femmes ont déjà bénéficié du dépistage du cancer du col de l'utérus dont 24 traitées gratuitement en cryothérapie. Par ailleurs ASSAFETO dispose désormais de sections régionales présidées par les points focaux SR régionaux qui font le suivi de la pratique des SF sur le terrain. La lutte contre le CCU vise à réduire la morbidité et la mortalité relatives à cette pathologie mais il manque de données sur sa prévalence et une matrice d'indicateurs de performance est nécessaire pour le suivi de l'efficacité pour la mise à l'échelle de cette stratégie.

Produit 2 : Augmentation des capacités nationales pour fournir des services intégrés de santé sexuelle et reproductive

Le produit 2 est réalisé à près de 95%. Trois indicateurs de performance sur cinq ont dépassé 100% parce que les interventions relatives à ces indicateurs ont couvert plus de FS et de cibles que prévues souvent dans des DS qui ne sont pas dans les zones de concentration du 6^{ème} programme¹⁶. Les deux autres sont atteints à plus de 90%.

Tableau 4.4. Indicateurs de progrès réalisés dans l'atteinte du produit 2

Indicateurs et base de référence de produits	Baseline	Cibles et réalisations							
		2014		2015		2016		2017	
		Cibles	Réalis.	Cibles	Réalis.	Cibles	Réalis.	Cibles	Réalis au 30/06
Indicateur 2.1 : Proportion de formations sanitaires SONU ayant intégré la PTME dans leur paquet de soins.	20%	36%	88,1%	52%	92,7%	68%	98,1%	84%	ND ¹⁷

¹⁵Source : Matrice de suivi des indicateurs du CPD6

¹⁶ Ce sont des districts qui n'ont pas de partenaires en appui et qui risquaient d'être laissés pour compte.

¹⁷ ND : donnée non disponible à cette période de l'année

Indicateurs et base de référence de produits	Baseline	Cibles et réalisations							
		2014		2015		2016		2017	
		Cibles	Réalis.	Cibles	Réalis.	Cibles	Réalis.	Cibles	Réalis au 30/06
Indicateur 2.2 : Nombre de formations sanitaires SONU ayant les capacités pour la prise en charge médicale des violences basées sur le genre.	0	10	47	20	23	30	39	40	ND
Indicateur 2.3 : Nombre de formations sanitaires offrant des services adaptés aux besoins des adolescents, adolescentes et jeunes.	0	10	0	20	14	30	14	30	28
Indicateur 2.4 : Nombre d'adolescents et de jeunes ayant bénéficié des services PF	-	-	-	2 000	1 976	4 000	4 568		ND
Indicateur 2.5 : Nombre de personnes (jeunes de 15- 24 ans et PS) qui ont fait le test de dépistage du VIH et qui en connaissent le résultat	25 000	27 915	30 822	53 915	68 075	102 795	92 857	117 595	109 934
Indicateur 2.6 : Nombre d'organisations et réseaux appuyés par le programme et qui mènent des activités intégrées de PF, SR, VIH, VBG en direction des adolescentes, adolescents, jeunes, PS et autres populations vulnérables.	13	14	16	16	16	16	16	16	16

Source : Matrice de suivi des indicateurs du CPD6 au 30/06/2017

Ces résultats ont été réalisés grâce à un faisceau de 4 stratégies complémentaires :

L'Offre de services intégrés SONU/PTME¹⁸

L'équipe SRAJ de l'UNFPA en collaboration avec le Service PTME/PNLS, et la DSMIPF a contribué au renforcement des capacités des formations sanitaires à offrir des services intégrés SONU/PTME.

A ce titre, les prestataires des 108¹⁹ FS SONUB&C et de 13 ONGs²⁰ ont été formés sur l'offre de service PF aux personnes vivant avec le VIH (PVVIH). Des matériels et équipements, des intrants et produits PF leur ont été fournis y compris les matériels IEC pour le counseling et les causeries sur la PF et pour l'offre gratuite. Toutefois, le croisement des informations issues des interviews avec les partenaires d'exécution du niveau central impliqués à celles des ONGs de mise en œuvre sur le terrain et des prestataires révèle que la stratégie d'offre intégrée de services SONU/PTMEa connu au cours de l'évolution du 6eprogramme quelques perturbations qui n'ont toutefois pas remises en cause le dispositif en place. Il s'agit entre autres : i) du changement de PE : En fin 2014, le PTA qui était conduit par le service PTME du PNLS a été réparti entre le CNLS (volet PTME) et la DSMIPF (Volet SR/PF) ; ii) l'instabilité des prestataires formés obligeant à reformer les nouveaux arrivants et à recruter 6 anciennes Sages-Femmes (une par Région) pour combler le gap de prestataires qualifiés dans l'encadrement des

¹⁸ L'objectif ici est de créer une synergie entre les services SONUB&C et la lutte contre le VIH/SIDA auprès de la même cible en lui offrant un éventail de services qui permettent de couvrir le maximum possible de besoins des femmes en dépistage, prévention et prise en charge médicale du VIH/SIDA au cours de la période prénatale, périnatale et postnatale.

¹⁹ Rapport du Monitoring 2^{ème} Semestre 2016, Division de la Santé Maternelle et Infantile, et Planification Familiale/ MSPS, mars 2017.

²⁰ ASPROFEM, CRIPS TOGO, AMC, EVT, LE JAD POUR LA VIE, ASDEB, ACS, EDV, JVS, AED KARA, APAS, VIVRE DANS L'ESPERANCE, liste fournie par le Service PTME du Programme National de Lutte contre le SIDA, juillet 2017.

ONGs ; iii) la rupture de stocks en produits PF au sein des ONGs faute d'un ré approvisionnement régulier ; iv) la collaboration parfois difficile entre les FS et les ONGs.

Par ailleurs, un renforcement de capacité assorti d'une réorganisation des services a permis de mieux offrir la PF aux femmes séropositives dans les CHU et CHR.

La gestion de l'humanitaire

Cette stratégie a été intégrée à la composante SR au cours de la mise en œuvre du 6^{ème} programme en 2015 en préparation à d'éventuelles situations d'urgences humanitaires. La revue des rapports d'activités de la DSMIPF et de ceux de l'équipe SR du bureau pays révèle l'acquisition et le pré positionnement de 42 Kits d'urgence de prise en charge des femmes, et la formation de personnes ressources et de personnels de santé. Il s'agit d'une formation sur la PEC globale sur la SR (Soutien psycho social, dépistage VIH, PF et autres traitements). Cette formation a été assurée par deux experts venus de Côte d'Ivoire et du Cameroun et qui a permis de constituer un pool de formateurs nationaux venus des niveaux central, régional et préfectoral. Par la suite, d'autres prestataires ont réussi à se faire former à titre privé. UNFPA a également appuyé l'élaboration de documents de normes qui définit le paquet minimum à mettre en place et à suivre.

Mais jusqu'à présent les prestataires ne sont pas formés à cette approche et le paquet à délivrer est resté inconnu au niveau des FS périphériques. De plus, les Kits d'Urgence et les intrants ne sont pas disponibles dans les 33 centres notifiés. Lors du suivi/monitoring, ce ne sont que les centres où il y a une possibilité d'offre de service du fait de l'existence d'une compétence, qui sont recensés.

Le renforcement des FS pour l'offre de services conviviaux PF/IST/VIH/SIDA adaptés aux besoins des jeunes

Cette stratégie vise surtout la couverture en prestation de routine des besoins particuliers des Adolescents et des Jeunes. Les rapports d'activités trimestriels et annuels de la DSRAJ attestent de l'appui technique et financier significatif du 6^{ème} programme qui a permis : la formation des prestataires sur la SRAJ basée sur le module de formation développé par l'OMS ; l'équipement de ces FS et la fourniture de supports IEC ; la création d'un espace jeune au sein de 14 FS²¹, ainsi que l'aménagement des horaires de travail par exemple l'offre de service aux jeunes et adolescents les Samedi matin. Actuellement, 56 prestataires venus de 29 FS dont 17 de la zone de concentration et 12 des régions Plateaux, Centrale et Kara ont été formés à l'offre des services adaptés aux besoins des adolescents et jeunes. L'évaluation a noté que l'effectivité de l'espace/local jeune dans les FS visitées lors de la collecte de données est faible, et l'efficacité de cette stratégie auprès des adolescents et jeunes est amoindrie par la non gratuité de la prise en charge des IST qui est l'une de leurs préoccupations majeures alors que la PF leur est offerte gratuitement.

La Prévention du VIH

Cette stratégie est calquée sur les cibles prioritaires du Plan Stratégique National de Lutte contre le VIH/SIDA (Jeunes et Adolescentes, femmes, hommes, PS, HSH). Au plan institutionnel et stratégique, le 6^{ème} programme a contribué au renforcement du fonctionnement du circuit national de distribution des préservatifs par l'approvisionnement et leur redéploiement dans toutes les régions du pays. Il a également appuyé l'élaboration des documents stratégiques pour la mobilisation des ressources et a financé en 2014 une enquête nationale CAP chez les jeunes et adolescents, et les PS. Le 6^{ème} programme a aussi contribué financièrement à l'intégration du dépistage du VIH à l'EDST 2013-2014.

La mise en œuvre de la stratégie repose sur une approche multisectorielle intégrée à la lutte contre les IST (dépistage et prise en charge), et à l'offre des services de PF, et portée par une diversité de partenaires : le CNLS pour le Dialogue Politique, l'élaboration et la dissémination des stratégies nationales (PSN), la promotion de l'utilisation des préservatifs à travers les campagnes « Condomize ! » et la distribution dans les régions et hôtels; le PNLIS pour le dépistage du VIH, la PF aux femmes séropositives dans le cadre de la PTME et l'appui aux services adaptés; le CCM pour l'élaboration des stratégies de mobilisation de ressources de PEC et de suivi des cas séro positifs; la plateforme des ONGs

²¹ Cible 2016, rapport 2016 de la composante SRAJ, Division Santé Adolescents et Jeunes, MSPS.

et OSC pour le dépistage et la PEC des IST chez les jeunes, les adolescents et les professionnels de sexe, la promotion et la fourniture des préservatifs ; ATBEF, dans la Maritime, et 3ASC, dans les Savanes, pour la sensibilisation, le dépistage et l'orientation dans le cadre des cliniques mobiles.

Cette organisation multidimensionnelle de la prévention du VIH, calquée sur la politique nationale en la matière, a contribué à l'atteinte des résultats remarquables détaillés dans les rapports d'activités des différents partenaires.

Produit 3: Augmentation des capacités nationales à renforcer un environnement favorable, à augmenter la demande et l'offre de contraceptifs modernes et à améliorer les services de planification familiale de qualité, libre de toute coercition/discrimination/violence

Quatre indicateurs renseignent sur les performances avec des cibles déterminées. Deux de ces indicateurs affichent des réalisations au-dessus des niveaux prévus, ce qui traduit une performance globalement satisfaisante.

Tableau 4.5. Indicateurs de progrès réalisés dans l'atteinte du produit 3

Indicateurs et base de référence de produits	Baseline	Cibles et réalisations PF							
		2014		2015		2016		2017	
		Cibles	Réalis.	Cibles	Réalis.	Cibles	Réalis.	Cibles	Réalis. au 30/06
Indicateur 3.1 : Proportion de formations sanitaires de la zone de concentration n'ayant pas connu de rupture de stock de contraceptifs au cours des six (06) derniers mois ²² .	50%	58%	9%	66%	66%	74%	39%	80%	ND ²³
Indicateur 3.2 : Nombre d'agents des régions et districts sanitaires formés à la gestion logistique des produits de santé reproductive avec l'appui de l'UNFPA. ²⁴	0	20	0	40	211	60	211	80	ND
Indicateur 3.3 : Nombre de couple année protection (CAP) réalisés	53 297	73 297	158 384	93 297	216 131	113 297	214 536	133 297	157 754

Source : Matrice de suivi des indicateurs du CP6 au 30/06/2017

La performance détaillée dans le tableau ci-dessus est obtenue grâce à la conjonction de plusieurs stratégies complémentaires :

Le Pilotage

Il s'agit du renforcement institutionnel à travers des structures ad hoc de planification, d'élaboration de politiques et stratégies nationales mises en place au niveau central avec la contribution du 6^{ème} programme pour sécuriser l'approvisionnement du pays en produits SR et promouvoir leur utilisation jusqu'au niveau communautaire. Les membres de l'équipe SR/SRAJ du bureau pays de l'UNFPA ont ainsi participé à divers comités ad hoc²⁵ tels que :

- ❖ le Comité National de Sécurisation des produits SR (CNS_PSR)²⁶ ;
- ❖ le comité d'élaboration du plan stratégique et programmation holistique des préservatifs²⁷.

²² Les sources des chiffres de réalisation de l'indicateurs 3.1 ont varié dans le temps. Les réalisations de 2014 (9%) et 2015 (66%) ont été fournies par les rapports de suivi du projet IPM couvrant 128 formations sanitaires dans la région Maritime. Cette initiative a été étendue à 178 nouvelles FS dans la région des Plateaux. En 2016 la réalisation (39%) a été fournie par les données du rapport intérimaire de l'enquête sur la disponibilité des produits SR/PF édition 2016 portant sur les zones de concentration du 6^{ème} programme (Régions Maritime et Plateaux), le projet IPM ayant pris fin en 2015. La variation de la source de données ne permet pas un suivi efficace de l'évolution de cet indicateur. Le 7^{ème} programme devra fixer une source unique pour documenter cet indicateur.

²³ ND : donnée non disponible à cette période de l'année

²⁴ La réalisation « 211 » en 2015 correspond au nombre de responsables des formations sanitaires formés en gestion logistique des produits SR/PF (UNFPA 2015 Annual Reports – Togo). La même activité de formation des responsables des formations sanitaires a été reconduite en 2016 donnant une réalisation de « 211 ».

²⁵ Plan National Budgétisé de Planification Familiale du Togo 2017-2022, Juillet 2017.

²⁶ Arrêté Ministère de la Santé No 133/214/MS/CAB/SG/DGAS/DSM du 14 Octobre 2014.

- ❖ La Task Force nationale, organisée en sous-comités thématiques, pour trouver des solutions nationales à la planification stratégique et à la quantification des contraceptifs au niveau central en rapport avec les déficiences révélées par l'évaluation du Système National d'Approvisionnement (SNAP) réalisée en 2015.

Renforcement de l'approvisionnement

L'UNPFA a renforcé son plaidoyer auprès du Gouvernement Togolais pour l'octroi d'une ligne budgétaire de 500.000.000Fcf par an destinée à l'acquisition des produits PF. Cette démarche a débouché sur l'octroi en 2016 d'une subvention de 150.000.000 FCFA qui devrait se répéter en 2017. Le Gouvernement a contribué au renforcement du système d'approvisionnement et de distribution des produits PF en assurant leur redéploiement dans toutes les régions du pays à travers la filière officielle DSMI/PF-DRS-DPS-FS. Il a également contribué à la distribution gratuite des préservatifs lors des campagnes de masse et via les stratégies innovantes. Afin de trouver des solutions idoines aux ruptures de stocks dans les FS, le projet IPM (décrit plus haut) a été mis en œuvre à titre expérimental. Les rapports de suivi et d'évaluation du projet ont démontré l'efficacité de ce modèle. Il a ainsi permis une amélioration nette de la disponibilité des produits de 47% avec toutefois une persistance de rupture de stocks dans les USP. Par ailleurs les conditions difficiles de sa mise en œuvre au Togo ne permettent pas son extension en l'état et suggère que d'autres alternatives soient étudiées²⁸.

La capacitation des acteurs et des structures et l'offre des services

Il s'est agi de la formation de plus de 211 agents des régions et districts sanitaires à la gestion logistique des produits de santé reproductive pour réduire les ruptures de stocks dans les FS ; une centaine de prestataires des FS publiques pour l'offre des services PF dont 64 sages-femmes des sites SONU formées en DIUPP entre 2014 et 2016. Le renforcement des compétences pour l'offre des services PF a été étendu jusqu'au niveau communautaire avec la formation de 420 ASC pour l'offre de méthodes injectables (Dépo provera) dans le cadre de la DBC dans les sept districts de concentration du programme. Sur le terrain, les ASC rencontrés ont confirmé avoir été effectivement formé avant le début des activités. Les Sages-femmes des sites SONU rencontrées par les évaluateurs ont également expliqué avoir suivi la formation sur le DIUPP.

Le renforcement de l'offre de services PF à travers un faisceau de stratégies qui se complètent et assurent la synergie afin d'accroître la demande et de rapprocher l'offre des services PF le plus près possible des cibles. Il s'agit de : i) l'offre des services PF en routine dans les FS (CMS et UPS)²⁹ ; ii) des stratégies innovantes dont les Journées Portes Ouvertes, le DIUPP, la Stratégie Mobile, la Stratégie Avancée, les cliniques mobiles et la DBC ; et les stratégies de soutien telles que les communications et sensibilisation par les radios communautaires et les enquêtes sur la disponibilité des produits SR.

- ***L'offre des services PF de routine et les stratégies innovantes dans les FS*** (le DIUPP, et les Journées Portes Ouvertes) :

- Le DIUPP est une intervention d'offre de la PF sur les sites SONU qui vise à couvrir au maximum les besoins non satisfaits en PF des femmes qui viennent accoucher dans les maternités.
- Quant aux Journées Portes Ouvertes (JPO) elles visent le double objectif d'accroître la demande et d'offrir en même temps les méthodes PF pour celles qui les acceptent. Elles jouissent d'une forte affluence probablement du fait de sa gratuité, et beaucoup de femmes préfèrent attendre cette opportunité au lieu d'aller dans les FS hors JPO où les services PF sont payants.

- ***Les stratégies innovantes hors des FS*** : L'objectif ici est d'accroître l'accès géographique et financier des populations les plus isolées et les moins desservies par les FS aux services SR/PF/IST VIH. Pour la **stratégie avancée**, l'équipe de l'UPS ou du CMS sélectionne les villages peuplés et isolés dans un rayon de 5kms et se déplace mensuellement sur la base d'un calendrier pré établi pour offrir des services SR/PF.

²⁷ Plan Stratégique National 2014-2018 de Sécurisation des Produits de Santé de la Reproduction et de Programmation Holistique des Préservatifs au Togo, Juin 2014.

²⁸ Rapport Evaluation du Projet « Informed Pushed Model », 29 novembre 2015.

²⁹ Les méthodes modernes offertes les plus utilisées sont : Microgynon, Jadel, DIU, Dépo provera, implanon.

Quant aux **stratégies mobiles**, elles sont assurées par l'équipe SR de la DPS qui se rend mensuellement ou sur une base trimestrielle dans les localités sélectionnées situées à plus de 5kms (zones enclavées) pour également offrir les services SR/PF. L'UNPFA appuie ces deux stratégies en fournissant tous les intrants, le carburant pour le déplacement et la prise en charge des membres des équipes. En ce qui concerne les **cliniques mobiles**, il ressort des entretiens avec les PE confirmés par les observations directes des évaluateurs sur le terrain, qu'elles opèrent à travers 2 véhicules spécialement conçues et équipées (cabine de consultation, cabine d'examen et d'insertion d'implant, matériels pour le dépistage des IST/VIH, les produits PF, y compris l'échographie) financés par l'UNFPA qui fournit aussi les intrants. Les véhicules se déplacent dans les 7 districts de la zone de concentration sur la base de calendriers pré établis dans les localités fortement peuplées et difficiles d'accès pour offrir les services SR/PF/IST/VIH. L'une dans la région Maritime et l'autre dans les Savanes. Les statistiques enregistrées par les prestataires de chaque équipe lors de chaque séance sont versées au responsable de la FS qui accueille la clinique mobile. Les cliniques mobiles sont opérées et gérées par 2 ONGs accréditées ayant signé des PTAs avec l'UNFPA (ATBEF dans la Maritime et 3 ASC dans les Savanes). Actuellement, les cliniques mobiles sont fragilisées par les difficultés logistiques telles que la maintenance et réparation des véhicules et la prise en charge des prestataires recrutés par les ONGs. Toutefois l'Etat Togolais s'est approprié le concept de Clinique Mobile comme une stratégie porteuse et l'a intégrée à son PUDC.

« L'utilisation des méthodes PF aide les femmes dans l'espacement des naissances, dans l'éducation des enfants et l'amélioration du bien-être de la population ». (Un chef traditionnel de NE, juillet 2017)

La DBC est le 1^{er} contact des communautés avec les services SR/PF/IST VIH. L'UNFPA a financé la formation de 240 ASC dans les 4 sites DBC de la région Maritime³⁰ et 180 ASC³¹ dans les 3 sites DBC de la région des Savanes à raison de 60 ASC par site. La stratégie est confiée à 2 ONGs expérimentées qui opèrent aussi les cliniques mobiles. En plus de la formation des ASC et du budget des 2 ONGs, l'UNFPA fournit les intrants, le Kit de l'ASC et leur rémunération. La principale difficulté rencontrée par les ONGs est d'une part le coût élevé et le défi logistique qu'entraînent la supervision et le suivi des ASC en termes de transport et de prise en charge des animateurs³²; et d'autre part les effets secondaires liés au Dépo provera qui obligent les ASC à référer ces cas au CS le plus proche où les soins sont payants occasionnant des dépenses supplémentaires pour les ménages³³. Cette stratégie, selon une bénéficiaire dans le district sanitaire Vo, permet à tout le monde d'avoir accès facile à la PF au moment voulu. Dans ce sens, elle déclarait :

« Les femmes qui utilisent les méthodes PF sans vous mentir sont très différentes des autres. Le constat qui est fait qu'elles sont en très bonne santé ». (Août, 2017). La DBC bénéficie d'une attention particulière du MSPS avec l'appui de l'UNPFA et de Plan International, et AgirPF.

Produit 4 : Renforcement des capacités nationales pour concevoir et mettre en œuvre au sein de la communauté et à l'école des programmes d'éducation sexuelle complète qui promeuvent les droits humains et l'égalité de genre.

Ce produit a été entièrement réalisé à travers les 2 indicateurs de performance repris dans le tableau suivant :

Tableau 4.6. Indicateurs de progrès réalisés dans l'atteinte du produit 4

Indicateurs et base de référence de produits	Baseline	Cibles et réalisations SRAJ							
		2014		2015		2016		2017	
		Cibles	Réalis.	Cibles	Réalis.	Cibles	Réalis.	Cibles	Réalis. au 30/06

³⁰Responsable ATBEF, juillet 2017.

³¹ Responsable 3ASC, juillet 2017.

³²Interviews Individuelles des responsables, coordonnateurs et animateurs de AFBEF et 3ASC, juillet – Août 2017.

³³Discussion de groupes avec les femmes et les hommes dans les villages visités, juillet – Août 2017.

Indicateurs et base de référence de produits	Baseline	Cibles et réalisations SRAJ							
		2014		2015		2016		2017	
		Cibles	Réalis.	Cibles	Réalis.	Cibles	Réalis.	Cibles	Réalis. au 30/06
Indicateur 4.1 : Nombre de Centres de jeunes/Infirmiers scolaires offrant les services de SR/PF/VIH.	11	13	24	15	29	17	29	19	29
Indicateur 4.2 : Un programme National de Lutte contre les Grossesses et Mariages des Adolescents en milieu scolaire et extra-scolaire est disponible et mis en œuvre.	NON	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI

Source : Matrice de suivi des indicateurs du CPD6 au 30/06/2017

L'UNFPA a appuyé la mise en place de trois principales stratégies pour le renforcement des capacités permettant aux acteurs nationaux de concevoir et de mettre en œuvre au sein de la communauté et à l'école des programmes d'éducation sexuelle complète qui promeuvent les droits humains et l'égalité de genre. Ce sont : i) L'Éducation Sexuelle Complète (ESC) ; ii) la promotion des infirmeries scolaires et des centres de jeunes ; iii) la mise en œuvre d'un programme de lutte contre les mariages précoces et les grossesses précoces.

L'éducation sexuelle complète

Cette stratégie est essentiellement articulée autour de l'intégration d'un programme d'éducation sexuelle dans le cursus scolaire et en milieu extra-scolaire³⁴. L'UNFPA a financé l'évaluation des capacités des responsables du Ministère des Enseignements Primaire et Secondaire (MEPS) pour accompagner et assurer un tel programme en menant un plaidoyer afin d'encourager l'appropriation. Après cette phase, une feuille de route fut élaborée pour l'insertion de l'ESC dans les curricula d'enseignement. Ce processus n'a pas pu aboutir du fait de divergences d'appréciation de l'initiative. Au moment où certains responsables pensent qu'il faut en faire une discipline séparée d'enseignement, d'autres optent pour son intégration à des disciplines existantes. A partir de 2015, l'UNFPA a, en collaboration avec l'UNESCO, financé l'évaluation du Programme d'ESC et la restitution, renforcé les compétences des cadres du MEPS et du Ministère de l'Enseignement Technique et de la Formation Professionnelle (METFP) en matière d'ESC, mené beaucoup de plaidoyer pour les encourager à s'approprier ce programme. Néanmoins, il faut signaler que la mise en œuvre de cette stratégie qui est retenue dans le programme, peine à démarrer, et la formation des formateurs n'a pu être réalisée probablement à cause des changements intervenus à la tête des 2 Ministères concernés. Malgré ce ralentissement, qui n'est pas sous le contrôle du 6^{ème} programme, plusieurs actions d'information et de sensibilisation ont été menées en direction des élèves des établissements secondaires par les centres d'accueil des jeunes et adolescents. Un élément positif à noter, par contre, est la mise en place en décembre 2014, au sein du MEPS, d'une Unité de Coordination des Programmes de Santé, d'Alimentation et de Nutrition en milieu scolaire (UCPSAN) pour suivre et coordonner les interventions dans les établissements scolaires.

La promotion des infirmeries scolaires³⁵ et des centres de jeunes

L'intervention de l'UNFPA ciblant les infirmeries scolaires répond à la nécessité de combler les faiblesses révélées, par l'analyse de la situation en 2012 des infirmeries scolaires et centres de jeunes au

³⁴ L'objectif est de fournir assez tôt aux jeunes et adolescents toutes les informations requises et d'influer positivement sur leurs attitudes pour qu'ils aient des comportements sains et responsables qui les protègent et les préservent des risques liés à l'infection aux IST/VIH et des grossesses précoces et non désirées

³⁵ Les infirmeries scolaires sont des structures de santé intégrées au secteur éducatif mises en place par l'État Togolais pour prendre en charge la santé des élèves.

Togo³⁶. Il s'agit de l'absence d'information et d'offre de services de prévention et de prise en charge des IST/VIH/SIDA/grossesses non désirées, ainsi que de la PF et de la prise en charge de la grossesse dans ces infirmeries scolaires et centres de jeunes. A cela s'ajoutent des carences en ressources humaines et matérielles et de gestion des structures existantes. L'action de l'UNFPA a consisté, en s'appuyant sur les résultats de l'analyse situationnelle à renforcer les capacités de planification, de coordination et de suivi de la Division de la Santé des Jeunes et Adolescents qui a signé avec l'UNFPA sans discontinuité des PTA de 2014 à 2017³⁷.

Dans ce cadre, l'UNFPA a d'une part financé l'élaboration du Référentiel des Services de santé de la Reproduction adaptés aux Adolescents et aux Jeunes en milieux scolaires, universitaires et extrascolaires³⁸, la collecte des indicateurs de base dans les écoles ayant une infirmerie scolaire³⁹, et l'élaboration en cours du Plan Stratégique 2018-2022 de la SAJ.

L'UNFPA a d'autre part renforcé les capacités de prise en charge des infirmeries scolaires prioritaires. Cette action a été menée en partenariat avec la BOAD pour la réfection de bâtiments, et l'ONG Norvégienne « NorthStar Alliance » qui a fourni des Blue Box (infirmeries scolaires pré fabriquées). L'UNFPA a financé la formation des prestataires, la fourniture de produits contraceptifs et périodiquement la fourniture d'intrants de prise en charge syndromique des IST et de quelques maladies courantes telles que le Paludisme, le Diarrhée et Vomissement, les Maux de tête, les Blessures etc.

Au total 26 infirmeries scolaires ont été appuyées et sont fonctionnelles à ce jour. Au cours des années scolaires 2015-2016 et 2016-2017 par exemple, elles ont rapporté avoir pris en charge 12902/20819 cas de maladies courantes déclarés, 674/923 cas d'IST et avoir mis 955 filles sous méthodes contraceptives modernes⁴⁰.

Il y a une insatisfaction liée aux ruptures des médicaments essentiels et génériques pour la prise en charge des affections courantes⁴¹, qui empêchent la continuité des soins et qui relève plutôt de la responsabilité de la partie gouvernementale. Cette insatisfaction semble entretenir la perception d'une approche cloisonnée sur les services de SR/PF offerts par l'UNFPA qu'il convient d'adresser à travers un plaidoyer en direction du Gouvernement. Deux principaux facteurs sont à l'origine des ruptures de stocks : il y a d'une part, le renouvellement des stocks de médicaments qui n'est pas régulièrement assuré par les responsables d'établissements scolaires et d'autre part une gestion inadéquate des dotations mise en évidence par l'évaluation et dans les rapports de mission de supervision ayant constaté des discordances entre les données des fiches de cession des médicaments et celles des fiches de stock et registres de consultation des infirmeries scolaires visitées.

L'UNFPA a également renforcé les capacités de 06 Centres d'accueil de jeunes et adolescents (Tsévié et Tabligbo avec l'ONG JVS ; Vogan, Assahoun et Mango avec la CRT ; Kara avec la Direction de la jeunesse). L'équipe de l'évaluation a pu visiter 04 centres d'accueil conviviaux (*Kara, Mango, Tabligbo, Vogan*) dans la zone de concentration : Ces structures existent mais ne semblent pas très fréquentées par les jeunes et adolescents et donnent l'impression de fonctionner au ralenti. Les entretiens de groupes avec ces jeunes indiquent qu'ils ne sont pas entièrement satisfaits des prestations de ces structures qui n'arrivent pas à prendre en charge tous leurs problèmes de santé tels que les IST et les Grossesses et les réfèrent dans des centres de santé qui ne sont pas conviviaux et où ils sont obligés de payer pour recevoir les soins.

³⁶ Analyse situationnelle des Centres de Jeunes, des Infirmeries Scolaires et Universitaires au Togo, Rapport Final, août 2013.

³⁷ Les objectifs inscrits dans PTAs Div SAJ : 2014, 2015, 2016 signés avec UNFPA étaient d : Renforcer les compétences des prestataires en SAJ dans les 7 districts de concentration du 6è programme ; Renforcer l'équipement audiovisuel, les supports IEC et Assurer l'approvisionnement en produits SR/PF dans 30 formations sanitaires des 7 districts de concentration ; Aménager et équiper 4 nouvelles infirmeries scolaires avec du matériel et intrant pour 15 infirmières pour offrir des services SR/PF/IST VIH-SIDA ; Organiser des rencontres de plaidoyer avec les parties prenantes et décideurs pour l'intégration des services SAJ dans les infirmeries scolaires ; Elaborer et diffuser des référentiels pour la mise en place et le fonctionnement d'infirmeries scolaires et centres de jeunes ; Former 50 acteurs et ONGs de District sur la SRAJ et appuyer l'élaboration et la dissémination du Plan Stratégique SRAJ 2016-2020 et du Plan Opérationnel.

³⁸ MS, UNFPA – septembre 2014

³⁹ Rapport provisoire, UNFPA, juillet 2015.

⁴⁰ UNFPA 2016 Annual Report - Togo

⁴¹ Fièvre, Paludisme, Diarrhée, Maux de ventre, Maux de tête, Vomissement, Fatigue, Blessures, etc

Le programme de lutte contre les mariages et les grossesses précoces

C'est le complément nécessaire à l'éducation sexuelle complète⁴². Il s'agit d'une réponse de l'Etat Togolais face aux conséquences néfastes des grossesses et mariages chez les adolescentes à travers un partenariat entre le MEPS, le Ministère de l'Action Sociale, de la Promotion de la Femme et de l'Alphabétisation (MASPFA) et l'UNFPA⁴³. L'appui de l'UNFPA a permis d'élaborer et de disséminer le Programme National de lutte contre les grossesses et mariage chez les adolescentes en milieu scolaire et extrascolaire au Togo 2015-2029 (*objectif 1*); de multiplier et de diversifier les opportunités d'information et de sensibilisation et d'offre de SSR/ PF adapté aux adolescentes en milieux scolaire ou extrascolaire (*objectifs 2 et 3*). Les interventions d'IEC et d'offre de SSR ont été mises en œuvre, entre autres, en partenariat avec la plateforme des OSC⁴⁴ et d'autres réseaux d'ONGs jusque-là spécialisées en VIH/SIDA, et les leaders religieux. Huit campagnes de sensibilisation contre les grossesses précoces avec offre de service PF ont été réalisées dans 75 établissements secondaires dans toutes les régions du pays. Ces efforts ont permis en 2016 de mettre 3468 filles sous méthodes PF modernes dont 2592 jeunes filles en milieu rural et 955 jeunes filles en milieu scolaire⁴⁵.

4.1.2.3. Efficacité de la composante Genre et Droits Humains

Dans l'optique d'assurer aux populations, les droits en matière de santé de la reproduction et de promouvoir l'équité et l'égalité de genre, le 6^{ème} programme a apporté son appui à travers un ensemble de stratégies innovantes pour :

- ✓ Susciter la demande des soins de santé et l'utilisation de la planification familiale ;
- ✓ Prendre en charge et réduire les violences basées sur le genre en milieux scolaire, professionnel/apprentissage et communautaire.

Dans le cadre du 6^{ème} Programme de Coopération, le produit 5 en constitue le repère.

Produit 5: Systèmes de protection national et international renforcés pour des avancées en matière de droits de la reproduction, promotion de l'égalité entre les sexes et non-discrimination, ainsi que la réponse à la VBG, y compris dans les situations d'urgence humanitaire

Les progrès réalisés dans l'atteinte des résultats de ce produit sont renseignés dans le tableau 4.7 qui permet d'apprécier les niveaux de réalisation à travers les cinq (5) indicateurs consignés dans le tableau que voici. L'observation du tableau indique que la performance de ce produit est faible car sur les 6 indicateurs, un seul a vu sa cible atteinte.

Tableau 4.7. Indicateurs de progrès réalisés dans l'atteinte du produit 5

Indicateurs du produit 5	Cibles et réalisations GDH							
	2014		2015		2016		2017	
	Cibles	Réalis.	Cibles	Réalis.	Cibles	Réalis.	Cibles	Réalis. au 30/06
Nombre d'organisations de la société civile renforcé au niveau communautaire pour la promotion de la SR, la lutte contre les VBG et le VIH/SIDA, y compris dans des contextes humanitaires.	52	84	56	91	61	91	91	74 ⁴⁶

⁴² Elle s'appuie sur les résultats de l'analyse de la scolarisation des filles en 2012 par Plan International, et celle des défis de la grossesse chez les adolescentes en 2013 par UNFPA.

⁴³ Ce programme vise spécifiquement à i) améliorer le cadre légal, juridique, réglementaire et institutionnel, ii) assurer l'accès et le maintien des adolescentes dans le système éducatif et leur accès à l'éducation sexuelle complète, iii) assurer l'accès à l'information et aux services de santé sexuelle et de la reproduction adaptés aux adolescents ; iv) promouvoir le leadership des adolescentes et le renforcement des capacités des familles, des communautés, des leaders traditionnels et religieux et des Organisations à Base Communautaire (OBC), v) assurer la coordination, le plaidoyer, la mobilisation des ressources, le suivi et évaluation du programme.

⁴⁴ Elle comprend au moins 114 ONGs issues des 6 régions du pays.

⁴⁵ Rapport de suivi des activités, Bureau Pays UNFPA TOGO, 2016.

⁴⁶ Rapport de cartographie des CH/CM finalisé en juillet 2017 montrant que 74 organisations sont fonctionnelles

Nombre de Centres d'Ecoute opérationnels.	10	9	11	12	13	12	13	12
Nombre de personnes reçues dans les centres d'écoute	-				3 000	3277	4500	4075
Nombre d'agents de sécurité et de magistrats, de parlementaires formés sur les droits de la femme, sur les instruments juridiques internationaux et nationaux de protection de la femme.	40	-	80	30	120	74	180	74
Nombre de leaders communautaires et religieux formés en matière de lutte contre les VBG dans la zone de concentration du programme.	180	54	260	86	340	226	420	226
Nombre de femmes opérées de fistules obstétricales et ayant bénéficié de la réinsertion socio-économique	95	44	146	85	198	150	249	150

Source : Matrice de suivi des indicateurs du CPD6 au 30/06/2017

L'analyse du tableau met en lumière des performances au-dessus des niveaux prévus, spécifiquement pour les indicateurs 5.1 et 5.2⁴⁷ qui se justifient essentiellement par :

- ✓ L'intensification de la mise en place d'organisations communautaires (comités d'hommes et des clubs de mères) dans les zones de concentration des activités ;
- ✓ L'information et la sensibilisation sur les services d'écoute, d'assistance juridique et psychosociale.

Par contre, des performances insuffisantes ont été relevées sur la période en ce qui concerne les autres indicateurs du produit. Plusieurs facteurs expliquent ces performances négatives :

- ✓ Insuffisance de ressources financières pour atteindre les cibles prévues (cas de la formation d'agents de sécurité, de magistrats, de parlementaires, de leaders communautaires et religieux) ;
- ✓ Retards dans la mise à disposition des fonds ;
- ✓ Surestimation des cibles dans la planification.

Les Centres d'Ecoute des victimes de VBG

Pour accompagner le fonctionnement des centres d'écoute, plusieurs initiatives ont été développées parmi lesquelles :

- ✓ L'élaboration des normes et procédures de création et de gestion des centres d'écoute et de conseil aux victimes des VBG ;
- ✓ Le renforcement des capacités de son personnel en matière de prise en charge psychologique des victimes de VBG, de droits humains, d'organisation et de procédures judiciaires (qui sont de nature à améliorer l'offre de service au sein de ces centres) ;
- ✓ L'organisation de sensibilisations par le personnel de manière routinière et lors de la célébration des journées dédiées aux femmes et aux filles, pour informer les populations sur différents thématiques liées aux VBG ;
- ✓ L'organisation des Foires aux droits de la femme qui offrent l'occasion à la population en général et aux femmes en particulier de pouvoir, avoir accès directement et gratuitement aux acteurs judiciaires, aux professionnels de la santé et aux opportunités visant leur développement économique et financier ;
- ✓ La réalisation d'une analyse situationnelle de la lutte contre les VBG et d'offre de services en SR/PF/VIH auprès des centres d'apprentissage, des agences de placement de domestiques à Lomé et dans ses environs.

Les progrès réalisés dans l'atteinte des résultats sont renseignés à travers les deux indicateurs suivantes : i) nombre de Centres d'écoute opérationnels ; ii) nombre de personnes reçues dans les centres d'écoute.

Globalement, le nombre de centres d'écoute opérationnels est presque conforme aux prévisions fixées pour l'année 2017. A ce jour, on est à 12 centres⁴⁸ et 2 autres sont en construction⁴⁹.

⁴⁷Nombre de personnes reçues dans les centres d'écoute

⁴⁸Lomé-Tokoin, Kantè, Kara, Guérin-Kouka, Dapaong, Vogan, Lomé Hédzranawoé, Aného, Tsévié, Bafilo, Kpalimé, Atakpamé.

⁴⁹Un pour servir de cadre conforme aux normes de création au centre de Lomé-Tokoin et un nouveau centre à Naki-Est.

Les centres d'écoute sont utilisés par les populations cibles au-delà des prévisions. En 2015 et en 2016 par exemple, l'utilisation des CE a dépassé les prévisions d'environ 300 points (300 en 2015 et 277 en 2016). En 2017 (1^{er} et 2^{ème} trimestre cumulés) le nombre d'utilisateurs des CE⁵⁰ est estimé déjà à 4075 personnes sur les 4500 prévues pour toute l'année.

En dépit de ces appuis, les CE sont confrontés à des difficultés d'ordre structurel et liées à leur fonctionnement. Au niveau structurel, on note l'insuffisance de cadres appropriés, la charge élevée de travail due à l'insuffisance de personnel, le manque de moyens coercitifs pouvant convaincre les personnes invitées à répondre aux invitations et à respecter les engagements.

A ces difficultés s'ajoutent : l'insuffisance des capacités des gestionnaires des CE en matière de prise en charge psychologique des victimes, de droits humains, de procédures judiciaires ; l'insuffisance des ressources financières et matérielles pour mener les activités d'information et de sensibilisation, la gestion des centres et le suivi des cas.

Le renforcement des organisations de la société civile au niveau communautaire pour la promotion de la SR, la lutte contre les VBG et le VIH/SIDA, y compris dans des contextes humanitaires

La stratégie a concerné la mise en place de comités d'hommes, de clubs de mères et de clubs d'éveil.

Les comités d'hommes et clubs de mères

La stratégie a été initiée pour promouvoir la SR et le genre en milieu communautaire à travers la paire éducation : (i) en intensifiant les fréquentations des formations sanitaires par les femmes, (ii) en mobilisant les maris à soutenir les fréquentations des formations sanitaires par leurs épouses en les accompagnant au centre de santé et en relevant les connaissances des maris sur la SR communautaire, (iii) en contribuant à relever le taux de prévalence contraceptive dans les ménages par l'acceptation de la planification familiale, en familiarisant les ménages avec les formations sanitaires.

Une série de réalisations ont été faites en appui à la stratégie avec le soutien de l'UNFPA. Il s'agit de :

- ✓ La réalisation d'une mission d'échange d'expériences entre acteurs de mise en œuvre des stratégies «Ecole des maris » du Niger et « Comité d'hommes » du Togo ;
- ✓ Le recrutement d'agents de suivi pour le coaching des comités mis en place (7 agents de suivi) ;
- ✓ L'élaboration d'outils de suivi et de rapportage (liste des outils) ;
- ✓ L'équipement des comités et des formations sanitaires en outils de suivi et de rapportage ;
- ✓ La formation des membres des comités, des agents de suivi et les sages-femmes sur l'utilisation des outils de suivi et de rapportage ;
- ✓ L'intégration des informations relatives aux outils, dans la plateforme DHIS2 mise en place pour la collecte de données de routine ;
- ✓ L'évaluation des stratégies d'implication des hommes et des garçons dans la santé de la reproduction, la lutte contre les VBG et les grossesses en milieu scolaire ; comités d'hommes, clubs des mères et clubs d'éveil ;
- ✓ L'élaboration de la cartographie fournissant un répertoire des CH/CM, leur fonctionnalité, la distance avec les FS, les coordonnées géographiques.

Au plan quantitatif, la stratégie a enregistré une performance très élevée. De 72 prévues, 178 Organisations communautaires ont été mises en place à ce jour (74 Comités d'Hommes & 104 Clubs des Mères). Sur ces 74 CH identifiés, 68 sont actifs soit 92%. Quant aux CM, les résultats de la cartographie réalisée en 2017, indiquent que 104 sur 111 CM soit 94% sont actifs.

Au plan de résultats qualitatifs, et à titre illustratif, l'analyse des informations issues des registres de 11 FS, indique qu'entre mi-Juin et mi-Juillet 2017, un effectif de 626 femmes en provenance des zones couvertes par la stratégie ont consulté dans les FS concernées pour des raisons de CPN, accouchement,

⁵⁰Des pratiques prometteuses initiées au niveau des CE sont à accompagner : les sensibilisations en milieux scolaires et extra scolaires ainsi que dans les communautés en collaboration avec les CVD et chefs cantons ; l'appui/conseils aux groupements féminins et mixtes sur l'éducation financière, la gestion des micro-projets, la rédaction de plan d'affaire ; la promotion de salles de lecture.

CPoN et PF. Parmi ces femmes, 43% ont été reçues en couple ; un peu plus du tiers (220 femmes) ont été conseillées par les CH et les CM ; 111 ont accouché dans une FS (Cf. rapport de cartographie des CH & CM, juillet 2017). Il est à noter qu'en 2017, l'UNFPA et les partenaires impliqués dans la stratégie (Ministère de la Santé, Ministère de l'Action Sociale et la Croix Rouge Togolaise) ont réorganisé la stratégie sur le terrain à travers les renforcements de capacités des formations sanitaires, des agents de suivi sur le terrain et l'élaboration et la mise en place des outils de suivi à tous les niveaux.

Des entretiens réalisés avec les membres des CH/CM, les agents de santé et de suivi, il ressort des perceptions de changements relatifs à une meilleure fréquentation des FS, à une réduction des accouchements à domicile, à un accompagnement des femmes par leurs époux dans les FS, à une réduction des violences conjugales, une tendance à l'espacement des naissances et à une meilleure hygiène domestique et communautaire. La déclaration que voici a été faite par une sage-femme lors des entretiens dans le cadre de cette évaluation : « *Avant, quand une femme est enceinte, c'est difficilement que le mari lui donne de l'argent. Maintenant, ils accompagnent même leurs femmes à l'hôpital* »

Il apparaît donc que la mise en place des CH/CM visant à promouvoir la PF et lutter contre les VBG, commence par montrer les premiers signaux de progrès vers les changements escomptés. Un suivi des indicateurs sur une période plus ou moins longue permettra de déterminer avec exactitude, la portée de la stratégie. Il est aussi nécessaire de prévoir à termes des études pour mesurer les impacts réels de la stratégie.

Le fonctionnement des comités mis en place se trouve entaché par l'existence de quelques contraintes liées à la faible appropriation de la stratégie par les acteurs communautaires, à la faible implication des radios de proximité pour le relai communicationnel des actions promotionnelles et à la faible visibilité de la stratégie dans les villages et les formations sanitaires concernées. Enfin, l'évaluation a noté l'absence d'un document officiel sur les normes d'installation et de fonctionnement des CH/CM.

Les clubs d'éveil

La stratégie ambitieuse de lutter contre toutes les formes de violences en milieux scolaires, d'œuvrer pour éviter les grossesses précoces, de lutter contre les IST/VIH et de faire des élèves filles comme garçons, de réels leaders de demain. La mise en place de ces clubs vise dans le même temps, le maintien de la jeune fille à l'école, répondant ainsi aux objectifs de la politique éducative de la jeune fille pour laquelle s'est engagé le Gouvernement togolais.

Des clubs d'éveil scolaires primaires ont été mis en place⁵¹ en 2012, 2013 et 2014 spécifiquement dans le District Sanitaire de Vo. Ils sont au nombre de 22 au total et sont constitués de 12 élèves⁵² par club (6 filles et 6 garçons) sous l'encadrement de 2 enseignants parapsychologues (un homme et une femme) formés.

Ceux des Lycées / collèges (3) ont été mis en place depuis 2015 autour des infirmeries scolaires à Tsévié (02) et à Dapong (01) pour assurer l'animation éducative au sein des établissements en vue d'une mobilisation des élèves pour une fréquentation optimale des infirmeries scolaires et promouvoir les droits humains et la lutte contre les VGB en milieux scolaires.

La mise en œuvre de la stratégie a été caractérisée par : La réalisation d'une ébauche de document cadre de mise en place et de fonctionnement des clubs d'éveils ;

- ✓ L'organisation de mini camps éducatifs des membres des clubs d'éveil. Cette activité permet aux jeunes leaders de se familiariser avec l'approche communautaire scolaire de prévention et de lutte contre les violences faites aux jeunes filles (à travers le renforcement de leurs connaissances sur la notion de violence, en les amenant à travers des jeux de rôles et de simulation à intérioriser le concept de genre et en développant chez ces derniers l'esprit de travail en équipe) ;

⁵¹ Après les accords administratifs (avec la désignation de 02 enseignants encadrateurs) et au 2ème trimestre de l'année scolaire (pour connaître les meilleurs élèves des classes), 10 élèves filles et 10 élèves garçons meilleurs des classes de CE2 et de CM1 sont identifiés. Ils sont ensuite soumis à un test psycho et écrit pour en retenir 6 garçons et 6 filles. Chaque élève retenu propose deux autres élèves appelés "associés" qui peuvent être des classes de CE1, CE2, CM1 ou CM2.

⁵² Elèves des classes de CE2 et de CM1

- ✓ Le renforcement de capacités des membres des clubs d'éveil sur les notions des IST/VIH, les grossesses non désirées et les VBG en milieux scolaires ;
- ✓ L'organisation de séances de projection de films éducatifs autour des infirmeries scolaires ;
- ✓ L'organisation d'activités socioéducatives (concours interclasse des sketches éducatifs, concours de poèmes et de chansons messages, kermesse, activités sportives avec coupe, causeries éducatives, ...)
- ✓ La distribution et affichage des dépliants, brochures, affiches, animation des émissions radiophoniques et réalisation des tests de dépistage des IST et de VIH pour les élèves du CEG.

Au cours de la présente évaluation, les membres des clubs d'éveil n'ont pas pu être rencontrés pour recueillir leurs opinions sur la stratégie, en raison des vacances scolaires. En revanche, De l'évaluation de cette stratégie réalisée par UNFPA en 2016, il ressort que les élèves interrogées ont une meilleure connaissance des VBG (60%) et des IST/VIH (57%). Elle a fait état d'une réduction des VBG (57%), d'un renforcement du respect mutuel entre les élèves (51%) et d'une diminution des grossesses précoces (46%). Les résultats de cette même évaluation révèlent que la stratégie manque d'ancrage suffisant pour impulser des changements de comportements dans les établissements scolaires. L'évaluation de la stratégie a pu identifier les faiblesses ci-après relatives à sa mise en œuvre (UNFPA, 2016).

- ✓ La portée de la stratégie au plan qualitatif n'est pas suffisamment démontrée ;
- ✓ L'encadrement irrégulier des clubs par les parapsychologues (Certains par contre ont reçu des formations mais ne l'exploitent pas dans leur zone d'enseignement). Cette situation s'explique par les problèmes d'affectation, l'insuffisance de disponibilité due à la charge de travail déjà élevée des enseignants, le faible engagement pour la stratégie ;
- ✓ La faible participation des élèves aux activités menées dans le cadre de cette stratégie (d'après les résultats de l'évaluation de la stratégie réalisé en 2016, seulement un peu plus du tiers des élèves enquêtés ont pu participer aux activités des clubs d'éveil). Cette situation rend compte de l'insuffisance d'appropriation des parapsychologues et des élèves de la stratégie ;
- ✓ Les parapsychologues qui accompagnent les membres du club n'ont pas été tous formés et la plupart de ceux qui ont bénéficié d'une formation sont affectés dans d'autres établissements scolaires qui n'exécutent pas forcément le projet. Cette situation résulte du fait de l'instabilité institutionnelle des enseignants et les contraintes enregistrées dans l'exécution de la planification de la stratégie (retards de financement, grèves enseignants et élèves, périodes d'examens).

La formation des OPJ, Magistrats et Parlementaires

Les stratégies de lutte contre les VBG ont bénéficié de l'implication des OPJ, Magistrats et Parlementaires dans la lutte en 2015 et en 2017 à travers la formation et le plaidoyer.

Le nombre d'OPJ et de magistrats puis de Parlementaires formés sur les droits de la femme, sur les instruments juridiques internationaux et nationaux de protection de la femme est nettement en deçà des prévisions, se situant à 74 professionnels et Parlementaires en 2017 contre 180 prévus. De façon détaillée, en 2015, un effectif de 30 OPJ ont été formés. En 2016, la formation de cette catégorie d'acteurs en a concerné 28 professionnels. En outre, en 2016, une journée de plaidoyer à l'endroit des Parlementaires sur les VBG et les droits de l'enfant a été organisée avec 35 Parlementaires et le Personnel Administratif de l'Assemblée Nationale. Pour le compte de l'année 2017, la formation d'environ 20 OPJ et magistrats est en préparation.

En Juin 2017, un suivi de la stratégie a été réalisé auprès des OPJ et Magistrats pour apprécier la mise en œuvre des connaissances reçues et relever les difficultés rencontrées. Globalement, ce suivi a permis de relever que les procédures de prise en charge et de gestion des victimes et auteurs de VBG sont respectées et que le contenu et les méthodes pédagogiques, l'organisation et les prestations des formateurs ont été bien appréciés et contribués à l'amélioration des compétences des OPJ et Magistrats. Les déclarations suivantes ont été enregistrées lors des échanges avec les OPJ pendant l'évaluation :

« L'audition a changé par rapport à avant. Avant, le ton était arrogant. Il y avait beaucoup de pressions sur la victime mais depuis cette formation, l'audition a commencé par être plus doux. La prise en charge de ces personnes se fait désormais avec délicatesse » ;

« Ce que j'ai appris, l'accueil, comment aborder le sujet quand il a déjà été agressé. Avec la formation, beaucoup de choses ont changé. Avant, il faut avouer qu'on ne tenait pas compte de tous les paramètres socio-culturels, l'environnement, le cadre de vie des personnes. Avant, quand on reçoit un cas, surtout une femme, on ne tient pas compte de sa cellule familiale.

Elles reviennent souvent pour retirer leurs plaintes et on ne cherche pas à l'écouter à comprendre ce qu'elle vit. En fait, elles subissent beaucoup de violences dû au fait qu'elles ont osé amener leurs maris ici !!! . Pour couper tout, elles reviennent retirer la plainte et nous les envoyons juste à la police ou à la gendarmerie pour faire les procédures sans tenir compte de toutes les pesanteurs sociales. On ne faisait pas systématiquement d'audience en cabinet, ni avec la victime ni avec la mise en cause. Nous abordions tout dru le sujet. Pas de conciliation et on les réfère aux brigades. Elles reviennent en sanglots, en pleure et demande qu'on les libère alors que c'est sous pression. Pour les cas de violences physiques graves, nous appliquons l'article 74 du code pénal. Cet article, c'est un four tout. Il nous permet de mettre la pression sur la mise en cause. Souvent, on crée un cahier et le monsieur vient verser une pension dépendant du nombre d'enfants que la femme a à sa charge ».

Les contraintes enregistrées dans la mise en œuvre de la stratégie concernent essentiellement :

- ✓ L'insuffisance de ressources financières pour la réalisation des cibles annuelles ;
- ✓ L'absence d'une cartographie nationale de tous les acteurs engagés dans la gestion des cas de VBG (cette cartographie permettra de se situer par rapport aux besoins et dans le même temps, de faciliter les références et de créer une plateforme des prestataires ;
- ✓ L'insuffisance de supervisions formatives des OPJ et Magistrats formés ;
- ✓ Les difficultés des OPJ et magistrats à intégrer le volet psychologique dans la prise en charge des cas ;
- ✓ Les difficultés de collaboration avec les autres structures et acteurs de prise en charge (centres d'écoute, de santé et services sociaux) ;
- ✓ L'absence d'un pool de formateurs dans le corps ;
- ✓ L'absence de modules relatifs au genre dans les curricula de formation des Magistrats et OPJ ;
- ✓ Les difficultés des OPJ et Magistrats à appliquer les procédures de façon complète (en effet, les victimes reviennent retirer leurs plaintes pour des raisons de violences communautaires).

La formation des leaders communautaires et religieux

Dans son engagement à soutenir le Gouvernement togolais, le 6^{ème} programme a opté pour l'implication des leaders religieux et acteurs sociaux dans la recherche du bien-être complet des personnes et des familles. A cet effet, l'UNFPA a appuyé le Ministère de l'Action Sociale, de la Promotion de la Femme et de l'Alphabétisation (MASPFA) pour élaborer trois argumentaires, en fonction de la religion (chrétien, musulman, traditionnel) afin de combattre les violences basées sur le genre. Ces argumentaires ont été également utilisés pour mobiliser les chefs traditionnels et les leaders religieux sur les violences basées sur le genre à savoir : avortements provoqués, les mariages précoces, les grossesses non désirées, le viol et les violences physiques.

Dans le souci de poursuivre cette orientation, le 6^{ème} programme de coopération a prévu à son terme de former 500 leaders communautaires et religieux en matière de lutte contre les VBG dans la zone de concentration du programme. En 2017, il était prévu d'atteindre 420 leaders communautaires et religieux formés. Au 30 juin 2017, le nombre de personnes formés est de 226, ce qui constitue une faible performance par rapport à la cible et au regard de la durée restante de la mise en œuvre du programme. A l'issue de cette formation, des comités locaux ont été mis en place dans chacune des villes concernées (Vogan, Tabligbo, Tsévié, Assahoun, Mandouri, Tandjoaré et Mango). Les formations portent principalement sur la lutte contre les VBG, les mariages et grossesses précoces ; le Christianisme, population et espacement des naissances à la lumière des enseignements Bibliques ; l'Islam, population et espacement des naissances. Un plan d'action a été élaboré et adopté dans chaque district. Afin de suivre la mise en œuvre de ce plan, un comité de quatre membres a été constitué dont 1 Catholique, 1 Protestant, 1 Musulman et 1 Acteur Social. Des doléances ont été exprimées par les acteurs locaux formés en termes de : « *Que la DSMIPF organise une mission de suivi de la mise en œuvre du plan d'action afin d'apprécier les activités réalisées sur le terrain dans les meilleurs délais (au moins dans les 6 semaines après la formation)* » ; « *Que l'UNFPA poursuive son appui financier pour la sensibilisation des fidèles dans les cantons hors la ville* » (Cf. Rapport technique UNFPA, 2016).

L'évaluation a permis de se rendre compte que les comités locaux mis en place ne sont pas encore fonctionnels et qu'ils ont besoin d'être redynamisés. Cependant, les leaders formés promeuvent

individuellement les sensibilisations dans leurs organisations respectives. A ce jour, le suivi de la stratégie n'a pas encore été réalisé.

La réinsertion socio-économique des femmes opérées de fistules obstétricales

Des campagnes de réparation gratuite des fistules obstétricales (FO) ont été organisées en 2014 et 2015. En 2015, un mémorandum tripartite a été signé entre le MASPFA, l'UNFPA et l'ONG SSD sur la réinsertion socio-économique des femmes opérées de fistule (Cf Mémorandum Tripartite).

La campagne de réinsertion socio-économique des femmes opérées et guéries de FO des campagnes de réparation FISTO 2014 a eu lieu durant le mois de décembre 2015. Une mission d'appui technique a été effectuée à cet effet à Sokodé, centre de référence pour la prise en charge de la FO puis dans les Savanes et dans les Plateaux.

De 2014 à 2016 sur 249 femmes opérées de fistules obstétricales, 150 ont été appuyées à la réinsertion socio-économique.

Les appuis concernent essentiellement la remise de kits de dignité et une enveloppe de 40 000 FCFA aux femmes formées sur la gestion des AGR et la remise des intrants et équipements aux femmes pour leurs AGR.

La première campagne de réinsertion socio-économique a permis de prendre en charge 41 femmes venant des cinq régions économiques du Togo qui ont été opérées et guéries de Fistule Obstétricale en 2014. Ces dons qui répondent à leurs besoins exprimés, visent à leur permettre de développer les AGR qu'elles ont identifiées en vue de sortir de l'extrême pauvreté dans laquelle la FO les a plongées. Le suivi de ces femmes se fait par les ONG (SSD, Ojougbo et ABEF).

L'évaluation a permis de mettre en évidence l'intérêt de la stratégie pour les femmes réparées et ayant bénéficié d'un appui à leur réinsertion socio-économique. Des entretiens individuels approfondis avec trois de ces femmes disponibles au cours de la période de collecte, il ressort qu'une seule observait encore des symptômes résiduels de FO, notamment des écoulements sporadiques d'urine. Sur le plan de l'activité économique de réinsertion, l'appui obtenu s'est traduit par un renforcement de leur AGR et leur capacité à contribuer aux dépenses familiales et à l'amélioration des conditions de vie de leur famille. Il reste à évaluer la stratégie pour apprécier plus objectivement sa valeur ajoutée dans la vie des bénéficiaires.

4.1.2.4. Efficacité de la composante Population et Développement

Produit 6 : Renforcement des capacités nationales de production et de diffusion de données de qualité ventilées sur les questions de population et le développement qui permet d'appréhender la cartographie des disparités démographiques et des inégalités socioéconomiques et pour la programmation, y compris dans les contextes humanitaires

Les progrès réalisés dans l'atteinte de ce produit sont renseignés dans le tableau 4.8. L'analyse de ce tableau met en évidence :

- des performances largement au-dessus des niveaux prévus, notamment pour les indicateurs 6.1 à 6.4 qui s'expliquent essentiellement par la réalisation de nouvelles activités suscitées soit par les besoins d'extension de la couverture (cas des formations sur le DD et DIHS2 étendues à d'autres bénéficiaires), soit par les besoins de suivi-évaluation ou d'appropriation de questions émergentes (analyse du DD, revue du PA/CIPD, étude annuelle sur la disponibilité et la qualité des services SR, études sur infirmeries scolaires, étude sur le volontariat sénior, étude sur la mise en place d'un dispositif de protection des personnes âgées en situation de précarité, etc.) ;
- des performances insuffisantes en 2014, 2015 et 2016 (rattrapées en 2017) dues aux facteurs suivants dans la réalisation certaines activités liées à l'indicateur 6.4 :
 - ✓ aux retards pour cause d'insuffisance de ressources (cas de l'évaluation et de l'actualisation de la PNP, cette dernière a dû être reportée en 2017) ;
 - ✓ aux retards pour cause de non réalisation d'une étape intermédiaire par le PE (cas de la publication des rapports thématiques du RGPH4) ? Ces retards ont pu être rattrapés en 2017.

- non-exécution en 2017 de la formation des cadres nationaux en analyse désagrégée du dividende démographique par la méthode NTA pour cause d'insuffisance de ressources ;
- une absence de planification de cibles et de réalisations en 2017, notamment pour les indicateurs 6.0 à 6.3. Car le bureau avait décidé de concentrer l'essentiel des cibles sur les 3 premières années de mise en œuvre sachant que les 2 dernières années seront consacrées aux processus d'évaluation finale et d'élaboration de nouveaux cycles de programmes (CPAP, CCA/UNDAF, PND,...), ainsi qu'au rattrapage des retards éventuels.

Tableau 4.8. Cibles et réalisation de la composante Population et Développement

Indicateurs et base de référence de produits de PP	Basel ine	Cibles et réalisations P&D							
		2014		2015		2016		2017	
		Cibles	Réalis.	Cibles	Réalis.	Cibles	Réalis.	Cibles	Réalis. au 30/06
Indicateur 6.0: Nombre d'enquêtes sur les ménages, réalisées et portant sur l'OMD 5B.	3	4	5	5	5	5	5	5	5
Indicateur 6.1 : Nombre de rapports d'analyses des résultats d'enquêtes démographiques intercensitaires (EDST, MICS, Flux financiers) et d'études thématiques, réalisés et diffusés aux utilisateurs.	8	10	9	12	17	15	24	15	26
Indicateur 6.2 : Nombre de cadres formés, à la production, à l'analyse de données et la diffusion de données de recensement et d'enquêtes statistiques.	10	12	15	13	32	15	68	15	68
Indicateur 6.3 : Nombre de districts renforcés en collecte de données de santé de la reproduction dans la zone de concentration du programme.	0	2	12	4	12	7	40	7	40
Indicateur 6.4 : Les documents cadres de référence/stratégies en population et développement (Documents projets RGPH5, SCAPE 2018 – 2022, Vision 2030, PNP actualisée, PNJ, PN Migration) sont disponibles et intègrent le dividende démographique.	0	1	0	2	1	3	2	3	3

Source : Matrice de suivi des indicateurs du CPD6 au 30/06/2017

En outre, de l'analyse des rapports d'activités et des entretiens avec les PE, il apparaît que le 6^{ème} programme a permis les réalisations suivantes qui renforcent l'atteinte du produit 6 :

- Renforcement des capacités pour la production/analyse des données du RGPH4 et d'enquêtes nationales à travers la formation des cadres en démographie (03 cadres formés à l'IFORD par l'UNFPA et 03 autres par le PNUD) ;
- Renforcement des capacités en analyse du dividende démographique selon la méthodologie NTA (3 cadres formés au CREFAT en 2015) suivi d'une démultiplication de cette formation à l'endroit de 10 autres cadres nationaux en 2016 ;
- Intégration des données socio-démographiques et des questions de population dans les plans/programmes nationaux de développement ;
- Appui à la préparation du prochain Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH5) ; le document de projet est disponible ;
- Appui à l'intégration du dividende démographique dans le PND (2018-2022) et le PNDS (2017-2022) ;
- Appui à la mise en œuvre du plan d'action opérationnel de la PNJ ;
- Appui à l'autonomisation des jeunes extrascolaires à travers leur insertion socio-professionnelle ;

- Appui au renforcement des capacités des structures nationales d'encadrement des jeunes en techniques de plaidoyer en vue de leur participation efficace au dialogue politique et aux prises de décisions concernant les jeunes ;
- Appui à l'évaluation de la PNP et son actualisation : le rapport d'évaluation validé est disponible en 2016 et l'élaboration de la nouvelle politique de population est en cours en 2017;
- Appui à l'évaluation du PA-PNJ (2014-2017) ; le rapport d'évaluation est disponible en vue de l'élaboration d'un nouveau plan d'action ;
- Appui au processus d'élaboration de la PNM ;
- Appui au processus d'analyse et d'exploitation du Dividende Démographique au Togo ; le premier rapport d'analyse du DD suivant la méthode NTA est disponible ;
- Appui à la publication et à la diffusion des rapports d'analyse thématique des résultats définitifs du RGPH4 ; les rapports ci-après sont disponibles : évaluation de la qualité des données, Natalité et Fécondité, Etat matrimonial et Nuptialité, Mortalité, Mouvements migratoires, Perspectives démographiques ;
- Appui à la participation des hauts responsables nationaux aux rencontres régionales et internationales sur le PA/CIPD, les OMD, les ODD, le DD;
- Appui à la commémoration officielle chaque année des journées internationales dédiées au PA/CIPD (Journée Mondiale sur la Population (11 juillet), Journée Internationale de la Jeunesse (12 Août), Journée Africaine de la Jeunesse (1^{er} Novembre), Journée Internationale des Personnes Agées (1^{er} octobre), Journée Africaine de la Statistique (18 Novembre)) ;
- Appui au lancement et à la diffusion en juin 2017 de la Feuille de Route de l'Union Africaine « Tirer pleinement profit du DD en investissant dans la Jeunesse » ;
- Appui au lancement et à la diffusion chaque année du Rapport de l'UNFPA sur l'état de la Population Mondiale ;
- Appui à la réalisation et à la diffusion d'un documentaire sur l'importance des personnes âgées au sein de la famille et dans la communauté ;
- Appui à la mise en place d'un répertoire d'expertise du potentiel des personnes âgées ;

En dépit de quelques pesanteurs liées à l'insuffisance des ressources ou au contexte de mise en œuvre par le PE, la composante Population et Développement a abouti à des réalisations significatives en matière de :

- Renforcement des capacités pour l'analyse du Dividende Démographique (DD) ;
- Appui à l'autonomisation des jeunes extrascolaires ;
- Plaidoyer et dialogue politique en faveur du Plan d'Action de la CIPD, du Dividende Démographique et de leur prise en compte dans les ODD ;
- Publication et dissémination des résultats d'analyses de données ;
- Intégration des données socio-démographiques et des questions de population dans les plans/programmes nationaux de développement.

Mais les défis restent importants, notamment en matière de ressources humaines encore insuffisantes pour soutenir la réalisation du RGPH5, le processus d'exploitation du DD et le renforcement du système statistique national. En outre, il n'existe pas toujours de Politique Nationale de protection des Personnes Agées adoptée par le gouvernement même si un programme national de protection et de valorisation du potentiel des PA est mis en œuvre par le Ministère compétent avec l'appui de l'UNFPA et d'autres partenaires au développement.

4.2.3- Efficience du programme

QE3 : Dans quelle mesure le Bureau Pays a-t-il fait bon usage de ses ressources financières, humaines, matérielles et techniques et a utilisé une combinaison appropriée d'outils et d'approches dans la réalisation des résultats définis dans le Programme Pays?

Résumé de la réponse : Le 6^{ème} programme a démarré en 2014 dans un contexte d'embellie financière avec une forte mobilisation des fonds auprès de diverses sources. Mais cet élan ne s'est pas poursuivi, alors que le budget des sources classiques (fonds thématiques sécurisation et santé maternelle, budget institutionnelle) n'a cessé de baisser au fil du temps se traduisant ainsi par une baisse significative des fonds alloués aux activités (baisse de 59% entre 2014 et 2016). Mais le bureau pays a globalement fait bon usage des ressources mobilisées pour atteindre les résultats du 6^{ème} programme. L'exécution budgétaire est efficace avec des taux dépassant généralement les 95% et est en adéquation avec les taux de réalisation des produits qui sont au-dessus de 90% à l'exception du produit 6 de la composante G&DH qui affiche une performance moindre, en raison notamment d'une insuffisance des ressources sans une mobilisation conséquente qui n'a pas permis de réaliser certaines de ses activités. La gestion des fonds par les PE est globalement satisfaisante puisqu'un seul sur 15 a eu un audit qualifié au cours de la période de mise en œuvre. Cette performance est le résultat d'un renforcement des capacités aux procédures et outils de gestion assuré par le bureau Pays et de l'efficacité de son dispositif de suivi de la mise en œuvre des PTA. Sur les 26 interventions mises en œuvre dans le cadre du 6^{ème} programme, seul le projet pilote IPM d'appui à la chaîne d'approvisionnement des produits s'est avéré peu efficace à la suite d'une évaluation indépendante. Quelques expériences de recours à la mutualisation des ressources avec d'autres partenaires ont été observées se traduisant soit par l'atteinte des résultats aux moindres coûts soit par plus de résultats avec le même budget. La distribution du personnel entre les composantes met en évidence une insuffisance au niveau des composantes P&D, Suivi-Evaluation et Communication qui ne disposent pas d'Assistants au programme pour un fonctionnement plus efficace assurant également la continuité des activités. En outre, l'instabilité contractuelle et le sous-classement qui caractérisent certains membres du personnel, notamment en matière de SR/Santé Maternelle, de Suivi-Evaluation, de Communication et de Services d'Achats ne sont pas favorables à la consolidation des acquis. En définitive, même si les données disponibles ne permettent pas réaliser une analyse coût-efficacité robuste, les résultats obtenus confortent l'idée d'une harmonie entre l'efficacité globale démontrée du 6^{ème} programme et l'utilisation des ressources pour atteindre ses résultats.

Sur la base des données disponibles et mises à la disposition de l'évaluation, l'analyse de l'efficience examine l'utilisation des ressources dans l'atteinte des résultats de manière à apprécier : le niveau de ressources financières, humaines et matérielles mobilisées ; la mobilisation des sources alternatives de financement ; l'évolution des fonds alloués à chaque composante au cours de la mise en œuvre du programme ; l'exécution budgétaire et la gestion adéquate des ressources ; l'adéquation globale entre la performance dans la réalisation des produits et la gestion des ressources ; l'utilisation d'une combinaison d'approches ou d'outils permettant d'atteindre les résultats aux moindres coûts ou d'avoir de meilleurs résultats avec l'enveloppe budgétaire prévue. Ces éléments sont analysés à travers deux rubriques principales : la mobilisation et gestion des fonds et les ressources humaines.

A. Mobilisation et gestion des fonds

Le tableau 4.9 décrit l'évolution du budget selon la source entre 2014 et 2018 ainsi que son taux d'exécution. On y note une diminution continue due essentiellement à une baisse drastique des fonds thématiques, notamment les Fonds de Sécurisation et Muskoka, et du budget institutionnel. Entre 2014 et 2017, la baisse du budget est de 53% et se décompose comme suit :

- Une baisse de 84% des Fonds de Sécurisation et Muskoka ;
- Une baisse de 18% du budget institutionnel ;
- Une hausse des ressources régulières et des fonds Santé Maternelle de 17% et 19% respectivement.

Le 6^{ème} programme a démarré dans un contexte d'embellie financière avec une forte mobilisation des fonds auprès de diverses sources. A côté des fonds thématiques classiques (sécurisation, Muskoka et Santé Maternelle) mobilisés à près de 3.5 millions USD, on note également des fonds du projet pilote « Informed Push Model (IPM) » de la Fondation Bill et Melinda Gates, les fonds UBRAF, BOAD et Avenir Health pour lesquels la mobilisation s'est estompée en 2015. Une baisse continue et drastique du budget s'en est suivie au fil du temps et ne s'est pas accompagnée d'une mobilisation compensatrice conséquente des ressources auprès d'autres donateurs. C'est donc dans un contexte de morosité économique que le 6^{ème} programme tend vers sa fin après avoir atteint les résultats remarquables décrits plus haut dans la partie efficacité. En conséquence, dans le cadre du 7^e programme, il s'avère nécessaire d'intensifier la mobilisation des ressources pour préserver les acquis du 6^{ème} programme.

Tableau 4.9. Evolution du budget (en USD) selon la source entre 2014 et 2018 et taux d'exécution

Poste	2014		2015		2016		2017 (au 30/06)		Δ (2014-2017)
	Budget	Taux	Budget	Taux	Budget	Taux	Budget	Taux	
Budget Institutionnel	686 984	94%	645 649	90%	582 647	99%	565 800	42%	-18%
Ressources régulières	1 287 000	107%	1 310 000	100%	1 411 000	99%	1 501 000	44%	17%
Fonds de sécurisation	2 334 521	100%	1 303 479	99%	529 423	96%	381 186	48%	-84%
Maternel Health	93 472	100%	72 335	92%	128 117	98%	111 308	38%	19%
Fonds Muskoka	1 025 147	100%	913 520	96%	813 209	96%	162 995	64%	-84%
Fonds IPM	267 558	100%	114 936	121%	-	-	-	-	-
Fonds UBRAF	91 042	100%	92 000	99%	20 002	100%	-	-	-
Fonds BOAD et Avenir Health)	27 193	100%	13 681	97%	-	-	-	-	-
Autres fonds mobilisés	8 862	88%	980	0%	-	-	-	-	-
Fonds GAVI					27 892	86%	40 000	48%	
TOTAL	5 821 779	101%	4 466 580	98%	3 512 290	97%	2 762 289	55%	-53%

Source : Service des Opérations UNFPA Togo

La baisse générale des ressources financières a débouché sur une baisse continue du budget alloué aux activités des composantes. Si l'on s'en tient aux ressources régulières, la baisse du budget alloué aux activités touche particulièrement la SR et le G&DH (tableau 4.14). L'analyse de la distribution des ressources régulières entre les composantes met en évidence une prépondérance des fonds alloués à la SR et SRAJ (conformément aux directives de l'UNFPA) mais qui sont en baisse continue : 65% en 2014, 44% en 2015, 40% en 2016. Toutefois, les composantes SR et SRAJ bénéficient également des fonds thématiques qui renforcent significativement leur part relative du budget alloué aux activités à plus de 80%. Tout fonds confondus (réguliers et thématiques), la part du budget allouée aux activités a baissé de 59% entre 2014 et 2016.

Tableau 4.10. Distribution (en USD) des fonds réguliers consacrés aux activités par composante entre 2014 et 2017

Composante	2014		2015		2016		2017 (30/06)	
	Budget	%	Budget	%	Budget	%	Budget	%
SR	603 549	52%	152 993	20%	85 243	14%	63 371	20%
SRAJ	150 394	13%	187 575	24%	163 216	26%	123 382	39%
Total SR et SRAJ	753 943	65%	340 568	44%	248 459	40%	186 753	59%
G&DH	156 439	14%	141 166	19%	126 703	21%	42 258	13%
P&D	197 128	17%	247 471	32%	201 773	33%	71 471	22%
SUIVI-EVALUATION	*447 009	4%	*440 615	5%	*412 805	2%	*44 774	2%
COMMUNICATION	*		*		*25952	4%	*12027	4%
Total	1 154 518	100%	769 820	100%	615 692	100%	317 284	100%

Source : Service des Opérations UNFPA Togo ; *= Une partie du budget de cette composante est intégrée dans les autres composantes

L'exécution budgétaire est efficace avec des taux dépassant généralement les 95% entre 2014 et 2016 (Tableau 4.9). En au 30 juin 2017, il est déjà de 55%. Elle est le résultat du renforcement des capacités des PE aux procédures et outils de gestion assuré par le bureau Pays et de l'efficacité de son dispositif de suivi de la mise en œuvre des PTA. Globalement, le taux d'exécution budgétaire est en adéquation avec les taux de réalisation des produits qui sont au-dessus de 90% à l'exception du produit 6 de la composante G&DH qui affiche une performance moindre, en raison notamment d'une insuffisance des ressources sans une mobilisation conséquente qui n'a pas permis de réaliser certaines de ses activités. Les résultats attendus du produit 6 auraient donc dû être alignés au niveau des ressources ordinaires allouées à la composante G&DH.

La gestion des fonds est globalement satisfaisante puisqu'un seul PE (DSMI/PF) sur 15 a eu un audit qualifié, ceci est également à mettre à l'actif du renforcement des capacités aux procédures et outils de gestion. Il convient de noter également que l'outil de gestion « Global programming System » (GPS) développé par l'UNFPA a aidé le programme dans la planification des PTA et facilité leur gestion quotidienne. Mais la DSMIPF en audit qualifié, est un partenaire important de la SR et du 6^{ème} programme au regard du volume d'activités et du budget des PTA (1.476.149.000 FCFA en 2015, 433.285.020 FCFA en 2016 et 163.650.000 FCFA en 2017). L'absence de contrôle interne, la non-exécution des recommandations de la micro évaluation, l'insuffisance ou l'absence de pièces justificatives figurent aux rangs des manquements constatés. Le rapport d'audit révèle également une déperdition financière de 12.390.085 FCFA au titre des dépenses non justifiées dont 9 831 305 FCFA ont déjà fait l'objet de justification au 31/07/2017.

Quelques PE, notamment des composantes P&D et G&DH ont eu recours à des mutualisations de ressources avec d'autres partenaires se traduisant soit par l'atteinte des résultats aux moindres coûts (cas de l'édition et diffusion de la feuille de route de l'Union Africaine pour l'exploitation du DD avec la BAD), soit par plus de résultats avec le même budget (cas de l'activité de réinsertion socio-économiques des femmes opérées de fistules réalisée conjointement avec la CEDEAO).

B. Les ressources humaines

Le bureau pays emploie 25 personnes dont 2 internationaux, 7 chargés de programme et d'opérations (NOB/NOC/NOD), 12 Assistants Financiers et de Programme et 4 relevant du personnel d'appui (Tableau 4.15). La distribution du personnel entre les composantes met en évidence une insuffisance au niveau des composantes P&D, Suivi-Evaluation et Communication qui ne disposent pas d'Assistants au Programme pour un fonctionnement plus efficace assurant également la continuité des activités. En outre, l'instabilité contractuelle et le sous-classement qui caractérisent certains membres du personnel, notamment en matière de SR/Santé Maternelle, de Suivi-Evaluation, de Communication et de Services d'Achats ne sont pas favorables à la consolidation des acquis. Aussi malgré le contexte de morosité économique, pour consolider les acquis du 6^{ème} programme, des efforts supplémentaires sont nécessaires pour renforcer les ressources humaines dans le sens d'une pérennisation des contrats en matière de SR/Santé Maternelle, de Suivi-Evaluation, de Communication et de Services d'Achats.

Tableau 4.11: Distribution du personnel par composante au 30/06/2017

Composantes	Personnel International	Chargé de Programme/ Opérations (NOB/NOC/NOD)	Assistant Programme/ Financier	Personnel d'Appui	Total
REPRESENTATION	1	1	2		4
SR	1	2	1		4
SRAJ		1	1		2
G&DH		1	1		2
P&D		1			1
SUIVI-EVALUATION			1		1
COMMUNICATION			1		1
OPERATIONS		1	5		6
CHAUFFEURS				4	4
Total	2	7	12	4	25

En définitive, même si les données disponibles ne permettent pas réaliser une analyse coût-efficacité robuste, les résultats obtenus confortent l'idée d'une harmonie entre l'efficacité globale démontrée du 6^{ème} programme et l'utilisation des ressources pour atteindre ses résultats.

4.1.4- Durabilité du programme

QE4a : Quel a été le niveau d'appropriation des politiques, des procédures et outils par les partenaires de mise œuvre du programme ? Les structures impliquées sont-elles capables et désireuses de poursuivre les activités du programme elles-mêmes ?

QE4b : Dans quelle mesure les cibles du programme pourront-elles continuer à bénéficier des résultats obtenus ? Les conditions nécessaires à la durabilité des résultats du programme en considérant les aspects de pérennité programmatique, institutionnelle et financière sont-elles en place ?

Résumé de la réponse

Des efforts remarquables ont été accomplis par le Gouvernement du Togo avec l'appui du 6^{ème} programme et des stratégies innovantes pour promouvoir un environnement favorable à la création d'une offre et d'une demande de services de SR, à la promotion du genre et des droits humains et l'accompagnement de la prise de décision politique par des données fiables. En dépit de ces efforts remarquables, l'appropriation par les acteurs nationaux de mise en œuvre demeure problématique.

Au niveau des responsables de mise en œuvre, l'appropriation nationale est négativement affectée par l'absence d'une mémoire institutionnelle due à la mobilité du personnel. L'avenir des stratégies innovantes déployées dans le cadre du 6^{ème} programme repose essentiellement sur leur ancrage institutionnel et sur le développement endogène des communautés.

A. Appropriation nationale

D'une manière générale, l'appropriation nationale du 6^{ème} programme est variable selon le niveau d'appréciation. Au niveau politique, financier et de l'environnement juridique, des mesures remarquables ont été prises par le Gouvernement du Togo pour promouvoir un environnement favorable à la création d'une offre et d'une demande de services de SR, à la promotion du genre et des droits humains et l'accompagnement de la prise de décision politique par la production des données fiables.

L'appropriation nationale au niveau opérationnel, notamment celle des responsables de mise en œuvre est négativement affectée par l'absence d'une mémoire institutionnelle due à la mobilité du personnel. Les acteurs nationaux ne perçoivent pas toujours adéquatement leur appartenance au programme. Dans les entretiens, il est arrivé fréquemment que les appuis du programme soient perçus comme un travail de l'UNFPA et non du Gouvernement. Cette perception semble traduire un problème de communication qu'il convient d'adresser.

En matière de SR et SRAJ, l'appropriation nationale des stratégies innovantes pose un défi en termes de continuité et de gratuité des services actuellement assurée par le 6^{ème} programme. Dans le cadre du PUDC, le Gouvernement s'est engagé à poursuivre la mise en œuvre des cliniques mobiles. Il s'est également engagé dans l'implantation des Centres Conviviaux et d'Ecoute des Jeunes (CCEJ) et les maisons des jeunes dans les régions, et dans la mise en œuvre de la DBC pour laquelle un plan pays a été élaboré par le Ministère de la Santé avec l'appui de l'OOAS. Mais l'avenir n'est pas assuré pour les interventions telles que les SONU, la lutte contre les Fistules Obstétricales, les audits des décès maternels, la stratégie avancée, la stratégie mobile, la FPPP, FPSAA du fait de leur dépendance des ressources extérieures.

En matière de Genre & Droits Humains, plusieurs politiques et programmes favorisant la promotion de la femme ont été mis en place (SCAPE, PNEEG, FNFI, PDC, SNMF, etc.). Les PNDS 2012-2015 et 2017-2022 présentent des orientations stratégiques, centrées sur des interventions à haut impact sur la santé maternelle et infantile prenant en compte les questions d'équité et de genre. Des textes juridiques ont été révisés dans la perspective de la prise en compte des aspects liés au genre, entre autre l'adoption

en 2014 de la Loi N° 2014-019 modifiant la loi N° 2012-014 du 06 Juillet 2012 portant Code des Personnes et de la Famille du Togo et l'adoption en 2015 de la Loi N° 2015-010 portant Nouveau Code pénal. Une nouvelle version du document de Stratégie Nationale de Lutte contre les VBG est élaborée et définit trois axes stratégiques dont la prévention des VBG et le renforcement des capacités de prise en charge par les différents acteurs. Le MASPFA et GF2D mènent chaque année une campagne de 16 jours contre les VBG. Plusieurs Organisations Internationales à savoir UNFPA, PNUD, UNICEF, la Délégation de l'Union Européenne, la GIZ, la BAD, la CEDEAO, etc. interviennent sur le genre.

En plus de ces appuis, l'Etat s'implique davantage dans le financement des activités de promotion du genre (centre d'écoute formation des officiers de police judiciaire et magistrats, journées dédiées à la femme, réinsertion socio-économique des femmes réparées de FO, formation des parlementaires). Entre 2014 et 2017, les montants investis par l'Etat ont été évalués à 293 661 133 F CFA dont 220.000.000Fcfa ont été consacrés aux Journées Dédiées à la Femme (*Ministère de l'Action Sociale, de la Promotion de la Femme et de l'Alphabétisation, 2017*).

Le défi sur l'appropriation durable des stratégies « Comités d'Hommes », « Clubs des Mères » et « Clubs d'éveil » se pose en termes d'ancrage dans leurs communautés respectives. Les comités d'hommes et Clubs des Mères sont une émanation des communautés tandis que les clubs d'éveil reposent sur un ancrage au sein des milieux scolaires, notamment des activités associatives et culturelles des élèves.

En matière de Population et Développement, l'engagement politique de l'Etat est effectif et visible au niveau des documents de politiques nationales : la Politique Nationale de Population (PNP) a été évaluée en 2016 et est en cours d'actualisation, le Plan d'action de la Politique Nationale de la Jeunesse, et la Politique Nationale de Migration (PNM) en cours d'élaboration.

Pour assurer l'intégration des variables démographiques dans la planification du développement, le gouvernement a créé la Direction des Etudes de Population (DEP) au sein du Ministère de la Planification du Développement. Dans le cadre du processus d'exploitation du dividende démographique, un comité de pilotage et une équipe technique ont été mis en place respectivement par arrêtés ministériels N°045/2016/MPD/SG/DGPD/DEP et N°044/2016/MPD/SG/DGPD/DEP du 11 Avril 2016 pour l'analyse et le suivi.

L'engagement de l'Etat reste effectif sur les ODD et la mise en œuvre de l'agenda de la CIPD+15 dont le plan d'actions recommande la production et la diffusion des données sur la population et le développement. C'est ainsi que le gouvernement apporte une contribution significative au financement des grandes opérations de collecte (RGPH, EDS, QUIBB, MICS). A la demande du gouvernement, l'UNFPA a apporté son appui à la préparation du RGPH5, notamment l'élaboration de son document de projet qui constitue une étape intermédiaire importante pour la signature du décret relatif à son organisation.

B. Les faiblesses pour l'appropriation nationale du 6^{ème} programme

Globalement en matière de SR, de SRAJ et de G&DH, les principales faiblesses tiennent à la forte dépendance financière des stratégies innovantes vis-à-vis des donateurs et leur faible ancrage institutionnel et communautaire.

En matière de Population et Développement, on peut noter :

- ✓ l'engagement financier du Gouvernement bien qu'important est encore insuffisant eu égard aux nombreux défis ;
- ✓ la faiblesse des capacités de coordination (ressources humaines et matérielles) de la section de coordination et de suivi des programmes de coopération avec le SNU mise en place au sein de la DGMAP ;
- ✓ la faiblesse des capacités techniques et managériales de la nouvelle Direction des Etudes de Population (DEP) pour le suivi et la coordination efficaces de la mise en œuvre de la PNP et du processus d'analyse et d'exploitation du DD, ainsi que pour son intégration dans les politiques et programmes sectoriels ;

- ✓ l'insuffisance quantitative des ressources humaines de l'INSEED pour la conduite efficace du RGPH5 numérisé, des enquêtes intercensitaires et pour la coordination de toutes les productions statistiques nationales.

C. Les acquis du 6^{ème} programme

En matière de SR :

- ✓ l'effectivité de l'inclusion et de la prééminence de la SR et de la PF dans le PNDS
- ✓ l'adhésion du Togo aux engagements internationaux tels que le PA/CIPD, FP2020, Partenariat de Ouagadougou, CARMMA, etc. ;
- ✓ le renforcement de l'offre en SONU (équipement, formation des sages-femmes et existence des équipes de formateurs) ;
- ✓ l'introduction des stratégies innovantes (stratégie avancée, stratégie mobile, clinique mobile, les journées portes ouvertes, etc.) pour satisfaire la demande des services de SR/PF et répondre aux besoins des populations cibles;
- ✓ le transfert de compétences et de technologie (utilisation d'échographe, de ventouses, etc...) entre les Sages-Femmes en SONU;
- ✓ le renforcement de la pratique Sage-femme avec l'existence d'une clinique SONU et PF sise à la Maison de la sage-femme, et l'existence de Sages-femmes expérimentées et compétentes en matière de dépistage de cancer du col de l'Utérus, et de prise en charge des lésions précancéreuses par la cryothérapie ;
- ✓ l'existence d'un centre de référence en prise en charge chirurgicale des FO et de suivi post opératoire (CHR Sokodé), appuyé par le CHU SO Lomé Commune et l'hôpital d'Afangnan ;
- ✓ l'existence d'équipes régionales de dépistage clinique de la FO ;
- ✓ l'institutionnalisation d'équipes régionales de dépistage clinique de la Surveillance des décès maternels et riposte (SDMR) ;
- ✓ le renforcement de la sécurisation des produits SR (Allocation de 150.000.000 francs CFA par l'Etat pour l'acquisition des produits PF, élaboration d'un Plan national de sécurisation des produits 2014-2018, la mise en place d'un Comité de sécurisation et d'un Plan de repositionnement de la PF, circuit national de distribution des préservatifs, aménagement du magasin de la DSMIPF) ;
- ✓ l'identification des bonnes pratiques en SR (DBC, SONU, SAA, PFPP/DIUPP) ;
- ✓ le renforcement des capacités de la DSMIPF et de la maison de la SF ;
- ✓ l'implication des leaders religieux et communautaires pour la promotion de la SR/PF ;
- ✓ l'élection de la DBC comme meilleure pratique prometteuse à mettre à échelle ;
- ✓ l'appropriation de la clinique mobile par l'Etat.

En matière de SRAJ :

- ✓ l'engagement politique effectif du gouvernement au niveau du PNLGMA ;
- ✓ le renforcement des capacités de la Division de la Santé des Jeunes et Adolescents à former des prestataires à offrir des services adaptés aux jeunes et adolescents et assurer le suivi et la supervision des acteurs de terrain ;
- ✓ l'existence de référentiel pour l'offre des services de santé adaptés aux adolescents et aux jeunes,
- ✓ l'existence d'intervention en matière de lutte contre les grossesses et mariages précoces
- ✓ le renforcement des capacités fonctionnelles de 26 infirmeries scolaires pour l'offre des services conviviaux adaptés de SSR;
- ✓ les centres adaptés pour l'offre intégrée de services de Santé Sexuelle et de la Reproduction (SSR) aux élèves;
- ✓ le renforcement des capacités de 28 FS pour l'offre de services adaptés aux adolescents et aux jeunes (les centres conviviaux) ;
- ✓ le renforcement des centres d'écoute des jeunes en équipements audio visuels, des jeux éducatifs et des supports IEC/CCC.

En matière de Genre & Droits Humains :

- ✓ l'environnement favorable à la promotion du genre et à la lutte contre les VBG : PNEEG (2011) ;
- ✓ l'expérience des stratégies innovantes replicables (comité d'hommes, club des mères, club d'éveil, centre d'écoute) ;
- ✓ les normes et procédures de création et de gestion des Centres d'écoute des victimes de VGB ;
- ✓ la formation des gestionnaires d'écoute des victimes de VBG ;
- ✓ l'implication des leaders religieux et communautaires dans la lutte contre les VBG.

En matière de Population et Développement :

- ✓ l'adoption des politiques nationales de population (PNP, PNJ) qui nécessiteront le suivi de leur mise en œuvre par la production des données et des indicateurs ;
- ✓ l'engagement de l'Etat aux ODD et à l'agenda de la CIPD qui nécessitera un suivi par la production des données et des indicateurs ;
- ✓ l'appropriation nationale des questions de dividende démographique, son intégration dans les politiques nationales de population et de développement : PNDS (2017-2022), PND (2018-2022) et la mise en place d'un comité de pilotage et une équipe technique pour l'analyse et le suivi ;
- ✓ la création de la Direction des Etudes de Population (DEP) au sein du Ministère de la Planification du Développement pour assurer le suivi de l'intégration des variables démographiques dans la planification du développement ;
- ✓ l'élaboration et la publication des rapports d'analyse des résultats définitifs du 4^{ème} RGPH de 2010 et 1 du document de projet du RGPH5 de 2020.

4.2. Positionnement stratégique, Suivi-Evaluation et Communication

4.2.1. Mécanisme de Coordination UNCT

QSE1 : Dans quelle mesure le Bureau Pays a-t-il contribué au bon fonctionnement de l'UNCT et des autres instances de gouvernance de l'UNDAF (Axes de l'UNDAF, Groupes thématiques et Unité de Coordination de la Coopération) ?

Résumé de la réponse : Le bureau Pays de l'UNFPA est un membre actif et un contributeur significatif au mécanisme UNCT tant du point de vue de son fonctionnement que du point de vue de sa contribution aux effets 2 et 3 de l'UNDAF (2014-2018). Il est membre de 9 comités ou groupes thématiques dont 4 comme Président ou Vice-Président qui valorisent bien son champ de compétences. En outre, le bureau Pays s'est impliqué dans diverses initiatives conjointes avec ses partenaires du SNU. Tout au long de sa mise en œuvre, le 6e programme a apporté des appuis à la Direction Générale de la Mobilisation de l'Aide et du Partenariat, structure gouvernementale de Coordination des programmes de coopération avec le SNU y compris de l'UNFPA.

A. Contribution au fonctionnement et au programme de l'UNDAF (2014-2018)

Le bureau Pays participe régulièrement aux réunions mensuelles et aux retraites annuelles de l'UNCT. Il en assure régulièrement l'intérim du Coordonnateur Résident, tout ceci contribue à sa visibilité au sein du mécanisme.

Dans le plan cadre de l'UNDAF (2014-2018), la contribution du 6^{ème} programme aux effets 2 et 3 est clairement mise en évidence.

- Pour l'effet 2 UNDAF : « *Les populations, surtout les plus vulnérables, ont un accès plus équitable aux services sociaux de base de qualité* », les produits 1, 2 et 3 de la composante SR du 6^{ème} programme de l'UNFPA y contribuent à travers le résultat « *Accroissement de la disponibilité et de l'utilisation de services intégrés de santé reproductive et sexuelle (notamment la PF, la santé maternelle et le VIH) qui sont sensibles au genre et qui satisfont les normes des droits de l'homme en matière de qualité des soins et d'équité d'accès* » ; de même le produit 4 de la composante SRAJ du 6^{ème} programme y contribue à travers le résultat « *Priorité accrue aux adolescents, en particulier les jeunes adolescentes, dans les politiques et programmes nationaux* »

de développement, notamment en mettant à leur disposition des services complets d'éducation sexuelle et de santé en matière de sexualité et de procréation » ;

- Pour l'effet 3 UNDAF : « *Les capacités des institutions et acteurs à l'échelle nationale et locale sont améliorées pour la réduction des inégalités, la modernisation de l'Etat, la consolidation de la paix, de la démocratie et la promotion des droits de l'homme* », le produit 5 de la composante G&DH du 6^{ème} programme de l'UNFPA y contribue à travers le résultat « *Progression de l'égalité des sexes, de l'autonomisation des femmes et des filles et des droits reproductifs, notamment pour les femmes les plus vulnérables et les plus marginalisées, les adolescents et les jeunes* » ; de même, le produit 6 y contribue à travers « *Renforcement des politiques nationales et des programmes internationaux de développement par l'intégration d'une analyse de la dynamique de la population fondée sur les données et d'une analyse de leurs liens avec le développement durable, la santé sexuelle et reproductive et les droits reproductifs, le VIH et l'égalité des sexes* »

B. Contribution aux groupes de travail et initiatives conjointes

Le bureau Pays est membre des organes ou groupes thématiques suivants :

- ✓ Groupe thématique Genre(Président) ;
- ✓ Groupe thématique VIH/SIDA (Membre) ;
- ✓ Comité des Programmes (Président) ;
- ✓ Groupe Résultats 2 (Services sociaux de base) (Vice-Président) ;
- ✓ Groupe Résultats 3 (Gouvernance et Droits de l'Homme) (Membre)
- ✓ Comité Suivi-Evaluation (Vice-Président) ;
- ✓ Comité des Opérations (Membre) ;
- ✓ Comité Communication et Plaidoyer (Membre) ;
- ✓ Comité HACT (Membre)

En outre, le bureau Pays a été impliqué dans divers initiatives conjointes :

- ✓ Mise en place d'une plateforme SR/PF, SRAJ, PA, Nutrition et PTME : UNFPA-UNICEF-OMS-ONUSIDA;
- ✓ Monitoring des SONU sur fonds Muskoka : UNFPA-OMS;
- ✓ Audit des décès maternels : UNFPA-OMS;
- ✓ Elaboration d'un plan d'urgence UNFPA-OMS;
- ✓ Formation des ASC à la prestation des services de PF et lutte contre les IST chez les réfugiés : UNHCR-UNFPA;
- ✓ Contribution de l'UNFPA à l'orientation du projet de cliniques mobiles du PNUD sur la base de son expérience. Projet envisagé dans le cadre du Programme d'Urgence de Développement Communautaire (PUDC). Il s'agit d'une opportunité de collaboration PNUD-UNFPA à poursuivre et à renforcer.

C. Mécanisme de coordination des programmes de coopération avec les agences du SNU

Durant les deux premières années de sa mise en œuvre, la coordination du 6^{ème} programme était assurée par l'Unité de Gestion et de Coordination des programmes du SNU (UGCP-SNU) qui a bénéficié des appuis à cet effet. Depuis 2015, les missions de l'UGCP-SNU sont assurées par la Direction Générale de la Mobilisation de l'Aide et du Partenariat (DGMAP) à travers la SGCP-SNU. La DGMAP est désormais la structure gouvernementale de Coordination des programmes de coopération avec le SNU y compris de l'UNFPA. Elle a un besoin de renforcement des capacités (ressources humaines et outils) pour lui permettre de jouer pleinement et efficacement son rôle de coordination, d'organiser et d'orienter de façon complémentaire les interventions du SNU afin d'accroître leur l'efficacité et impact.

4.2.2. Valeur ajoutée

QSE2a : Quelle est la valeur ajoutée apportée par le 6^{ème} programme de l'UNFPA au niveau national dans les différents domaines relevant de son mandat telle que perçue par les parties prenantes nationales?

QSE2b : Quels sont les avantages comparatifs de l'UNFPA au Togo, particulièrement vis-à-vis des autres agences des NU et prenant en considération l'approche pour l'initiative « Unis dans l'Action » ou « Delivering as One ».

Résumé de la réponse : Par une démarche de plaidoyer basée sur des données tangibles, l'UNFPA a pu contribuer à l'engagement politique et financier de l'Etat à l'initiative FP2020, au recrutement des Sages-Femmes pour les SONU et à une appropriation nationale des questions du dividende démographique désormais intégrées dans le PND (2018-2022), le PNDS (2017-2022) et la PNJ en cours d'actualisation. Dans le cadre du 6^{ème} programme, de son mandat et du champ de son expertise, l'UNFPA a abouti à des réalisations remarquables qui mettent en évidence, de façon irréfutable, ses avantages comparatifs aux rangs desquels figurent : le leadership de l'offre des produits contraceptifs ; la promotion du genre et de la lutte contre les VBG ; la promotion des stratégies innovantes pour les services PF ; le leadership dans l'appui aux RGPH et du Dividende Démographique ; la fourniture des produits traceurs indispensables aux SONUB ; la promotion de la SRAJ ; la mise en place et l'opérationnalisation de la plateforme DHIS2 de gestion de données aux niveaux central et périphérique. Mais cette réalité contraste avec une perception nettement plus modeste de ses partenaires du SNU dont la confrontation avec les réalisations de l'UNFPA aboutit au constat d'un déficit d'information des interlocuteurs. Les parties prenantes (PE et bénéficiaires) ont une perception globalement positive des interventions du 6^{ème} programme. Mais il ressort des entretiens réalisés, notamment dans les infirmeries scolaires, une insatisfaction liée aux ruptures des médicaments essentiels et génériques pour la prise en charge des affections courantes qui empêchent la continuité des soins. Cette insuffisance, qui relève plutôt de la responsabilité de la partie gouvernementale, semble entretenir la perception d'une approche cloisonnée des services de SR/PF offerts par l'UNFPA. Par ailleurs, l'évaluation a pu établir que d'autres insuffisances relevant également de la responsabilité de la partie gouvernementale ne permettent pas de maximiser la valeur ajoutée des interventions SONU aux rangs desquelles figurent les ruptures fréquentes de poches de sang et les difficultés logistiques pour la référence des cas.

A. Contribution à la prise de décision politique par des résultats tangibles et la formulation des stratégies de développement

Par une démarche active de plaidoyer basée sur des résultats d'impact sur la santé maternelle et la PF, l'UNFPA a contribué à l'engagement de l'Etat togolais à l'initiative FP2020 qui s'est traduit par une décision d'octroi d'une subvention pour l'achat des produits contraceptifs (125 millions en 2016 et 150 millions en 2017). De même, par une démarche active basée sur un outil de plaidoyer développé par Population Reference Bureau (PRB), l'UNFPA a contribué à une appropriation nationale des questions de dividende démographique désormais intégrées dans le PND (2018-2022), le PNDS (2017-2022) et la PNJ en cours d'actualisation. En outre, une démarche de plaidoyer auprès du Gouvernement a abouti au recrutement de 109 Sages-Femmes pour les SONU (B&C) et de 12 agents de santé dans les infirmeries scolaires.

B. Avantages comparatifs de l'UNFPA au Togo vis-à-vis des autres agences des NU dans l'approche « Unis dans l'Action »

Dans le cadre du 6^e programme, de son mandat et du champ de son expertise, l'UNFPA a abouti à des réalisations qui mettent en évidence des avantages comparatifs :

- L'UNFPA est reconnu tant au niveau des instances gouvernementales qu'au niveau des autres PE comme l'agence assurant le leadership de l'offre des produits contraceptifs, de la promotion du genre et de la lutte contre les VBG au Togo ;
- L'UNFPA est aussi reconnu pour son leadership dans l'appui aux RGPH et du Dividende Démographique ;
- Les produits traceurs indispensables aux SONUB tels que le Misoprostol comprimé 200 mg et le Sulfate de magnésium injectable 50% w/v ne sont pas disponibles au Togo. Seul l'UNFPA l'importe et le fournit gratuitement ;

- L'introduction de la cryothérapie pour la prise en charge des lésions précancéreuses du col de l'utérus ;
- La promotion de la Santé de la Reproduction des Adolescents et Jeunes ;
- L'introduction des stratégies innovantes pour les services de la PF :
 - ✓ En USP : Journée Porte Ouverte, Dispositif Intra-Utérin Post-Partum (DIUPP)
 - ✓ Hors USP : stratégie avancée, stratégie mobile, clinique mobile, Distribution à Base Communautaire (DBC), Comité d'hommes, Club des mères, Leaders religieux et communautaires, journée de promotion de la femme.
- L'introduction de la PF injectable au niveau communautaire assurée par les ASC ;
- La mise en place et l'opérationnalisation de la plateforme DHIS2 (« District Health Information Software ») de gestion de données aux niveaux central (MSPS) et périphérique (dans les 40 Districts et 6 régions) n'ont pas d'équivalent dans le pays. L'UNFPA est le seul partenaire à l'avoir fait.

Plusieurs de ces acquis, notamment les stratégies innovantes et les outils SONU et SRAJ, ont été pris en compte dans le nouveau PNDS (2017-2022) Ces réalisations remarquables contrastent avec une perception plus modeste des partenaires du SNU qui reconnaissent à l'UNFPA les éléments suivants comme avantages comparatifs générateurs de valeur ajoutée : la promotion du genre et la lutte contre les VBG ; l'offre de service de PF, l'appui aux RGPH et le Dividende Démographique. La confrontation entre cette perception et les réalisations de l'UNFPA lors des entretiens a permis de comprendre qu'elle est plus associée à un déficit d'information des interlocuteurs.

Au titre des faiblesses, les partenaires du SNU estiment que :

- l'appui technique aux politiques de population et à la production des données a été relégué au second plan au profit de la SR/PF ;
- la synergie avec les autres agences du SNU est encore faible ;
- Faiblesse de la mobilisation des fonds.

Par ailleurs, l'évaluation a pu établir que quelques insuffisances relevant de la responsabilité de la partie gouvernementale ne permettent pas de maximiser la valeur ajoutée des interventions SONU aux rangs desquelles figurent les ruptures fréquentes de poches de sang et les difficultés logistiques pour la référence des cas.

C. Perception des parties prenantes des interventions de l'UNFPA

Des entretiens avec les parties prenantes (PE et bénéficiaires), il ressort une perception globalement positive des interventions du 6^{ème} programme. Cette observation est confortée par les résultats de l'étude sur la disponibilité des produits de SR et la perception des clientes sur les services qui mettent en évidence des proportions dépassant les 90% sur les aspects techniques, organisationnels et relationnels (INSEED, 2015). Les entretiens réalisés dans le cadre de l'évaluation notamment dans les infirmeries scolaires, mettent en exergue une insatisfaction liée aux ruptures des médicaments essentiels et génériques pour la prise en charge des affections courantes qui empêchent la continuité des soins. Cette insuffisance, qui relève plutôt de la responsabilité de la partie gouvernementale, semble entretenir la perception d'une approche cloisonnée des services de SR/PF offerts par l'UNFPA.

4.2.3. Suivi-Evaluation

QS3 : Dans quelle mesure le dispositif institutionnel de Suivi-Evaluation du programme a-t-il produit des résultats utiles pour la prise décision ?

Résumé de la réponse : Dans le cadre du 6^{ème} programme, le bureau Pays a pu se doter d'un dispositif adéquat et impressionnant de Suivi-Evaluation avec des outils harmonisés adaptés aux spécificités des différentes stratégies déployées. Une plateforme de gestion des données (DHIS2) a été mise en place et accessible aux DS et PE qui ont été formés à son utilisation et équipés en ordinateur portable pour assurer le traitement, la saisie, le transfert et le rapportage des données. Mais l'instabilité du personnel formé (affecté ailleurs ou quittant leur poste) est un obstacle à la continuité et à la pérennité des activités. Des indicateurs de suivi répondant aux standards de l'UNFPA ont été élaborés

même si la détermination des cibles n'est pas objectivement vérifiable (manque de lisibilité et de traçabilité). L'effectivité et la qualité des données sont assurées par les missions de supervision et les contrôles prévus à chaque niveau de production de la chaîne et au niveau du Chargé de Suivi-Evaluation de l'UNFPA. Mais la correction des erreurs identifiées peut s'avérer difficile voire impossible lorsqu'elle nécessite un retour sur le terrain (déperdition des cibles). Les outils de suivi ont été élaborés de manière à permettre, après analyse, d'apprécier les performances et les contre-performances ainsi que leurs sources à chaque niveau de la chaîne. Leurs résultats servent à la planification des activités. Le dispositif de Suivi-Evaluation a pris une telle envergure que l'expertise du bureau Pays en la matière est sollicitée tant sur le plan national (DS, PE & SNU) qu'international (appuis aux autres bureaux UNFPA). Son entretien et la consolidation de ses acquis nécessitent un renforcement en ressources humaines suffisantes.

A. Mise en place des outils harmonisés de suivi

Des outils harmonisés ont été conçus et mis en place dans une approche participative des NPO et PE en s'appuyant sur les observations de terrain. Ces outils sont adaptés aux spécificités des différentes stratégies (SONU, stratégie avancée, stratégie mobile, clinique mobile, DBC, comité d'hommes, club des mères, clinique mobile, SRAJ, etc.). Une plateforme de gestion des données (DHIS2) a été mise en place et accessible aux DS et PE. Ces derniers ont été équipés en ordinateur portable pour assurer le traitement, la saisie, le transfert et le rapportage des données. La mise en place des outils se heurte à quelques difficultés aux rangs desquels figurent :

- le problème de connexion à internet qui constitue un obstacle majeur dans le transfert des données par le DHIS2 ;
- l'entretien des ordinateurs portables est à la charge des DS et PE; mais cette maintenance n'est pas toujours assurée (manque de moyens).

Le bureau pays a bénéficié de la mise en place du Système d'Information Stratégique (SIS) développé par l'UNFPA pour la planification et le suivi des résultats trimestriels et annuels issus de la mise en œuvre du programme. Cet outil a grandement facilité le suivi des indicateurs du programme. A travers l'approche « milestones », il permet de planifier les étapes intermédiaires dans le processus de réalisation des résultats. L'analyse de ses résultats permet de prendre des mesures anticipatives nécessaires pour l'orientation de la mise en œuvre du programme durant les trimestres.

B. Existence d'indicateurs de Suivi-Evaluation couvrant toute la chaîne des résultats

Les indicateurs du dispositif de Suivi-Evaluation ont été élaborés à partir du CPAP, sur la base des standards classiques de l'UNFPA, de l'expérience passée des programmes et de leur pertinence en privilégiant ceux qui rendent mieux compte directement de la redevabilité du programme. Mais la détermination des cibles de quelques indicateurs n'est pas toujours objectivement vérifiable (manque de lisibilité et de traçabilité).

C. Formation des PE à l'utilisation des outils de suivi et appropriation

Les DS et PE (responsables en charge du Suivi-Evaluation et responsables de programmes) ont été formés à l'utilisation des outils et du DHIS2 y compris les Sage-Femmes, les points focaux SR des districts qui à leur tour sont sensés dupliquer la formation. Mais, l'instabilité du personnel formé (affecté ailleurs ou quittant leur poste) est un obstacle à la continuité et à la pérennité des activités.

D. Assurance qualité et utilisation des résultats du système de suivi-évaluation pour la prise de décision dans la mise en œuvre des activités

Les contrôles sont prévus à chaque niveau de production et au niveau du M&E de l'UNFPA. Les missions de supervision permettent d'apprécier l'effectivité et la qualité. Mais la correction des erreurs identifiées peut s'avérer difficile voire impossible lorsqu'elle nécessite un retour sur le terrain (déperdition des cibles).

Les outils de suivi ont été élaborés de manière à permettre, après analyse, d'apprécier les performances et les contre-performances ainsi que leurs sources à chaque niveau de la chaîne de production des données. Leurs résultats servent à la planification des activités.

E. Positionnement institutionnel et visibilité du dispositif de suivi-évaluation

Le dispositif de suivi-évaluation basé au bureau pays de l'UNFPA est animé par un Assistant au Programme faisant office de chargé du Suivi-Evaluation qui travaille en étroite collaboration avec la structure de coordination du 6^{ème} programme basée à la DGMAP et les DS et PE. La visibilité du bureau Pays par ses activités de Suivi-Evaluation est remarquable sur les plans national (DS, PE & SNU) et international (appuis aux autres bureaux UNFPA). L'entretien d'un dispositif d'une telle envergure nécessite un renforcement en ressources humaines suffisantes.

4.2.4. Communication

QS4 : Dans quelle mesure le dispositif institutionnel de Communication est-il adéquat pour informer les populations cibles et les parties prenantes et assurer la visibilité de ses interventions?

Résumé de la réponse

Le bureau Pays s'est doté d'une unité de communication avec un responsable dédié qui travaille sur la base d'un plan annuel opérationnel de communication tiré de la stratégie institutionnelle. Bien que disposant d'un mailing list de destinataires et d'outils de planning de diffusions et de reportages, de collecte et de suivi, les outils de mesure d'effets de la communication sont inexistantes. Certaines activités de communication déployées comme le renforcement des capacités des médias, l'étiquetage des équipements et dons avec le logo de l'UNFPA, la dissémination des supports institutionnels (publications et rapports) sont susceptibles de contribuer à une meilleure connaissance et visibilité de l'UNFPA et des interventions du programme. Mais aucun outil permettant de mesurer objectivement cet effet n'est disponible. En outre, la suspension du partenariat avec les radios communautaires affaiblit la stratégie de sensibilisation des populations cibles en milieu rural. Par ailleurs, Les entretiens avec les partenaires du SNU ont mis en évidence un déficit d'information des interlocuteurs sur certaines interventions de l'UNFPA relevant de ses avantages comparatifs.

A. Existence d'une politique de communication institutionnelle du bureau Pays

Il existe une unité de communication au sein du bureau Pays avec un responsable dédié. Un plan opérationnel de communication est tiré chaque année de la stratégie de communication institutionnelle du bureau. Des partenariats ont été développés avec les médias publics et privés toutes catégories confondues (radios, télévisions, presse écrite et média en ligne) entre 2014 et 2015, d'abord dans la zone de concentration du programme puis dans les 3 autres régions du pays. Depuis 2016, une nouvelle approche de partenariat a été négociée avec la Plateforme des Organisations de Presse en Santé (PLAFOPS).

Le bureau Pays de l'UNFPA est membre du Comité Communication et Plaidoyer (CCP) du SNU.

A côté de ces acquis, quelques insuffisances sont à surmonter dont la plupart ne relève pas de la responsabilité directe de l'UNFPA :

- ✓ nombre de PE ne disposent ni de Points Focaux ni de plan de Communication ;
- ✓ les résultats, informations et publications ne sont toujours pas disséminés à temps dans les régions ;
- ✓ il n'existe pas à la connaissance des évaluateurs de document Stratégique National de communication pour un changement de comportement en santé ;
- ✓ le Comité Communication et Plaidoyer de l'UNCT est non fonctionnel depuis Mai 2016 ;
- ✓ le partenariat avec des radios communautaires en charge de la sensibilisation des populations cibles a été suspendu ;
- ✓ les entretiens avec les partenaires du SNU ont mis en évidence un déficit d'information des interlocuteurs sur certaines interventions de l'UNFPA relevant de ses avantages comparatifs.

Il convient de signaler que les quatre premières insuffisances ne relèvent pas de la responsabilité directe de l'UNFPA.

B. Mise en place d'outils de communication adéquats

Le bureau Pays a mis en place des outils harmonisés de planning de diffusions, de reportages, de collecte et de monitoring de diffusion. Il dispose d'une connexion internet à haut débit, d'un site Web, de pages sur les réseaux sociaux et d'un Mailing List pour la circulation des informations y compris en direction des PE. Mais il n'existe pas d'outils de mesure rapide de l'effet de la communication ou pour évaluer l'incidence de la communication sur les différentes interventions dans la logique du changement de comportements.

C. Appuis aux interventions du programme (communication programmatique)

Les activités de communication ont un potentiel permettant d'apprécier les connaissances et perceptions des parties prenantes et des populations cibles sur l'UNFPA et ses interventions. C'est le cas par exemple du renforcement des capacités des PE et des médias, l'étiquetage des équipements et dons avec le logo de l'UNFPA, la dissémination des supports institutionnels (publications et rapports) qui sont susceptibles de contribuer à une meilleure connaissance et visibilité de l'UNFPA et des interventions du programme. Mais aucun outil permettant de mesurer objectivement cet effet n'est disponible.

CHAPITRE 5: CONCLUSIONS

Les conclusions sont faites selon le niveau stratégique et le niveau programmatique et en fonction des différentes questions de l'évaluation auxquelles des réponses ont été apportées à travers la collecte et l'analyse des données.

5.1. Niveau stratégique

1. Mécanisme de Coordination UNCT

QSE1 : Dans quelle mesure le Bureau Pays a-t-il contribué au bon fonctionnement de l'UNCT et des autres instances de gouvernance de l'UNDAF (Axes de l'UNDAF, Groupes thématiques et Unité de Coordination de la Coopération) ?

C1 : *Le bureau Pays de l'UNFPA est un membre actif et un contributeur significatif au mécanisme UNCT tant du point de vue de son fonctionnement que du point de vue de sa contribution aux effets (2 et 3) de l'UNDAF (2014-2018). Tout au long de sa mise en œuvre, le 6^{ème} programme a apporté des appuis à la DGMAP, structure gouvernementale de Coordination des programmes de coopération avec le SNU y compris de l'UNFPA.*

2. VALEUR AJOUTEE

QSE2a : Quelle est la valeur ajoutée apportée par le 6^{ème} programme de l'UNFPA au niveau national dans les différents domaines relevant de son mandat telle que perçue par les parties prenantes nationales?

C2a : *Par une démarche de plaidoyer basée sur les évidences, l'UNFPA a pu contribuer à l'engagement politique et financier de l'Etat à l'initiative FP2020, au recrutement des Sages-Femmes pour les SONU et à une appropriation nationale des questions du dividende démographique désormais intégrées dans le PND (2018-2022), le PNDS (2017-2022) et la PNJ en cours d'actualisation. Les parties prenantes (PE et bénéficiaires) ont une perception globalement positive des interventions du 6^{ème} programme. Il y a une insatisfaction liée aux ruptures des médicaments essentiels et génériques pour la prise en charge des affections courantes qui empêchent la continuité des soins. Deux principaux facteurs sont à l'origine des ruptures de stocks : il y a d'une part, le renouvellement des stocks de médicaments qui n'est pas régulièrement assuré par les responsables d'établissements scolaires et d'autre part une gestion inadéquate des dotations mise en évidence par des discordances constatées entre les données des fiches de cession des médicaments et celles des fiches de stock et registres de consultation. Cette insuffisance, qui relève plutôt de la responsabilité de la partie gouvernementale, semble entretenir la perception d'une approche cloisonnée sur les services de SR/PF offerts par l'UNFPA.*

C2b : *L'évaluation a pu établir que quelques insuffisances relevant de la responsabilité de la partie gouvernementale ne permettent pas de maximiser la valeur ajoutée des interventions SONU aux rangs desquelles figurent les ruptures fréquentes de poches de sang et les difficultés logistiques pour la référence des cas.*

QSE2b : Quels sont les avantages comparatifs de l'UNFPA au Togo, particulièrement vis-à-vis des autres agences des NU et prenant en considération l'approche pour l'initiative « Unis dans l'Action » ou « Delivering as One ».

C2c : *Dans le cadre du 6e programme, de son mandat et du champ de son expertise, l'UNFPA a abouti à des réalisations remarquables qui mettent en évidence, de façon irréfutable, ses avantages comparatifs aux rangs desquels figurent : le leadership de l'offre des produits contraceptifs ; la promotion du genre et de la lutte contre les VBG ; la promotion des stratégies innovantes pour les services PF ; le leadership dans l'appui aux RGPH et du Dividende Démographique ; la fourniture des produits traceurs indispensables aux SONUB; la promotion de la SRAJ ; la mise en place et l'opérationnalisation de la plateforme DHIS2 de gestion de données aux niveaux central et périphérique. Mais cette réalité contraste avec une perception nettement plus modeste de ses partenaires du SNU dont la confrontation avec les réalisations de l'UNFPA aboutit au constat d'un déficit d'information des interlocuteurs.*

3. SUIVI-EVALUATION

QS3 : Dans quelle mesure le dispositif institutionnel de Suivi-Evaluation du programme a-t-il produit des résultats utiles pour la prise de décision ?

C3 : Dans le cadre du 6^e programme un dispositif adéquat de Suivi-Evaluation a été mis en place avec des outils harmonisés et adaptés aux différents types d'interventions ainsi qu'une plateforme informatique (DHIS2) accessible aux DS et PE pour la gestion des données. Mais la qualité insuffisante de la connexion internet constitue un obstacle majeur dans le transfert des données par le DHIS2. Les DS et PE (responsables en charge du Suivi-Evaluation) ont été formés à l'utilisation des outils du suivi et de la plateforme. Mais l'instabilité du personnel formé constitue un obstacle à la continuité et à la pérennité des activités. Le dispositif de Suivi-Evaluation comporte des indicateurs répondant aux normes classiques mais la détermination de leurs cibles n'est pas objectivement vérifiable (manque de lisibilité et de traçabilité)

4. COMMUNICATION

QS4 : Dans quelle mesure le dispositif institutionnel de Communication est-il adéquat pour informer les populations cibles et les parties prenantes et assurer la visibilité de ses interventions ?

C4 : Il existe une unité de communication au sein du bureau Pays avec un responsable dédié et qui travaille avec un plan annuel opérationnel de communication tiré de la stratégie institutionnelle. Bien que disposant d'un mailing list de destinataires et d'outils de planning de diffusions et de reportages, de collecte et de suivi, les outils de mesure d'effets de la communication sont inexistantes. En outre, la suspension du partenariat avec les radios communautaires affaiblit la stratégie de sensibilisation des populations cibles en milieu rural. Par ailleurs, Les entretiens avec les partenaires du SNU ont mis en évidence un déficit d'information des interlocuteurs sur certaines interventions de l'UNFPA relevant de ses avantages comparatifs.

5.2. Niveau programmatique

1. PERTINENCE

QE1a : Dans quelle mesure l'appui du Bureau Pays dans les domaines que couvre son programme est-il (i) adapté aux besoins de la population cible (ii) en ligne avec le mandat et la stratégie de l'UNFPA et (iii) répond-t-il aux priorités nationales exprimées dans l'UNDAF et son plan d'action commun? Est-ce que les interventions prévues reflètent adéquatement les résultats attendus du Programme Pays ?

QE1b : De manière dynamique, comment le bureau pays a-t-il su s'adapter à l'évolution des besoins des populations cibles (Adolescents/jeunes et femmes) dans la planification et la mise en œuvre de toutes les interventions appuyées dans le cadre du Programme ?

C5 : La pertinence du 6^{ème} programme a été démontrée des points de vue de son adéquation aux besoins/priorités nationales, de son alignement au plan stratégique de l'UNFPA (2014-2017), de sa logique d'intervention et de sa réactivité aux changements. Mais quelques pesanteurs opérationnelles affaiblissent la capacité de certaines de ses interventions à couvrir les besoins des populations :

- La complémentarité des stratégies innovantes qui suscitent la demande en PF, notamment celles à base communautaire (DBC, Comité d'hommes, Club des mères), avec les interventions SONU, n'est pas suffisamment exploitée ;
- Le programme d'éducation sexuelle complète et de lutte contre les mariages et grossesses précoces en milieu scolaire initialement porté par le Ministère de l'Enseignement Primaire et Secondaire n'a pas pu être mis en œuvre.

2. EFFICACITE

QE2a : Les interventions réalisées ont-elles permis d'atteindre les différentes catégories de cibles (sexe, âge, milieu de résidence) du programme ? Dans quelle mesure les différents Produits du programme ont été réalisés à travers les interventions mises en œuvre ? Ces interventions ont-elles permis d'opérer les changements espérés

C6 : Le 6^{ème} programme a fait montre d'une grande efficacité dans la réalisation de ses produits avec des performances très souvent au-dessus des niveaux prévus en dépit de quelques variabilités selon les composantes. Ces résultats confortent globalement l'efficacité des interventions mises en œuvre pour les atteindre mais quelques insuffisances sont à relever :

Composante SR (SONU, Audit des décès maternels, Fistule Obstétricale)

- L'efficacité des interventions SONU est affectée par des insuffisances qui relèvent de la responsabilité de la partie gouvernementale dont les pannes des Ventouses, les ruptures fréquentes de proches de sang et les difficultés logistiques pour la référence des cas.
- La fréquence des audits de décès maternels est de moins en moins respectée à cause notamment de l'instabilité du personnel qui réduit les effectifs des comités de surveillance;
- L'efficacité de la lutte contre les FO est affectée par la détection insuffisante des cas due à la faiblesse de la stratégie qui ne s'appuie plus sur les radios communautaires et les ASC.

Composante SR (Planification Familiale)

- En matière de promotion de la PF, il y a une ambivalence entre le système gratuit des stratégies innovantes et le système routinier payant qui questionne sur les conséquences à long terme d'une telle coexistence ;
- La mise en œuvre des cliniques mobiles est fragilisée par l'instabilité des sages-femmes formées et les problèmes logistiques tels que la maintenance et la réparation des véhicules.

Composante G&DH

- l'insuffisance des ressources et l'exploitation insuffisante d'opportunités de mutualisation des activités avec d'autres partenaires n'ont pas toujours permis d'atteindre les résultats prévus ;
- La Prise en charge médicale des VBG est affectée par le manque de formation des prestataires et l'absence de Kits d'Urgence et d'intrants ;
- La stratégie Clubs d'éveil manque d'ancrage suffisant pour impulser des changements de comportements dans les établissements scolaires et devrait être repensée et redynamisée.

Composante Population et Développement

- En dépit d'une efficacité remarquablement démontrée de la composante Population et Développement les défis restent à relever pour l'adoption d'une Politique Nationale de protection des Personnes Agées et pour le renforcement capacités en ressources humaines, techniques et financières suffisantes pour le processus d'exploitation du DD, le système statistique national et la production d'utilisation des données pour l'analyse de la dynamique démographique et leur prise en compte dans les politiques et programmes sectoriels de développement.

QE2b : Quel est le niveau de contribution des résultats aux effets de l'UNDAF et aux autres résultats stratégiques (Plan stratégique UNFPA, OMD, CIPD)

Les résultats des produits relatifs aux composantes SR/SRAJ, G&DH et P&D concourent à l'atteinte des effets 2 et 3 de l'UNDAF (2014-2018) et aux résultats attendus du Plan Stratégique de l'UNFPA (2014-2017).

3. EFFICIENCE

QE3 : Dans quelle mesure le Bureau Pays a-t-il fait bon usage de ses ressources financières, humaines, matérielles et techniques et a utilisé une combinaison appropriée d'outils et d'approches dans la réalisation des résultats définis dans le Programme Pays?

C7 : *Le 6^{ème} programme a démarré en 2014 dans un contexte d'embellie financière avec une forte mobilisation des fonds auprès de diverses sources. Mais cet élan ne s'est pas poursuivi, alors que le budget des sources classiques (fonds thématiques sécurisation et santé maternelle, budget institutionnelle) n'a cessé de baisser au fil du temps se traduisant ainsi par une baisse significative des fonds alloués aux activités (baisse de 59% entre 2014 et 2016). Mais le bureau pays a globalement fait bon usage des ressources mobilisées pour atteindre les résultats du 6^{ème} programme. L'exécution budgétaire est efficace avec des taux dépassant généralement les 95% et est en adéquation avec les taux de réalisation des produits qui sont plus souvent au-dessus de 90%. La gestion des fonds par les PE est globalement satisfaisante puisqu'un seul sur 15 a eu un audit qualifié au cours de la période de mise en œuvre. Cette performance est le résultat d'un renforcement des capacités aux procédures et outils de gestion assuré par le bureau Pays et de l'efficacité de son dispositif de suivi de la mise en œuvre des PTA.*

C8 : *La distribution du personnel entre les composantes met en évidence une insuffisance au niveau des composantes P&D, Suivi-Evaluation et Communication qui ne disposent pas d'Assistants au programme pour un fonctionnement plus efficace assurant également la continuité des activités. En outre, l'instabilité contractuelle et le sous-classement qui caractérisent certains membres du personnel, notamment en matière de SR/Santé Maternelle, de Suivi-Evaluation, de Communication et de Services d'Achats ne sont pas favorables à la consolidation des acquis.*

4. DURABILITE

QE4a : Quel a été le niveau d'appropriation des politiques, des procédures et outils par les partenaires de mise œuvre du programme ? Les structures impliquées sont-elles capables et désireuses de poursuivre les activités du programme elles-mêmes ?

C9 : *D'une manière générale, l'appropriation nationale du 6^e programme est faible. Au niveau politique, financier et juridique, des efforts remarquables ont été accomplis par le Gouvernement du Togo avec l'appui du 6^{ème} programme et des stratégies innovantes pour promouvoir un environnement favorable à la création d'une offre et d'une demande de services de SR, à la promotion du genre et des droits humains et l'accompagnement de la prise de décision politique par des données fiables. En dépit de ces efforts remarquables, l'appropriation par les acteurs nationaux de mise en œuvre demeure problématique.*

QE4b : Dans quelle mesure les cibles du programme pourront-elles continuer à bénéficier des résultats obtenus ? Les conditions nécessaires à la durabilité des résultats du programme en considérant les aspects de pérennité programmatique, institutionnelle et financière sont-elles en place ?

C10 : *L'avenir durable des stratégies innovantes déployées dans le cadre du 6^{ème} programme n'est pas assurée en raison de l'insuffisance des ressources financières, la forte dépendance aux donateurs et de leur faible ancrage institutionnel et communautaire.*

CHAPITRE 6: RECOMMANDATIONS

6.1. Recommandations stratégiques

Les présentes recommandations sont classées selon trois niveaux de priorité, de 1 (élevé) à 3 (faible) et sont adressées directement au bureau Pays de l'UNFPA. La mise en œuvre de certaines recommandations peut être immédiate surtout dans la dernière année du 6^{ème} programme mais le 7^e programme devrait déjà les inclure dans sa formulation.

R1	Niveau de priorité:1	Origine: C2a
	Accompagner le Gouvernement dans le renforcement de la synergie entre les différents acteurs intervenant dans les infirmeries scolaires et la mise en place d'une stratégie efficace de lutte contre les ruptures des médicaments essentiels et génériques pour la prise en charge des affections courantes.	
R2	Niveau de priorité:1	Origine: C3
	Pour assurer le fonctionnement optimal du dispositif de Suivi-Evaluation : - Poursuivre et renforcer l'appui à la dotation des DS et PE en équipement informatique y compris la connexion internet permettant d'utiliser la plateforme DHIS2 ; - Appuyer la formation d'un nombre suffisant de personnes (2-3 par PE par exemple) à l'utilisation des outils du suivi et du DHIS2 et renouveler la formation au moins 2 fois par cycle de programmation. - Assurer plus de lisibilité et de traçabilité dans la détermination des cibles des indicateurs en	
R3	Niveau de priorité:1	Origine: C4
	Pour un meilleur suivi et efficacité des activités de communication : - Définir des indicateurs de mesure d'effets de la communication et les intégrer dans le dispositif de Suivi-Evaluation ; - Promouvoir une meilleure capitalisation des bonnes pratiques sur les interventions avec la participation active des chargés de programme ; - Réactiver le partenariat suspendu avec les radios communautaires.	

6.2. Recommandations programmatiques

R4	Niveau de priorité:2	Origine: C5
	<p>Pour améliorer la pertinence des interventions :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Poursuivre l'intégration des stratégies innovantes (DBC, CH, CM) dans les sites SONUB ; - Dans le cadre du 7e programme, reconsidérer la stratégie d'éducation sexuelle complète et de lutte contre les mariages et grossesses précoces en milieu scolaire qui n'a pas pu être mis en œuvre. 	
R5	Niveau de priorité:1	Origine: C6
	<p>Pour améliorer l'efficacité des interventions :</p> <p>Composante SR (SONU, Audit des décès maternels, Fistule Obstétricale)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Doter chaque Maternité SONUB de 2 Ventouses (1 en réserve), former les sages-femmes à la maintenance préventive des ventouses et intégrer le remplacement des ventouses hors d'usage aux visites de monitoring dans les sites SONUB. - Accompagner le Gouvernement dans le renforcement de la synergie entre les différents acteurs intervenant dans la Réduction de la Mortalité Maternelle, Néonatale et Infantile et la mise en place d'une stratégie efficace qui assure l'approvisionnement permanent en poches de sang et la dotation en ambulances dans les sites SONUC ; - S'appuyer sur les radios communautaires et les ASC pour renforcer la mobilisation sociale dans le cadre du dépistage des cas de Fistules Obstétricales. 	
	<p>Composante SR (Planification Familiale)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Faire un plaidoyer et accompagner le Gouvernement dans la transition vers un système harmonisé de paiement des services de PF accessibles aux populations (gratuité ou service payant) ; - Renforcer la mutualisation des ressources avec d'autres partenaires pour la mise en œuvre des cliniques mobiles. 	
	<p>Composante G&DH</p> <ul style="list-style-type: none"> - Redynamiser les clubs d'éveil mis en place à travers l'encadrement (une planification rationnelle des activités, la formation des enseignants parapsychologues et un accompagnement régulier) et intégrer la stratégie dans les activités de mobilisation des jeunes en milieux scolaires (associations, semaines culturelles...) ; - Rendre opérationnelle la prise en charge globale des femmes victimes de VGB (formation des prestataires, mise en place des intrants, collaboration inter sectorielle et suivi supervision). 	
<p>Composante Population et Développement</p> <p>Dans le cadre du 7e programme, appuyer :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le plaidoyer en faveur de l'adoption de la Politique Nationale de protection des PA, de la politique nationale de migration et de la politique nationale de population actualisée et leur mise en œuvre; - le système statistique national et la réalisation du RGPH5 ; - le processus d'exploitation du dividende démographique et l'opérationnalisation du plan d'action de la politique nationale de la jeunesse ; - le renforcement des capacités nationales de production et d'utilisation des données pour l'analyse de la dynamique démographique et leur prise en compte dans les politiques et programmes sectoriels 		
R6	Niveau de priorité:1	Origine: C8
	<p>Malgré le contexte de morosité économique, pour consolider les acquis du 6^{ème} programme, des efforts supplémentaires sont nécessaires pour renforcer les ressources humaines dans le sens d'une pérennisation des contrats en matière de SR/Santé Maternelle, de Suivi-Evaluation, de Communication et de Services d'Achats.</p>	
R7	Niveau de priorité:2	Origine: C10
	<p>Pour un avenir durable des stratégies innovantes déployées dans le cadre du 6^{ème} programme, il est nécessaire de promouvoir leur ancrage institutionnel et communautaire.</p>	

ANNEXES

Les annexes sont compilées dans un autre document.

- 1) -Annexe 1 : Termes de références
- 2) Annexe 2 : Liste des personnes/institutions rencontrées
- 3) Annexe 3 : Liste des documents consultés
- 4) Annexe 4 : Matrice d'évaluation
- 5) Annexe 5 : Outils de collecte
- 6) Annexe 6 : Arrêté portant création et fonctionnement d'un Groupe de Référence de l'évaluation
- 7) Base de données d'échantillonnage (fichier excel)