

**EVALUATION INDEPENDANTE DU 7<sup>e</sup> PROGRAMME DE PAYS UNFPA/GUINEE**  
**RAPPORT FINAL**  
**Août 2016**



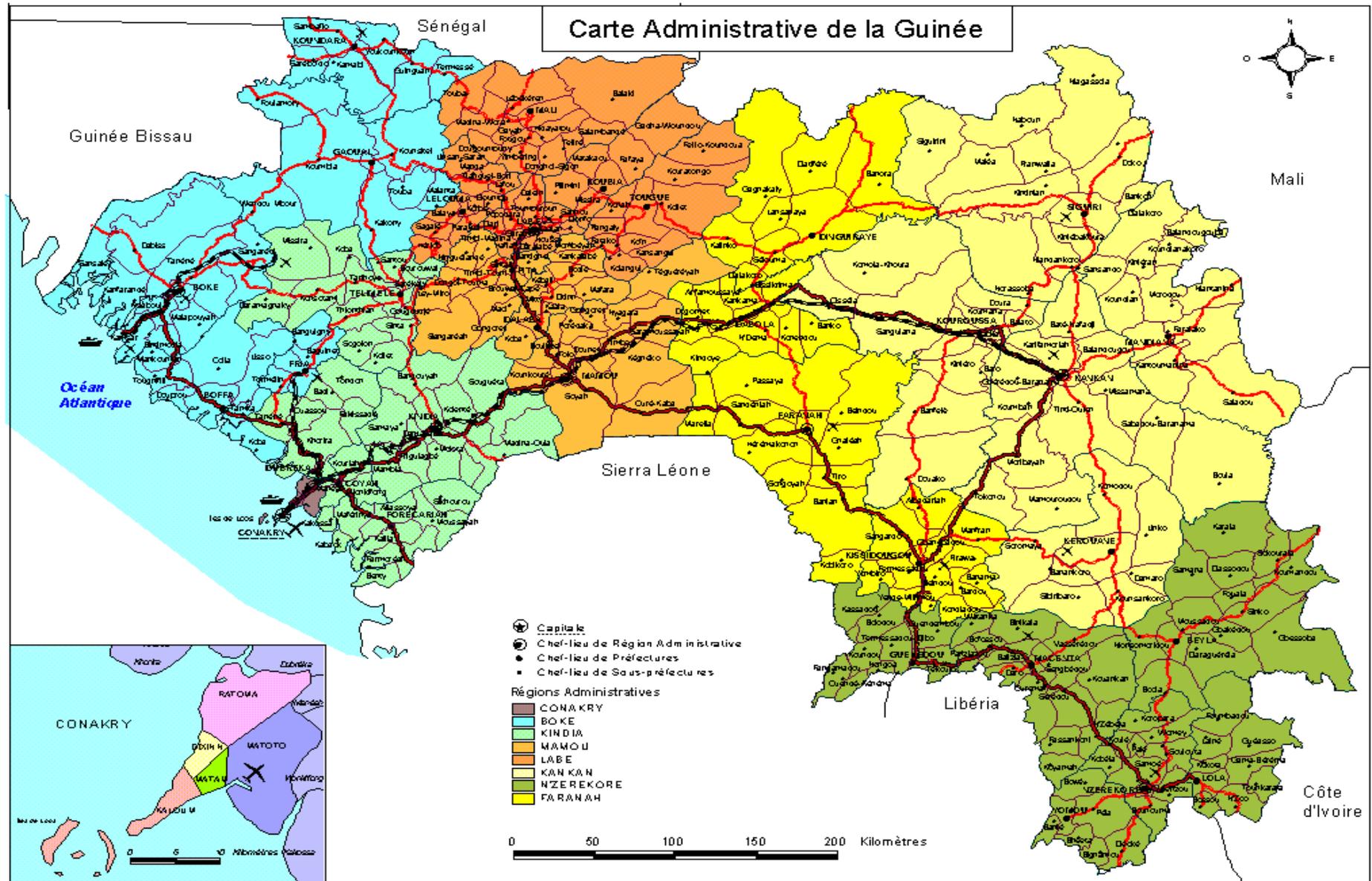
## REMERCIEMENTS

Ce travail est le résultat de la contribution de plusieurs personnes physiques et morales. L'équipe de l'évaluation tient à remercier Mr Cheikh FALL, Représentant de l'UNFPA, Dr Aboubakar CISSE, son Adjoint, le staff du Bureau de l'UNFPA, les membres du Groupes de Références de l'évaluation, pour leur soutien au cours de cette évaluation.

Elle tient également à remercier toutes les institutions, agences et personnes rencontrées qui, très aimablement, ont donné de leur temps et partagé leurs points de vue sur la mise en œuvre du programme, afin que l'évaluation puisse atteindre ses objectifs.

Les évaluateurs remercient également les personnes et les communautés des quatre régions de la zone d'intervention visitée. Leur gratitude aussi va aux autorités politiques et administratives pour leur accueil et leur disponibilité.

Que tous ceux qui, de près ou de loin, ont contribué au succès de cette entreprise trouvent ici l'expression de notre sincère gratitude.



## AUTEURS ET COMITE DE RELECTURE

|                            |   |
|----------------------------|---|
| <b>AUTEURS</b>             | <b>Tiburce NYIAMA, Psychologue, Consultant International, chef de mission</b>   |
|                            | <b>Aliou BARRY, Démographe, Consultant National Population et Développement</b>   |
|                            | <b>Chérif Salah BAH, Socioéconomiste ; Consultant National Genre</b>  |
| <b>COMITE DE RELECTURE</b> | <b>Dr Aboubakar Cissé, Représentant Adjoint, CO/Guinée</b>  |
|                            | <b>Abdoulaye Diallo, Programme Spécialiste PD &amp; SE, CO/Guinée</b>   |
|                            | <b>Amara CONDE, Chef Division Suivi/Evaluation, Direction Nationale du Plan et de la Prospective, Ministère du Plan</b> |
|                            | <b>Dr Jim Pepé BILIVOGUI, Expert National Suivi/Evaluation, CO/Guinée</b>   |
|                            | <b>Marthin IRIE, Suivi et Evaluation Coordination SNU en Guinée</b>   |
|                            | <b>Dr Saliou Dian DIALLO, Administrateur National Chargé de la Santé de la Femme et de l'Enfant, OMS Guinée</b>         |
|                            | <b>Simon Pierre, Adviser Monitoring &amp; Evaluation WCARO/UNFPA</b>  |
|                            | <b>Thierno Sadou DIALLO, Haut-Commissariat de Droits de l'Homme en Guinée</b>   |
|                            | <b>Waly SENE, Assistant au Programme, WCARO/UNFPA</b>   |

## TABLE DES MATIERES

|  |    |
|--|----|
| REMERCIEMENTS .....  | 2  |
| TABLE DES MATIERES .....   | 5  |
| LISTE DES TABLEAUX.....  | 7  |
| LISTE DES GRAPHIQUES .....   | 8  |
| ABREVIATIONS ET ACRONYMES : .....  | 9  |
| RESUME EXECUTIF.....   | 15 |
| <br>   |    |
| CHAPITRE 1 : INTRODUCTION .....  | 23 |
| 1.1. RAISON D’ETRE ET OBJECTIFS DE L’EVALUATION DU PROGRAMME DE PAYS .....                   | 23 |
| 1.1.1. RAISON D’ETRE DE L’EVALUATION DU 7E PROGRAMME DE PAYS UNFPA/GUINEE .....              | 23 |
| 1.1.2. OBJECTIFS DE L’EVALUATION DU 7E PROGRAMME DE PAYS UNFPA/GUINEE .....                  | 23 |
| 1.2. CHAMP DE L’EVALUATION.....  | 23 |
| 1.3. METHODOLOGIE ET PROCESSUS.....  | 24 |
| 1.3.1. METHODES DE COLLECTE ET DE CONTROLE DE QUALITE .....                                  | 25 |
| 1.3.2. METHODES DE VALIDATION DES DONNEES .....  | 26 |
| 1.3.3. METHODES D’ANALYSE .....  | 26 |
| 1.3.4. CARTOGRAPHIE .....  | 27 |
| 1.3.5. EVALUABILITE, CONTRAINTES ET LIMITES.....   | 28 |
| 1.3.6. LIEN/COHERENCE ENTRE LES 6 CRITERES D’EVALUATION ET LES 9 QUESTIONS EVALUATIVES ..... | 28 |
| 1.3.7. ECHANTILLONNAGE ET ECHANTILLON.....   | 29 |
| <br>   |    |
| CHAPITRE 2 : CONTEXTE DU PAYS.....   | 31 |
| 2.1 DEFIS DU DEVELOPPEMENT ET STRATEGIES NATIONALES .....                                    | 31 |
| 2.1.1 POPULATION ET DEVELOPPEMENT .....  | 31 |
| 2.1.2 SITUATION SANITAIRE.....   | 32 |
| 2.1.3 SITUATION DU GENRE.....  | 32 |
| 2.2 LE ROLE DE L’AIDE EXTERIEURE .....   | 33 |
| <br>   |    |
| CHAPITRE 3: REPONSE DU SNU/UNFPA ET STRATEGIES DE PROGRAMME .....                            | 34 |
| 3.1. REPONSE DES NATIONS UNIES ET DE L’UNFPA.....  | 34 |
| 3.2 REPONSE DE L’UNFPA A TRAVERS LE PROGRAMME DE PAYS 2013-17.....                           | 34 |
| 3.2.1 BREVE DESCRIPTION DU PROGRAMME DE PAYS PRECEDENT DE L’UNFPA .....                      | 35 |
| 3.2.2 PROGRAMME DE PAYS 2013-2017 DE L’UNFPA.....  | 35 |
| 3.2.3 STRUCTURE FINANCIERE DU PROGRAMME .....  | 39 |
| <br>   |    |
| CHAPITRE 4 : RESULTATS — REPONSES AUX QUESTIONS D’EVALUATION .....                           | 41 |
| 4.1. REPONSE A LA QUESTION D’EVALUATION 1—PERTINENCE/RESULTATS 7E PP.....                    | 41 |
| 4.1.1 ANALYSE GLOBALE DE LA PERTINENCE .....   | 41 |
| 4.1.2 SANTE SEXUELLE ET DE LA REPRODUCTION.....  | 42 |
| 4.1.3 POPULATION ET DEVELOPPEMENT.....   | 44 |
| 4.1.4 GENRE .....  | 44 |
| 4.2. REPONSE A LA QUESTION D’EVALUATION 2 - REACTIVITE /RESULTATS 7E PP .....                | 45 |
| 4.3A. REPONSE A LA QUESTION D’EVALUATION 4- EFFICACITE/RESULTATS 7E PP.....                  | 48 |
| 4.3B. REPONSE A LA QUESTION D’EVALUATION 5—EFFICACITE-RESULTATS PS2014-17 DE L’UNFPA .....   | 78 |

|  |            |
|--|------------|
| 4.4. REPONSE A LA QUESTION D’EVALUATION 3—EFFICIENCE/RESULTATS 7E PP .....   | 82         |
| 4.4.1 <i>CONVERSION DES RESSOURCES HUMAINES, FINANCIERES ET ADMINISTRATIVES MOBILISEES DANS LE CADRE DU PROGRAMME EN RESULTATS</i> ..... | 83         |
| 4.4.2. <i>RESSOURCES FINANCIERES</i> .....   | 85         |
| 4.4.3. <i>CONVERSION DES RESSOURCES EN RESULTATS</i> .....   | 90         |
| 4.4.4. <i>APPROCHES ALTERNATIVES PLUS EFFICACES, PLUS EFFICIENTES</i> .....  | 92         |
| 4.5. REPONSE A LA QUESTION D’EVALUATION 6— DURABILITE DU PROGRAMME.....  | 93         |
| 4.5.1 <i>DURABILITE DANS LA COMPOSANTE SANTE DE LA REPRODUCTION</i> .....  | 93         |
| 4.5.2 <i>DURABILITE DANS LA COMPOSANTE POPULATION ET DEVELOPPEMENT</i> .....   | 94         |
| 4.5.3 <i>DURABILITE DANS LA COMPOSANTE GENRE</i> .....   | 94         |
| 4.6. REPONSE A LA QUESTION D’EVALUATION 7—COORDINATION UNCT.....   | 94         |
| 4.7A. REPONSE A LA QUESTION D’EVALUATION 8 – VALEUR AJOUTEE .....  | 98         |
| 4.7B. REPONSE A LA QUESTION D’EVALUATION 9—VALEUR AJOUTEE VS AUTRES PARTENAIRES DE DEVELOPPEMENT .....                                   | 98         |
| <b>CHAPITRE 5 : GESTION, SUIVI ET EVALUATION DU PROGRAMME</b> .....  | <b>100</b> |
| 5.1. STRATEGIE DE COORDINATION.....  | 100        |
| 5.1.1. <i>DISPOSITIF DE COORDINATION (ARCHITECTURE ET FLUX), ACTIONS PREVUES, RESULTATS ATTENDUS/MISSIONS</i> .....                      | 100        |
| 5.1.2. <i>FONCTIONNEMENT OBSERVE (ACTIONS REALISEES)</i> .....   | 101        |
| 5.1.3. <i>EFFICACITE OBSERVEE</i> .....  | 101        |
| 5.1.4. <i>INTEGRATION DANS LE DELIVERING AS ONE (UNIS DANS L’ACTION)</i> .....   | 102        |
| 5.2. GESTION MATERIELLE ET HUMAINE.....  | 102        |
| 5.2.1. <i>DISPOSITIF DE FINANCEMENT</i> .....  | 102        |
| 5.2.2. <i>EXECUTION DES FONDS MOBILISES</i> .....  | 103        |
| 5.2.3. <i>ANALYSE DISSOCIATIVE DE LA MOBILISATION ET DE L’EXECUTION DES RESSOURCES ENTRE 7EPP &amp; REPONSE EBOLA</i> .....              | 103        |
| 5.2.4. <i>PROMPTITUDE DE LA MISE A DISPOSITION DES RESSOURCES ET OPPORTUNITE DES DECAISSEMENTS ET ALLOCATIONS</i> .....                  | 104        |
| 5.2.5. <i>ADEQUATION DE L’ALLOCATION DES RESSOURCES DANS LA PYRAMIDE D’INTERVENTION</i> .....  | 104        |
| 5.3. ANALYSE DU SYSTEME DE SUIVI ET D’EVALUATION .....   | 104        |
| 5.3.1. <i>LES OBJECTIFS ET LE CHAMP DE L’ANALYSE DU SYSTEME DE S&amp;E</i> .....   | 104        |
| 5.3.2. <i>SYSTEME DE S&amp;E, FONCTIONNALITE DU DISPOSITIF INSTITUTIONNEL DE S&amp;E ET MISE EN ŒUVRE DU PLAN DE S&amp;E</i> .....       | 105        |
| 5.3.3. <i>SUIVI DES RECOMMANDATIONS, DES REALISATIONS ET DES RESULTATS</i> .....   | 109        |
| 5.3.4. <i>SUIVI DES HYPOTHESES ET DES RISQUES</i> .....  | 109        |
| 5.3.5. <i>RENFORCEMENT DES CAPACITES DES PARTENAIRES NATIONAUX</i> .....   | 110        |
| 5.4. INGENIERIE STRATEGIQUE DE L’UNFPA DURANT LE 7EPP.....   | 111        |
| 5.4.1. <i>VISIBILITE</i> .....   | 112        |
| 5.4.2. <i>SAVOIR-FAIRE STRATEGIQUE</i> .....   | 112        |
| <b>CHAPITRE 6 : LEÇONS APPRISSES</b> .....   | <b>114</b> |
| 6.1. LEÇONS STRATEGIQUES.....  | 114        |
| 6.2. LEÇONS OPÉRATIONNELLES: .....   | 114        |
| <b>CHAPITRE 7 : CONCLUSIONS</b> .....  | <b>116</b> |
| <b>CHAPITRE 8 : RECOMMANDATIONS</b> .....  | <b>122</b> |

## LISTE DES TABLEAUX

|   |     |
|---|-----|
| TABLEAU 1.1 : CORRESPONDANCE ENTRE ASPECTS DU CHAMP DE L'ÉVALUATION ET ÉLÉMENTS EXAMINÉS .....  | 24  |
| TABLEAU 1.2.: TECHNIQUES, OUTILS, RESULTATS VISES ET APPROCHES DE VALIDATION DES DONNÉES APPLIQUÉES.....                              | 26  |
| TABLEAU 1.3. : CARTOGRAPHIE DES FOSA DE L'ÉVALUATION PAR RÉGION, PRÉFECTURE ET PAQUET DE SOINS .....                                  | 27  |
| TABLEAU 1.4 : LIEN ENTRE LES 6 CRITÈRES D'ÉVALUATION ET LES 9 QUESTIONS D'ÉVALUATION .....  | 29  |
| TABLEAU 1.5. : RÉPARTITION DE L'ÉCHANTILLON PAR TECHNIQUE, NIVEAU D'INTERVENTION, MILIEU DE RÉSIDENCE ET PROFIL DE PARTICIPANTS ..... | 30  |
| TABLEAU 3.1: CONTRIBUTION DES 6 <sup>ÈME</sup> ET 7 <sup>ÈME</sup> PP .....   | 38  |
| TABLEAU 3.2 : PRÉVISION BUDGÉTAIRE DU SEPTIÈME PROGRAMME (GUINÉE-UNFPA .....  | 40  |
| TABLEAU 4.1 : PRONOSTIC DE PERFORMANCE DES PRODUITS À LA DATE DE CLÔTURE DU PROGRAMME.....  | 66  |
| TABLEAU 4.2 : <i>BESOINS EN RESSOURCES HUMAINES</i> .....   | 69  |
| TABLEAU 4.3 : SITUATION THÉRAPEUTIQUE DES FEMMES OPÉRÉES DES FISTULES OBSTÉTRICALES – HR KANKAN.....                                  | 71  |
| TABLEAU 4.4 : COLLABORATION AVEC LES OSC SELON L'INTERVENTION.....  | 73  |
| TABLEAU 4.5 : PROGRESSION DES INDICATEURS DE PRODUIT SUR LES VBG ET MGF/E ENTRE 2013 ET JUIN 2016 .....                               | 76  |
| TABLEAU 4.6 : RÉPARTITION DES URGENCES HUMANITAIRES PAR RÉGION ET PRÉFECTURE ENTRE 2013 ET 2016.....                                  | 77  |
| TABLEAU 4.7 : FONDS PRÉVUS ET MOBILISÉS PAR THÉMATIQUE DU SEPTIÈME PROGRAMME.....   | 85  |
| TABLEAU 4.10 : RÉPARTITION DU TAUX D'EXÉCUTION DU BUDGET DU 7 <sup>E</sup> PP UNFPA PAR PRODUIT ET PAR ANNÉE.....                     | 90  |
| TABLEAU 4.11 : CONVERSION DES RESSOURCES EN RESULTATS.....  | 91  |
| TABLEAU 5.1 : MOBILISATION DES RESSOURCES HUMAINES .....  | 104 |
| TABLEAU 5.2 : CIRCUIT DES DONNÉES COLLECTÉES DANS LE CADRE DU 7 <sup>E</sup> PP UNFPA-GUINÉE.....                                     | 108 |
| Tableau 5.3 : Disponibilité d'un paquet intégré des services des 6 produits du PP7 par point d'accès                                  | 112 |

## LISTE DES GRAPHIQUES

|  |     |
|--|-----|
| GRAPHIQUE 4.1A : REALISATIONS CONCERNANT LE PRODUIT 1 .....              | 49  |
| GRAPHIQUE 4.1B : PERFORMANCE CONCERNANT LE PRODUIT 1 .....               | 49  |
| GRAPHIQUE 4.2A : REALISATIONS CONCERNANT LE PRODUIT 2 .....              | 52  |
| GRAPHIQUE 4.2B : PERFORMANCE CONCERNANT LE PRODUIT 2 .....               | 52  |
| GRAPHIQUE 4.3A : REALISATIONS CONCERNANT LE PRODUIT 3 .....              | 55  |
| GRAPHIQUE 4.3B : PERFORMANCE CONCERNANT LE PRODUIT 3 .....               | 55  |
| GRAPHIQUE 4.4A : REALISATIONS CONCERNANT LE PRODUIT 4 .....              | 59  |
| GRAPHIQUE 4.4B : PERFORMANCE CONCERNANT LE PRODUIT 4 .....               | 59  |
| GRAPHIQUE 4.6A : REALISATIONS CONCERNANT LE PRODUIT 6 .....              | 64  |
| GRAPHIQUE 4.6B : PERFORMANCE CONCERNANT LE PRODUIT 6 .....               | 64  |
| GRAPHIQUE 4.7 : TAUX (%) DE MOBILISATION BUDGETAIRE .....                | 86  |
| GRAPHIQUE 4.8 : TENDANCES DU FINANCEMENT DU PRODUIT 1. ....              | 87  |
| GRAPHIQUE 4.9 : TENDANCES DU FINANCEMENT DU PRODUIT 2 .....              | 87  |
| GRAPHIQUE 4.10 : TENDANCES DU FINANCEMENT DU PRODUIT 3 .....             | 88  |
| GRAPHIQUE 4.11 : TENDANCES DU FINANCEMENT DU PRODUIT 4 .....             | 88  |
| GRAPHIQUE 4.13 : TENDANCES DU FINANCEMENT DU PRODUIT 6 .....             | 88  |
| GRAPHIQUE 4.14 : TENDANCES DU FINANCEMENT DE LA COORDINATION .....       | 89  |
| GRAPHIQUE 4.15 : TAUX (%) D'EXECUTION DES FONDS MOBILISES .....          | 90  |
| GRAPHIQUE 4.16 : FONDS MOBILISES ET DEPENSES 7 PP VS BOLA (USD) .....    | 91  |
| GRAPHIQUE 4.17 : TAUX (%) D'ABSORPTION SPECIFIQUE VS REPONSE EBOLA ..... | 92  |
| GRAPHIQUE 5.1 : REPARTITION DU 7 PP PAR SOURCE DE FINANCEMENT .....      | 102 |
| GRAPHIQUE 5.2 : REPARTITION DES MONTANTS PAR ANNEE .....                 | 103 |

## ABREVIATIONS ET ACRONYMES :

|                  |   |
|------------------|---|
| <b>AAF</b>       | <b>Assistant Administratif et Financier</b>   |
| <b>AC</b>        | Agents Communautaires,  |
| <b>AFA</b>       | Association à la Famille Africaine  |
| <b>AFAF</b>      | Association des Femmes pour l'Avenir des Femmes ;   |
| <b>AFTT</b>      | Association des Femmes Technicienne ;   |
| <b>AGBEF</b>     | Association Guinéenne pour le Bien Etre Familial  |
| <b>AGR</b>       | Activité Génératrice de Revenu  |
| <b>ARV</b>       | Antirétroviraux   |
| <b>ASC</b>       | Agents de Santé Communautaires,   |
| <b>ATS</b>       | Agent Technique de la Santé   |
| <b>BAD</b>       | Banque Africaine de Développement   |
| <b>BCR</b>       | Bureau Central du Recensement,  |
| <b>BP</b>        | Bureau de Pays  |
| <b>CAPF</b>      | Centre d'Appui à la Promotion de la Femme   |
| <b>CARITAS</b>   | Association Chrétienne pour la Charité  |
| <b>CCC</b>       | Communication pour le changement de comportement  |
| <b>CCG</b>       | Cellule de coordination Gouvernementale   |
| <b>CDD</b>       | Contrat à Durée Déterminée  |
| <b>CDV</b>       | Centres de Conseils et Dépistages Volontaire  |
| <b>CECOJE</b>    | <i>Centre de Communication pour les Jeunes</i>  |
| <b>CEDEF</b>     | Convention pour l'Élimination de toutes les Formes de Discrimination à l'égard  |
| <b>CENI</b>      | Commission Electorale Nationale Indépendante  |
| <b>CES</b>       | Conseil Economique et Social  |
| <b>CIPD</b>      | Conférence Internationale sur la Population et le Développement   |
| <b>CMC</b>       | Centre Médical Communal   |
| <b>CNRPH</b>     | Commission Nationale de la Population et des Ressources Humaines  |
| <b>COAR</b>      | Country Action Report   |
| <b>CommCare</b>  | Application pour le suivi des sujets contacts à travers les Smartphones et la constitution d'une base de données de suivi |
| <b>CONAG-DCF</b> | Coalition Nationale de Guinée pour les Droits et la Citoyenneté des femmes  |
| <b>CP</b>        | Country Programme   |
| <b>CPAP</b>      | Country Program Action Plan ; Plan d'Action du Programme de Pays  |
| <b>CPD</b>       | Country Program Document ; Document du Programme de Pays  |
| <b>CPN</b>       | Consultations Périnatales   |
| <b>CPTAFE</b>    | Cellule de coordination sur les Pratiques Traditionnelles Affectant la Santé des Femmes et des Enfants                    |
| <b>CS</b>        | Centre de Santé   |
| <b>CSM</b>       | Conseil Supérieur de la Magistrature, Médiateur de la République,   |
| <b>CSPPro</b>    | Census and Survey Programme   |
| <b>CSPSR</b>     | Comité de sécurisation des Produits de la Santé de la Reproduction  |

|               |  |
|---------------|--|
| CSR           | Centre de Santé Rural  |
| CSU           | Centre de Santé Urbain   |
| DAF           | Directeur Administratif et Financier   |
| DaO           | Delivering as One  |
| DCS           | Direction Communale de la Santé  |
| DE            | Directeur Exécutif   |
| DevInfo       | Logiciel de gestion de base de données « Information pour le Développement »         |
| DH            | Droit de l'Homme   |
| di-Monitoring | Progiciel de gestion de base de données  |
| DIU           | Dispositif Intra Utérin (stérilet)   |
| DNA           | Directeur National Adjoint   |
| DNPFG         | Direction Nationale de Protection de la Femme et du Genre                            |
| DNPL          | Direction Nationale des Pharmacies et des Laboratoires                               |
| DNSF          | Direction Nationale de la Santé Familiale  |
| DNSFN         | Direction Nationale  |
| DP            | Directeur des programmes   |
| DPASPFE       | Direction Préfectorale de l'Action Sociale, de la Promotion Féminine et de l'Enfance |
| DPP           | Direction Préfectorale du Plan   |
| DPJ           | Direction Préfectorale de la Jeunesse  |
| DPS           | Direction Préfectorale de la Santé   |
| DR            | Droits Reproductifs  |
| DRASPFE       | Direction Régionale de l'Action Sociale, de la Promotion Féminine et de L'Enfance    |
| DRJ           | Direction Régionale de la Jeunesse   |
| DRPD          | Direction Régionale de la Planification et du Développement                          |
| DRS           | Direction Régionale de la Santé  |
| DS            | District de Santé  |
| DSRP          | Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté                                    |
| EDS /MICS     | Enquête Démographique et de Santé/Multiple Indicators Clusters Survey                |
| EDS           | Enquête Démographique et de Santé  |
| EG/DR         | Egalité de Genre et Droits Reproductifs  |
| ELEP          | Enquête Légère pour l'évaluation de la pauvreté                                      |
| EPP           | Evaluation du Programme Pays   |
| EQ1-9         | Question d'Evaluation 1 à 9  |
| ESCOMB        | Enquête Socio Comportementale et Biologique  |
| EVD           | Épidémie à Virus Ébola   |
| FAO           | Fonds des Nations pour l'Agriculture   |
| FARDH         | Formation Africaine pour le Renforcement de la Dignité Humaine                       |
| FDN           | Forces de Défense Nationale  |
| FDS           | Forces de défense et de sécurité   |
| FEC           | Femme enceinte   |
| FFOM          | Forces Faiblesses Opportunités et Menaces  |
| FGD           | Focus Group Discussion   |

|               |  |
|---------------|--|
| FO            | Fistules Obstétricales   |
| FOSA          | Formations Sanitaires  |
| GAR           | Gestion Axée sur les Résultats   |
| GHP           | <b>Groupe d'Harmonisation du Programme</b>                                     |
| GND           | Grossesses Non Désirées  |
| GNF           | Guinean Franc  |
| GRE           | Groupe de Référence de l'Evaluation  |
| GTSE          | Groupe Technique de Suivi Evaluation   |
| HAC           | Haute Autorité de la Communication   |
| HCDH          | Haut-Commissariat aux les Droits de l'Homme                                    |
| HP            | Hôpital Préfectoral  |
| HR            | Hôpital Régional   |
| IDH           | Indicateurs de Développement Humain  |
| IDISA         | Outil Indicateur de Développement et des Inégalités entre les Sexes en Afrique |
| IFORD         | Institut de Formation et de Recherches Démographiques (de Yaoundé)             |
| ILO           | International Labor Organisation (ILO)   |
| IMIS          | Integrated Management Information System                                       |
| INDH          | Institution Nationale des Droits Humains                                       |
| INED          | Institut National des Etudes Démographiques                                    |
| INS           | Institut National de Statistique   |
| INSEA         | Institut National de Statistique et d'Economie Appliquée (de Dakar)            |
| ISO           | International Standards Organization.  |
| IST           | Infection Sexuellement Transmissible   |
| JHPIEGO       | Johns Hopkins Program for International Education in Gynecology and Obstetrics |
| KVA           | Kilo Volt Ampère   |
| M&E           | Monitoring and Evaluation  |
| MASPFÉ        | Ministère de l'Action Sociale, de la Promotion Féminine et de l'Enfance        |
| MDN           | Ministère de la Défense Nationale  |
| MEG           | Médicaments essentiels génériques  |
| MEO           | Mise en Œuvre Opérationnelle   |
| MGF/E         | Mutilation Génitale Féminine / Excision  |
| MICS          | Multiple Indicators Cluster Survey   |
| MJ            | Ministère de la Jeunesse   |
| MPCI          | Ministère du Plan et de la Coopération Internationale                          |
| MPTF          | Meeting Partners Trust Fund  |
| MRU           | Mano River Union (Espace Sous Régional Libéria, Sierra-Léone et Guinée)        |
| MS            | Ministère de la Santé  |
| MSPC          | Ministère de la Sécurité et de la Protection Civile                            |
| Fonds MUSKOKA | Fonds Français pour la réduction de la mortalité maternelle                    |
| NEX Execution | <b>Exécution nationale (NEX).</b>  |
| NEXAMS        | Endroit où on poste les rapports d'audits dans MyUNFPA                         |
| NPOs          | National Programme Officers  |

|                   |   |
|-------------------|---|
| NU                | Nations Unies   |
| OCDE              | Organisation pour la Coopération et le Développement Economique                 |
| ODD               | Objectif de Développement Durable   |
| OFA               | Operating Fund Account  |
| OIM               | Organisation Internationale pour les Migrations                                 |
| OMD               | Objectifs du Millénaire pour le Développement                                   |
| OMS               | Organisation Mondiale pour la Santé   |
| ONG               | Organisation Non Gouvernementale  |
| ONUDI             | Organisation des Nations Unies pour le Développement Industriel                 |
| ONUFEMME          | Organisation des Nations Unies pour les Femmes                                  |
| ONUSIDA           | Coordination des Nations Unies pour la lutte contre SIDA                        |
| OPROGEM           | Office de Protection Genre, Enfant et Mœurs                                     |
| OS                | Objectif Spécifique   |
| OSC               | Organisation de la Société Civile   |
| OSPADEC           | Organisation pour la Sensibilisation, la Paix, le Développement des Communautés |
| P & D             | Population et Développement   |
| P1-P6 ou PP1- PP6 | Produit 1 à Produit 6 du Programme de Pays                                      |
| PAM               | Programme Alimentaire Mondial   |
| PBF               | Peace building Fund   |
| PCG               | Pharmacie Centrale de Guinée  |
| PCK               | Programme Conjoint des Nations Unies dans la Région Administrative de Kankan    |
| PC-MGF            | Programme Conjoint pour la lutte contre les Mutilations Génitales Féminines     |
| PE                | Pair Educateur  |
| PEC               | Prise en Charge   |
| PEV               | Programme Elargi de Vaccination   |
| PF                | Planification Familiale   |
| PH                | Pharmacie/Pharmacien  |
| PE                | Partenaire d'Exécution  |
| PIB               | Produit intérieur brut  |
| PNDES             | Programme National de Développement Economique et Social                        |
| PNDS              | Plan National de développement Sanitaire  |
| PNG               | Politique Nationale du Genre  |
| PNISEJ            | Programme National d'Insertion Socioéconomique des Jeunes                       |
| PNS               | Politique Nationale   |
| PNUAD             | Plan Cadre des Nations Unies pour l'Aide au Développement (UNDAF).              |
| PO                | Prestataire Opérationnel  |
| PP                | Programme de Pays   |
| PPGCM             | Prévention et à la Gestion des Conflits dans les Zones Minières                 |
| PS                | Plan Stratégique  |
| PSI               | Population Service International  |
| PTA               | Plan de travail annuel  |
| PTF               | Partenaire Technique et Financier   |
| PTME              | Prévention de la Transmission Mère Enfant                                       |

|          |   |
|----------|---|
| PUSH     | Stratégie d'introduction des types et quantités d'intrant planifiés dans la chaîne d'approvisionnement, les types et quantités d'intrants qu'il juge pertinents |
| PVVIH    | Personnes vivant avec le VIH  |
| QCPR     | Quadrennial Comprehensive Policy Review   |
| R        | Rural   |
| RAJAPOD  | Réseau des Journalistes en Population et Développement  |
| RD       | Revue Documentaire  |
| REFMAP   | Réseau des Femmes Ministres et Parlementaires   |
| REGAP+   | Réseau Guinéen des Associations des PVVIH   |
| RENACOT  | Réseau National des Communicateurs Traditionnels  |
| RESA     | Réseaux des Jeunes pour la Santé, Ebola, Genre, Population et Développement   |
| RGPH     | Recensement Général de la Population et de l'Habitation   |
| RHCS     | Reinforcement of Health Commodity Security  |
| RHS      | Ressources Humaines en Santé  |
| RMA      | Rapport mensuel d'activités   |
| RMP      | Revue à mi-parcours   |
| S & E    | Suivi et Evaluation   |
| S1/S2    | Semestre 1 et 2   |
| SAA      | Soins Après Avortement  |
| SBMR     | Standards Basées sur la Performance   |
| SC-VBG   | Service communautaire de prises en prévention des Violences basées sur le genre   |
| SE/CNPRH | Secrétariat Exécutif de la Commission Nationale de Population et des Ressources Humaines  |
| SENAH    | Service National  |
| SG       | Secrétaire général  |
| SGCD     | Secrétaire général chargé des collectivités décentralisées  |
| SIGL     | Système de Gestion de l'information Logistique  |
| SMART    | Spécifique, Mesurable, Acceptable, Réaliste et défini dans le temps   |
| SMNN     | Santé Maternelle et Néonatale   |
| SMNI     | Santé Maternelle et Infantile   |
| SNDS     | Stratégie Nationale de Développement de la Statistique  |
| SNIS     | Système National d'Information Sanitaire  |
| SNU      | Système des Nations Unies   |
| SO       | Soins Obstétricaux  |
| SONU     | Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence   |
| SONUB    | Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de base   |
| SONUC    | Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complet   |
| SPSR     | Sécurisation des Produits de Santé Reproductive   |
| SR       | Santé de la Reproduction  |
| SRAJ     | Santé de la Reproduction des Adolescents et des Jeunes  |
| SRP      | Stratégie de Réduction de la Pauvreté   |
| SSR      | Santé Sexuelle et Reproductive  |
| SYPEG    | Système de Protection de l'Enfant en Guinée   |

|                 |  |
|-----------------|--|
| T/T1àT4         | Trimestre 1 à Trimestre 4  |
| TDR             | Termes de Références   |
| TIC             | Technologies de l'Information et de la Communication                         |
| TL-Gouvernance, | Team Leader Gouvernance  |
| TOSTAN          | ONG de lutte Contre l'excision et qui signifie « Ecllosion » en langue Wolof |
| TV              | <b>Télévision</b>  |
| Tx              | Taux   |
| U               | Urbain   |
| UCC             | Unité Centrale de Coordination /Unité de la coordination de la coopération   |
| UE              | Union Européenne   |
| UJA             | Fonds thématiques pour les Urgences  |
| UNCT            | United Nations Country Team  |
| UNDP            | United Nations Development Program   |
| UNFPA           | Fonds des Nations Unies pour la Population                                   |
| UNHCR           | United Nations High Commission for Refugees                                  |
| UNICEF          | Fonds des Nations Unies pour l'Enfance                                       |
| US              | United States  |
| USD             | United States Dollars  |
| USAID           | United States Agency for International Development                           |
| VBG             | Violences Basées sur le Genre  |
| VIH             | Virus de l'Immunodéficience humaine  |
| SIDA            | Syndrome d'Immunodéficience Acquis   |
| VNU             | Volontaire des Nations Unies   |
| WFP             | World Food Programme (WFP),  |

### **RAISON D'ETRE**

L'UNFPA a commandité la présente évaluation indépendante pour trois raisons majeures. Il s'est agi, primo, d'évaluer la période d'intervention du 7<sup>e</sup> programme de pays en Guinée, s'étalant de 2013 à 2017, puis, secundo, d'ajuster le tir vers une efficacité optimale à terme et enfin, tertio, d'informer la planification du 8<sup>e</sup> cycle de coopération avec la République de Guinée.

### **OBJECTIFS**

Les objectifs spécifiques de l'évaluation indépendante du 7<sup>e</sup> Programme de Pays (7<sup>e</sup>PP) consistaient à : (1) Apprécier la pertinence et la réactivité des interventions ; (2) Apprécier l'efficacité et l'efficacités de la mise en œuvre ; (3) Apprécier la durabilité des interventions initiées par l'UNFPA dans le cadre du 7<sup>e</sup> Programme de pays ; (4) Dégager les leçons apprises de la mise en œuvre du 7<sup>e</sup> programme de pays ; et (5) Proposer des recommandations en vue d'une planification adéquate du prochain Programme de pays.

### **METHODOLOGIE**

La méthode de collecte a été essentiellement qualitative, associant 4 techniques de collecte dans une approche de triangulation. L'on a appliqué : (1) un guide d'entretien à toutes les parties prenantes, (2) un guide de Focus Group Discussion (FGD) aux prestataires communautaires et aux bénéficiaires, (3) une grille de revue des services et des intrants dans les Formations sanitaires (FOSA) assortie d'une observation directe dans les sites de prestation des services ; (4) une grille de revue documentaire aux supports d'information collectés à tous les niveaux de la pyramide d'intervention du 7<sup>e</sup> PP. Quant à la méthode d'analyse, elle a reposé sur une exploitation des résultats associant (1) l'analyse de contenu (thématique) appliquée aux données qualitatives, et (2) la statistique descriptive appliquée aux données quantitatives sous les logiciels Excel. L'analyse thématique de la survenue a établi le lien entre les constatations et les déterminants sous-jacents, tandis que l'analyse prospective a permis d'anticiper les évolutions possibles vers de meilleurs résultats à l'avenir.

### **ECHANTILLON**

L'échantillonnage a permis de couvrir 8 des 11 préfectures cibles, dont 16 communes/sites ont été visité(e)s sur l'ensemble des 83 bénéficiant des services du programme. Les entretiens ont impliqués tous les quatre niveaux de la pyramide d'intervention (national, régional, préfectoral, communal/communautaire), tous les trois secteurs concernés (Coopération Internationale, Public, Société Civile) et tous les 16 produits envisagés à travers les trois composantes de la SSR, de la P&D et du Genre. Sur la cartographie de l'échantillon ainsi rappelée, 22 entretiens individuels et 37 entretiens de groupe ont été menés. Quant aux 8 Focus Group Discussion (FGD) réalisés, ils ont rassemblés les 5 différentes catégories de bénéficiaires, à travers 4 régions ; dont des femmes guéries de la fistule obstétricale (FO), les Agents Communautaires, les jeunes, les femmes de 15-49ans et les bénéficiaires des initiatives d'autonomisation économique. Un inventaire rapide des services, des produits et des équipements relatifs à la SSR a été conduit dans toutes les 13 formations sanitaires de référence des sites visités.

### **RESULTATS RELATIFS A LA PERTINENCE (EQ1)**

La pertinence du 7<sup>e</sup> programme s'est avérée relative. L'Adaptation du 7<sup>e</sup> PP aux besoins de la population cibles est assez bonne. Une étude de base a été menée dans les formations sanitaires pour déterminer les besoins. Les priorités nationales, alignées sur celles internationales ont été consignées dans l'UNDAF, dont le CPAP s'est inspiré. Le 7<sup>e</sup> PP couvre des poches de pauvreté (Mandiana, Mali, Lola, Koubia), plusieurs couches vulnérables sont prises en compte (filles-mères, femmes porteuses de fistules, PVVIH, divorcés, veuves, enfants de divorcés/séparés...). La logique d'intervention du 7<sup>e</sup> programme aligne des interventions, des produits conçus pour correspondre au mandat et au plan stratégique de UNFPA. Le CPAP du

programme est fondé sur les priorités nationales reprises dans l'UNDAF 2013–2017 dont principalement la réduction de la mortalité maternelle, le maintien de la séroprévalence au VIH/SIDA inférieure ou égale à 1,5% en 2015, le développement des services de santé préventifs, curatifs et promotionnels adaptés aux adolescents(es) et aux jeunes, l'amélioration de la disponibilité et l'utilisation des produits santé de la reproduction, le renforcement de la cohésion sociale/consolidation de la paix, la promotion de l'égalité de genre et le renforcement de statistique pour la planification du développement.

Cependant, les limites suivantes sont à réduire : (a) les utilisateurs de drogues, les jeunes des motels ne sont pas couverts, (b) seulement 48 sites sur 200 fournissent des services conventionnellement conviviaux pour les jeunes en matière de SRAJ ; (c) certains besoins en équipement, médicaments, eau, électricité, restent non satisfaits au niveau de FOSA, CECOJE et CAPF ; (d) la gratuité a augmenté la fréquentation sans que ce nouveau niveau de demande ne soit pris en compte ; (e) l'autonomisation économique des femmes et la lutte contre les VBG n'ont pas couvert assez de préfectures dans la zone cible ; (f) L'analyse des besoins, très institutionnelle, n'a pas associé les bénéficiaires et les acteurs de la périphérie ; et la contribution partielle des interventions à l'atteinte des résultats du 7<sup>e</sup> PP, à l'instar de l'accompagnement pour la déclaration de l'abandon des MGF/E ou la mise en place des intrants de SRAJ sans dispositif de convivialité pour les jeunes ; (g) l'absence de feedback/partage des résultats de l'analyse des besoins avec les techniciens au niveau central et les acteurs en périphérie. ; (h) l'inadéquation de l'analyse de la faisabilité /rentabilité, de la planification et de l'accompagnement de la stratégie des AGR proposée pour les femmes, y compris celles gérées de FO, dont le corollaire a été la non viabilité de plusieurs des projets.

### **RESULTATS RELATIFS A LA REACTIVITE (EQ2)**

La réactivité de l'UNFPA a été assez bonne. Le Bureau de Pays (BP), dans une mesure sensible, a pu s'adapter à l'évolution des besoins des adolescents/jeunes et femmes). Des facteurs de variation de la demande/des besoins tels les inondations, des incendies, des violences socio-politiques, un gel, l'épidémie à virus Ebola ont varié les besoins des groupes cibles. Par rapport à ces crises, la réponse de l'UNFPA a généralement été prompte, quand l'organisation était notifiée ou au courant. De plus, l'organisation a pu, sur la longue, contribuer à la maîtrise efficace des crises susmentionnées et répondre aux besoins additionnels. Cependant certains besoins initiaux et émergents n'ont pas pu être pris en charge ce qui a contribué aux événements non souhaitables suivants:

- a) Le retard accusé dans le traitement des données du RGPH,
- b) L'irrégularité de la supervision formative,
- c) Des ruptures des stocks, particulièrement ceux de PF,
- d) L'effondrement de la fréquentation des services de santé jusqu'en 2015
- e) L'effondrement du circuit du SNIS

### **RESULTATS RELATIFS A L'EFFICIENCE (EQ3)**

Les données montrent que pour une performance technique de 75% d'indicateurs avec un score suffisant par rapport aux cibles et pour un impact, l'absorption budgétaire spécifique à l'engagement initial du 7<sup>e</sup> PP s'est fixée à 79,3%. Il s'ensuit que le niveau de performance technique n'est pas très inférieur au niveau de performance financière. Le rapport d'efficacité est approximatif, légèrement défavorable. Les forces enregistrées comprennent : (i) un taux de mobilisation général de 143% des fonds budgétisés et (ii) un taux d'exécution budgétaire (106%) excédant les attentes ; (iii) un leadership dans la recherche des financements additionnels de concert avec les autres partenaires ; (iii) la mise à disposition des intrants dans de meilleurs délais et la raréfaction des ruptures de stocks ; (iv) la mobilisation/participation des partenariats concourant à l'atteinte des objectifs du programme (Programme conjoint UNFPA/UNICEF-MGF/E, PCK, MRU) ; (v) l'amélioration de la ressources humaines pour une meilleure qualité du service; la meilleure qualité/résistance des équipements fournis par UNFPA ; (vi) le renforcement de l'alimentation en énergie (plaques solaires) de la chaîne de froid ; l'intégration des services des différentes composantes au niveau des points de prestation (FOSA ; Centres/Cellules VBG ;CECOJE ; CAPF)

Les principales faiblesses managériales ayant affecté l'efficacité sont (1) la centralisation prononcée de la contractualisation des partenaires de MEO et la verticalité de plusieurs interventions qui s'y est associée ; (2) l'insuffisance de l'assurance qualité des intrants ; (3) l'application du financement des intrants, modèle d'appui ayant montré son incapacité à booster significativement et durablement ; et (4) les dysfonctionnements du système de gestion des achats et stocks compromettant la disponibilité des intrants et leur utilisation. Par conséquent il y a lieu d'envisager les approches alternatives suivantes en vue d'adresser lesdites faiblesses pour l'amélioration de l'efficacité des interventions : (1) une contractualisation à deux niveaux impliquant respectivement les acteurs centraux et opérationnels ; (2) la mise en place d'une stratégie fonctionnelle d'assurance qualité des intrants et (3) le recours au financement de l'offre de santé basé sur la performance.

#### **RESULTATS RELATIFS A L'EFFICACITE VIS-A-VIS DES PRODUITS (EQ4)**

Le programme a réalisé une performance quantitative de 84,45% en termes de niveau d'atteinte des indicateurs des 6 produits poursuivis. Ce score moyen se situe dans l'intervalle de performance recommandé par les principes nationaux et internationaux de planification en vigueur. La performance des produits 3 et 6 sur la santé maternelle renforcée (58,7%) et la SRAJ accessible (58,3%), respectivement, reste à améliorer. Les cibles des indicateurs sont atteintes pour le produit 1 (100%) et quasiment atteintes pour les produits 2 (99,70%) ; 5 (98,5%) et 4 (91,58%). Du point de vue projectif, il est plausible que 11/16 (69%) des cibles soient dépassées en fin de programme, si la charge d'intervention actuelle était maintenue. Cependant, les 5/16<sup>ème</sup> (31%) des cibles d'indicateurs ne seraient pas atteintes dans la même hypothèse. Quatre des indicateurs concernés portent sur le produit 3 -SMNN), le 5<sup>ème</sup> concerne le Produit 6-SRAJ.

Du point de vue qualitatif, diverses limites ont compromis la contribution des interventions aux produits du PP2013-2017, ainsi que des produits aux effets du PS UNFPA 2014-2017. Concernant la SR l'on évoquera : (1) des groupes cibles non couverts (utilisateurs de drogues, jeunes des motels) ; (2) divers appareils et équipements défectueux ou obsolètes ; (3) la sous-utilisation, la commercialisation et le détournement de l'utilisation de la logistique dont les ambulances des maternités par défaut de fonds de fonctionnement ; (4) la non prise en compte de la prévention, du contrôle des infections en SR, ainsi que certaines catégories d'infection, (5) l'absence de suivi post-formation ; (6) la faible appropriation du chanel (déficit de compétence, rotation des personnel formés, dysfonctionnements du logiciel) ; (7) la multiplicité des obstacles à la gratuité des services SR (utilisation de stagiaires, rupture des stocks des dons, non couverture des frais de transport des stocks dans les DS, barrière à la disponibilité liées à la production des justificatifs) ; (8) la disponibilité insuffisante des cadres conviviaux et des intrants appropriés pour les jeunes. Au sujet du genre, les limites à l'efficacité comprennent: (1) l'absence de financement pour certaines des femmes guéries de fistules et formées pour des AGR ; (2) l'insuffisance des débouchés pour les CAPF ; (3) la persistance de diverses barrières culturelles, financières et administratives et l'émergence de stratagèmes de « masquage » compromettant l'abandon des MGF, la dénonciation et la prise en charge des VBG. Quant à la P&D, l'on relèvera : (1) la non comptabilité/fiabilité des données du RGPH 3 par rapport aux réalités constatées par les acteurs de développement sur le terrain, situation qui se maintient pour cause d'absence d'expertise de correction ; (2) l'insuffisance de la disponibilité et des analyses approfondies des données de recensement, d'enquêtes et de situation du développement dans les différents secteurs ; (3) la non réalisation de l'extension du renforcement des capacités aux acteurs sectoriels clés de l'intégration des questions de population dans le processus de développement, (4) l'insuffisance de la communication autour des données ; (5) les défis de l'optimisation de la fonctionnalité de la base des données multisectorielles, de la mise en place des bases de données sectorielles dans les autres administrations clés dont l'enseignement pré-universitaire.

Concernant la P&D, parmi les limites à l'efficacité des interventions P&D figurent : (1) la non fiabilité des données du RGPH 3 constatée par les acteurs de développement sur le terrain pour cause d'absence d'expertise de correction ; (2) l'insuffisance de la disponibilité et des analyses approfondies des données de recensement et de développement sectoriel ; la non réalisation de l'extension du renforcement des capacités

aux acteurs sectoriels clés de l'intégration des questions de population dans le processus de développement, (3) l'insuffisance de la communication autour des données. Davantage, d'importants efforts qualitatifs sont encore à déployer en vue d'aboutir à une contribution optimale du 7<sup>e</sup> programme à ses engagements relatifs à l'Effet 4. L'on citera l'optimisation de la fonctionnalité de la base des données multisectorielles, de la mise en place des bases de données sectorielles dans les autres administrations clés dont l'enseignement pré-universitaire.

### **RESULTATS RELATIFS A L'EFFICACITE VIS-A-VIS DES EFFETS (EQ5)**

L'alignement de la performance des effets sur celle des produits n'est pas évident. Cependant, trois des six produits ont été en concordance de performance avec l'effet concerné. Il s'agit du produit 1 « disponibilité et l'analyse des données » a apporté une contribution notable (83 %) à l'Effet 4 « Renforcement des politiques nationales et des programmes internationaux de développement grâce à l'intégration d'analyses factuelles sur la dynamique des populations et ses liens avec le développement durable, la santé en matière de sexualité et de procréation, les droits liés à la procréation, la lutte contre le VIH et l'égalité des sexes ». L'effet 3 du plan stratégique révisé de l'UNFPA, « *Promotion de l'égalité des sexes, autonomisation des femmes et des filles et droits en matière de reproduction, notamment pour les femmes, les adolescents et les jeunes vulnérables et marginalisés* », a bénéficié d'une contribution assez remarquable (49%) du produit 2 sur l'égalité de genre et les droits reproductifs.

L'effet 1 vise la disponibilité et l'utilisation accrues des services intégrés de SSR. Cette visée a connu une contribution importante du produit 5 sur la « Planification Familiale » et du produit 4 « Sécurisation des produits SR » grâce leurs performances élevées de 98,5 % et 91,58% respectivement. Du fait de performances plus modestes enregistrées, les autres produits, ont eu une contribution modérée. Il s'agit du produit 6 « Santé sexuelles des jeunes y compris les adolescents » (63,25%) et du produit 3 « Amélioration santé maternelle et néonatale » (58,75%).

Globalement, des problèmes de cohérence entre produit et effets et entre indicateurs et résultats à ces deux niveaux ont été notés, ainsi qu'une démarcation insuffisante de la hiérarchie dans l'échelle des résultats entre les produits du PP et les résultats du PS2014-17. Cependant, du point de vue fondamental, l'on comprend que les produits suivis ne pouvaient pas à eux seuls garantir les changements profonds et multifactoriels qui sous-tendent les effets, du fait qu'ils ne mesuraient qu'une certaine partie des efforts nécessaires.

### **RESULTATS RELATIFS A L'APPROPRIATION-DURABILITE (EQ6)**

Le potentiel de durabilité des interventions du 7<sup>e</sup> PP paraît insuffisant, car les menaces à la durabilité surclassent visiblement les garanties. De fait, les garanties enregistrées sont limitées, au nombre desquelles : (1) la formation des personnels dans toutes les administrations partenaires. Certaines formations ont couvert jusqu'à près de la moitié des formations sanitaires existant dans le pays ; (2) la mise à disposition d'équipements de qualité et l'intégration des interventions dans la pyramide sanitaire ; (3) le renforcement, quoique partiel du processus de planification selon les évidences démographiques et les données sectorielles (RGPH3, mise en place de base de données, formation de démographes..). Cependant, de nombreuses raisons d'ordre institutionnel, technique et financier menacent fondamentalement le potentiel de durabilité du programme. L'on citera : (1) le manque de suivi post interventions par l'UNFPA ; (2) le montage financier des contrats avec les ONG qui fragilise la durabilité de ces institutions notamment avec l'absence des frais de gestion ; (3) l'insuffisance du pourvoi des organigrammes de mise en œuvre au niveau des partenaires d'implémentation (PI), en qualité et quantité pour porter les actions à l'instant et sur la durée ; (4) l'absence de mécanisme de fidélisation du personnel déployé dans les zones enclavées ; ceci aggrave la forte rotation des effectifs et leur attraction vers Conakry ; (5) l'absence de perspective de relai de leur prise en charge par l'état pour les sages-femmes injectées dans le système par le programme.

## **RESULTATS RELATIFS A LA CONTRIBUTION A L'UNCT/UNDAF (EQ7)**

Le Bureau de Pays de l'UNFPA a notablement contribué au bon fonctionnement de l'UNCT et des autres instances de gouvernance de l'UNDAF. De fait, l'UNFPA a **respecté divers critères de bonne fonctionnalité de l'UNCT et autres instances de gouvernance de l'UNDAF dont** : (1) *La participation à l'élaboration de l'UNDAF 2013-2017 et le leadership du GHP, y compris de l'élaboration de l'UNDAF 2018-2022* ; (2) *L'alignement du 7<sup>e</sup> programmes de pays sur les priorités et visées de l'UNDAF* ; (3) *La collaboration avec 11 institutions du SNU pour éviter les doublons et intégrer programmes et interventions dans le vers l'efficacité de l'action, y compris la participation à 3 programmes conjoints (MGF,PCK, Ebola/MRU)* ; (4) *la collaboration avec d'autres partenaires internationaux au développement dans le cadre de la mobilisation des ressources, de l'harmonisation et de l'alignement de l'aide au développement (USAID, FSFF, UE, BAD)*; (5) *la collaboration avec la partie nationale dont l'Etat, la Société Civile, les ONG pour l'alignement sur les priorités nationales et l'appropriation des interventions vers la durabilité selon le principe du NEX* ; (7) *la collaboration avec les mécanismes sous- régionaux pour la coordination inter-Etat (MRU)*. Le BP a rapporté régulièrement aux instances de gouvernance de l'UNDAF et posté les progrès du 7<sup>e</sup> PP en ligne. L'institution a significativement participé à la dynamique de l'UNCT en assumant des fonctions de leadership dans 3 instances de gouvernance (GHP, GTSE,SC-VBG) et en apportant une assistance technique en matière de S&E et développement des interventions SRAJ, SMN, MG, P&D, autonomisation des jeunes et consolidation de la paix, en coordonnant des actions ou programmes inter agence comme le RGPH3, la lutte contre les MGF, l'autonomisation des jeunes et la consolidation de la paix (MRU). L'UNFPA a assisté à **toutes les** réunions de coordination dans le cadre de l'UNCT. L'activité de l'UNFPA a été jugée satisfaisante de par le volontarisme de l'organisation, ses interventions dans des thématiques transversales recoupant la plupart des champs d'intervention de l'UNDAF. L'action de l'UNFPA a ainsi amélioré le fonctionnement des instances de gouvernance de l'UNDAF grâce à : (1) la régularité des réunions des instances de gouvernance que l'organisation a coordonnées ; (2) la disponibilité des données pour la planification et les décisions en matière de RGPH, SSR, genre, dividende démographique, (3) la dynamisation des débats et l'évolution des savoirs et savoir-faire (contribution des résultats de plusieurs études, élaboration d'outils et renforcement des compétences M&E ...) ; (4) la mobilisation d'importantes ressources additionnelles pour les interventions du SNU ; (5) un plaidoyer efficace ayant abouti à la décision de l'Etat de Guinée de porter à 10% de son budget à l'horizon 2020, le financement de la santé. Quelques contre- contributions au bon fonctionnement de l'UNCT ont été notées dont : (1) l'absence du bulletin de l'UNFPA, (2) l'inefficacité à prévenir la production et la publication de résultats peu fiables du RGPH3 ; (3) la non prise en compte de la vulnérabilité subie par les OSC et ONG dans l'exécution de contrats grevant leurs autres ressources de dépenses administratives.

## **RESULTATS RELATIFS A LA VALEUR AJOUTEE (EQ8)**

Les interventions du 7<sup>e</sup> PP ont été créditées d'une valeur ajoutée nette par les parties prenantes et les bénéficiaires. Certaines actions ont été reconnues inespérées, en dehors de la nature du partenariat que déploie UNFPA avec le pays dont le traitement des fistules, le Recensement Général de la population et de l'habitat, la gratuité des césariennes et autres services de SR, la disponibilité de sage-femme dans des zones enclavées et ployant sous le fardeau de la pauvreté et du faible accès aux services sociaux de base, la couverture nationale en PF etc. Parmi les autres évidences évoquées en appui à la forte perception de valeur ajoutée, l'on relève entre autres, le leadership en matière de SR, SRAJ et de Population et Développement et la qualité et la continuité des apports de l'UNFPA en renforcement des capacités et en intrants.

## **RESULTATS RELATIFS AUX AVANTAGES COMPARATIFS (EQ9)**

Concernant les *autres acteurs développement* les principaux avantages de UNFPA dans le cadre du 7<sup>e</sup> PP comparés aux autres agences du SNU ont été de : (i) couvrir des thématiques et cibles transversales, lui permettant une forte implication dans la coordination intersectorielle avec l'Etat et la couverture de thématique transversale de développement (pauvreté, inégalité, équité, renforcement des capacités...); (ii) se positionner à l'avant-garde du savoir-faire et de l'assistance dans des questions stratégiques clés dont le S&E, la planification du développement basée sur les évidences, la documentation des données sectorielles, le genre et l'équité dans tous les secteurs de développement, le dividende démographique ; (iii)apporter des intrants et de la logistique de meilleure qualité et quantité plus massive pour la SR ; (iv) réagir en premier dans le cadre de la réponse à Ebola. *Concernant la contribution à l'initiative «Delivering as one » du SNU, les avantages ont été de* : (i) déployer une participation assidue et active, aux différents programmes conjoints

pertinents durant la période évaluée (PC-MGF ; PCK ; PPGCM ; PNISE ; Dividende démo ; Réinsertion jeunes ex-soldat ; genre & VBG dans les FDS..) ; (ii) jouer un rôle de leader dans la coordination UNCT, l'institution étant leader du GIG et co-présidente du GHP ; (iii) déployer une participation régulière et marquante aux réunions des instances de coordination du SNU et débats dans lesquels les contributions pointues en M&E, SR & Genre édifient les autres agences.

### **RESULTATS RELATIFS A LA COORDINATION, LA GESTION ET LE S&E**

Des progrès ont été enregistrés par le processus de coordination/gestion du 7<sup>e</sup> PP à travers une contribution ostensible en faveur d'une implémentation adéquate (complète, prompte et opportune) et de l'atteinte des résultats visés par le 7<sup>e</sup> PP. Lesdits progrès incluent : (1) la mise en place de mécanisme de coordination depuis le niveau central jusqu'en périphérie, au niveau communal ; (2) le leadership de la partie nationale dans la planification et la mise en œuvre des interventions ; (3) des revues sectorielles trimestrielles et des revues intersectorielles semestrielles et annuelles au niveau de la CCG ; (4) la promotion du leadership national par la stratégie de gestion NEX ; (5) la planification participative initiale et opérationnelle (PTA) ; (6) la responsabilisation des OSC comme contractante de PTA ; (7) la prévention efficace des malversations financières par l'accompagnement des acteurs dans l'observance des procédures financière et la justification des dépenses ; (8) la professionnalisation et l'institutionnalisation durable des interventions par la contractualisation exclusive avec partenaires ayant un mandat, une tradition/expérience et une compétence avérée sur les thématiques SSR, Genre et P&D ; (9) le renforcement de la capacité financière du programme par l'activation de plusieurs modes de financement dont le financement du siège de l'UNFPA (59,5%), celui de l'Etat (4,8%) et la mobilisation des fonds complémentaires auprès de divers autres sources (35,7%) ; (10) la facilitation de la réactivité aux crises telle la survenue de l'épidémie à virus Ebola par la flexibilité de la gestion institutionnelle au sein de l'UNFPA et la capacité/efficacité de cette institution dans la mobilisation des ressources face aux urgences ; et la conformité dans l'allocation selon les équilibres budgétaires issus de la planification consensuelle par composantes (P&D, Genre, la SSR , Gestion/S&E).

Cependant certaines limites ont entravé l'efficacité de la coordination/gestion du 7<sup>ème</sup> PP. D'une part, l'on note la faiblesse des institutions et systèmes. Elle se caractérise par la léthargie des comités de suivi thématiques les 4 dernières années (2014-2016) ; le déficit en staff du programme P&D déficitaire au niveau de l'UNFPA, la fragilité financière des OSC; les systèmes de statistiques et de suivi-évaluation peu opérationnels dans les secteurs et au niveau de l'UNFPA. D'autres part l'on relève des procédures et pratiques inadéquates, parmi lesquelles : (1) des interventions verticales des administrations centrales, mal suivies, peu efficaces, peu durables ; (2) un déficit du renforcement des capacités des secteurs aux niveaux central et déconcentré en matière de données qui compromet la disponibilité, l'accessibilité et la qualité des données sectorielles ; (3) le déficit de l'assurance qualité des intrants de SSR et des mauvaises pratiques des prestataires qui défavorisent la demande et l'accessibilité des services ; (4) une gestion peu rationnelle du temps réduisant la période de mise en œuvre d'environ 5 mois chaque année ; (5) une gestion défaillante du personnel (forte rotation des agents du secteur public aux postes de travail ; non pourvoi de certains postes au niveau de l'UNFPA) ; (6) une efficacité modérée de la gestion financière, du fait des non décaissements, ou des retards au niveau de l'UNFPA, des retards de transfert aux sous-contractants par les PI, des procédures UNFPA complexes et peu adaptées au contexte guinéen, de la faiblesse de la gouvernance financière chez les PI (concentration des fonds et intrants au niveau central, pressions des administrations sur les OSC sous-contractantes pour financer les missions de leurs agents). Ces dysfonctionnements ont limité la complétude de la mise en œuvre du 7<sup>ème</sup> PP (15 activités non réalisées).

En matière de S&E, les avancées favorables au cadrage de la mise en œuvre vers l'adéquation et l'efficacité comprennent : (1) La mise en place d'un système de suivi évaluation intégré comportant une stratégie, un plan, des outils de suivi et un calendrier d'implémentation. (2) l'opérationnalité de ce système de S&E favorisée par : (a) l'existence de cadres compétents pour le S&E à l'UNFPA ; (b) les directives et orientations claires sur le suivi et l'évaluation accessibles à toutes les parties prenantes du programme ; (c) la mise en place d'un **ensemble de 14 indicateurs de progrès**, agréés par les parties prenantes, intégrés dans une chaîne

des résultats des 6 produits du 7<sup>ème</sup> PP et des 3 effets correspondants de l'UNDAF et régulièrement mis à jour pour les besoins du suivi; (4) l'effort d'intégration du flux des données du programme dans le circuit des données de routine administratives des ministères partenaires ; (5) l'orientation des parties prenantes du programme en matière de S&E ; (6) la tenue systématique des revues périodiques, la production des rapports et la planification de période subséquente.

L'accompagnement du programme vers l'adéquation et l'efficacité par le S&E a été entravé par 3 paramètres clés. Premièrement, il y a la faiblesse du dispositif institutionnel/systémique du M&E d'un secteur à l'autre (gaps en staff et fonds au niveau de l'UNFPA ; système peu opérationnel dans les administrations partenaires y compris un SNIS inopérant ; des circuits parallèles des données par faible intégration du niveau communautaire et manque d'un circuit de données intégré et fonctionnel, mettant en réseau intersectoriel, toutes les parties prenantes). Deuxièmement l'on relève la faiblesse de la programmation du suivi. De fait, la définition des résultats et cibles de la majorité des produits du 7<sup>ème</sup> programme a été d'un réalisme limité, dont en particulier les PP1, PP2, PP4 et PP5. Ainsi, avant la fin du programme, les cibles fixées sont soit atteintes ou quasiment, soit dépassées. Les critères de mesurabilité n'ont pas été assez articulés pour l'ensemble des produits. De plus, le lien d'influence, respectivement entre les indicateurs, les produits et les effets n'est pas toujours évident dans la chaîne des résultats du 7<sup>ème</sup> PP. Troisièmement, l'on note (2) l'insuffisance de la mise en œuvre aux plans de la supervision formative, du suivi de la qualité des données, de la correction des écarts ayant affecté la réalisation des activités, la gestion des intrants, la réalisation des enquêtes de suivi sur les indicateurs SR, la disponibilité des données y compris celles générées au niveau du BP de l'UNFPA dont la documentation des acquisitions et dotations. La disponibilité des données est affectée par l'insuffisance des réalisations en vue de la mise en place d'une **base de données centralisée** donnant à tous les utilisateurs prévus un accès facile aux informations et à temps : Les bases de données centralisées par secteur mises en place sont d'une fonctionnalité et d'une accessibilité ne satisfaisant pas les besoins des différents utilisateurs. Les fonctionnalités réseau, d'actualisation, d'analyse et d'extraction ne sont pas véritablement opérationnelles.

### **PRINCIPALES LEÇONS APPRISSES**

Quelques-unes des principales leçons apprises dans le cadre de l'implémentation du 7<sup>ème</sup> PP comprennent les faits que : (1) L'environnement politique ayant affecté le RGPH, l'incertitude sur la qualité des résultats, ont limité la mobilisation des ressources additionnelles censées couvrir les activités et enquêtes d'analyse approfondies des données du RGPH et d'affinement des résultats ; (2) L'implication des agents communautaires dans la promotion de la PF, la mobilisation sociale et la référence des grossesses à risque a permis d'améliorer de l'utilisation des services de PF ; (3) L'identification et la correction des dysfonctionnements liés à la prise en charge des urgences obstétricales lors des revues des décès maternels ont contribué à la réduction des décès maternels ; (4) Les déficits ayant affecté l'assurance qualité des intrants (médicaments et équipements médicaux) et des conditions de leur utilisation judicieuse ont limité la qualité et l'accessibilité des soins de santé reproductive aux détriments des acquis appréciables tels la gratuité des intrants et services, la massification de la disponibilité des produits...; (5) La perception négative des victimes et de leur famille liée aux procédures administratives et judiciaires et les risques de rejet ou de stigmatisation social associés, limitent la déclaration des VBG et l'action en justice en faveur des victimes au profit d'« arrangements » familiaux ou communautaires ; (6) La déclaration de l'abandon des MGF par les communautés n'a pas semblé s'associer au recul desdites pratiques néfastes ; (7) L'analyse des stratégies de camouflage des phénomènes du fait des campagnes contre les MGF/E d'une part, et de leur sur-déclaration, par crainte de la coercition communautaire, d'autre part, nécessitent une étude anthropologique en vue de la correction ; (8) Les qualités managériales de la coordination du bureau pays UNFPA dont la promptitude et la flexibilité du leadership, l'efficacité de la prévention des malversations financières, la forte capacité de mobilisation des ressources ont permis entre autres : (a) d'adresser de façon appréciable les besoins des groupes cibles du 7<sup>ème</sup> programme, puis (b) de réagir promptement et de contribuer efficacement à la maîtrise de la catastrophe sanitaire due à la survenue de l'épidémie à virus Ebola.

## **PRINCIPALES RECOMMANDATIONS**

Les principales recommandations suggèrent : (1) de renforcer le leadership de la coordination par une stratégie programmatique qui planifie les fonctions clé de cette composante et les suit avec des indicateurs smart, y compris le renforcement de l'institutionnalisation de l'unité S&E et du Programme P&D au sein du bureau pays de l'UNFPA ; (2) de mettre en place des systèmes d'assurance qualité des intrants de SSR et des données des 3 composantes du mandat de l'UNFPA ; (3) de renforcer les capacités à la gestion des données et des bases de données virtuelles et à la planification dans l'ensemble des secteurs du développement ; (4) Analyser la résistance à la lutte contre les MGF et VBG pour proposer des solutions efficaces basées sur l'évidence anthropologique; (5) de mieux accompagner les PI dans le renforcement de leur système, particulièrement, de mettre en place une stratégie d'optimisation de la ressource humaines et de la compétence, le long de la pyramide d'intervention grâce à des renforcements de capacités, des partenariats et mécanismes incitatifs et de rationaliser l'utilisation/dispensation des intrants et de la logistique fournis; (6) de systématiser la mise en place des dispositifs de convivialité pour les jeunes dans les FOSEA de la zone d'intervention ; (7) de renforcer le circuit des données aux niveaux de UNFPA et des PE, l'utilisation du CHANNEL, ainsi que la cohérence de la chaîne des résultats du programme ; (8) de soutenir l'affinement de la qualité et les analyses approfondies des données du RGPH3 ; (9) d'améliorer la rentabilité des efforts d'autonomisation des femmes à travers une analyse idoine de l'environnement, une planification rationnelle de l'investissement, de meilleures expertise et stratégie de coaching ; (10) de renforcer en SR, la prévention pour les fistules et les infections ainsi que leur contrôle à travers une amélioration de la réglementation sur les conditions médicales de l'accouchement, la lutte contre les grossesses précoces, la surveillance et la PEC des grossesses à risques, l'amélioration de la couverture de la PEC des FO et des infections entre autres .

## CHAPITRE 1 : INTRODUCTION

L'évaluation finale du 7<sup>ème</sup> programme de pays entre le Fonds des Nations unies pour la Population (UNFPA) et l'Etat de Guinée est un outil d'appréciation des acquis et de planification du prochain cycle de coopération. Il s'agit d'une évaluation externe confiée à une équipe de consultants indépendants, dont un expert international en charge de la coordination générale de la mission et de la thématique de santé sexuelle et reproductive (SSR) et deux experts nationaux respectivement en charge des questions de population et développement d'une part et de genre d'autre part. Le présent chapitre renseigne le lecteur sur la raison d'être, les objectifs, le champ, la méthodologie et le processus de l'évaluation du programme de pays.

### 1.1. Raison d'être et Objectifs de l'évaluation du programme de pays

#### 1.1.1. Raison d'être de l'évaluation du 7<sup>ème</sup> programme de pays UNFPA/Guinée

La raison d'être de l'évaluation du 7<sup>ème</sup> PP tient en deux principes. Le premier est l'exigence de réaliser au moins une EPP pour chaque deux cycles programmatique selon la politique en vigueur depuis 2013 à l'UNFPA. Le second est l'intérêt d'une évaluation à ce stade final d'évolution du programme pays, qui requiert de documenter les progrès, les leçons apprises et les perspectives pour informer la conception et la planification du prochain cycle de programme dont la phase préparatoire coïncide avec l'année finale du 7<sup>ème</sup> programme (2017). Les éléments qui précèdent ont amené le Bureau de Pays UNFPA Guinée à commanditer la présente évaluation de Programme (EPP).

#### 1.1.2. Objectifs de l'évaluation du 7<sup>ème</sup> programme de pays UNFPA/Guinée

Les objectifs principaux et spécifiques de cette évaluation sont les suivants :

##### **Objectifs Principaux**

(1) *Evaluer les progrès réalisés vers les résultats du 7<sup>ème</sup> programme ainsi que la redevabilité du Bureau Pays auprès des donateurs, bénéficiaires et autres parties prenantes.*

(2) *Proposer des orientations en vue de la conception et la planification du prochain cycle de programme de pays UNFPA/Guinée portant sur la période 2018-2022*

##### **Objectifs spécifiques**

OS1 : Apprécier la pertinence et la réactivité des interventions.

OS2 : Apprécier l'efficacité et l'efficacités de la mise en œuvre.

OS3 : Apprécier la durabilité des interventions initiées par l'UNFPA dans le cadre du 7<sup>ème</sup> Programme de pays.

OS4 : Dégager les leçons apprises de la mise en œuvre du 7<sup>ème</sup> programme de pays

OS5 : Proposer des recommandations en vue d'une planification adéquate du prochain Programme de pays

### 1.2. Champ de l'évaluation

La présente évaluation a couvert la période de mise en œuvre allant de Janvier 2013 au 30 Juin 2016 ; et a ciblé les quatre thématiques du 7<sup>ème</sup> programme à savoir : la SSR, P&D, le Genre et la Consolidation de la Paix. Les travaux ont abordé les dimensions programmatiques et stratégiques et couverts toutes les catégories de parties prenantes comme ci-dessous indiqué.

**Tableau 1.1 : correspondance entre aspects du champ de l'évaluation et éléments examinés**

| <i>Aspects couverts</i>                   | <i>Eléments concernés</i>   |
|---|---|
| (a) <i>Dimension<br/>Programmatique :</i> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Santé Reproductive (santé maternelle, Planification familiale, la prévention et la prise en charge de la fistule obstétricale, la sécurisation des produits SR, et réponse aux urgences humanitaires notamment de l'épidémie à virus Ebola) ;</li> <li>- Santé Sexuelle et Reproductive des adolescents et jeunes (e)s y compris la prévention des IST/VIH/Sida et de développement chez les jeunes et le dividende démographique ;</li> <li>- Egalité du genre et droits reproductifs (lutte contre la violence basée sur le Genre dont les mutilations génitales féminines, la prévention des conflits et la consolidation de la paix)</li> <li>- Population et Développement (recensement, dynamique de la population, les politiques et programmes en matière de jeunes, et les systèmes nationaux de statistique).</li> </ul> |
| (b) <i>Dimension<br/>Stratégique :</i>    | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Alignement et le positionnement stratégique,</li> <li>- La gestion et le suivi-évaluation</li> </ul>   |
| (c) <i>Envergure<br/>territoriale</i>     | <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'ensemble du pays quant aux thématiques P&amp;D (Politiques, Bases de Données, enquêtes, Recensement), genre et le produit planning familial de la thématique SR.</li> <li>- Le niveau central (Conakry) et l'intégralité de la zone d'intervention spécifique du 7<sup>e</sup> Programme UNFPA (4 régions administratives : Kankan, Kindia, Labé et Nzérékoré ; 11 Districts Sanitaires (préfectures) ; 70 communes abritant des structures prestataires de SONUB), concernant les autres produits de la thématique SR (SMNN, SPSR, SRAJ),</li> </ul>  |
| (d) <i>Aspects<br/>conceptuels</i>        | <ul style="list-style-type: none"> <li>- La dynamique programmatique en termes de qualité (pertinence, efficience, durabilité, valeur ajoutée) et progrès (efficacité);</li> <li>- La logique d'intervention du programme (théorie du changement) quant à sa cohérence par rapport aux résultats escomptés et son respect durant l'implémentation ;</li> <li>- La dynamique institutionnelle en termes de montage institutionnel, pyramide d'intervention et coordination/synergie des partenaires.</li> </ul>  |
| (e) <i>Les Parties<br/>prenantes</i>      | <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'UNFPA : porteur de programme</li> <li>- Les Organisations du SNU impliquées dans la Coordination UNCT et dans la mise en œuvre du programme et des programmes conjoints : OMS, UNICEF, UNHCR, UNDP, PAM</li> <li>- Les Partenaires d'Implémentation (PI) : MP, MS, MJEJ, MASPFE</li> <li>- Les Partenaires opérationnels : ONG/associations (JHPIEGO, AGBEF, TOSTAN, AFA, AFAF, AFTT...)</li> </ul>  |

### 1.3. Méthodologie et processus

L'évaluation du 7<sup>e</sup> PP de l'UNFPA a été conduite selon les 6 critères recommandés par l'OCDE dont (1) la pertinence-réactivité, (2) l'efficience, (3) l'efficacité, (4) la durabilité, (5) la coordination avec l'UNCT et (6) la valeur ajoutée. A l'aide d'une matrice d'évaluation conçue à cet effet, les 6 critères d'évaluation ont été mesurés par 48 indicateurs à travers 9 questions d'évaluation. Une méthodologie combinant les approches qualitative et quantitative a été déployée pour la collecte et l'analyse des données. Elle a comporté 5 techniques de collecte dont (1) la Revue documentaire; (2) les Entretien (individuels, de groupe, informels); (3) les Focus Groups Discussions et l'observation directe (Grille d'inventaire des FOSA, observation de l'organisation du service).

### 1.3.1. Méthodes de collecte et de contrôle de qualité

Les méthodes de collecte ont été de quatre ordres dont : (1) la Revue documentaire; (2) les Entretiens (individuels, de groupe, informels); (3) les Focus Groups Discussions et (4) l'observation directe (Grille d'inventaire des FOSA, observation de l'organisation du service).

**La Revue documentaire** a été faite au moyen d'une grille de revue documentaire permettant la collecte secondaire des données quantitatives et qualitatives. Les rubriques de l'outil correspondaient aux critères d'évaluation. Sous chaque rubrique, les indicateurs permettant de répondre aux questions d'évaluation, étaient formulés en items de collecte concernant des résultats des interventions, des modalités du processus d'intervention et des éléments de la logique d'intervention, des leçons apprises, des bonnes pratiques, des forces, faiblesses, opportunités et menaces sur la période évaluée. Les évolutions dans le temps ont été enregistrées dans des colonnes représentant chacune des années de la période 2012 à 2016. Cet outil a été appliqué aux catégories de sources suivantes : (a) Documents de programmes (CPD, CPAP, PTA, COAR) ; (b) Documents de politique et de stratégies : Plan quinquennal national, DSRP, PNDS, Politiques sectorielles Jeunes, genre, santé, Documents des normes et pratiques, les plans stratégiques sectoriels et thématiques (Jeunesse, PF, VBG/MGF, VIH/SIDA...), stratégie SYPEC (protection de l'enfant) ; (c) Etudes et Recherche et (d) autres rapports thématiques touchant au mandat de l'UNFPA. Une liste des documents exploités figure aux annexes.

**Les Entretiens** : cette technique a été appliquée pour la collecte auprès des parties prenantes, des données concernant leurs perceptions, analyses, et suggestions relatives aux interventions et à leur amélioration concernant le 7<sup>e</sup> PP et leur regard prospectif sur le 8<sup>e</sup> PP envisagé. Trois types d'entretiens ont été réalisés. Il s'est agi d'entretiens individuels approfondis, d'entretiens de groupe approfondis et d'entretiens informels. Un outil intégré, adaptable selon le cas a été utilisé. Sa structure reposait sur les questions d'évaluation. Les items de cet outil portaient sur les indicateurs permettant de renseigner les hypothèses élaborées sur la base des questions d'évaluation. La flexibilité de l'application du type d'entretien (individuel, groupe, informel dépendait de la disponibilité des répondants, de la faisabilité, du besoin en information et du niveau d'implication dans la mise en œuvre. Les entretiens ont été menés en tête-à-tête, par un groupe de 2 ou 3 évaluateurs.

**Les Focus Groups Discussions** ont renseigné l'expérience, l'appréciation et la satisfaction des bénéficiaires vis-à-vis des services offerts par le 7<sup>e</sup> programme pays UNFPA/Guinée. Les suggestions de la population en vue du prochain programme de pays ont aussi collectées. Le guide de FGD était un outil à items d'application variable selon la cible. Ainsi les FGD de jeunes, de femmes en général, de femme guérie de fistule et d'agents communautaires ont investigué les questions spécifiques à ces cibles telles, respectivement, la promotion du potentiel des jeunes, les questions de genre, la réinsertion socioéconomique, les soins de santé et autres services à base communautaire. Les questions transversales sur l'efficacité, la valeur ajoutée, les urgences humanitaires etc. seront renseignées auprès de tous les profils de bénéficiaires du programme. Les séances de FGD regroupaient un dizaine de participant(e) s interagissant avec un modérateur et rapporteur.

**L'observation directe** visait l'appréciation de l'opérationnalité de la fourniture des services. Il s'est agi de jeter un regard sur la nature et la qualité des intrants, les conditions de conservation, les procédures de rotation des stocks et les modalités d'accueil et de prestation à l'endroit des usagers. Une **Grille d'inventaire des FOSA** a porté sur l'appréciation de l'offre des services inscrits dans le CPD et les PTA au niveau des structures sanitaires. La grille est structurée en 3 volets : équipements, produits et services. Elle a été appliquée dans les structures sanitaires offrant le paquet intégré des prestations prévues dans le CPAP. Il s'agit précisément de 16 FOSA SONU (SONUB, SONUC) se trouvant dans la zone d'intervention.

La diversité des méthodes proposées repose sur le principe de la triangulation. Ainsi, la présentation de des résultats et l'analyse ont capitalisé sur les effets de complémentarité, de recoupement des sources. Ces effets ont été mis à profit en confrontant les données documentaires centralisées et celles se trouvant en périphérie ou chez les acteurs sectoriels, d'une part, les données disponibles chez les parties prenantes et celles issues

des bénéficiaires (perceptions, appréciations, expérience vécue...), d'autre part. De plus l'on a pu comparer les données déclarées par les acteurs et bénéficiaires à celles issues de l'observation directe faite par les évaluateurs. Au final, pour les faits, les informations concordantes et le cas échéant, la situation confirmée par l'arbitrage avec les acteurs ont été retenues. Les divergences d'opinion et de perception ont été exprimées tel quel.

### 1.3.2. Méthodes de validation des données

Le défi de la validité des données est de satisfaire l'obligation professionnelle de résultats de qualité et les exigences de qualité de l'UNFPA dans le cadre de la procédure d'évaluation des programmes de pays. A cet effet, l'équipe de l'évaluation du 7<sup>e</sup> PP s'est fixé des impératifs de complétude, de fiabilité et d'acceptabilité dans la collecte et la présentation des données. Pour y parvenir les techniques suivantes ont été déployées, selon la description ci-après.

*Tableau 1.2.: Techniques, outils, résultats visés et approches de validation des données appliquées*

| Techniques/Outils   | Résultat visé  | Approche de validation des données appliquée  |
|---|--|---|
| Recoupement des sources   | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Réduction des erreurs et biais/ mise en évidence des constantes dans les faits</li> </ul>   | Exploitation et comparaison des données sur le même fait (accouchement réalisés, analyse thématique du RGPH, VBG enregistrés) et ses déterminants en consultant divers éléments (rapport national consolidé, le rapport de programme, le rapport du PI sectoriel, et les rapports des sous-contractants) d'une même technique (revue documentaire)  |
| Triangulation -combinaison de techniques : RD + Interviews+ FGD + Observation         | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Intégration/prise en compte de toutes les catégories de données (faits, attentes, perception, satisfaction)</li> <li>● Identification/correction des écarts, erreurs d'une technique à l'autre</li> </ul> | Exploitation et comparaison des données sur le même fait (Kit de PF communautaires fourni, Kits de dignité fourni, logiciel/programme de gestion des données RGPH mis en place, équipement fourni aux cellules VBG) et ses déterminants en utilisant diverses techniques de collecte (RD, Interviews, FGD, observation) auprès d'une diversité de parties prenantes (SNU, PI, sous-contractants, prestataires, bénéficiaires) |
| Confirmation : Restitution après collecte ; Echange permanents ; restitution finale ; | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Prise en compte de tous les avis sur la complétude et l'exactitude des données ; corrections</li> </ul>   | Recours au contrôle des tiers pour assurer la recevabilité des données. Ainsi les approches de revue par les pairs ou co-évaluateurs, de revue par le bureau pays, de revue par l'ensemble des parties prenantes dans le cadre du GRE   |

### 1.3.3. Méthodes d'analyse

Deux techniques principales d'analyse des données ont été utilisées. D'une part, l'analyse de contenu a été appliquée aux données qualitatives. D'autre part les données quantitatives ont été exploitées au moyen de la statistique descriptive sous le logiciel Microsoft Excel. La connaissance attendue de l'investigation des critères d'évaluation a été produite par la description des indicateurs renseignant les questions d'évaluation. Ladite connaissance porte sur la situation des indicateurs et leurs variations selon les profils d'acteurs, les sites et les années. L'analyse thématique de la survenue a permis ensuite de lier de telles constatations aux déterminants sous-jacents. Davantage, une analyse prospective a permis d'anticiper les évolutions possibles vers de meilleurs résultats à l'avenir. Elle a déterminé lesdites évolutions sur la base des leçons apprises et

des options de modulation ou équilibres les plus féconds des forces, faiblesses, opportunités et menaces du 7<sup>e</sup> PP.

### 1.3.4. Cartographie

#### • Cartographie des parties prenantes

La cartographie des parties prenantes établit le lien entre les résultats attendus du programme, les composantes, les interventions l'ensemble des parties prenantes et bénéficiaires et ceux sélectionnés pour l'évaluation. Spécifiquement, du point de vue cartographique, pour chaque participant, sa position dans la pyramide d'intervention et sa localisation géographique sont précisés. Enfin, le type de technique de collecte et le nombre de répondants sont aussi indiqués. Ainsi, l'on observe facilement que les 4 niveaux de la pyramide d'intervention (niveau central, régional, DS, communal). L'intégralité de la zone d'intervention spécifique du 7<sup>e</sup> Programme UNFPA est mise en exergue soient les 4 régions administratives (Kankan, Kindia, Labé et Nzérékoré) ; les 11 Districts Sanitaires (préfectures) ; les 70 communes abritant des structures prestataires de SONUB.

L'annexe 5D « Cartographies des Parties Prenantes » du 7<sup>e</sup> PP UNFPA/GUINEE présente en détail la répartition pyramidale et territoriale des interventions et des acteurs censés renseigner les questions d'évaluation.

#### • Cartographie des Structure Sanitaires offrant les SONU

L'ensemble des FOSA offrant des services SONU sont répartis entre les 4 régions et les 11 préfectures cibles et le type de paquet de soins offerts dans le tableau de l'annexe 5b. L'inclusion des structures sanitaires dans l'évaluation a tenu compte de la diversité des situations de la mise en œuvre du 7<sup>e</sup> PP et de son environnement. Selon la densité/diversité du paquet des services, l'on a inclus des FOSA au niveau d'implémentation fort d'une part et faible d'autre part. Les FOSA ont été incluses selon les faciès suivant de l'environnement : zone plus et moins pauvres, zones plus et moins sujettes aux sinistres, indices de performance plus ou moins satisfaisant de la FOSA. Le tableau ci-dessous présente la cartographie des FOSA SONU visitées au cours de l'évaluation finale.

Tableau 1.3. : Cartographie des FOSA de l'évaluation par région, préfecture et paquet de soins

| Région       | Préfecture | FOSA                           | Paquet de soins |
|--------------|------------|--------------------------------|-----------------|
| 1. Nzérékoré | Nzérékoré  | 1. Nzérékoré Hôpital Régional  | SONUC           |
|              | Nzérékoré  | 2. Gonja CSU Gonja             | SONUB           |
|              | Macenta    | 3. Bofossou CSR                | SONUB           |
|              | Macenta    | 4. Macenta Hôpital Préfectoral | SONUC           |
| 2. KANKAN    | Kankan     | 5. Kankan Hôpital Régional     | SONUC           |
|              | Kankan     | 6. Salamani CSU                | SONUB           |
|              | Siguiri    | 7. Siguiri Hôpital Préfectoral | SONUC           |
|              | Siguiri    | 8. Doko CS                     | SONUB           |
| 3. LABE      |            | 9. Labé Hôpital Régional       | SONUC           |
|              | Labé       | 10. Leysaré CSU                | SONUB           |
|              | Mali       | 11. Mali Hôpital Préfectoral   | SONUC           |
|              | Mali       | 12. Yembering CSR              | SONUB           |
| 4. KINDIA    | Kindia     | 13. Kindia Hôpital Régional    | SONUC           |
|              | Dubréka    | 14. Dubréka CSU                | SONUB           |
|              | Dubréka    | 15. Tanènè CSR                 | SONUB           |
|              | Kindia     | 16. CSU Manquepas              | SONUB           |

### 1.3.5. Evaluabilité, contraintes et limites

#### ● Déficiences de données

Des déficiences ont été constatées sur les données mobilisées pour l'évaluation. Particulièrement, certaines données/documents ont fait défaut dont : les tableaux de bord intégrés sur les données programmatiques et financières ; la stratégie sectorielle genre des forces de défenses et de la sécurité dans le cadre de l'opérationnalisation de la Politique Nationale de défense et sécurité adopté en 2011 ; le rapport sur le fonctionnement des comités/commissions (VBG, CEDEF, population) ; le rapport annuel 2015 du programme conjoint UNFPA/UNICEF ; les données programmatiques et financières 2016 pour les 3 composantes ; le Rapport final RGPH ; les activités et progrès relatifs au dividende démographique ; l'intégralité de la documentation des apports financiers des différentes parties prenantes internationales et nationales dans les 3 composantes ; le déficit de documentation des bonnes pratiques/expérience de durabilité. Ces limites d'ordre qualitatif et quantitatif ont affecté les données, réduisant ainsi leur degré de fiabilité. Aussi, la faiblesse et l'insuffisance des supervisions ajoutées à l'absence de vérification ont contribué à la non complétude des données existantes. De plus, l'insuffisance de l'expertise et des outils et équipements pour l'analyse des données a contribué à restreindre la disponibilité et la qualité des données, particulièrement celles relatives à la composante P&D. Des facteurs limitant l'accès aux sources d'information clés ont été observés dont l'insuffisance des mécanismes de partage ; la faible informatisation des systèmes d'information chez les différents intervenants ; l'insuffisance dans le renseignement, la promptitude et la complétude des données.

#### ● Mesures envisagées pour compenser les déficiences de données

Au vu de ces manquements, les mesures de compensation suivantes ont été envisagées : (a) la collecte des données partiellement agrégées dans divers secteurs, assortie d'un effort d'agrégation ; (b) l'implication du GRE dans la mobilisation des sources de données ; (c) la consultation de l'expertise sur les facteurs de corrections des biais.

#### ● Impact négatif des déficiences de données insolubles sur la validité et la crédibilité de l'évaluation

Les déficiences en données vont compromettre le calcul ou la détermination de certaines cibles dont en particulier : les taux/proportion (a) des partenaires mobilisés par rapport aux besoins planifiés ; (b) des partenaires ayant bénéficié d'activités de renforcement des capacités par rapport aux prévisions ; (c) de réalisation des activités de renforcement des capacités des partenaires par rapport aux prévisions ; (d) de décaissement des fonds en direction des partenaires par rapport aux prévisions en matière de renforcement des capacités. Ceci limitera la précision et la complétude dans la réponse aux questions d'évaluation. Ce dysfonctionnement affecte en particulier la mesure de la durabilité.

### 1.3.6. Lien/cohérence entre les 6 critères d'évaluation et les 9 questions évaluatives

L'évaluation du 7<sup>e</sup> programme de pays UNFPA repose sur 6 critères obligatoires. Les 4 premiers à savoir la pertinence-réactivité, l'efficacité, l'efficacités et la durabilité apprécient les composantes programmatiques que sont la SSR, le Genre, la Population et le Développement. Tandis que les 2 autres soient la coordination avec l'UNCT et la valeur ajoutée analysent le positionnement stratégique du bureau pays. Sur la base des objectifs fixés pour l'évaluation, les critères d'évaluation ont été utilisés par le Bureau de Pays de Guinée pour mettre en évidence les constats et formuler des conclusions et recommandations pertinentes. Lesdits critères se mesurent par des indicateurs dont le renseignement repose sur des questions d'évaluation. Le tableau 1.4ci-dessous récapitule par thématique ou critère d'évaluation les questions d'évaluation en indiquant synthétiquement le contenu exploré pour renseigner les différents indicateurs et critères retenus.

Tableau 1.4 : Lien entre les 6 critères d'évaluation et les 9 questions d'évaluation

| CRITERES D'EVALUATION           | QUESTIONS D'EVALUATION CORRESPONDANTES (CONTENU EXPLORÉ)  |
|---------------------------------|---|
| <b>Pertinence-réactivité</b>    | EQ1 : Alignement du 7 <sup>e</sup> PP sur les besoins des populations cibles ; le mandat et la stratégie de UNFPA et aux priorités nationales et Contribution des interventions prévues à l'atteinte des résultats attendus.<br>EQ2 : Adaptation du 7 <sup>e</sup> PP à l'évolution des besoins des populations cibles (Adolescents/jeunes et femmes) |
| <b>Efficienc</b>                | EQ3 : Conversion des ressources du 7 <sup>e</sup> PP en résultats—Existence d'approches plus efficaces  |
| <b>Efficacité</b>               | EQ4 : Atteintes des résultats de produits des 3 composantes programmatiques<br>EQ5 : Contribution du 7 <sup>e</sup> PP aux résultats du PS2014-2014   |
| <b>la durabilité</b>            | EQ6 : Appui aux partenaires en vue de l'appropriation et la durabilité<br>EQ7 : Contribution du 7 <sup>e</sup> PP au fonctionnement de l'UNCT et autres instances de gouvernance UNDAF  |
| <b>Valeur ajoutée</b>           | (8) Apport du 7 <sup>ème</sup> PP en valeur ajoutée   |
| <b>Coordination avec l'UNCT</b> | EQ9 : Avantages comparatifs du 7 <sup>ème</sup> PP de l'UNFPA   |

### 1.3.7. Echantillonnage et Echantillon

#### Echantillonnage

L'évaluation a procédé par échantillonnage raisonné. Les approches étaient : (1) l'identification et l'inclusion systématique de toutes les strates pour la représentativité ; (2) la discrimination des catégories à l'intérieur des strates et leur inclusion exhaustive, puis l'inclusion d'un individu par profil à l'intérieur de chaque catégorie. Cela, afin de garantir la prise en compte de toutes les nuances dans les faits et les déterminants selon le profil, la catégorie et la strate et l'influence de la dispersion dans l'espace

Des strates territoriales ont été définies à 3 degrés dont les régions, les préfectures, les communes et les milieux de résidence. Ainsi, les 4 régions cibles du programme ont été incluses, soit Nzérékoré, Kindia, Labé et Kankan. Parmi les 11 préfectures couvertes par le programme, 8 ont été retenues pour l'évaluation. Parmi les 83 communes bénéficiant de l'essentiel du paquet des interventions du 7<sup>e</sup> PP, 17 ont été visitées. Il s'est agi de Conakry, Kindia, Dubréka, Tanènè, Manquepas, Bofossou, Macenta, Nzérékoré, Salamani, Kankan, Doko, Siguri, Gonia, Labé, Ley-Saré, Mali et Yembering. La collecte des données incluait des sites urbains et ruraux dans chaque région.

Les 3 strates d'intervention identifiées comprennent les secteurs, les niveaux d'intervention et les catégories d'acteurs. Tous les trois secteurs d'intervention concernés dont la Coopération Internationale, le Public et la Société Civile ont été inclus. A l'intérieur de chaque secteur, tous les 4 niveaux de la pyramide d'intervention soient le central, le régional, le préfectoral, le communal/communautaire ont été impliqués. Quant à la strate des acteurs, tous les types, dont les PTF, Les PI, leurs sous-contractants, les prestataires institutionnels et communautaires et les bénéficiaires ont été investigués.

#### ● Echantillon observé

Les cadres des entretiens individuels 22 répondants ont été rencontrés dont 13 au niveau central et 9 en périphérie. Concernant les entretiens de groupe, 37 ont été menés dont 12 au niveau central, précisément au Ministère de la santé; au Ministère de la Jeunesse; à l'AGBF à l'UNFPA. Au niveau régional ; 11 ont été menés, tandis que 14 ont eu cours dans préfectures; et 6 au pallier communal. Quant aux Focus Group Discussion (FGD), 8 ont été réalisés. Ils ont rassemblé les 5 différentes catégories de bénéficiaires, à travers les 4 régions ; dont des femmes guéries de la fistule obstétricale (FO), les Agents Communautaires, les jeunes, les femmes de 15-49ans et les bénéficiaires des initiatives d'autonomisation économique. L'observation de site comprenant un inventaire rapide des services, des produits et des équipements relatifs à la SSR a couvert 16 FOSA de référence des sites visités.

Tableau 1.5. : Répartition de l'échantillon par technique, niveau d'intervention, milieu de résidence et profil de participants

| Technique              | n  | Niveau  |         |                     | Milieu<br>Urban/Rural | Profils  |
|------------------------|----|---------|---------|---------------------|-----------------------|--|
|                        |    | Central | Régions | Préfecture /Commune |                       |  |
| Entretiens individuels | 22 | 13      |         |                     | U                     | Ministère Santé (SPSR, PCG, DNSFN, PEV, SNIS ; Ministère Plan (BCR) ; MDN ; MASPFE/Genre (SG MASPFE) ; JHPIEGO ; UNFPA (programme/unités: M&E, SRAJ, PF, Genre)  |
|                        |    |         | 3       |                     | U                     | DRS-Kindia, Coordinatrice des S-F, Médecin chargé de la Prise en charge des fistules à Kankan;   |
|                        |    |         |         | 6                   | U                     | DH Macenta, PH Macenta, Chef du Service de la Maternité de Siguiri, DPS de Siguiri, DPS-Kindia, OPROGEM-Kankan.  |
| Entretiens de Groupe   | 37 | 12      |         |                     | U                     | Ministère Santé (SRAJ, PF, SMNI) ; MPCJ (SE/CNPRH, DPD) ; Ministère de la Jeunesse (CP, DNA, PF-SRAJ) ; AGBF (DE, DP, DAF) ; l'UNFPA : CSPSR, CP, SRAJ/VIH, EN-S&E) ; l'UNDP (TI-Gouvernance, Point Focal-Genre) |
|                        |    |         | 11      |                     | U                     | Gouvernorat, Hôpitaux Régionaux, DRS, ONG  |
|                        |    |         |         | 14                  | U                     | Directions préfectorales, DRS, hôpitaux préfectoraux   |
|                        |    |         |         | 6                   |                       | CSU, CSR, CECOJE   |
| FGD                    |    |         |         | 8                   | U<br>R                | Femmes guéries de fistules (appui AGR) ; Jeunes (SRAJ, Paix) ; Femmes (Santé et Droits Reproductifs) ; Femmes Genre/autonomisation ; AC (interventions communautaires)   |
| Observation de site    | 16 | 0       | 4       | 8                   | U                     | Hôpital Régional(HR) Nzérékoré; CSU Gonia ; Hôpital Préfectoral(HP) Macenta ; HR Kankan; CSU Salamani ; HP Siguiri; HR Labé; CSU Leysaré, HP Mali ; HR Kindia; CSU Dubréka; CSU Manquepas                        |
|                        |    |         |         | 4                   | R                     | Bofossou CSR ; Doko CS (R) ; Yembering CSR ; Tanènè CSR  |

### 2.1 Défis du développement et stratégies nationales

La République de Guinée est limitée à l'Ouest par la Guinée Bissau et l'Océan Atlantique, au Nord par le Sénégal et le Mali, à l'Est par la Côte d'Ivoire et au Sud par la Sierra Léone et le Libéria. Elle est subdivisée en huit régions dirigées chacune par des Gouverneurs et ayant sous leur tutelle des préfectures administrées par des Préfets et des communes pour la région de Conakry. Le pays compte trente-trois (33) préfectures subdivisées en communes urbaines et rurales, quartiers et districts.

Sur le plan économique, la Guinée est riche en réserve de bauxite, diamant, or, fer, etc... Un rapport de la Banque Mondiale (2007) indique que la Guinée est le deuxième Pays producteur mondial de la bauxite avec 40% des réserves mondiales. La Guinée, château d'eau de l'Afrique Occidentale, dispose d'une grande capacité hydroélectrique. Elle compte également d'immenses étendues de terres cultivables soit 4,7% de la superficie totale du territoire (FAO 2004).

Malgré ces richesses, la Guinée est classée 170ème place sur 182 pays en terme d'Indicateurs de Développement Humain (2015). Selon le DSRP III, 55 % de la population guinéenne vivait dans la pauvreté en 2012, contre 49 % en 2003. La proportion des pauvres est beaucoup plus élevée en milieu rural (65 % en 2012) qu'en milieu urbain (35 %).

#### 2.1.1 Population et Développement

La Guinée est un pays pauvre très endetté dont la population en 2014 est d'environ **10.523.261** habitants en majorité des jeunes (les moins de 10 ans, 10-14 ans et les 15-24 ans représentent respectivement 33,1%, 11,8 % et 15,2% de la population totale) avec un taux annuel d'accroissement démographique de 2,8%. C'est aussi un pays dont la fenêtre d'opportunité de capture du dividende démographique est ouverte depuis 2007. Le niveau de la fécondité a légèrement baissé avec un nombre moyen d'enfants par femme de 5,1. L'âge moyen au premier mariage des femmes est de 18 ans contre 28 ans pour les hommes. L'âge moyen de l'ensemble de la population est de 21,9 ans. Il est plus élevé chez les femmes (22,1 ans) que chez les hommes (21,7 ans). On observe que la population rural est légèrement plus jeune (21,8 ans) que celle du milieu urbain (22 ans). Par ailleurs, plus de la moitié de la population guinéenne est constituée des enfants de moins de 17 ans.

Le rapport de dépendance démographique est de 94,8 %. Ceci montre que la population active est faiblement majoritaire. Le rapport de dépendance démographique est inégalement réparti, nous constatons qu'il est plus faible chez les femmes (86,7 %) que chez les hommes (104,3 %), en milieu urbain (72,8 %) qu'en milieu rural (109 %).

Plus de la moitié des enfants de 0-17 ans sont enregistrés à l'état civil (53,1%) et 4,5% des enfants de 0 à 17 ans sont des orphelins quel que soit leur sexe. Les enfants qui vivent en situation de confiage<sup>1</sup> représentent 4,7% parmi les enfants qui ne vivent pas avec leurs deux parents biologiques.

L'accès à l'eau potable est toujours préoccupant pour les citoyens guinéens. Selon l'EDS/MICS 2012, en Guinée environ une personne sur quatre consomme de l'eau provenant d'une source non améliorée et cette proportion est de 35% en milieu rural. Cette situation s'associe à un problème de diarrhée chez les enfants de moins de cinq ans (prévalence de 16%).

Chez les femmes en âge de procréer de 15-49 ans, 64% vivent en milieu rural et 76% sont analphabètes. La fécondité est élevée et précoce, témoignant le dynamisme démographique qui caractérise le pays et qui se traduit par un taux de natalité de 34%.

---

<sup>1</sup> Le Confiage: est une pratique traditionnelle africaine dans laquelle les parents remettent l'enfant à un parent proche ou à un ami et ne doivent plus directement s'intéresser à son sort, tant qu'il est chez ses parents de substitution.

### 2.1.2 Situation Sanitaire

Malgré des progrès réguliers, la situation de la santé de base en Guinée reste précaire avec des taux élevés de mortalité infantile et une faible espérance de vie en comparaison avec d'autres pays de l'Afrique de l'Ouest. Les indicateurs de la mortalité infantile, la malnutrition des enfants, et la prévalence du paludisme sont encore préoccupants. La couverture sanitaire n'est pas des meilleures : 83% des femmes enceintes bénéficient des consultations prénatales, mais seulement 45% d'entre elles accouchent en présence d'un personnel de santé qualifié (EDS, 2012). Aussi, le taux de vaccination contre la rougeole est de 60%, contre l'objectif de 90% fixé par les OMD. La faiblesse du taux de couverture est entre autres liée à la faible croissance du nombre d'établissements (publics et privés) et du personnel de santé. Les établissements sanitaires et le personnel de santé sont très inégalement répartis sur le territoire national. Le financement public du secteur de la santé ne représente que 1,9% (PNDS, 2015).

Le taux de séroprévalence du VIH au sein de la population générale de 15-49 ans est de 1,7% (EDS/MICS 2012). Parmi les hommes ayant eu des partenaires sexuelles multiples au cours des 12 derniers mois précédant l'enquête, 25% ont déclaré avoir utilisé un condom au cours des derniers rapports sexuels contre 32% chez les femmes.

Par ailleurs, l'épidémie Ébola survenue en Guinée en mars 2014 a enregistré 3358 cas confirmés dont 211 parmi le personnel de la santé. Dans l'ensemble, 2088 décès ont été constatés dont 115 parmi le personnel de santé. Les taux de létalité respectifs ont été de 62% et 55%. Le Système des Nations Unies (SNU) a dû réorienter ses interventions pour adresser l'urgence humanitaire induite par l'épidémie. Les agences du SNU ont dû en plus mobiliser des ressources supplémentaires pour faire face à l'ampleur de la demande. L'épidémie Ebola a profondément déstabilisé l'économie en affolant les acteurs et en faisant dépérir les activités des entreprises et en particulier celles des sociétés à capitaux étrangers, notamment dans les secteurs miniers, des travaux publics et des industries alimentaires... Il est à noter qu'avant la crise d'Ébola, l'économie guinéenne était placée sur un sentier de croissance (taux de croissance du produit intérieur brut PIB : 1,9% en 2010 à 4,5% en 2013). En 2014, le taux de croissance de la Guinée serait tombé à 0,5 %. L'Etat guinéen et ses partenaires ont élaboré un plan de relance post-Ebola 2015-2017, dans l'optique d'assurer la résilience et la relance socioéconomique post-Ebola.

### 2.1.3 Situation du genre

La République de Guinée dispose d'un important arsenal de textes internationaux, régionaux, sous régionaux et nationaux en matière de promotion du genre et de lutte contre les inégalités de sexe. Au niveau national, la Constitution stipule à l'article 8 que : « Tous les êtres humains sont égaux devant la loi. Les hommes et les femmes ont les mêmes droits. Nul ne doit être privilégié ou désavantagé en raison de son sexe,... ». Tandis que le Code Electoral accorde sur les listes à la représentation proportionnelle, **au moins un quota de 30% est réservé aux femmes** et la loi précise que le quota doit être reflété dans l'ordre d'inscription sur la liste.

En dépit des avancées obtenues au plan légal et du poids démographique majoritaire (population constituée de près de 52% de femmes), l'on assiste à la persistance des inégalités et disparités de genre. Au plan de la participation des femmes au processus de prise de décisions, le nombre de femmes (7/33) au Gouvernement représente 21%. Sur dix institutions républicaines (Assemblée Nationale, Cour Constitutionnelle, Cour Suprême, Cour des Comptes, Conseil Supérieur de la Magistrature, Médiateur de la République, INDH, CES, HAC, CENI), deux sont dirigées par des femmes. Malgré le quota de 30% prévu par la loi, l'Assemblée Nationale, ne compte que 25 femmes parlementaires, soit près de 22%.

Dans les différents secteurs, la situation socio-économique des femmes reste précaire avec de larges disparités par rapport aux hommes. La violence à l'égard des femmes reste toujours préoccupante (91,2% des femmes ayant subi des violences au cours de leur vie), la pratique des mutilations génitales féminines (98,4%) reste encore répandue. Malgré leur forte contribution au secteur agricole où elles sont présentes à 80%, les femmes font face à des discriminations dans l'accès aux ressources productives (accès au crédit, terre, etc.), limitant ainsi la rentabilité de leur activité économique. La proportion de femmes salariées dans les secteurs

non-agricoles est seulement de 27,1%. Parmi les fonctionnaires, l'on ne compte que 26% de femmes dont la plupart a des responsabilités limitées<sup>2</sup>.

## 2.2 Le Rôle de l'aide extérieure

Le taux d'exécution du budget général de l'État est faible au regard de l'ampleur de la demande sociale. Sur la période 2010-2012, les dépenses en faveur des secteurs prioritaires sont passées de 2 382,56 milliards (2010) à 4 127,46 milliards en 2012. La part allouée à la santé a représenté 2,4% du budget total en moyenne sur la période 2010-2012.

À l'occasion des Réunions de printemps de la Banque mondiale d'Avril 2015, le gouvernement guinéen a présenté son plan de relance post-Ébola. La mise en œuvre de ce plan, qui constitue une stratégie ambitieuse et diversifiée pour relancer l'économie du pays, coûtera près de 3 milliards de dollars sur trois ans : 857 millions en 2015, 1,2 milliard en 2016 et 864 millions en 2017.

Les fonds dépensés en soins de santé en Guinée proviennent de trois sources principales qui, réunies, représentaient environ 4,3% du PIB de la Guinée en 2012. La première source étant les crédits annuels alloués par le gouvernement central et fournis par les recettes fiscales générales. Ces sources représentent environ 0,5% du PIB, soit 2% de la dépense totale du gouvernement et 13% de toutes les dépenses de santé en Guinée. La deuxième source qui constitue les financements intérieurs bancaires et non bancaires est faiblement mobilisable. La troisième source est le financement externe par les organismes donateurs nationaux et multinationaux et les ONG. Les informations sur le financement externe en Guinée sont peu traçables même si une partie du budget du Ministère de la Santé est composée de crédits sur la base de financements extérieurs.

---

<sup>2</sup> DSRP 2013-15, pp37-38.

### 3.1. Réponse des Nations Unies et de l'UNFPA

La réponse du Système des Nations Unies (SNU) intervient dans le cadre d'un programme global, le Plan – Cadre des Nations Unies pour l'Aide au Développement (UNDAF). Il s'agit donc d'une réponse collective, cohérente et intégrée de l'ensemble des Agences du SNU aux priorités et besoins nationaux du pays pour la période 2013 – 2017.

Ce plan cadre de la Guinée est le fruit d'un processus participatif conduit conjointement par les ministères partenaires du SNU en Guinée, les agences résidentes et non résidentes du SNU en Guinée, les partenaires techniques et financiers, les Organisations de la Société Civile (OSC) et le secteur privé. Il est décliné en trois axes stratégiques d'intervention : i) Promotion de la bonne gouvernance ; ii) Accélération de la croissance et promotion d'opportunités d'emplois et de revenus pour tous ; et iii) Réduction de la vulnérabilité et amélioration des conditions de vie. Ces axes sont alignés sur ceux retenus par les principaux documents nationaux de référence notamment le DSRP intérimaire (2011-2012) et le Plan Quinquennal (2011-2015).

Le septième programme de Coopération entre la Guinée et l'UNFPA découle du Plan Cadre des Nations Unies pour l'Aide au Développement (UNDAF, 2013-2017) et est aligné sur le Plan Quinquennal de Développement et les Objectifs du Millénaire pour le Développement, spécifiquement l'objectif 5. Il a été élaboré dans un processus participatif, sous la conduite de l'Unité Centrale de Coordination (UCC).

Le 7<sup>ème</sup> Programme, en lien avec le Plan Stratégique révisé de l'UNFPA, contribue à "l'accélération des progrès vers la CIPD et l'OMD5 dans ces cibles A et B pour une amélioration effective des conditions de vies des femmes et des jeunes guinéens, à travers : (i) l'accès universel des populations, notamment des femmes et des jeunes, à la santé sexuelle et de la reproduction, y compris la planification familiale ; (ii) la promotion des droits en matière de santé sexuelle et de la reproduction ; (iii) la réduction de la mortalité maternelle et néonatale".

Le choix de cette orientation stratégique est justifié aussi bien par le nombre élevé de femmes perdent la vie à cause de complications liées à l'accouchement et qui n'ont pas encore accès à des moyens de contraception modernes que par la persistance des inégalités de sexe et des disparités de genre<sup>3</sup>. Cette orientation est particulièrement pertinente pour la Guinée<sup>4</sup> où le ratio de mortalité maternelle est encore élevé (724 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes en 2010-2014), la violence à l'égard des femmes toujours préoccupante (91,2% des femmes ayant subi des violences au cours de leur vie), la pratique des mutilations génitales féminines (98,4%) reste encore répandue et les femmes (près de 52% de la population) sont sous représentées dans tous les sphères de prise de décisions et les secteurs clés d'activités.

Ainsi, les priorités du plan stratégique pour la réalisation de la cible sont définies à travers quatre résultats étroitement liés avec le 7<sup>ème</sup> programme de Coopération UNFPA – Guinée. Un programme qui découle des effets de l'UNDAF et qui s'insère parfaitement dans la réalisation des priorités nationales.

### 3.2 Réponse de l'UNFPA à travers le Programme de pays 2013-17

La réponse de l'UNFPA face aux objectifs et priorités nationaux se concrétise à travers l'élaboration et la mise en œuvre de programmes quinquennaux. Ce qui permet à l'Agence d'apporter sa contribution au développement de la Guinée.

<sup>3</sup> UNFPA : Plan stratégique 2014 – 2017, page 3

<sup>4</sup> UNFPA: TDR EPP CDP7, page 2

### *3.2.1 Brève description du Programme de pays précédent de l'UNFPA*

Le 6<sup>ème</sup> programme de coopération UNFPA – Guinée pour la période 2007 – 2011 a été prorogé d'une année (2012). Il avait pour objectif d'améliorer la qualité de vie des Guinéens en appuyant les programmes et les politiques concernant la population, la santé de la reproduction et l'égalité du genre. Pour ce faire, les résultats attendus du programme ont porté sur : i) la mise en place de services de santé procréative de qualité pour tous les groupes sociaux, en particulier les jeunes et les femmes dans les régions pauvres et les zones sortant d'une crise est appuyée; ii) un milieu dans lequel les personnes sexuellement actives adoptent une attitude moins risquée, en donnant la priorité aux jeunes, aux adolescent(e)s et aux femmes est promu ; iii) la prise en compte des questions relatives à la population, à la situation des femmes et à la santé procréative dans les politiques et dans les programmes à tous les niveaux est assurée et iv) la promotion des droits des femmes et des filles, de l'égalité des sexes et de l'équité entre hommes et femmes est soutenue.

La mise en œuvre du programme dans les domaines de la SR, de la population et du développement et du genre a enregistré des acquis en dépit des multiples crises socio politiques. L'accès aux services de santé maternelle a été amélioré à travers la fourniture de SONU dans 25 sur les 47 hôpitaux de référence, soit 53,2% de couverture nationale. La PF a été repositionnée comme un élément majeur de la santé maternelle. Des méthodes contraceptives de longue durée ont été introduites et le taux d'utilisation des services de PF a augmenté. Aussi, le programme a accru l'accès des adolescent(e)s et des jeunes aux services conviviaux et à l'information sur les IST/VIH/Sida. En outre, la mise en œuvre du plan de SPSR a été facilitée et la capacité nationale de gestion logistique des produits de SR améliorée. Une ligne a été créée dans le budget national pour l'approvisionnement en produits de SR.

Par ailleurs, le programme a mobilisé les ressources pour réaliser les étapes préalables de cartographie et d'enquête pilote du recensement. En plus, il a contribué à la collecte et l'analyse des données dans le cadre de l'EDS IV et l'ESCOMB. Il a également permis : a) la mise en place d'une base de données socio-économiques au niveau national, b) la conduite d'études clés sur les interrelations entre population et développement et c) la prise en compte des questions de population, genre et SR dans les documents stratégiques comme le DSRP et le plan quinquennal de développement.

Dans le domaine du genre, le programme a contribué à : i) la formulation d'une politique nationale de genre, d'une stratégie nationale de lutte contre les VBG ; ii) l'amélioration du système d'information sur les VBG et iii) la mise en place des mécanismes et systèmes de protection des droits humains et de plans d'action relatifs aux résolutions 1325, 1820 et 1888.

En outre, il a été relevé, la nécessité de mettre l'accent sur : (a) l'implication des jeunes en tant qu'acteurs et cibles dans le programme en vue de tenir compte de leurs problèmes spécifiques dans tous les domaines d'intervention (SR, PD, et Genre) ; (b) le renforcement de la coordination des intervenants en SR, PD et genre pour une meilleure synergie dans les zones couvertes par le programme ; (c) la participation active des hommes dans les actions en faveur du genre, de la réduction de la mortalité maternelle et de la lutte contre les VBG ; (d) La réalisation d'une étude de base au début du 7ème programme.

Enfin, l'évaluation finale indépendante du programme a relevé une contribution effective du programme aux priorités nationales.

### *3.2.2 Programme de Pays 2013-2017 de l'UNFPA*

Le 7<sup>ème</sup> programme de Coopération entre la Guinée et l'UNFPA a été élaboré suivant processus participatif. Il est basé sur l'UNDAF 2013-2017 et sur l'atteinte des OMD, particulièrement l'objectif 5. Aussi, il répond à cinq effets du plan stratégique de l'UNDAF. En plus, il est aligné sur le DSRP 2011-2012 et le Plan Quinquennal de Développement (2011-2015), dont les principales priorités nationales s'articulent autour de : i) l'amélioration de la gouvernance et du renforcement des

capacités institutionnelles et humaines ; ii) l'accélération de la croissance, et iii) l'amélioration de l'accès des populations à des services sociaux de qualité.

Ces différentes priorités nationales sont de manière effective prises en compte par le 7<sup>ème</sup> Programme pour répondre aux défis de développement du pays. Pour ce faire, ce programme entend contribuer à *“l'accélération des progrès vers la CIPD et l'OMD5 dans ces cibles A et B pour une amélioration effective des conditions de vies des femmes et des jeunes guinéens, à travers : (i) l'accès universel des populations, notamment des femmes et des jeunes, à la santé sexuelle et de la reproduction, y compris la planification familiale ; (ii) la promotion des droits en matière de santé sexuelle et de la reproduction ; (iii) la réduction de la mortalité maternelle et néonatale”*.

Pour ce faire, l'intervention du programme est centrée sur cinq domaines : 1) *Disponibilité et analyse des données* ; 2) *Egalité de sexes et droits reproductifs* ; 3) *Santé maternelle et néonatale* ; 4) *Planification familiale* et 5) *Santé sexuelle et reproductive et éducation sexuelle de jeunes*. Pour chaque domaine, un produit est formulé, puis des stratégies et des actions prioritaires définies.

- **Liens entre les effets du plan stratégique de l'UNFPA et les produits du 7<sup>ème</sup> PP**

Chaque produit du programme répond à un effet du plan stratégique révisé de l'UNFPA et contribue à relever un défi du développement national. A ce titre, le produit 1 « D'ici 2017, les données fiables relatives à la dynamique de population, la jeunesse, l'égalité de sexes et la santé sexuelle et reproductive collectées, analysées et disséminées auprès des utilisateurs et décideurs » consacré à l'analyse et à la disponibilité des données répond à l'effet 4 du plan stratégique : « *Renforcement des politiques nationales et des programmes internationaux de développement grâce à l'intégration d'analyses factuelles sur la dynamique des populations et ses liens avec le développement durable, la santé en matière de sexualité et de procréation, les droits liés à la procréation, la lutte contre le VIH et l'égalité des sexes* »

Tandis que le produit 2 « D'ici 2017, la législation nationale relative à l'égalité de sexes, aux droits reproductifs, au VIH/Sida, aux violences basées sur le genre, mutilations génitales féminines adaptée aux conventions internationales et disséminée à travers les structures nationales, les réseaux et les associations féminines » relatif à l'égalité des sexes et les droits reproductifs a un lien direct avec le 3<sup>ème</sup> effet du plan stratégique : « *Promotion de l'égalité des sexes, autonomisation des femmes et des filles et droits en matière de reproduction, notamment pour les femmes, les adolescents et les jeunes vulnérables et marginalisés* ».

Enfin, tous les autres produits 3-6 (« D'ici 2017, les capacités nationales des structures sanitaires pour le passage à l'échelle des SONU et le traitement de la fistule renforcées » ; « D'ici 2017, le système national de sécurisation des produits de santé de la reproduction renforcé » ; « D'ici 2017, la capacité nationale de mise en œuvre des activités de planification familiale à base communautaire améliorée » et « D'ici 2017, les services essentiels de santé sexuelle et reproductive, y compris les services en matière de VIH/Sida, accessibles aux jeunes, y compris les adolescent(e)s » répondent à l'effet 1 du plan stratégique de l'UNFPA formulé comme suit : « *Disponibilité et utilisation accrues de services intégrés de santé sexuelle et procréative (y compris la planification familiale, la santé maternelle et le VIH), soucieux de l'égalité des sexes qui répondent aux normes en matière de droits de l'homme pour la qualité des soins et l'égalité d'accès* ».

- **Liens entre les effets de l'UNDAF et les produits du 7<sup>ème</sup> PP**

Les produits du 7<sup>ème</sup> Programme contribuent prioritairement aux effets des axes stratégiques 1 et 3 de l'UNDAF, notamment : (a) la promotion de la bonne gouvernance ; (b) la réduction de la vulnérabilité et l'amélioration des conditions de vie. Les interventions des effets spécifiques du programme en direction des femmes et des jeunes participant à la réduction de la mortalité maternelle et au renforcement des compétences de vie saine des adolescent(e)s et jeunes, contribuent également au troisième axe stratégique de l'UNDAF, qui vise “l'accélération de la croissance et la promotion d'opportunités d'emplois et de revenus pour tous”.

## **Actions prioritaires du 7ème PP par domaine d'intervention**

Les stratégies de mise en œuvre sont axées sur : i) le renforcement des capacités institutionnelles et techniques (structures, acteurs, prestataires, bénéficiaires) ; ii) le renforcement du plaidoyer, du dialogue de politique, de la communication ; iii) la promotion de l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive et iv) le partenariat.

Pour le domaine « **analyse et disponibilités des données** », les actions prioritaires sont axées sur : i) le renforcement des capacités des acteurs clés en matière de production, diffusion et utilisation de données dans le cadre de la mise en œuvre de la Stratégie Nationale de Développement de la Statistique (SNDS) et ii) le renforcement du plaidoyer et du dialogue de politique par des argumentaires en faveur de la SR, de l'égalité des sexes, des jeunes et des droits de l'homme.

Au niveau de « **l'égalité des sexes et droits reproductifs** », les actions prioritaires ont trait au renforcement des capacités des : 1) acteurs clés pour l'application des accords internationaux, des lois et politiques nationales favorables à l'égalité des sexes et aux droits en matière de procréation ; 2) bénéficiaires et principaux acteurs (réseaux/associations) impliqués dans la prévention des VBG y compris les MGF/E et 3) des structures centrales et déconcentrées pour la prise en charge holistique des VBG et MGF/E.

Pour « **la santé maternelle et néo natale** », les actions prioritaires portent avant tout sur la promotion de l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive à travers la participation et le renforcement des initiatives communautaires. Elles visent aussi le renforcement des capacités techniques des prestataires en santé maternelle et néonatale pour: (i) soutenir la disponibilité de l'offre des services en SONU, Soins après avortement (SAA), Prévention de la Transmission Mère Enfant (PTME), Fistules Obstétricales (FO), Standards Basées sur la Performance (SBMR) en SONU. Enfin, elles concernent le renforcement des capacités managériales des acteurs clés pour une meilleure coordination des interventions au niveau des zones du programme.

S'agissant du domaine « **planification familiale** », les actions visent d'abord le renforcement de la capacité nationale en gestion logistique au niveau central et au niveau des DRS et DPS, puis le renforcement des capacités techniques et institutionnelles dans le cadre du système d'information et de gestion logistique, ainsi que la promotion du plaidoyer et de la communication en faveur de la SPSR. En outre, les actions touchent la promotion de l'utilisation des méthodes contraceptives modernes et le renforcement des capacités techniques des prestataires de services de PF.

Enfin, les actions prioritaires du domaine « **santé sexuelle et reproductive et éducation sexuelle de jeunes** » sont centrées autour du : i) renforcement des capacités des structures de santé à répondre aux besoins des adolescent(e)s et jeunes en matière de santé sexuelle et reproductive et de lutte contre le VIH/Sida ; ii) renforcement de l'offre des services d'information et de conseils en direction des jeunes et adolescent(e)s et iii) renforcement des initiatives favorables à la promotion des capacités d'insertion sociale, économique et professionnelle des jeunes issus notamment des milieux défavorisés.

## **Couverture géographique**

Les interventions du programme sont orientées dans les régions défavorisées en matière d'accès aux droits et services sociaux de base, sur la base des résultats de l'Enquête Légère pour l'évaluation de la pauvreté (ELEP) réalisée en 2012. Il s'agit de préfectures de Macenta, Lola et N'Zérékoré pour la région de N'Zérékoré, de Kankan, Mandiana et Siguiri pour la région de Kankan, de Koumba, Labé, et Mali pour la région de Labé, de Dubréka et de Kindia pour la région de Kindia. Au total 11 préfectures sur les 33 sont touchées par cette intervention. A l'intérieur des préfectures concernées, 4 hôpitaux régionaux, 7 hôpitaux préfectoraux et 92 centres de santé, dont 25 ruraux sont couverts. **Le programme couvre près de 5 millions bénéficiaires** et la priorité est accordée aux couches vulnérables et marginalisées, notamment les femmes, les adolescents et adolescentes, les jeunes, les populations rurales, les personnes vivant avec le VIH et les personnes handicapées.

Cependant, la couverture nationale du Programme porte sur le plaidoyer et le dialogue politique en faveur de : i) la production et de l'utilisation des données sociodémographiques pour la planification d'un

développement inclusif ; ii) la prise en compte des besoins et droits des femmes et des jeunes et iii) la planification familiale.

### Stratégie de partenariat

La stratégie est bâtie autour du développement d'un partenariat avec les agences du SNU et d'autres institutions partenaires à la Guinée. Ainsi, des programmes et initiatives conjoints sont établis autour de la production des données de haute qualité pour le développement, la santé maternelle, la santé sexuelle et reproductive des adolescent(e)s et jeunes (y compris le VIH/Sida), la prévention et la prise en charge des VBG. A cet effet, l'UNFPA a non seulement développé un partenariat stratégique avec les agences du SNU dans les régions de Kankan et de Nzérékoré, mais aussi renforcé son partenariat avec : l'UNICEF pour la mise en œuvre du programme conjoint sur les MGF/E d'une part, avec l'OMS, l'UNICEF, l'ONUFEMME, AMPS et la France en faveur de la santé maternelle dans le cadre de l'Initiative MUSKOKA de l'autre.

A côté de ce partenariat stratégique, la mise en œuvre du 7<sup>ème</sup> PP est marquée par la présence de partenaires de mise en œuvre (Ministères signataires des PTA) et d'autres partenaires contractants, dont les ministères, les structures administratives centrales et déconcentrées et les ONG internationales (Plan Internationale, JHPIEGO) et nationales (AGBEF, REFMAP, AFA, CONAG-DCF, Health Focus, RAJAPOD,...).

### Liens entre les 6<sup>ème</sup> et 7<sup>ème</sup> programmes

Le 6<sup>ème</sup> programme a été articulé autour de 3 composantes : SR, P&D et Genre. Au niveau de la composante SR, 2 effets ont été formulés et 1 effet pour chacune des 2 autres composantes. Ensuite, des produits ont été identifiés pour la réalisation de chaque effet escompté. Le 7<sup>ème</sup> programme quant à lui a été bâti autour de 5 domaines d'intervention (voir ci-dessus) et contrairement au cycle précédent, leurs produits sont directement liés aux effets de l'UNDAF et du Plan stratégique de l'UNFPA. Les composantes ou domaines de chaque cycle et leurs produits sont présentés dans le tableau suivant.

Tableau 3.1: Contribution des 6<sup>ème</sup> et 7<sup>ème</sup> PP

| 6 <sup>ème</sup> programme |  | 7 <sup>ème</sup> programme   |  |
|----------------------------|--|--|--|
| Composantes                | Produits   | Domaines   | Produits   |
| Population & Développement | Les données sociodémographiques et des données désagrégées sur la santé reproductive sont disponibles et accessibles à l'échelon national et dans les zones d'intervention, y compris dans la région forestière.<br>Les capacités institutionnelles nationales sont renforcées en vue de faciliter l'intégration des questions démographiques dans les politiques et programmes de développement dont le document de stratégie pour la réduction de la pauvreté. | Disponibilité et analyse des données   | D'ici 2017, les données fiables relatives à la dynamique de population, la jeunesse, l'égalité de sexes et la santé sexuelle et reproductive collectées, analysées et disséminées auprès des utilisateurs et décideurs   |
|                            | L'accès à la santé maternelle et aux services répondant aux besoins des jeunes est amélioré dans les établissements sanitaires situés dans les zones d'intervention de l'UNFPA, y compris la région forestière<br>Les produits de santé de la reproduction sont disponibles en quantité suffisante dans les établissements sanitaires situés dans les zones d'intervention, dont la région forestière  | Santé maternelle et néonatale<br><br>Santé sexuelle et de la reproduction et éducation sexuelle des jeunes | D'ici 2017, les capacités nationales des structures sanitaires pour le passage à l'échelle des soins obstétricaux et néonataux d'urgence et le traitement de la fistule renforcées<br><br>D'ici 2017, les services essentiels de santé sexuelle et reproductive, y compris les services en matière de VIH/Sida, accessibles aux jeunes, y compris les adolescent(e)s |

|       |   |   |  |
|-------|---|---|--|
|       | Les jeunes, les adolescents, les femmes et les personnes vivant avec le VIH/SIDA ont davantage accès à l'information et aux services relatifs à la santé de la reproduction et au VIH/SIDA  | Planification familiale                 | D'ici 2017, le système national de sécurisation des produits de santé de la reproduction renforcé<br>D'ici 2017, la capacité nationale de mise en œuvre des activités de planification familiale à base communautaire améliorée  |
| Genre | Les capacités techniques des institutions nationales, des relais d'opinion et des associations de femmes sont renforcées en vue d'intégrer les questions concernant les droits des femmes, leur autonomisation et l'action visant à lutter contre la violence sexiste | Egalité du genre et droits reproductifs | D'ici 2017, la législation nationale relative à l'égalité de sexes, aux droits reproductifs, au VIH/Sida, aux violences basées sur le genre, mutilations génitales féminines adaptée aux conventions internationales et disséminée à travers les structures nationales, les réseaux et les associations féminines. |

Au regard du tableau, il apparaît que la transition entre les deux programmes est alternativement marquée par des innovations et la continuité. En termes d'innovation, la composante P&D, transformée en domaine « disponibilité et analyse des données » est passée de 2 à 1 produit. La composante SR, du 6<sup>ème</sup> PP est structurée en 3 domaines au niveau du 7<sup>ème</sup> PP. Ainsi, la PF est mise en évidence dans le programme en cours avec 2 produits. En outre, le 7<sup>ème</sup> PP a mis l'accent sur le renforcement des soins obstétricaux et néonataux d'urgence et le traitement de la fistule.

En matière d'égalité des sexes et droits reproductifs, le produit du 6<sup>ème</sup> programme a été axé sur le renforcement des capacités techniques des institutions nationales et autres acteurs pour l'intégration des questions concernant les droits des femmes, leur autonomisation et la lutte contre la violence sexiste. Alors que celui du 7<sup>ème</sup> programme porte sur l'adaptation de législation nationale aux conventions internationales relative à l'égalité de sexes, aux droits reproductifs, au VIH/Sida, aux VBG et MGF et la dissémination de ladite législation. Ainsi, la dimension juridique est privilégiée et l'autonomisation ne figure plus dans le produit.

S'agissant de la dimension P&D, le 6<sup>ème</sup> PP portait sur la disponibilité des données et le renforcement des capacités institutionnelles nationales pour l'intégration des questions démographiques dans les programmes de développement au niveau de la composante portant sur la disponibilité et l'analyse des données. Tandis que le 7<sup>ème</sup> PP privilégie la collecte, l'analyse et la dissémination de données fiables relatives à la dynamique de population, la jeunesse, l'égalité de sexes et la santé sexuelle et reproductive. Ce qui représente une continuité.

### 3.2.3 Structure Financière du programme

- **Prévision budgétaire**

Le budget indicatif du 7<sup>ème</sup> Programme de coopération entre la Guinée et l'UNFPA est de vingt (20) millions de dollars US. Pour la mobilisation de ce montant, l'UNFPA s'est engagé à : (i) allouer le montant de 12.5 millions de dollars US de ressources ordinaires sous réserve de la disponibilité des fonds ; et (ii) mobiliser le montant de 7.5 millions de dollars US de ressources additionnelles, en partenariat avec le Gouvernement et sous réserve de l'intérêt manifesté par les donateurs. La répartition des ressources entre les domaines d'intervention est présentée dans le tableau suivant :

Tableau 3.2 : Préviation budgétaire du Septième programme (Guinée-UNFPA)

| Domaines  | Ressources régulières<br>(millions USD) | Autres     | Total       |
|---|---|------------|-------------|
| Disponibilité et analyse des données                                  | 1.8                                     | 1.0        | 2.8         |
| Egalité du genre et droits reproductifs                               | 1.5                                     | 0.5        | 2.0         |
| Santé maternelle et néonatale   | 3.0                                     | 2.5        | 5.5         |
| Planification familiale   | 2.7                                     | 3.5        | 6.2         |
| Santé sexuelle et de la reproduction et éducation sexuelle des jeunes | 2.5                                     | -          | 2.5         |
| Coordination du programme et assistance                               | 1.0                                     | -          | 1.0         |
| <b>Total</b>  | <b>12.5</b>                             | <b>7.5</b> | <b>20.0</b> |

Pour chaque domaine d'intervention, les ressources indicatives sont réparties par produit et par an. Au niveau de chaque produit, le montant annuel est le même durant toute la période, de sorte que le budget annualisé du 7<sup>ème</sup> PP ne présente pas de différence d'une année à l'autre. Cependant, la comparaison avec le 6<sup>ème</sup> PP (budget total de 15.5 millions USD) montre que le 7<sup>ème</sup> PP (20 millions USD) a enregistré une augmentation budgétaire de 22,5%. Cette augmentation illustre la volonté de l'UNFPA d'apporter une contribution plus significative à l'atteinte des objectifs définis par les priorités nationales.

- **Exécution budgétaire**

Tableau 3.3 : Dépenses réalisées par thématique du septième programme selon l'année

| Budget / dépenses en USD               | Domaines d'intervention |                      |                     |                      |                  | Total                |
|--|-------------------------|----------------------|---------------------|----------------------|------------------|----------------------|
|  | P & D                   | SR                   | SRAJ                | Genre                | Management       |                      |
| <b>Budget 2013 - 2017</b>              | <b>2.800.000</b>        | <b>11.700.000</b>    | <b>2.500.000</b>    | <b>2.000.000</b>     | <b>1.000.000</b> | <b>20.000.000</b>    |
| Dépenses 2013                          | 707.625,61              | 4.625.459,97         | 334.056,80          | 840.485,42           | 284.170,45       | 6.791.798,25         |
| Dépenses 2014                          | 3.161.361,45            | 5.614.228,38         | 467.702,69          | 939.385,04           | 341.322,24       | 10.523.999,80        |
| Dépenses 2015                          | 575.851,68              | 6.224.935,46         | 279.564,54          | 1.040.986,99         | 197.934,32       | 8.319.272,99         |
| Dépenses 1 <sup>er</sup> Semestre 2016 | 804.930,00              | 2.412.188,99         | 378.874,49          | 344.731,97           | 146.814,17       | 3.735.900,08         |
| Gap                                    | <b>-2.098.129,20</b>    | <b>-7.176.812,80</b> | <b>1.039.801,48</b> | <b>-1.165.589,42</b> | <b>29.758,82</b> | <b>-9.370.971,12</b> |

Le niveau d'exécution budgétaire, c'est-à-dire les dépenses rapportées au budget, a de loin dépassé le budget global du 7<sup>ème</sup> programme, soit un dépassement de l'ordre de 147%. Le montant des dépenses totales (29.370.971.US) au 30 juin 2016, montre une nette amélioration de la mobilisation des ressources financières. Cette augmentation est d'environ 47% par rapport aux prévisions initiales et elle touche particulièrement les domaines relatifs à la SR (riposte à Ebola) et à la P&D (réalisation du RGPH3). Enfin, la structure financière ci-dessus présentée ne tient pas compte de la contrepartie nationale qui reste difficile à mobiliser pour le financement des activités du programme.

Les résultats du 7<sup>ème</sup> programme de pays UNFPA sont déclinés comme des réponses aux 9 questions de l’évaluation finale. Autant de sections sont proposées qui présentent les constats d’intervention, les résultats atteints et la performance qui s’en dégage.

### 4.1. Réponse à la question d’évaluation 1—Pertinence/Résultats 7è PP

Question d’évaluation 1 : Dans quelle mesure l’appui du Bureau de 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 plan stratégique de UNFPA et (iii) répond-il aux priorités nationales exprimées dans l’UNDAF (2013-2017)? Est-ce que les interventions prévues contribuent adéquatement à l’atteinte des résultats attendus du Programme de Pays?

#### 4.1.1 Analyse globale de la pertinence

##### **Cohérence avec les cadres stratégiques (nationaux/internationaux) et les priorités nationales**

Les interventions du 7<sup>ème</sup> Programme de Coopération entre l’UNFPA et la Guinée sont globalement pertinentes. Le programme prend largement en compte les priorités nationales définies dans le DSRP 2011-2012 et le Plan Quinquennal de Développement (2011-2015). Des priorités nationales qui ont été d’ailleurs confirmées par le DSRP 2013 - 2015 qui reflète clairement les besoins des populations. En outre, le 7<sup>ème</sup> PP répond aux effets du plan stratégique de l’UNFPA, qui a défini la santé sexuelle et procréative et les droits liés à la procréation comme des centres d’intérêt majeurs. Le programme est aussi arrimé à l’UNDAF 2013-2017, qui constitue la contribution commune des Nations Unies à la réalisation des objectifs de développement du pays, conformément à ses priorités et besoins nationaux. Il est également aligné sur l’atteinte des OMD, particulièrement l’objectif 5.

Le 7<sup>ème</sup> programme s’inscrit bien dans la vision et les objectifs des standards internationaux et nationaux. Ainsi, la cohérence entre les objectifs du 7<sup>ème</sup> PP et les cadres stratégiques internationaux (UNDAF) et nationaux (DSRP, Plan quinquennal) de développement est assurée. Ce qui montre son adaptation avec les besoins des populations et son adéquation avec les priorités nationales, notamment dans les domaines de la SR, des questions de population et de développement et de genre. Mais, un déficit de connaissances sur le programme (absence de documents comme le CPAP, les PTA) a été noté au niveau déconcentré.

Les partenaires de terrain, notamment les ONG bien que ne disposant pas d’informations relatives à l’analyse des besoins, ont reconnu la pertinence du 7<sup>ème</sup> programme. Il a été déclaré que les activités mises en œuvre par les ONGs portent sur des thématiques (VBG/MGF ; SR, PF et Droits Reproductifs ; Egalité et Droits Femmes) pertinentes. Elles correspondent à leurs domaines d’action prioritaires et couvrent des besoins réels observés sur le terrain particulièrement en rural ou l’analphabétisme et les traditions constituent parfois des barrières au changement de comportement.

##### **Analyse des besoins**

Lors de l’élaboration du 7<sup>ème</sup> PP, une étude de base a été réalisée pour l’analyse initiale des besoins. De plus, il y a eu une analyse reposant sur la revue de documents stratégiques nationaux et internationaux et de politiques sectorielles. Il en a résulté une programmation plus stratégique au niveau national. La participation des directions régionales à la revue annuelle régulière a été mentionnée, mais les parties prenantes ont estimé que leur implication à la revue de cycle de coopération reste encore limitée. En outre, le manque de partage du document consignait l’analyse des besoins avec les techniciens au niveau central et les acteurs en périphériques a été signalé.

C’est surtout au niveau déconcentré, que la connaissance sur l’analyse des besoins n’a pas été perceptible, mais la concordance des interventions avec les besoins des populations a été jugée élevée. La réalisation de

l'étude de base au début du programme a facilité la mesure des progrès auxquels le programme a contribué dans les zones et domaines couverts.

Cependant, l'insuffisance de visibilité de l'analyse des besoins ne doit pas être généralisée. Il a été souligné au niveau des hôpitaux régionaux que, l'UNFPA effectue des missions d'identification et de collecte des besoins.

### **Couverture des besoins**

Au titre des besoins non couverts, la rénovation de la maternité de l'hôpital préfectoral de Macenta a été signalée. En outre, la prise en charge des coûts récurrents (entretien et carburant) des ambulances et la dotation en équipements de FOSA et de CECOJE a été souvent mentionnée. La pratique de la gratuité de certains soins a amélioré la fréquentation des FOSA et a donc augmenté la demande en SONUB et SONUC.

### **Couverture géographique**

S'agissant de la couverture géographique, l'intervention du 7<sup>ème</sup> PP couvre le territoire national en matière de P&D, de PF et de genre. La couverture partielle concerne les activités de SONUB et de SOUC qui sont concentrées au niveau de 11 hôpitaux et 72 CS. Au niveau d'une préfecture, l'intervention ne couvre pas des CS situés dans des localités éloignées et enclavées. C'est pourquoi, la couverture des femmes rurales a été par endroits jugée insuffisante. Par contre, l'intervention du 7<sup>ème</sup> PP dans de véritables poches de pauvreté comme les préfectures de Lola, Mandiana, Mali et Koubia est de nature à justifier sa pertinence. Mais, la couverture nationale peut être assurée grâce à la synergie des interventions et la complémentarité des actions sur le terrain avec les autres partenaires, dont les agences des Nations Unies. Pour ce faire, il revient au Ministère de la santé de veiller à la complémentarité des interventions. Ce qui permet de bien couvrir les zones prioritaires pour améliorer le taux d'accouchements assistés et réduire le ratio de mortalité maternelle.

#### *4.1.2 Santé sexuelle et de la reproduction*

### **Cohérence avec les documents stratégiques et les priorités nationales**

La pertinence du 7<sup>ème</sup> PP en matière de la SR est jugée élevée. Les produits de la SR sont directement liés aux effets du plan stratégique de l'UNFPA et au 3<sup>ème</sup> axe stratégique de l'UNDAF. Aussi, le Gouvernement Guinéen a inscrit l'accès aux soins maternels et néonataux de qualité comme une préoccupation majeure exprimée dans les documents nationaux, notamment le DSRP 2011-2012, le Plan Quinquennal de Développement (2011-2015) et le DSRP 2013 - 2015. Pour le DSRP 2011-2012, la section s'y rapportant concerne la section 5.2 intitulée « l'amélioration de l'accès aux services de santé et de nutrition de la population, notamment des pauvres ». S'agissant du DSRP 2013-2015, le quatrième axe dénommé « Renforcement de l'accès aux services sociaux de base et à la résilience des ménages » comporte un deuxième sous axe portant sur le Développement du système et des services de santé. Pour le plan quinquennal, la santé et l'hygiène publique représentent le premier point du deuxième chapitre consacré au développement des secteurs sociaux.

Ainsi, l'accès aux SONU de qualité est identifié comme une stratégie efficace pour réduire la mortalité maternelle et néonatale. D'autant plus que la Guinée reste encore confrontée à des taux élevés de natalité et de mortalité maternelle en dépit d'énormes efforts déployés et d'avancées notables obtenues. En plus, la prévalence en PF est encore faible.

C'est pourquoi, le programme qui vise particulièrement l'accès des jeunes et des femmes à la santé sexuelle, à la SR et à la PF, a couvert des domaines prioritaires, notamment la SMNI, la PF, la SPSR, la SRAJ, le renforcement des capacités des ressources humaines et la coordination/supervision. Un choix particulièrement destiné à promouvoir la PF et à réduire de manière significative la mortalité maternelle.

L'intervention est d'autant pertinente que les coûts de la césarienne avaient atteint un montant faramineux (jusqu'à plus d'un million GNF selon le DRS de Labé) et inaccessible à bon nombre de ménages. Aussi, l'intervention touche des formations sanitaires situées dans des localités rurales, enclavées et habitées par des populations généralement pauvres. Ce qui permet à des femmes « désespérées » de bénéficier de soins et d'accouchements assistés et donc « de sauver une vie qui donne une autre vie ». Les femmes porteuses de fistules représentent une autre cible, particulièrement nécessitées en termes de prise en charge médicale et d'accompagnement pour la réinsertion socio-économique.

Un autre élément non moins important de la pertinence a trait à la PF dans un milieu marqué encore par le poids de pesanteurs socio culturelles et l'application difficile des droits en matière de santé sexuelle et de la reproduction. C'est pourquoi, les campagnes de sensibilisation et de communication sont régulièrement organisées en langue locales pour l'adhésion de toutes les sensibilités aux actions du programme.

Pour la SPSR, Les intrants (produits et consommables) apportés à travers l'intervention du 7<sup>ème</sup> PP sont inscrits sur la liste des médicaments essentiels génériques (MEG) et les quantités sont conformes aux besoins exprimés par le pays dans la quantification pour la période du programme. En effet, les comportements adoptés par la population peu favorables à la santé, se caractérisent notamment par un faible respect des règles d'hygiène de l'environnement, le manque d'informations sur la sexualité et les méthodes contraceptives<sup>5</sup>. La pratique des MFG/E est encore répandue (98,4%) en dépit de son interdiction par la loi L/2000/010/AN du 10 juillet 2000 portant sur la santé de la reproduction en Guinée. Aussi, il a été envisagé au niveau du DSRP 2013-2105 de développer des capacités d'habilitation des familles et communautés par la communication pour le changement de comportements pour l'adoption de pratiques familiales et communautaires ayant un effet bénéfique sur la santé et la nutrition maternelle, néonatale et infantile ainsi que l'abandon des pratiques traditionnelles néfastes pour la santé. C'est pourquoi, les campagnes de sensibilisation et de communication sont régulièrement organisées en langue locales pour l'adhésion de toutes les sensibilités aux actions du programme.

La prise en compte des femmes des zones rurales enclavées et/ou éloignées est assurée à travers la mise en place de structures SONUB dans des CS enclavés comme à Balaki, Dougountouny (Mali), Kansanghi (Tougué). Tandis que l'extension de la PF au niveau communautaire a été possible grâce au déploiement des AC. Il résulte que l'intervention de l'UNFPA adresse des besoins importants, particulièrement la prévention de la mortalité maternelle et la fourniture de kits de dignité, aux femmes démunies (DPS N'Zérékoré).

Un Préfet a déclaré que : « *l'UNFPA couvre une bonne partie de nos besoins, notamment en matière de SR, à travers une coopération sûre, diversifiée et soutenue, sans la prétention de tout couvrir* ». Tandis qu'un **secrétaire général chargé des collectivités décentralisées (SGCD)** a estimé que l'intervention du 7<sup>ème</sup> PP a permis de traduire la promesse du Gouvernement (gratuité de la césarienne) en une réalité.

### **Analyse des besoins**

L'analyse des besoins a été axée sur les données de l'EDS 2012 et du SNIS. Une enquête de base sur les fistules a été réalisée par une mission conduite par un consultant international. L'étude a permis l'identification des zones de forte prévalence, à savoir la région de Kankan (plus affectée), puis celles de N'Zérékoré et de Labé ; ce qui justifie la couverture progressive du programme. A la maternité de l'HR de Labé, il a été déclaré que : « *rarement, on nous demande d'exprimer nos besoins, mais avec l'UNFPA les besoins ont été bel et bien identifiés* ». Enfin, il a été aussi mentionné que les séances de monitoring et les revues annuelles permettent l'actualisation des besoins.

---

<sup>5</sup> Plan National de Développement Sanitaire, 2005-2014, Conakry, page 9

## **Couverture des besoins**

Au titre des besoins non couverts, la prise en charge des coûts récurrents (entretien et carburant) des ambulances pour la référence des femmes a été mentionnée (Macenta, Mali). Au niveau de l'hôpital préfectoral de Macenta, le Directeur a d'ailleurs déclaré que « *l'ambulance ne ramasse pas les cas d'urgence ni en urbain, ni en rural, mais plutôt le personnel devant les soigner* ». La suspension de la subvention de l'Etat aux hôpitaux d'une part et la pratique de la gratuité des accouchements et de la césarienne de l'autre ont été souvent évoquées pour justifier l'insuffisance des ressources financières.

Par ailleurs, le bloc opératoire de la maternité de Labé est éloigné de la salle d'accouchement et la durée de séjour des femmes césarisées est réduite dans cet établissement par manque d'espace. Au niveau du District sanitaire de Kankan, les besoins en équipements et kits d'accouchement de 7 CS sur les 8 couverts sont satisfaits et il reste le CS de Mamouroudou. S'agissant des médicaments, les quantités envoyées pour certaines molécules, ne sont pas toujours conformes aux besoins : péremption pour le sulfate de magnésium, surstock pour le gluconate de calcium et déficit pour l'hydronazil (HR Labé).

Enfin, les CECOJE de Dubréka et de Mali n'ont pas bénéficié d'équipements et la couverture en équipements et autres matériels est partielle dans des FOSA et des CECOJE de Kankan, Macenta.

### *4.1.3 Population et Développement*

#### **Cohérence avec les documents stratégiques et les priorités nationales**

Au niveau de cette composante, le 7<sup>ème</sup> PP a été également jugé très pertinent. Le produit consacré à l'analyse et à la disponibilité des données répond directement à l'effet 4 du plan stratégique de l'UNFPA. En plus, il contribue à la réalisation du deuxième axe stratégique de l'UNDAF. Au plan national, l'intervention s'inscrit dans l'accélération des progrès vers la CIPD et la mise en œuvre de la SNDS.

#### **Analyse des besoins**

L'évaluation des besoins pour le RGPH3 a été faite en 2006 puis le processus a connu une interruption à cause de la situation sociopolitique du pays et du retrait de l'Union Européenne. Ensuite, la cartographie, le recensement pilote et l'élaboration de la méthodologie et des outils datent de 2010 avec l'appui du 6<sup>ème</sup> programme.

L'analyse des besoins a été faite au niveau stratégique, mais la division population, par exemple n'aurait pas été associée. La contribution des directions régionales est limitée à leur participation à la revue annuelle. La publication du bulletin de population a constitué un besoin non couvert entre 2013 et 2015.

## **Couverture des besoins**

Le programme a particulièrement soutenu la réalisation du RGPH3. Le précédent, c'est-à-dire le RGPH 2 date de l'année 1996. Ainsi, la réalisation du RGPH3 apparaissait comme un défi à relever d'autant plus qu'il était appelé à fournir des données sectorielles viables et d'importantes données spécifiques comme : i) la population générale ; ii) les populations vaccinales de moins de 5 ans, iii) les jeunes de moins de 18 ans, iv) la population en âge de travailler 15-64 ans, v) les personnes âgées de 60 ans et plus, vi) les femmes et les handicapées.

### *4.1.4 Genre*

#### **Cohérence avec les documents stratégiques et les priorités nationales**

Au niveau de cette composante, l'intervention a été aussi jugée pertinente. Le produit relatif à l'égalité des sexes et les droits reproductifs a un lien direct avec le 3<sup>ème</sup> effet du plan stratégique de l'UNFPA, les orientations internationales et engagements y afférents et les priorités nationales définies dans la Politique

Nationale du Genre de 2011, le plan quinquennal 2011-2015 et le DSRP 2011-2012. Ces priorités se traduisent par : i) la sous représentativité des femmes aux instances de prises de décisions ; ii) le faible niveau d'application de textes nationaux et internationaux en matière de réduction des inégalités de genre ; iii) la persistance des VBG (91,2% des femmes ayant subi des violences au cours de leur vie) et de la pratique des MGF/E (98,4%).

### **Analyse des besoins**

L'analyse des besoins a été faite sur la base de la revue documentaire (UNDAF, Plan Quinquennal, DSRP et Politique Nationale du Genre). Ce qui a permis l'identification de besoins pertinents axés sur la persistance des inégalités et des VBG.

### **Couverture des besoins**

C'est pourquoi, la promotion des droits des femmes et des filles, la lutte contre toutes les formes de violences et la promotion de l'accélération de l'abandon de la pratique des MGF/E ont été au centre de l'intervention du 7<sup>ème</sup> programme. Par contre, le leadership politique, l'autonomisation des femmes et la promotion du pouvoir économique apparaissent comme des besoins insuffisamment pris en compte.

## **4.2. Réponse à la question d'évaluation 2 - Réactivité /Résultats 7è PP**

Question d'évaluation 2 : De manière dynamique, comment le bureau de 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 ?

- **Quels sont les changements intervenus dans les besoins des bénéficiaires lors de la mise en œuvre du 7<sup>ème</sup> PP ?**

La déclaration formelle de l'épidémie de fièvre virale hémorragique de type Ebola a été faite le 21 mars 2014, par le Ministère de la Santé<sup>6</sup>. Cette épidémie a été l'évènement dominant qui a provoqué d'énormes changements dans les besoins des populations. L'épidémie a sévi dans le pays près de 2 ans et a touché 26 districts sanitaires. Elle a entraîné des cas de mortalité élevés et a profondément marqué la vie des Guinéens. En outre, quelques évènements isolés (inondations, incendies, vagues de froid) ont été enregistrés dans des préfectures comme Kankan, Macenta et Mali. Ils n'ont pas été toujours rapportés. Il a été aussi noté que les interventions (financements et aides) transitent souvent par le SENAH.

- **Quels sont les ajustements des interventions mis en place par le BP par rapport aux changements intervenus dans les besoins des bénéficiaires ?**

L'engagement de l'UNFPA est intervenu dès les premières heures de l'apparition de l'épidémie de la Maladie à virus Ebola<sup>7</sup>. Pour ce faire, le business plan des urgences a été actionné pour permettre au 7<sup>ème</sup> PP d'apporter une réponse prompte. En effet, un plan de contingence est développé chaque année par le Bureau pays. De sorte que, face à l'épidémie, les principales activités ont été mises à jour pour apporter une réponse aux urgences en rapport avec les cibles de l'organisation.

La réactivité du 7<sup>ème</sup> PP a été rendue possible grâce à l'allègement des procédures, au redéploiement des ressources financières du programme dans les zones les plus affectées par la maladie à virus Ebola et au plaidoyer mené ayant permis la mobilisation de **deux millions cinq cent cinquante-cinq mille huit cent quarante-trois (2,555,843.50)<sup>8</sup> dollars** pour la lutte contre la maladie à virus EBOLA.

<sup>6</sup> Ministère de la santé : Plan de réponse à l'épidémie de fièvre hémorragique virale Ebola en Guinée, mars 2014

<sup>7</sup> MASPFE : Réponse aux questions de la Mission permanente de la République de Guinée auprès des Nations Unies, Conakry juin 2016

<sup>8</sup> UNFPA : Contribution UNFPA-Guinée, août 2016

La stratégie d'intervention de l'UNFPA a été bâtie autour de 3 axes : (i) le renforcement de la coordination nationale de lutte ; (ii) le renforcement des interventions au niveau du théâtre des opérations et (iii) le redéploiement du staff de Conakry sur le terrain pour soutenir le personnel local.

- **Quels sont les principaux résultats de la réponse ?**

La réponse, apportée de façon intégrée et concertée avec les autres agences du SNU et partenaires, a tout d'abord consisté au redéploiement des ressources et au plaidoyer pour la mobilisation de ressources financières. Elle a été aussi axée au niveau central sur : i) la participation active à l'amendement et la validation du plan de contingence des Nations Unies en appui au Gouvernement<sup>9</sup> ; ii) la participation aux réunions de concertation/coordination nationale, iii) la mise à disposition d'une expertise internationale (deux épidémiologistes) et iv) l'appui matériel et logistique.

Au niveau du théâtre des opérations, la stratégie de Faire-Faire a été privilégiée à travers la collaboration avec 2 ONG pour l'encadrement et le développement des activités communautaires. Des comités de veille ont été mis en place dans les villages et quartiers des préfectures de Guéckédou, Faranah, Kankan, Macenta et Nzérékoré. Les membres de ces comités et les agents communautaires ont été équipés. Ce qui a fortement contribué à la mobilisation sociale, au suivi des contacts, la sensibilisation et l'engagement communautaire.

L'appui logistique apporté par l'UNFPA dans le cadre de la réponse à Ebola s'est concrétisé par d'importantes acquisitions<sup>10</sup> (**1000 vélos, 120 motos, 9 ambulances, 5 véhicules et des panneaux solaires pour 5 DPS et les DCS de Conakry**), ainsi qu'un ordinateur pour l'unité de surveillance, un véhicule de supervision et 25 Smartphones pour la flotte de communication.

.Au titre de la communication, plusieurs activités sont portées à l'actif de l'UNFPA, dont : i) la participation régulière de deux expertes en communication aux activités de l'unité de communication ; ii) la formation et l'implication de **640 jeunes** dans la mobilisation sociale au niveau national pour lutter contre les résistances sur l'existence de la maladie et les violences communautaires ; iii) la sensibilisation de **424 780** jeunes au niveau de la capitale Conakry sur les modes de prévention et sur la lutte contre les résistances ; iv) l'organisation de **500 causeries éducatives** dans les 33 préfectures ; v) la réalisation de **12 émissions télévisées <<STOP EBOLA>>** en 6 langues nationales avec les communicateurs traditionnels et les personnes guerriers d'Ebola et vi) la mise en place de **132 comités** villageois de veille sanitaire pour faciliter l'engagement communautaire et la mobilisation sociale.

Les répondants de la région forestière ont souligné que la mobilisation sociale et la sensibilisation menées avec l'appui de l'UNFPA ont particulièrement contribué à l'apaisement face aux cas de révolte, violence, résistance sous Ebola, mais aussi à la promotion du retour de la fréquentation des FOSA stigmatisées durant la crise. A Labé, il a été déclaré à la DRS que l'appui à la mobilisation sociale et à la sensibilisation à travers les messages imagés de l'UNFPA (diapositives, affiches, dépliants) a permis de circonscrire la maladie, d'identifier les nouvelles personnes arrivées et de combattre l'épidémie.

La participation de l'UNFPA aux activités de surveillance épidémiologique a permis l'atteinte de résultats concluants, dont<sup>11</sup> :

- **82,79% (8784/10609)** des sujets contacts d'Ebola ont été suivis à travers l'application CommCare dans les Smartphones et ont constitué une base de données de suivi des sujets contacts
- **35%(9/26)** des préfectures touchées par la maladie à virus Ebola ont utilisé l'application CommCare pour le suivi des contacts

---

<sup>9</sup> UNFPA : Reporting \_ For\_ Guinea\_ And\_ Year\_ 2014 , page 16

<sup>10</sup> UNFPA : Contribution UNFPA-Guinée, août 2016

<sup>11</sup> UNFPA : Contribution UNFPA-Guinée, août 2016

- **784 agents** communautaires ont été recrutés et formés pour le suivi des contacts d’Ebola
- **34 structures** sanitaires situées dans les préfectures les plus touchées par la Maladie à virus Ebola ont continué à offrir les soins obstétricaux et néonataux d’urgence

S’agissant des activités de prise en charge psycho sociale des veuves et personnes guéries d’EBOLA, elle a entre autres porté sur la prise en charge de **600 veuves**, la distribution **2000 de kits de dignité** aux personnes guéries d’Ebola et le renforcement des capacités techniques de **120 veuves** sur les techniques de communication et la gestion de microprojets à Kindia et Nzérékoré<sup>12</sup>.

Par ailleurs, la contribution de l’UNFPA a permis la réalisation d’importantes études, à savoir : a) l’étude anthropologique sur les déterminants sociologiques de la perception sociale à la maladie à virus Ebola ; b) l’évaluation rapide de l’impact de la maladie à virus Ebola sur l’utilisation des services de santé en Guinée qui a révélé une tendance générale à la baisse de l’utilisation des services de la SR durant la période de l’épidémie et c) l’étude sur la vulnérabilité des adolescents et jeunes.

- **L’adéquation des ajustements de la réponse UNFPA aux besoins émergents chez les bénéficiaires est-elle assurée ?**

La réponse de l’UNFPA a été en adéquation avec les besoins émergents des partenaires. La prise en compte des principales cibles de l’organisation, notamment les femmes et les jeunes a figuré au centre des stratégies et actions de la riposte. La prévention primaire a été renforcée par la mise en place des kits d’urgences dans les FOSA grâce au stock de médicaments et matériels médicaux rendus disponibles par le 7<sup>ème</sup> PP.

De manière particulière, une série coordonnée d’actions prioritaires a été mise en œuvre dans le domaine de la SR pour prévenir la morbidité et la mortalité par le développement du projet MRU couvrant les trois pays (Guinée, Sierra Leone et Liberia). Dans cette optique, 93 sages-femmes ont été recrutées sous le leadership du Ministère de la Santé, rémunérées par l’UNFPA et affectées dans 34 structures sanitaires frontalières des trois pays afin de maintenir l’offre des services de santé sexuelle et reproductive<sup>13</sup>. L’encadrement de ces personnels de santé a été assuré par le recrutement et la prise en charge de 3 sages-femmes seniors internationales.

La continuité des services de santé sexuelle et reproductive a été donc assurée par la mise à disposition des sages-femmes, l’achat d’équipements, de matériels médicaux et de médicaments (Kits d’urgence). L’intervention a ainsi favorisé la sensibilisation de 38.000 femmes et jeunes filles<sup>14</sup> en âge de procréation sur les bienfaits de la PF. Tandis que la mise à disposition d’un personnel qualifié et la dotation en équipements et kits de qualité ont permis la prise en charge de : i) 108.000 consultations prénatales ; ii) 4.500 accouchements eutociques ; iii) 1.320 accouchements compliqués et iv) 3.300 césariennes.

En termes d’appréciation de la promptitude, la grande majorité des répondants a déclaré que l’UNFPA a été la première organisation à intervenir durant l’épidémie d’Ebola. Selon le MASPFE, l’UNFPA est intervenu dès les premières heures. Pour le CS de Gonia (N’Zérékoré), l’UNFPA a réagi avant toutes les autres institutions à travers la dotation en kits d’hygiène et de protection.

*D’après le DG de la PCG, le camion isotherme mis à disposition par l’UNFPA a été le 1<sup>er</sup> à faire le tour pour distribuer les Kits d’hygiène, le 28 mars 2014.*

- **Quelles ont été les faiblesses de la réactivité ?**

<sup>12</sup> UNFPA : Contribution UNFPA-Guinée, août 2016

<sup>13</sup> UNFPA : Contribution UNFPA-Guinée, août 2016

<sup>14</sup> MASPFE : Réponse aux questions de la Mission permanente de la République de Guinée auprès des Nations Unies, Conakry juin 2016

Le BCR a relevé que la réponse à Ebola s'est associée à une absence d'alternative pour la poursuite des activités du RGPH. Aussi, il a été signalé que le transfert de véhicules de supervision du niveau central (MS) à la coordination Ebola a perturbé la mise en œuvre des activités de supervision par les services centraux vers les services périphériques. Un véhicule également destiné à l'hôpital régional de Kankan a été réorienté à Macenta dans le cadre de la riposte. Des ruptures de stock de certains intrants PF (implants) ont été observées dans certaines FOSA durant la réponse et/ou la période consécutive à Ebola. De même, une chute de la fréquentation des FOSA a été enregistrée en dépit des efforts déployés. Ce qui a conduit à un affaissement des indicateurs SR ainsi que la production des données (DNSF, DPP : données non disponibles depuis la relance post-Ebola).

A N'Zérékoré, les représentants des ONG ont déclaré que les interventions en matière de genre n'ont pas continué durant la période de la réponse à Ebola. La réorientation des fonds vers la lutte contre Ebola a conduit à la perturbation de la réalisation d'activités du programme (Gouvernorat Labé). L'épidémie a affecté les activités de monitoring, d'évaluation et de supervision, même dans les régions faiblement touchées par l'épidémie, comme Labé à l'image d'autres (DRS Labé).

### 4.3a. Réponse à la question d'évaluation 4- Efficacité/Résultats 7è PP

La question d'évaluation 4 invitait les évaluateurs à vérifier « EQ4 : Dans quelle mesure les interventions soutenues par le 7ième programme ont-elles contribué (ou sont susceptibles de contribuer) à atteindre les résultats planifiés ». L'hypothèse émise par les évaluateurs pour y répondre c'est : « les interventions du 7ième Programme de Pays UNFPA/Guinée ont permis d'atteindre les résultats planifiés ». Ladite hypothèse devait être vérifiée par les 7 indicateurs suivants : (1) Association entre les interventions réalisées et l'amélioration de la qualité<sup>15</sup> des services de SSR ; (2) Association entre les interventions réalisées et les progrès dans l'accès à l'information et aux services SSR de qualité (services santé maternelle et néonatale, PF, sécurisation des produits) chez les jeunes et femmes ; (3) Association entre les interventions et l'amélioration de la demande et de l'accès aux services de la santé maternelle et néonatale ; (4) Association entre les interventions et la génération des connaissances et la production des évidences sur les questions émergentes et la SSR chez les jeunes et femmes **particulièrement les plus vulnérables** en appui aux stratégies et plans de développement ; (5) Association entre les interventions et des progrès dans la promotion de l'agenda de la CIPD et la capitalisation du dividende démographique (planification prenant en compte les questions de population dans les secteurs clés, collaboration avec le secteur non gouvernemental, prise en compte des couches de population les plus vulnérables, promotion d'une éducation et d'une santé de qualité chez les jeunes, promotion de l'emploi jeune) ; (6) Association entre les interventions et la prise en compte de l'égalité de genre (—La prise en compte de l'égalité de genre dans l'élaboration des programmes de développement chez les partenaires clé, dont la société civile ; —La réduction des inégalités de genre ; —La lutte contre les VBG/MGF-E) et (7) Association entre les interventions et la gestion des urgences humanitaires (Catastrophes naturelles, Conflits intercommunautaires et sociopolitiques, Choléra, Incendies, Ebola)

#### 4.3a.1. Performance du 7è Programme de pays UNFPA/Guinée sur les produits et les effets

L'analyse de la performance du 7è Programme de pays UNFPA/Guinée a passé en revue les 6 produits visés par le CPAP. L'évolution des indicateurs est décrite, le niveau d'atteinte des cibles planifiées est déterminé et la contribution au niveau des effets est appréciée et les réalisations majeures ayant contribué à cette performance sont rappelées.

##### a. Performance et Réalisations au niveau des produits du programme pays

Sur la base de la planification figurant dans le document du CPAP UNFPA/Guinée 2013-2017, les six (6) produits suivant devaient être atteints :

**Produit PP 1 : D'ici fin 2017, les données fiables relatives à la dynamique de population, la jeunesse, l'égalité de genre et la SSR collectées, analysées, et disséminées auprès des utilisateurs et décideurs ;**

<sup>15</sup> Proposer la définition opérationnelle de la qualité dans le cadre du 7e PP.

Produit PP 2 : D'ici fin 2017, la législation nationale relative à l'égalité de genre, aux droits reproductifs, au VIH/Sida, aux VBG, MGF/C adaptée aux conventions internationales disséminée à travers les structures nationales, les réseaux et les associations féminines ;

Produit PP 3 : D'ici 2017, les capacités nationales des structures sanitaires pour le passage à l'échelle des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) et des fistules renforcées ;

Produit PP 4 : D'ici fin 2017, le système national pour la Sécurisation des Produits de santé Reproductive renforcé (RHCS) ;

-Produit PP 5 : D'ici 2017, les capacités nationales pour des interventions à base communautaire en faveur de la planification familiale renforcées ;

Produit PP 6 : D'ici fin 2017, les services essentiels de Santé sexuelle et reproductive, y compris le VIH/Sida accessibles aux jeunes (y compris les adolescent(e)s) ;

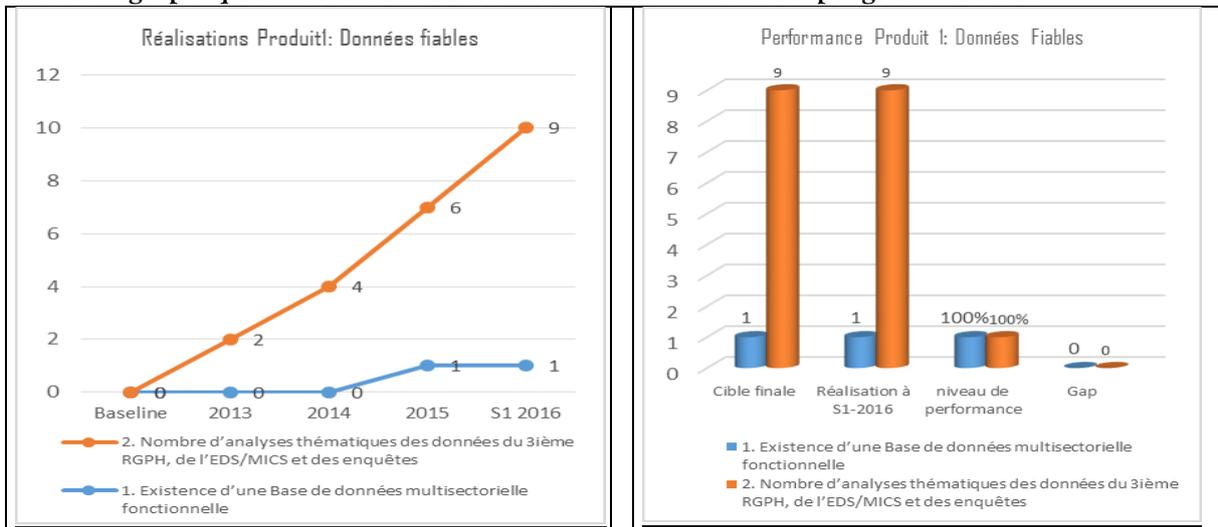
### a.1. Réalisations et performance relatives au produit 1

- Niveau de performance et tendances des progrès :

Le *niveau de performance* a été de 100% pour chacun des deux indicateurs du Produit 1 (PP 1) : « D'ici fin 2017, les données fiables relatives à la dynamique de population, la jeunesse, l'égalité de genre et la SSR collectées, analysées, et disséminés auprès des utilisateurs et décideurs », du moins, quantitativement. Les cibles des deux indicateurs suivis soient : « 1. Existence d'une Base de données multisectorielle fonctionnelle » (Cible : 1) ; et « 2. Nombre d'analyses thématiques des données du 3<sup>ème</sup> RGPH, de l'EDS/MICS et des enquêtes » (Cible : 9) ont été numériquement atteintes à hauteur de 1/1 depuis 2015 pour le 1<sup>er</sup> et de 9/9 depuis le semestre 1, 2016 pour le 2<sup>ème</sup>. (cf. graphique 4.1a et 4.1b).

Les *progrès* ont été ascendants, d'une part ponctuels et d'autre part continus. Concernant l'indicateur 1, le progrès s'est matérialisé en 2015. Quant à l'indicateur 2 les progrès ont été ascendants passant de 0, à 2, 4, 6 et 9 respectivement entre la base de références, 2013, 2014, 2015 et 2016.

Les deux graphiques ci-dessous illustrent les réalisations et les progrès ci-dessus.



Graphique 4.1a : Réalisations concernant le Produit 1

Graphique 4.1b : Performance concernant le Produit 1

L'*appréciation qualitative* permet de relever que la disponibilité et la fiabilité des données ne sont pas suffisantes. De fait, concernant la disponibilité des données, il y a des sources de données sectorielles inopérantes (ex : SNIS), la plateforme intersectorielle est embryonnaire et le partage de l'information est insuffisant. Plusieurs fonctionnalités de la base des données sont à opérationnaliser dont la production des

bulletins trimestriels. Le renseignement par les administrations sources est déficitaire. L'accès de la base n'est pas encore acquis à tous les utilisateurs prenant part à la planification et à l'action pour le développement parmi lesquels le secteur privé et les universités. La diffusion des résultats d'études approfondies à partir des données du RGPH et des enquêtes attendus de la Direction Nationale de la Population et Développement est déficitaire. Le manque de ressources humaines et financières aux niveaux des services régional et préfectoral de la planification et de la statistique reste un obstacle majeur.

Au sujet de la qualité des données, elle a été mitigée. D'une part, grâce aux analyses thématiques structurées et diverses études reposant sur une méthodologie revue et des résultats validés, les données générées par le 7<sup>e</sup> PP sont de qualité notable. De telles activités comprennent la collecte et l'analyse des données de l'état-civil, des données des RMA des DPS et HP. Lesdites activités ont permis de déterminer des indicateurs importants. Ainsi, des indicateurs utiles ont été renseignés tels : la couverture des événements démographiques (taux d'enregistrement des naissances (41% en 2014) et des décès (2.6%) pour la période 2012-2013 ; le recul de l'utilisation des services de santé durant l'épidémie à virus Ebola (étude sur l'impact de la maladie à virus de Ebola sur l'utilisation des services de santé). D'autre part, selon les parties prenantes, le RGPH3 a souffert d'un déficit qualitatif et quantitatif d'expertise en démographie, sociologie et statistiques. Les résultats dudit RGPH sont contestés par l'opinion, y compris la presse et des experts (démographes/statisticiens) entre autres. La défiance de l'opinion vis-à-vis du RGPH3 repose sur les considérations suivantes relatives aux résultats, lesquelles sont reprises par la presse (articles de Guinée matin du 28 oct. 2014<sup>16</sup> et Guinée58.com du 5 février 2016<sup>17</sup>): (1) la discordance avec les tendances démarquées par les 2 RGPH antérieurs (1983 et 1996) ; (2) incohérence entre le rapport de l'INS et la publication officielle subséquente ; (3) incohérence avec les données du fichier électoral de 2013 ; (4) incohérence avec les effectifs démographiques rencontrés par divers programmes nationaux dont le PEV ; (5) incohérence avec les projections démographiques faites par le SNU qui anticipaient un effectif de population si situant à environ 12 millions, plutôt que les 10,5 millions déclarés ; (6) l'absence d'enquête post-censitaire.

Les programmes nationaux, dont le programme élargi de vaccination (PEV), qui utilisent les données officielles du Recensement n'arrivent pas à réconcilier les prévisions démographiques dérivées du RGPH3 et la réalité rencontrée sur le terrain durant la mise en œuvre ; d'où des inadéquations entre les intrants et les effectifs des groupes-cibles.

- **Réalisations ayant contribué à la performance observée sur le produit 1:**

Selon la planification, les activités clés de collecte, d'analyse et de dissémination des données devaient contribuer à la réalisation de ce produit.

(1) **La collecte et le traitement des données ont porté sur les indicateurs de population, de la situation des jeunes, de l'égalité de genre et de la SSR à travers :**

- (a) Le renforcement des capacités pour la collecte chez les cadres statisticiens et démographes à la collecte et l'exploitation des données de recensement et d'enquête sur support digitalisées ou non ; à l'analyse des données démographiques et sanitaires. Cette réalisation a bénéficié à 34 cadres de l'INS, 14 du BCR ; 3 lauréats de l'IFORD/Yaoundé-2014 et 3 et 2 de l'INSEA/Dakar 2013 et 2014 respectivement, et des cadres du MPCCI ;
- (b) La collecte des données du 3<sup>e</sup> RGPH en 2014;
- (c) Le soutien à la mise en œuvre de plusieurs études sur les 3 composantes du programme dont (1) l'étude sur la vulnérabilité des adolescents en Guinée, afin de mieux outiller les décideurs et chargés de

---

<sup>16</sup> [Guineematin](http://www.guineematin.com) ; « [Recensement Général de la Population et de l'Habitat : Décryptage d'une supercherie](#) », [www.guineematin.com](http://www.guineematin.com); Oct. 28, 2014

<sup>17</sup> [guinee58.com](http://www.guinee58.com); « Recensement 2014 Guinée : une explosion démographique régionalement sélective », <http://www.guinee58.com>, février 2016

programme de développement jeune et l'Évaluation des besoins en soins obstétricaux et néonataux d'urgence en République de Guinée (UNFPA,OMS, UNICEF, 2013)

**(2) Appui à l'analyse des données a porté sur :**

- (a) Le traitement et la tabulation des données RGPH révélant différents indicateurs sociodémographiques
- (b) L'exploitation des sources administratives et des rapports d'études disponibles permettant d'analyser la vulnérabilité des femmes et des jeunes, les VBG, la pauvreté et les inégalités, la situation de la SSR);
- (c) La mise en place d'un système permanent d'exploitation et de publication des statistiques d'État Civil 2014-2016.

**(3) Appui à la dissémination des données auprès des utilisateurs et décideurs a inclus :**

- (a) La mise en place de 3 bases de données dont celle sociodémographique de la région de Kankan et les bases de données sectorielles du MASPFE et du MJEJ;
- (b) La mise en place de logiciels d'intégration, d'analyse et de partage d'indicateurs sectoriels de développement : DevInfo et CsPro au MPCCI et di-Monitoring au MASPFE,
- (c) L'appui de l'UNFPA à l'élaboration de la vision prospective « Guinée Vision 2040 » (consultants et soutien à l'organisation de l'atelier national de restitution pour la prise en compte des questions relatives au dividende démographique dans ledit document ;
- (d) L'appui de l'UNFPA à la réalisation de la cinquième enquête à Indicateurs multiples (MICS, 2016) ;
- (e) Le plaidoyer auprès des hautes autorités de Guinée pour la prise en compte des jeunes et des handicapés dans la gestion des urgences.
- (f) La publication des résultats du RGPH3 par le Ministre du Plan de Guinée par arrêté du N°3015/MP/SG/CC/2014 du 2 Mai 2014.

. Des problèmes de ressources additionnelles sont survenus avec les longs délais de mise en œuvre des activités du recensement général et de l'habitation. En somme, selon les données des rapports annuels UNFPA et des interviews des acteurs, la mise en œuvre des activités clés censées conduire à la réalisation complète, qualitative et quantitative du produit 1 est encore partielle. L'EDS reste attendue en 2017, la dissémination du RGPH est incomplète, compte tenu de la non disponibilité des résultats d'études approfondies à partir des données du RGPH et des enquêtes, toujours attendus de la Direction Nationale de la Population et Développement ; les capacités restent à développer dans différents secteurs en vue de l'intégration satisfaisante des questions de population dans les plans et programmes nationaux ; le renforcement du système national de gestion de l'information reste largement à compléter.

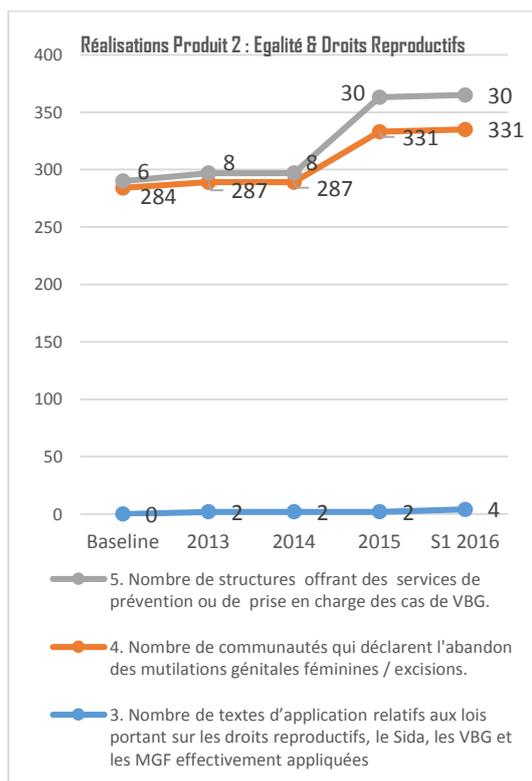
**a.2. Performance et Réalisations relatives au produit 2**

• **Niveau de performance et tendances des progrès :**

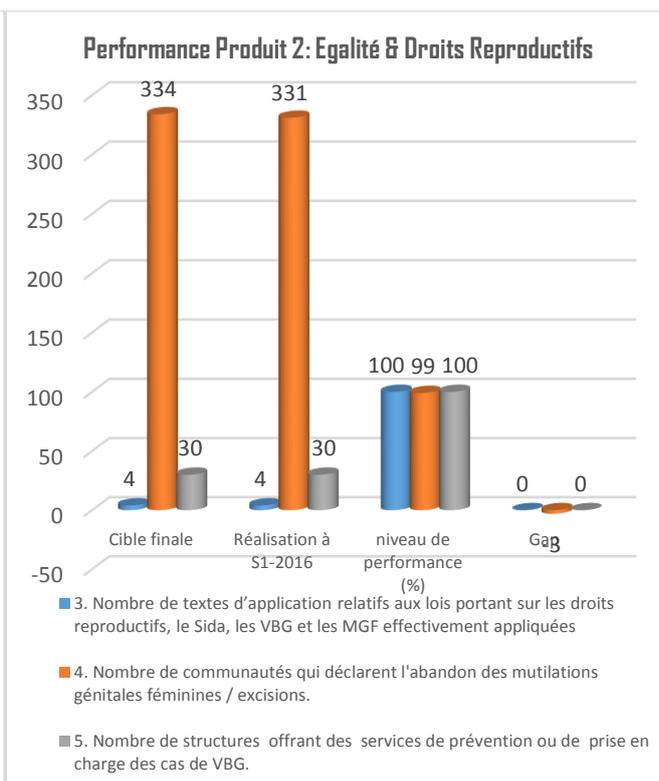
*Le niveau de performance quantitative s'est situé dans l'intervalle [99,1% à 100%] pour les 3 indicateurs du Produit 2 (PP 2) : «D'ici fin 2017, la législation nationale relative à l'égalité de genre, aux droits reproductifs, au VIH/Sida, aux VBG, MGF/C adaptée aux conventions internationales disséminée à travers les structure ». En effet, les niveaux de réalisation des cibles des trois indicateurs ont respectivement été de :*

*4/4 (100%) pour l'indicateur : « 3. Nombre de textes d'application relatifs aux lois portant sur les droits reproductifs, le Sida, les VBG et les MGF effectivement appliquées (cible4)» ; puis de*

*331/334 (99%) pour l'indicateur « 4. Nombre de communautés qui déclarent l'abandon des mutilations génitales féminines / excisions (cible : 334) » ; et enfin de 30/30 (100%) pour l'indicateur « 5. Nombre de structures offrant des services de prévention ou de prise en charge des cas de VBG. » (Cible : 30). Dans le CPAP, la cible est de 10. Une augmentation de 20 a été faite sur la base des besoins émergents à la suite de : (a) la Revue à mi-parcours de l'UNDAF (RMP), (b) l'évaluation de l'utilisation des services dans le contexte d'Ebola et (c) l'initiative de consolidation Paix. Les 30 structures regroupent à la fois des centres de PEC et des cellules VBG offrant des services de sécurité/judiciaires en faveur des victimes. Les deux graphiques ci-dessous illustrent les réalisations et les progrès ci-dessus.*



Graphique 4.2a : Réalisations concernant le Produit 2



Graphique 4.2b : Performance concernant le Produit 2

**L'appréciation qualitative** de la performance et des réalisations relatives au Produit 2 (PP 2) : « D'ici fin 2017, la législation nationale relative à l'égalité de genre, aux droits reproductifs, au VIH/Sida, aux VBG, MGF/C adaptée aux conventions internationales disséminée à travers les structures » révèle une situation mitigée. Les données d'interviews des acteurs et les rapports d'activités montrent que les éléments qualitatifs de forme, tel l'adaptation effective aux conventions internationales, ainsi que la dissémination des textes depuis les administrations centrales jusqu'à la périphérie, y compris au niveau de la société civile sont notables à l'image des résultats quantitatifs qui sont impressionnants. De fait, la vulgarisation institutionnelle a couvert tous les départements ministériels clés (jeunesse, santé, social, éducation, plan). La vulgarisation territoriale et communautaire a pareillement été extensive, couvrant toutes les 11 préfectures du 7<sup>e</sup> PP et 6750 communautés. Cependant, la question de la pertinence desdits indicateurs se pose, d'autant que leur formulation n'intègre pas le principe de qualité pour induire l'attractivité et l'acceptabilité par les parties prenantes et les bénéficiaires. De fait, il n'y a pas un lien suffisant de causalité entre l'achèvement des cibles desdits indicateurs et les mutations sociales et comportementales nécessaires. Ainsi, la déclaration d'abandon par les communautés, l'adaptation et la vulgarisation des lois sur l'égalité et les droits reproductifs, l'augmentation des structures de prestation sur les VBG ne s'associent pas à un recul desdites violences. Les interviews des parties prenantes et bénéficiaires, la documentation compulsée dont le rapport de revue RMP\_UNDAF2015 ont évoqué les ressorts de résistance aux changements ; dont les mécanismes de contournement de l'application des textes répressifs. A ce titre l'on peut citer : les « arrangements entre familles ou à l'intérieur de la famille » ; la non déclaration des viols pour éviter la stigmatisation par la communauté y associée ; la dissimulation des MGF pour maintenir les croyances, tabous et gains substantiels associés (50.000FGN/l'excision). Les actions de communication et de plaidoyer auprès des parties prenantes n'ont ni été soutenues sur la durée, ni bénéficié d'un mécanisme de suivi correctif. Les campagnes ponctuelles ont été privilégiées ; dont l'apport au long processus de changement social et comportemental est infime.

- **Réalisations ayant contribué à la performance observée sur le produit 2:**

La planification au niveau du CPD a anticipé que 5 activités clés devaient permettre de contribuer à la réalisation du produit 2 sur l'égalité et les droits reproductifs. Par action des activités pertinentes déployées, assez contributives vis-à-vis de la performance observée sur le produit sont citées ci-après :

**(1) La création d'un environnement institutionnel, législatif et réglementaire porteur d'égalité et d'équité ;**

(a) **le plaidoyer et la communication intensifs ont été mis en œuvre dans le cadre de plusieurs campagnes auprès des décideurs et sur les médias (radio/TV) pour lutter contre les mariages et les grossesses précoces, rendre l'environnement juridique et social favorable à l'égalité du genre, sur l'équité et l'égalité du genre et la lutte contre les VBG.**

**(2) La promotion des droits et de l'équité en matière de santé de la reproduction et (3) La lutte contre les violences basées sur le genre ont compris :**

(a) **Le développement d'interventions en faveur de l'abandon des VBG.** Ce dernier a comporté la mise en œuvre de mesures de renforcement de l'application des lois, y compris : la reconversion des exciseuses, la médicalisation puis la démedicalisation des MGF, l'approche communautaire basée sur les droits humains, l'approche d'écoute et de dialogue, la répression des auteurs des cas de MGF. Ces stratégies ont reposé sur diverses activités, parmi lesquelles :

(i) *Le renforcement des capacités sur la promotion du Genre (thématiques, selon les besoins : Situation Juridique de la femme en Guinée, lutte contre les VBG, Droits et Santé Reproductive des femmes et VIH, Procédures opérationnelles standards, le leadership pour la paix, le plaidoyer pour la représentativité politique des jeune et femmes) en faveur de 2087 acteurs. Il s'est agi de 1500 agents communautaires, 152 personnels de santé (sages-femmes, médecins, gynécologues, infirmiers, matrones) des régions de Labé, Kankan et Boké (2013); 25 cadres des services judiciaires (5 juges, 10 officiers de police judiciaire de la police nationale et 10 officiers de police judiciaire de la Gendarmerie Nationale) et 400 jeunes (filles et garçons) et femmes leaders des formations politiques de la mouvance présidentielle et de l'opposition des huit (08) régions administratives.*

(ii) *L'éducation et l'autonomisation en 2016, de 44 communautés vers la décision d'abandon des VBG à travers la mise en place d'un processus d'accompagnement des communautés dans la décision/déclaration d'abandon des MGF/E ;*

(b) **L'offre de services légaux et sanitaires aux victimes à travers :** (i) la prise en charge des survivants de VBG dans les vingt (20) centres de prises en charges médicales, dont 2 à Conakry, 1 à Labé, Kankan, Kamsar et Nzérékoré) et (ii) le suivi administratif et judiciaire par les 10 cellules de lutte contre les VBG au niveau des services de sécurité.

(4) *L'implication des hommes dans les programmes de santé de la reproduction à travers l'engagement des hommes et des garçons dans la promotion de l'égalité de genre et des droits reproductifs à travers des initiatives comme « l'école des maris » et le plaidoyer auprès des leaders/décideurs ;*

(5) *Le renforcement des capacités.*

(a) **Le renforcement des capacités nationales à la mise en œuvre des accords internationaux, de la législation nationale et des politiques de promotion et de protection des droits humains et égalité genre et pour la prévention des VBG.** L'on relèvera dans ce registre :

(i) *L'appui à la participation de deux cadres de la DNPPFG à la 57<sup>ième</sup> session sur le statut de la femme à New York en 2013;*

(ii) *La participation de deux cadres du MASPFE à la 60<sup>ème</sup> Session des Nations Unies sur la Condition de la Femme à New York, en mars 2016 ;*

(iii) *La mise en place d'un arsenal juridique facilitant y compris : le Code de l'enfant adopté qui définit et punit la Mutilation Génitale (articles 405 à 410) ; la loi L /010/2000 du 10 juillet 2000 portant Santé de la Reproduction en République de Guinée qui interdit toute forme de violences y compris l'excision (article 13);*

(iv) Le renforcement de capacités institutionnelles et à travers –la formation de 20 cadres provenant des Départements en charge de la santé, de la Sécurité, des Affaires sociales sur l'implication des hommes et des garçons sur la SSR et d'équité de genre ; de 40 prestataires de santé, Officiers de Police Judiciaire, magistrats et Animateurs d'ONG et Assistants sociaux en élaboration de guides régionaux de prise en charge des VBG des régions de Labé et Kankan et –la dotation de 30 centres/unité VBG en matériel informatique et 2 centres pilotes pour les données VBG à Kankan et Labé ;

(b) **Le développement des capacités nationales en matière d'implémentation de programmes de lutte contre les VBG** à travers la formation de 600 femmes, de 30 pairs éducateurs (femmes et jeunes), 49 femmes militaires dans les thématiques respectivement pertinentes (AGR, prévention des conflits et VBG dans 10 préfectures, la promotion de la paix et cohésion nationale durable, droit et leadership pour l'élimination des VBG dans l'armée. Et dotation en équipements bureautiques et informatiques de 5 cellules de gendarmerie et de police en charge de la prévention et de prise en charge des VBG.

(i) *la contribution à la consolidation de la paix et la cohésion sociale, impliquant des femmes et des jeunes dans les zones à haut risque d'instabilité* à travers le renforcement des capacités de :

- 600 femmes des groupements féminins et 692 femmes guéries des FO en activités génératrices de revenus dans le domaine de l'assainissement et en techniques de prévention de conflits et des VBG dans les 10 préfectures;
- 300 jeunes filles et femmes (formation et accompagnement) dans la création d'activités génératrices de revenus dans les filières de la couture, teinture, saponification, restauration, art culinaire, pâtisserie et agroalimentaire. Ici les CAPF et les filles bénéficiaires, selon l'activité ont reçu : 75 machines à coudre ; 6 machines à surfiler, 18 tables de coupe et de repassage, 04 fer à repasser, 12 congélateurs, 4 moulinettes à jus, 6 cafetières, 8 extracteurs à pulpe, 20 moule à pâtisserie, 12 moules à savon, 4 cuisinières, 4 micro-onde, 30 tables de cuisine, 26 marmites, 40 casseroles, 306 assiettes, 160 seaux en plastique, 80 bols en aluminium, 46 bassines, 8 séchoirs, 40 futs en plastique, 40 paires de gants, divers autres petits outils ainsi que des intrants ( tissus, farine, huile, soude caustique, ingrédient pour les sauces et les solutions de teinture).
- 30 pairs éducateurs femmes et jeunes provenant de Conakry et des préfectures à risque de conflits sur les techniques de sensibilisation sur la citoyenneté, la culture de la paix et la cohésion nationale pour maintenir la paix de manière durable ;
- 49 femmes militaires de rang en leadership, droits humains, genre pour l'élimination de la discrimination et la violence au sein de l'armée ;
- 5 cellules de gendarmerie et de police par la dotation en équipements bureautiques et informatiques pour la prévention et la prise en charge des VBGs.

A la suite de ces différentes activités, l'on a noté l'augmentation de la déclaration des viols (373 cas de viols ont été enregistrés dans les statistiques du Ministère de la Sécurité et de la Protection Civile) sur la période 2014-2016. Les interviews et FGD des acteurs et bénéficiaires ont confirmé ledit progrès.

### **a.3. Performance et Réalisations relatives au produit 3**

- **Niveau de performance et tendances des progrès :**

Un intervalle de performance de [26% à 81 %], a été observé pour les 3 indicateurs du Produit 3 (PP 3) : « D'ici 2017, les capacités nationales des structures sanitaires pour le passage à l'échelle des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) et des fistules renforcées », au plan quantitatif. Les cibles des quatre indicateurs suivis ont été respectivement réalisées à hauteur de :

61 /75 Soit 81% pour la « 6. Proportion (%) de femmes enceintes ayant effectué quatre consultations prénatales dont une au 9eme mois » ;

126 /215 Soit 59% pour le « 7.1. Nombre de structures de santé offrant : SONUB

(cible : 215 ; cible initiale 200 ; rajout de 15 pour la réponse à Ebola : DS Guekedou, Yomou, Forécariah, Kindia) » ;

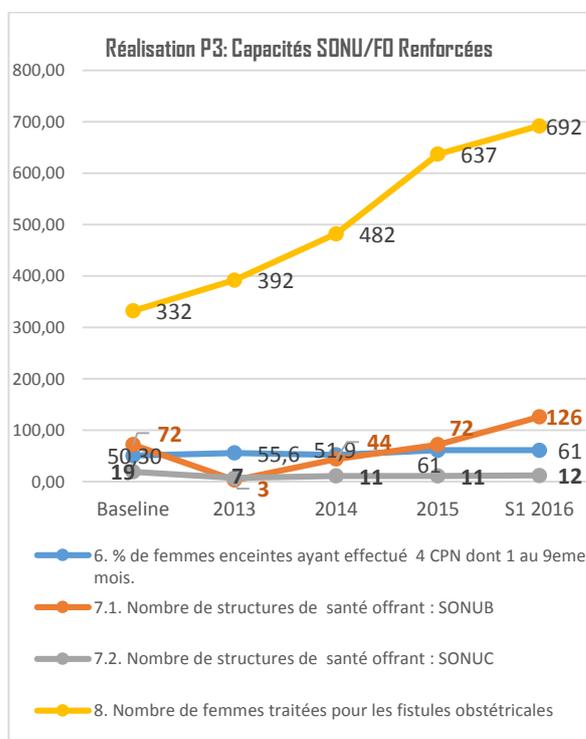
12 /47 Soit 26% pour le « 7.2. Nombre de structures de santé offrant : SONUC (cible : 47) » ; et

692 /1000 69% quant au « 8. Nombre de femmes traitées pour les fistules obstétricales »

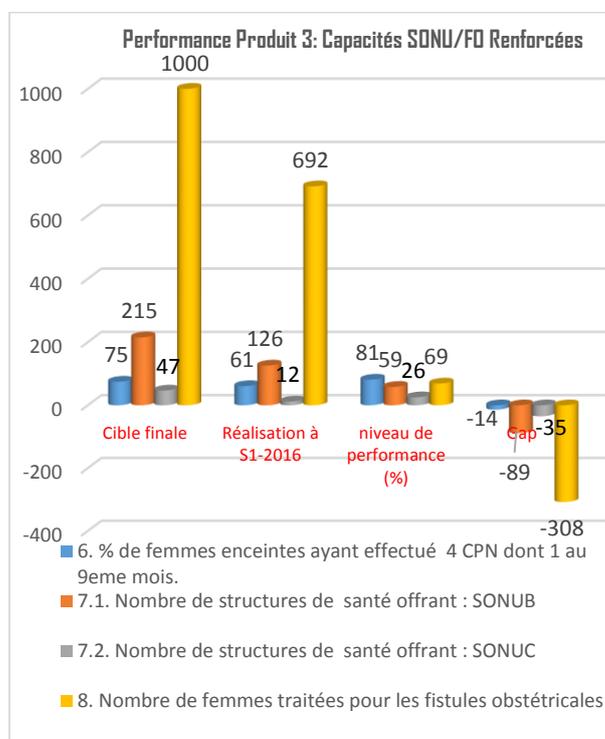
**Les progrès** ont été moyens, dans un cas irrégulier (indicateur 6) mais davantage croissants dans l'ensemble.

- Concernant l'indicateur 6 : l'on est passé de 50,3% en baseline, à 55,6% ; 51,9% ; 61% et 61% respectivement en 2013, 2014, 2015 et 2016 par rapport aux nombres de FEC observant les 4 CPN (cf graphique 4.3a). La baisse en 2014 est imputable à la survenue d'Ebola, associée à la méfiance envers les FOSA. La reprise lente en 2015 et 2016 est due aux efforts déployés pour améliorer la fréquentation des services de santé (campagnes PBF, recrutement de sages-femmes, CCC...)
- Relativement à l'indicateur 7.1. la séquence observé est 72 (baseline) ; 3 (2013) ; 44 (2014) ; 72 (2015) et 126 (2016) pour un déficit de performance de 74 structures non capacités en SONUB. La performance de cet indicateur a dû attendre la mise en place des intrants (dont notamment la ventouse et le renforcement des capacités du personnel pour s'inscrire dans le progrès. L'effectif de 126 au semestre 1 de 2016, comprend 15 FOSA situées en dehors de la zone de programme, mais incluses dans le cadre des 34 FOSA MRU en tant que zones affectées par Ebola.
- Au sujet de l'indicateur 7.2. le nombre structure offrant les SONUC est passé de 19 en baseline à 7 ; 11 ; 11 et 12 en 2013, 2014, 2015 et 2016 respectivement pour un déficit de 35 prévues mais non renforcées.
- Enfin, quant à l'indicateur 8, l'on a observé l'évolution suivante : 332 en baseline ; 392 en 2013 ; 482 en 2014 ; 637 en 2015 et 692 en 2016. Le gap enregistré est de 308 prévues qui n'ont pas été traitées pour les fistules obstétricales.

Les deux graphiques ci-dessous illustrent les réalisations et les progrès ci-dessus.



**Graphique 4.3a** : Réalisations concernant le Produit 3



**Graphique 4.3b** : Performance concernant le Produit 3

*L'appréciation qualitative des progrès sur le produit 3 du 7<sup>e</sup> CPAP* indique une situation contrastée entre des déterminants facilitant et des entraves. Concernant les déterminants facilitant l'on note que *les capacités* ont été renforcées en termes de :

- (a) Ressources humaines compétentes : formation des personnels des maternités (72 médecins, 140 sages-femmes, parmi lesquelles 70 contractualisées)
- (b) Plateau technique adéquat : et de mise à disposition d'équipements, de médicaments, de consommables et de moyen logistique (07 ambulances).
- (c) Disponibilité des médicaments : les ruptures de stock des médicaments sauvant la vie se sont raréfiées selon les données d'interview, d'observation/inventaire et documentaires,
- (d) Accessibilité des services : la gratuité a été instaurée et est notifiée par affichage à l'entrée des formations sanitaires SONU.
- (e) Satisfaction des parties prenantes et des bénéficiaires : Les autorités administratives, les autorités sanitaires les partenaires au développement, les autres agences du Système des Nations Unies, les animateurs communautaires et les populations bénéficiaires ont déclaré leur satisfaction globale par rapport à l'importante de l'amélioration de la disponibilité, de la qualité et de l'accessibilité des soins.
- (f) Contribution à la prévenir des cas potentiels de mortalité maternelle. Selon les registres des hôpitaux et les interviews des personnels de santé, les femmes résidentes des localités sièges des hôpitaux de district et régionaux et celles ayant eu accès au transport par ambulance depuis des localités enclavées ont pu arriver à temps et être prises en charge correctement pour urgences obstétricales.

Cependant, diverses limites ont entravé la performance sur les indicateurs du produit 3. L'on relève que :

- (a) Les capacités en prise en charge des urgences pédiatriques n'ont pas été suffisamment prises en compte, l'expertise en matière d'urgence pédiatrique/néonatale est rare, de l'avis des participants aux entretiens. A l'image de Kankan et Macenta, les hôpitaux préfectoraux et régionaux sont déficitaires à cet égard. L'analyse des décès maternels a montré certaines incompétences chez le personnel dont la non maîtrise de l'utilisation d'équipements, de médicaments clés et du suivi des paramètres.
- (b) Il subsiste quelques cas de ruptures de stock de médicaments d'urgence comme la Kétamine ou la non maîtrise de l'utilisation de certains produits tel le lactate de Ringer, selon les interviews.
- (c) Certains équipements clés (tables d'accouchement, pelvimètre, plaque chauffante, appareil d'anesthésie...) ne sont pas en usage pour diverses causes (manque, panne, absence de source d'énergie, incompétence à l'utilisation).
- (d) Le transport des urgences obstétricales est entravé par l'enclavement et les frais d'ambulance exigés par les hôpitaux.
- (e) La loi en vigueur favorise encore les accouchements hors FOSA. L'insuffisance du personnel qualifié et le recours à des stagiaires au revenu faible limitent la quantité des prestations et compromettent la gratuité.
- (f) L'accès au traitement chez les survivantes des fistules est limité par la stratégie de traitement sporadique et les insuffisances dans la mobilisation et la référence. Ainsi, l'effectif cumulé des opérations de fistules (692) au Semestre 1, 2016 ne traduit pas un véritable passage à l'échelle par rapport à une cible fixée à 1000. Il est important de noter que 100 femmes guéries de fistules obstétricales ont bénéficié d'un appui technique et financier pour développer des AGR afin de faciliter leur autonomisation, intégration et amélioration de leur condition de vie.

### **Réalisations ayant contribué à la performance observée sur le produit 3:**

**Sur la base des prévisions du CPD et du CPAP, le Produit 3 devait être atteint à travers :** (a) l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan national pour le passage à l'échelle des interventions à haut impact dans les domaines de la santé maternelle et néonatale, avec un accent sur les soins obstétricaux de base au niveau périphérique et des soins complets dans les structures de référence ; (b) la promotion de l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive à travers la participation communautaire par le renforcement des mutuelles de santé; (c) la prévention et le traitement de la fistule obstétricale, et (d) le renforcement de capacité des

trois écoles de formation de sages-femmes à travers l'institutionnalisation des soins obstétricaux dans les curricula de formation

- (1) l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan national pour le passage à l'échelle des interventions à haut impact dans les domaines de la santé maternelle et néonatale, avec un accent sur les soins obstétricaux de base au niveau périphérique et des soins complets dans les structures de référence :
  - (a) L'élaboration de la Politique Nationale de santé 2014-2023, du PNDS 2015-2024,
  - (b) L'alignement du 7<sup>e</sup> PP sur le Programme national de Santé de la Reproduction (2011-2020) et les priorités en la matière intégrées dans le document UNDAF 2013-2017.
  - (c) Intégration des priorités nationales dans les PTA de la composante SR d'une part.
  - (d) Déploiement d'interventions à haut impact dont :
    - La mise en place des SONUC dans 12 hôpitaux et des SONUB dans 126 Centres de santé ; avec fourniture de kits complets, y compris des technologies de pointe (doppler, appareil d'anesthésie, ventouse, pelvimètre, cardiotocographe) ; et, répétitivement, de 2500 kits des 10 médicaments sauvant la vie;
    - La dotation des FOSA en 140 sages-femmes,
    - La fourniture du kit des 10 médicaments sauvant la vie ;
    - Le renforcement du plateau technique des HR, HP et CS en matière de SMNN ;
    - La dotation en logistique de transport : 07 ambulances et 30 motos pour les urgences obstétricales au niveau des FOSA. 03 véhicules 4x4 pour la supervision des niveaux central et régional ;
    - L'appui à l'acheminement des produits de SR (2 camions isothermes mis à disposition).[transférer vers PP4] ;
    - La mise en place de 1500 ASC formés, équipés (kits de soins, vélos, kits de protection) et supervisés, pour le dépistage et la référence des urgences obstétricales ou de FO ;
    - La sensibilisation et la communication pour dépistage et à la référence des urgences obstétricales ou de FO. ;
    - Le recrutement de 93 sages-femmes sous contrat UNFPA dans le cadre du projet MRU, pour 34 FOSA aux frontières avec la Sierra Leone et le Liberia afin de maintenir l'offre des services de SSR, avec l'encadrement de 3 sages-femmes seniors internationales contractualisée ad hoc ; ● La prise en charge de : i) 108.000 consultations prénatales ; ii) 4.500 accouchements eutociques ; iii) 1.320 accouchements compliqués et iv) 3.300 césariennes.
- (2) *la promotion de l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive à travers la participation communautaire par le renforcement des mutuelles de santé n'a pas été mise en œuvre.*
- (3) *La prévention et le traitement de la fistule obstétricale* : Cette intervention a été passablement réalisée, limitée par diverse obstacles et choix stratégiques
  - (a) La prévention a inclus :
    - la sensibilisation médiatique (annonce et passages de spécialistes et professionnels sur les antennes des médias) et communautaire (causeries organisées par 1500 ASC formés) contre les grossesses à risque ;
    - la formation des personnels de santé de 88 CS et 11 hôpitaux préfectoraux en matière de gestion des accouchements à risque :
    - l'équipement des formations sanitaires en intrants pour la prise en charge efficace des grossesses à risque de FO ;
    - La prévention a été déficitaire par l'absence d'un effort d'amélioration du cadre juridique relatif aux facteurs de risque (la pratique de l'accouchement en dehors des FOSA, vecteurs sociaux des grossesses à risque). Le cadre actuel autorise l'accouchement, y compris en dehors des FOSA, **dès qu'une sage-femme est impliquée**. De même, les mariages précoces sont tolérés, impliquant des filles trop jeunes à l'anatomie vulnérable à la survenue des FO;
  - (b) Le renforcement du traitement des FO et de l'autonomisation des femmes survivantes des FO par :

- La formation du personnel (72 médecins, 140 sages-femmes, parmi lesquelles 70 contractualisées) ;
- L'équipement de 3 hôpitaux régionaux (Kankan, Nzérékoré, Labé) en matière de PEC des FO ;
- L'amélioration de l'accessibilité par la gratuité déclarée par des affiches dans les FOSA ; ● L'appui technique et financier pour développer des AGR en faveur de 100 femmes guéries des FO, afin de faciliter leur autonomisation, intégration et amélioration de leur condition de vie. ● Les limites au traitement des FO ont été les insuffisances en matière d'information, d'identification, de mobilisation des cas et d'utilisation du service du traitement des FO. Les facteurs en sont : la faible couverture de la recherche des cas, la rareté de l'expertise gynécologique, l'option pour des campagnes ponctuelles de PEC des FO, les longs déplacements coûteux pour les potentiels bénéficiaires, le faible accès aux médias à l'intérieur du pays, l'inadéquation du relais entre les communautés, les patientes et les hôpitaux, la survenue de l'épidémie à virus Ebola.

(4) *Le renforcement de capacité des trois écoles de formation de sages-femmes à travers l'institutionnalisation des soins obstétricaux dans les curricula de formation, implémenté au-delà des prévisions (4/3) de par : la mise en place de matériels, d'équipements SONU et du dispositif minimum d'urgence dans 4 écoles de santé et leurs sites de stage dans les 11 préfectures cibles au lieu des 3 prévues.*

#### **a.4. Performance et Réalisations relatives au produit 4**

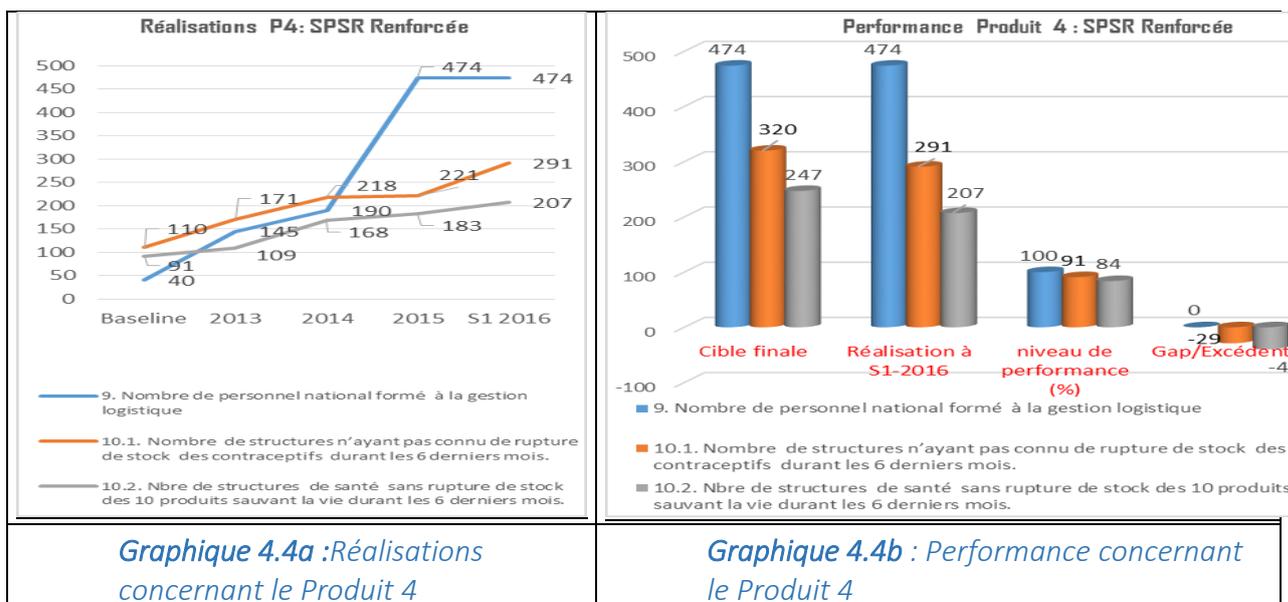
- **Niveau de performance et tendances des progrès :**

*L'on a observé un intervalle de performance de [84% à 100%] soit au voisinage de l'atteinte de l'ensemble des cibles du Produit 4 (PP 4) : «D'ici fin 2017, le système national pour la Sécurisation des Produits de santé Reproductive renforcé (RHCS)», au plan quantitatif. Les cibles des trois indicateurs suivis ont été respectivement réalisées à hauteur de :*

|            |             |  |
|------------|-------------|--|
| <i>474</i> | <i>/474</i> | <i>Soit 100% pour la « 9. Nombre de personnel national formé à la gestion logistique (cible : 474) ». Initialement la cible était de 150. L'augmentation de 324 porte extension de l'appui logistique à l'ensemble des FOSA du pays en vue de la prévention/réponse Ebola) » ;</i> |
| <i>291</i> | <i>/320</i> | <i>Soit 91% pour le « 10.1. Nombre de structures n'ayant pas connu de rupture de stock des contraceptifs durant les six derniers mois. (cible : 320) » ;</i>   |
| <i>207</i> | <i>/247</i> | <i>Soit 84% pour le « 10.2. Nombre de structures de santé n'ayant pas connu de rupture de stock de plus des 10 produits sauvant la vie au cours des six derniers mois. (cible : 247)».</i>   |

*Les progrès* ont été généralement ascendants entre la baseline et le semestre 1 de 2016 (cf. graphique 4.4a).

- A propos l'indicateur 9 : l'évolution du *Nombre de personnel national formé à la gestion logistique* est passée de 40 en baseline, à 145 ; 190 ; 474 et 474 respectivement en 2013, 2014, 2015 et 2016.
- En rapport à l'indicateur 10.1. : la séquence observé est 110 (baseline) ; 171 (2013) ; 218 (2014) ; 221 (2015) et 291 (2016) pour un déficit de performance de 29 *structures qui auraient dû n'avoir pas connu de rupture de stock des contraceptifs durant les six derniers mois. Les deux graphiques ci-dessous illustrent les réalisations et les progrès ci-dessus.*



- Au sujet de l'indicateur 10.2. : le Nombre de structures de santé n'ayant pas connu de rupture de stock de plus des 10 produits sauvant la vie au cours des six derniers mois est passé de 91 en baseline à 109 ; 168 ; 183 et 207 en 2013, 2014, 2015 et 2016 respectivement ; pour un déficit de 40 qui n'ont pas échappé aux ruptures.

**L'appréciation qualitative des progrès sur le produit 4 du 7<sup>e</sup> CPAP**, (voir section 4.4.1. Association entre les interventions réalisées et l'amélioration de la qualité des services de SSR) révèle que la disponibilité et la qualité des intrants ont été améliorées. De plus, leur accessibilité a été accrue par la gratuité et leur acceptabilité a été promue. L'efficacité rapportée par les bénéficiaires et prestataires au cours des interviews. Cependant, l'on a noté des dysfonctionnements qui n'ont pas permis l'optimisation des progrès. L'on citera :

- L'application du système de gestion logistique PUSH18 induisant des ruptures dans les FOSA à forte consommation et des surstocks et péremptions dans les autres, la mise à disposition d'intrants peu demandés/utilisés (ex : Sulfate de magnésium) ou inadéquats (autoclaves, réchauds, forceps en périphérie,...)
- L'insuffisance de la procédure d'assurance qualité des stocks (des matériels/appareils viciés livrés...)
- La préparation insuffisante des conditions d'utilisation des intrants (déficit de formation des utilisateurs, effectif insuffisant des pharmaciens pour le suivi de la qualité de la gestion,

• **Réalisations ayant contribué à la performance observée sur le produit:**

Les prévisions du CPD supposent que le produit 4 est atteint par le soutien à l'implémentation du plan de sécurisation des produits de santé de la reproduction (SPSR), dont la fourniture de préservatifs et autres contraceptifs. Les stratégies de l'UNFPA à cet effet sont : (a) le renforcement de la capacité nationale en gestion logistique, le système de collecte et de suivi d'informations, (b) l'appui aux efforts de plaidoyer pour la mobilisation effective des fonds alloués au titre de la ligne budgétaire nationale pour la SPSR.

- (1) Le renforcement de la capacité nationale en gestion logistique, le système de collecte et de suivi d'informations a été effectif et massif, portant sur l'acquisition des intrants, leur acheminement, leur stockage et la

18 Les stratégies PUSH : stratégie dans laquelle le(s) pourvoyeur(s) introdui(-sen)t dans la chaîne d'approvisionnement, selon la demande planifiée/projetée les types et quantités d'intrants qu'il juge pertinents. Dans le cadre d'un système push, les entreprises ont la prévisibilité dans leurs chaînes d'approvisionnement. Elles « savent » ce qui va venir bien avant que cela arrive.

compétence à la gestion logistique. Les sources documentaires, les interviews et l'observation de site ont été concordantes à ce propos. L'on note les avancées suivantes:

- (a) *Le renforcement de la capacité nationale en gestion logistique* a été effectif et massif portant sur l'acquisition des intrants, leur acheminement, leur stockage et la compétence à la gestion logistique à travers :
- (i) Le renforcement de la capacité d'acquisition des intrants par la mobilisation des ressources supplémentaires pour couvrir les besoins en intrants de SR ;
  - (ii) *L'augmentation de la disponibilité des intrants de SR à travers la fourniture des produits suivants* pour 410 CS, 47 hôpitaux dont 217 cibles, 1500 ASC, 58 associations, 11 CECOJE:
    - Les kits pour accouchement (358/458) pour 45 accouchements chacun ; pour césariennes (57/113) ; pour SAA (157/187) ; pour la prise en charge des viols (72/82) ; les kits de dignité pour les femmes indigentes (500/500) ;
    - Les 169 lots d'équipement pour 217 structures ;
    - Les kits de produits des 10 produits sauvant la vie dont : 61000 ocytocine, 342000 ampoules de sulfate magnésium, 12.415.000 doses d'antibiotiques), préservatifs masculins (11570400/20930400), fémidons (64000/94000), traitement préventifs oraux (548480/623480); injectables (668000/708000) ; implants (143300/223300) et dispositifs intra utérins (182.600/262600) ont été mis à disposition dans toutes les 83 formations sanitaires appuyées à travers les 11 préfectures cibles du 7è PP. Les produits PF dans ces kits ont mis à la disposition de 410 FOSA, 58 associations /réseaux de jeunes et 1500 ASC ; ● 169 lots d'équipements pour soins obstétricaux, néonataux aux maternités et leur bloc opératoire dans 127 structures de santé ;
    - L'institution a également formé le personnel dont 125 prestataires en audits de décès maternels et 415 en gestion logistique.
  - (iii) *Le renforcement de la capacité d'acheminement* a porté sur : ● le financement des coûts d'acheminement jusqu'au niveau régional et ● la mise à disposition de 2 camions frigorifiques (isothermes) pour un convoi garantissant la qualité (1 camion isotherme de 15 tonnes fourni à la PCG en 2014 ; et un camion de 5 tonnes...), 1 groupe électrogène 100 KVA pour la conservation des médicaments
  - (iv) *Le renforcement de la capacité de stockage et de conservation* à travers : ● Le financement de l'aménagement d'espaces de stockage (280.08m<sup>2</sup>) au niveau de la pharmacie centrale de Guinée et de l'installation de 40m<sup>3</sup> de chambres froides dans 3 pharmacies régionales (Kankan, Labé, Nzérékoré) ; ● Le renforcement de la chaîne de froid
  - (v) Le renforcement de la capacité humaine de gestion a impliqué la formation de 415 agents en charge de la gestion logistique dans 410 CS et 47 hôpitaux. Cependant, le déficit en pharmacien aux niveaux déconcentré et la programmation inadéquate des supervisions (thématique et équipe) a compromis le suivi-post formation et la supervision formative dans les points de vente/gestion des intrants des FOSA.
- (b) *Le renforcement du système de collecte et de suivi de l'information* a consisté en : (i) *La mise en place et distribution des outils de gestion* (fiches, registres...) à toutes les FOSA couvertes et (ii) *l'informatisation de la gestion logistique* à travers l'introduction du logiciel CHANNEL. Ceci a permis une meilleure disponibilité des données sur les stocks. Cependant l'application des procédures et techniques de gestion par les agents logistiques, la fonctionnalité du logiciel Channel (ex. fonctionnalité de tri et bilan) ont été déficitaires.
- (2) *L'appui aux efforts de plaidoyer pour la mobilisation effective des fonds alloués au titre de la ligne budgétaire nationale pour la SPSR.*
- (c) L'UNFPA a participé au plaidoyer ayant amené l'Etat Guinéen à s'engager, dans le cadre du document de politique de santé 2015-2019, à contribuer 10% du budget public au secteur de la santé d'ici 2020 (quota antérieur de 2.9%). La stratégie a été la collaboration avec les autres agences du SNU et d'autres partenaires au développement dans un dialogue itératif de plaidoyer avec les

représentants de la partie gouvernementale à tous les niveaux pertinents, en vue d'obtenir de l'Etat la décision d'augmenter le financement de la santé, y compris la ligne budgétaire SPSR. Les cadres utilisés ont été la participation à l'élaboration ou l'actualisation des documents de politique et de stratégies, la promotion de la stratégie de relance post-Ebola, ainsi que des interpellations dans des discours en cérémonies officielles.

- (d) La mobilisation effective desdites ressources par l'Etat a été appuyée par l'UNFPA dans le cadre de la collaboration au sein de l'Unité de la coordination de la coopération (UCC). Ces efforts ont permis :
  - (i) l'engagement de l'Etat à hauteur de 1 million de USD sur la période des 5 ans du 7<sup>e</sup> programme de UNFPA/Guinée ; et d'autre part, d'obtenir de l'Etat une contribution effective de 200 000 USD chaque année depuis 2013.
  - (e) l'engagement de l'Etat pour la mobilisation des 7,5 millions de dollars US additionnels à travers la coopération multi et bilatérale dans le cadre de son programme d'investissements grâce au suivi de L'UNFPA dans le cadre de l'UCC.

### a.5. Performance et Réalisations relatives au produit 5

- **Niveau de performance et tendances des progrès :**

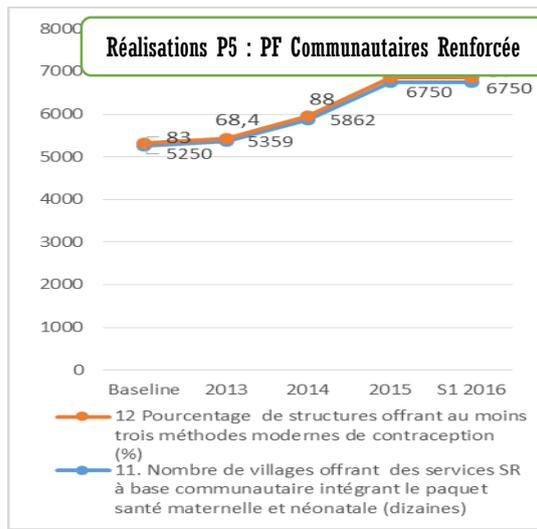
*La performance s'est située dans un intervalle de [97% à 100%], soit quasiment égale aux prévisions, concernant les deux indicateurs du Produit 5 (PP 5) : «Produit 5 : D'ici 2017, les capacités nationales pour des interventions à base communautaire en faveur de la planification familiale renforcées», d'un point de vue quantitatif. L'atteinte des cibles des deux indicateurs s'est fixée respectivement à hauteur de :*

*1500 /1500 Soit 100% pour la « 11. Nombre de villages offrant des services SR à base communautaire intégrant le paquet santé maternelle et néonatale (dizaines). (cible : 1500) » ;*

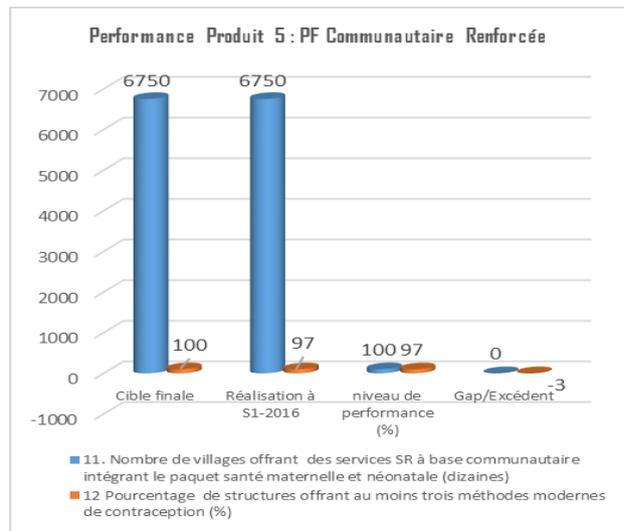
|           |             |  |
|-----------|-------------|--|
| <i>97</i> | <i>/100</i> | <i>Soit 97% pour le « 12 Pourcentage de structures offrant au moins trois méthodes modernes de contraception (cible : 100) » ;</i> |
|-----------|-------------|--|

*Les progrès* ont été généralement suffisants et croissants. Leur évolution s'est présentée comme suit :

- Au sujet de l'indicateur 11 : l'évolution du *Nombre de villages offrant des services SR à base communautaire intégrant le paquet santé maternelle et néonatale (dizaines)* est passée de 5250 en baseline, à 5359; 5862 ; 6750 et 6750 respectivement en 2013, 2014, 2015 et 2016.
- Concernant l'indicateur 12. : la séquence observée est 83% (baseline) ; 68,4% (2013) ; 88% (2014) ; 99% (2015) et 97% (2016) pour un déficit de performance de 3% des structures qui n'ont pas été amenées à offrir au moins 3 méthodes contraceptives moderne. **Les deux graphiques ci-dessous illustrent les réalisations et les progrès ci-dessus.**



**Graphique 4.5a :** Réalisations concernant le Produit 5



**Graphique 4.5b :** Performance concernant le Produit 5

*L'appréciation qualitative des progrès sur le produit 5 du 7<sup>e</sup> CPAP*, montre qu'au-delà de la performance quantitative excellente sur les 2 indicateurs suivis, le renforcement des capacités en matière de PF communautaire est manifeste à travers les effectifs importants d'acteurs mobilisés, formés et pourvus, la massification des intrants, l'importance et la couverture communicationnelle en termes de canaux, d'acteurs pertinents et d'extension territoriale et de plaidoyer pour une meilleure acceptabilité des services de PF, en particulier dans la communauté. Les entretiens ont mis en évidence une prise de conscience réelle chez les femmes et filles, y compris la croissance remarquable du recours aux méthodes contraceptives « discrètes ». Cette option leur permet de contourner les obstacles culturels et la prépondérance du partenaire sexuel masculin. En effet, les rapports d'activité montrent que malgré le plaidoyer et des campagnes de sensibilisation l'amélioration de l'implication des hommes dans la promotion des espacements des naissances, n'est pas sensible. Les facteurs spécifiques à cette résistance restent à explorer et à adresser.

- **Réalisations ayant contribué à la performance observée sur le produit 5:**

Le CPD prévoit que le Produit 5, « D'ici 2017, la capacité nationale de mise en œuvre des activités de planification familiale à base communautaire améliorée » doit être atteint par 3 actions clés dont : (a) l'amélioration de la qualité des services en assurant l'intégration de la gestion axée sur la performance ; (b) l'intégration des méthodes contraceptives de longue durée, y compris les implants, et (c) le soutien aux interventions à base communautaires en vue de rapprocher l'offre des services de santé maternelle et néonatale plus près des communautés. Les réalisations acquises selon ces 3 actions sont les suivantes :

- (1) *L'amélioration de la qualité des services en assurant l'intégration de la gestion axée sur la performance* a été mise en œuvre à travers :
  - (a) Le développement de la capacité nationale de prévention des ruptures des contraceptifs modernes et des 10 médicaments essentiels de préservation de la vie en SSR grâce à : (i) La mise en place d'un système d'information de gestion logistique ; (ii) le renforcement des capacités institutionnelles de 33 préfectures sanitaires et 5 Centres Médicaux Communaux pour la gestion dudit système ; (iii) L'informatisation du suivi des données grâce à l'introduction du logiciel Channel dans les préfectures sanitaires, facilitant le suivi de stocks et réduisant drastiquement les ruptures ; et (iv) La formation de 105 cadres du niveau central et des préfectures en gestion logistique y compris le cycle de rapportage ;
  - (b) *L'intégration des méthodes contraceptives de longue durée, y compris les implants* à travers : (i) La distribution de DIU, implants et injectables (cf. réalisations Produit 4); (ii) Le couplage du dépistage du cancer du col de l'utérus avec la prestation de la PF a suscité une forte demande de

méthodes modernes de longue durée d'action. En 2013, 1061/1181 nouvelles utilisatrices de la PF ont opté pour les méthodes de longue durée d'action grâce à 3 jours de prestations par région; (iii) Le développement des capacités humaines et institutionnelles de la Guinée à élargir **l'intégration des méthodes à plusieurs points d'accès à travers le pays par l'engagement gouvernemental d'Addis Abeba** ; (iv) **La formation de 224 personnels de santé en utilisation des DIU et implants dans 33DS, 5 CMC, 27 CS (131 prestataires de santé des 33 DS et 5 Centres Médicaux Communaux de Conakry ; 93 prestataires de 27 centres de santé en technologie contraceptive (42 pour le DIU ; 51 pour l'implant))** ; (v) Le renforcement des capacités des structures sanitaires en SIGL et du suivi régulier en vue de réduire efficacement les ruptures de stocks de produits.

- (c) *Le soutien aux interventions à base communautaires en vue de rapprocher l'offre des services de santé maternelle et néonatale plus près des communautés. L'on citera :*
- (i) L'implication de 1500 ASC, couvrant 1500 villages, formés en SSR communautaire et dotés de : 1500 vélos, matériel de communication (1500 boîtes à images ; 2000 dépliants), outils de gestion (cahier de pointage des clients, registre d'activité, registre de référence, liste de contrôle, sac ), intrants pour SRAJ (1500 phallus artificiels ; 10.952.000 condoms masculins, 4.000 condoms féminins), intrants pour PF communautaires (1500 traitements contraceptifs), et 1500 combinaisons et matériel de travail (bottes, tenue, casquette, sac, torche, imperméable).
  - (ii) L'utilisation des femmes guéries de fistule comme pairs éducatrices, laquelle a multiplié par 6, le recrutement des femmes survivantes des FO (40 à T3 2013, période d'implication contre un cumul de 20 de T1 à T3);
  - (iii) Les campagnes des sensibilisations et d'éveil de conscience à travers radio, TV et causeries éducatives, y compris en direction de groupes spécifiques (hommes, jeunes), impliquant ces derniers dans la communication sur la PF, les IST/VIH, la SMNI

Selon le Ministère de la Santé, les besoins satisfaits en PF sont actuellement estimés à 24% et la prévalence de la PF estimée à 7% pourrait être à deux chiffres actuellement.

## **a.6. Performance et Réalisations relatives au produit 6**

**L'intervalle de performance s'est situé entre 29% et 96%, soit en-dessous des prévisions, concernant les 2 indicateurs du PP 6 :** «Produit 6: D'ici fin 2017, les services essentiels de Santé sexuelle et reproductive, y compris le VIH/Sida accessibles aux jeunes (y compris les adolescent(e)s)», d'un point de vue quantitatif. Les cibles des deux indicateurs ont été réalisées respectivement à hauteur de :

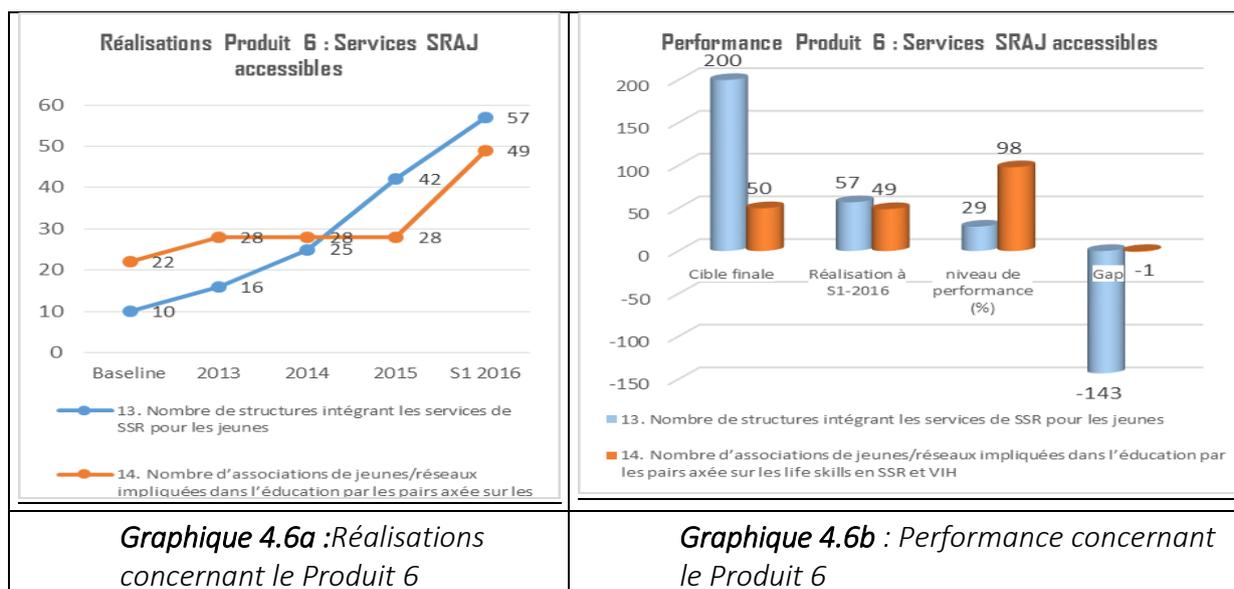
**57 /200** Soit 29% pour la « 13. Nombre de structures intégrant les services de SSR pour les jeunes (cible : 200) » ;

|               |   |
|---------------|---|
| <b>49</b> /50 | Soit 96 % pour le « 14. Nombre d'associations de jeunes/réseaux impliquées dans l'éducation par les pairs axée sur les lives kills en SSR et VIH (cible : 50) » ; |
|---------------|---|

**Les progrès** ont été généralement insuffisants dans un cas, suffisants dans l'autre, mais le sens est croissant dans l'ensemble. Ils ont évolué de la manière suivante :

- Au sujet de l'indicateur 13. : l'évolution du *Nombre de structures intégrant les services de SSR pour les jeunes* est passée de 10 en baseline, à 16; 25 ; 42 et 57 respectivement en 2013, 2014, 2015 et 2016, avec un déficit de 143 structures qui n'ont pas été mises à niveau.
- Concernant l'indicateur 14 : la séquence observée est 22 (baseline) ; 28 (2013) ; 28 (2014) ; 28 (2015) et 49 (2016) pour un déficit de performance de 6 associations de jeunes/réseaux qui n'ont pas été impliquées dans l'éducation par les pairs axée sur les lives kills en SSR et VIH.

Les deux graphiques ci-dessous illustrent les réalisations et les progrès ci-dessus.



*L'appréciation qualitative des progrès sur le produit 6 du 7<sup>e</sup> CPAP*, montre des réalisations justes passables tant au plan quantitatif qu'au plan qualitatif. Il y a certes eu des efforts de mise à disposition d'intrants, d'implication des CECOJE, d'information des jeunes et adolescents. Cependant, la délivrance des services de SSR aux jeunes a présenté des limites compromettantes dont : (1) les barrières à l'accessibilité liée au coût, à la confrontation des jeunes aux réticences, remontrances des adultes usagers ou prestataires des centres de santé et ou au refus de services, aux déficits en mesures d'accueil et de prestation spécifiques aux jeunes ; (2) les ruptures de stock des contraceptifs, particulièrement ceux préférés par les jeunes filles (notamment le Jadel); (3) le caractère intermittent des campagnes de communication associé à la quasi-absence de suivi (pas de financement pour le suivi sur la durée par les services déconcentrés.

• **Réalizations ayant contribué à la performance observée sur le produit 6:**

Parmi les résultats intermédiaires contribuant au Résultat 119 du plan stratégique UNFPA 2014-2017, le produit 6, « D'ici 2017, les services essentiels de santé sexuelle et reproductive, y compris les services en matière de VIH/SIDA, accessibles aux jeunes, y compris les adolescents », devait accomplir son apport en réalisant les 3 actions majeures suivantes : (1) l'intégration des activités de santé sexuelle et reproductive, y compris les activités sur le VIH/SIDA, pour les jeunes et les adolescents dans les services de santé; (2) l'intégration des modules de compétences de vie saine dans les centres de consultation pour les jeunes et dans les manuels d'apprentissage pour les pairs ; (3) la promotion de l'éducation par les pairs pour le changement efficace de comportement.

- (1) L'intégration des activités de santé sexuelle et reproductive, y compris les activités sur le VIH/SIDA, pour les jeunes et les adolescents dans les services de santé a été effective à travers :
  - (a) l'intégration des prestations médicales en matière de SSR dans les PTA du Ministère de la Santé, le rôle du Ministère en charge de la Jeunesse se limitant à la communication/mobilisation et à la référence vers les FOSA, mis à part la distribution des condoms et contraceptifs par quelques CECOJE au titre d'activités communautaires ;
  - (b) La formation des 96 prestataires en lives kills, 474 pharmaciens et chargés de points en gestion logistique de produits SR, 156 de prestataires de santé maternelle en SONU et PF, 1500 agents

19 « Disponibilité et utilisation accrues de services intégrés de santé sexuelle et procréative (y compris la planification familiale, la santé maternelle et le VIH)»

- communautaires en prévention des VBG et à la promotion à l'utilisation des produits contraceptifs ;
- (c) La mise en place de dotation intégrées de SSR comprenant, un complément du déficit de personnel spécialisé (140 sages-femmes), les kits de médicaments, équipements, consommables et logistique SMNN, SRAJ et PF et kit d'accouchement/dignité pour les femmes et filles démunies.
  - (d) L'offre de soins couplés dans des campagnes de massification de l'accès aux services pour améliorer la demande et l'utilisation. Cela a été le cas du couplage du dépistage du cancer du col de l'utérus et de la promotion des contraceptifs longue durée.
  - (e) La mise en place de 33 nouveaux points de services « amis des jeunes » dans certaines structures sanitaires dont le CS de Ley-Saré à Labé (sur 150 prévus).
- (2) L'intégration des modules de compétences de vie saine dans les centres de consultation pour les jeunes et dans les manuels d'apprentissage pour les pairs a été concrétisée à travers :
- (a) L'élaboration des manuels d'apprentissage,
  - (b) *La formation et la dotation en intrants (équipements audiovisuels et supports audio-visuels de communication pour la SR et la paix à 11 CECOJE à travers les 11 préfectures des membres des CECOJE, du personnel de 137 FOSA20 (127 CS ; 10 Hôpitaux) et 44 associations de jeunes en matière de SRAJ et de liveskills en particulier ;*
- (3) La promotion de l'éducation par les pairs pour le changement efficace de comportement s'est matérialisée par :
- (a) Le renforcement des capacités la formation, le briefing, la dotation en matériel de diverses catégories de pairs dont les jeunes des CECOJE, les jeunes du secteur des petits métiers (gérants ou agents des ateliers de coiffure, couture, mécanique, moto-taxi, membres de partis politiques...), les femmes guéries des fistules, les membres d'association...,
  - (b) *La sensibilisation/animation par les pairs lesquels ont contribué à une meilleure pénétration du milieu de leurs pairs et à l'amélioration de l'adoption de plus d'un comportements recommandés en matière de SSR (exemples : demande de la PF, utilisation des contraception longue durée, utilisation des préservatifs, femmes se déclarant comme survivantes de FO,...).*

Les réseaux des jeunes, parlementaires, journalistes et religieux en population et développement n'ont pas été activés faute de financement.

#### *b. Pronostic de performance à la date de clôture du 7<sup>e</sup> Programme de pays UNFPA-Guinée*

Une analyse projective a été proposée en vue de pronostiquer sur la performance des indicateurs et des produits qu'ils décrivent à l'échéance du 31 Décembre 2017, terme du 7<sup>e</sup> programme de Pays UNFPA-Guinée. Il en est ressorti que les produits 1, 2, 4 et 5 seront en dépassement de performance si le niveau d'intervention actuel était maintenu. Dans la même hypothèse, le produit 3, lui ne serait pas atteint, tandis que le produit 6 le serait partiellement. Ainsi, dans l'hypothèse posée, tous les indicateurs des produits 1, 2, 4 et 5 seront en dépassement des cibles fixées, de même que l'indicateur 14 du produit 6. Sous l'hypothèse, les cibles du reste des indicateurs ne seront pas atteintes. Le tableau de projection ci-dessous propose la situation pour chaque produit et ses indicateurs respectifs.

Tableau 4.1 : Pronostic de performance des produits à la date de clôture du programme

| Produit/Indicateurs   | Progression moyenne semestrielle sur la période antérieure (2013-S1 <sup>(2)</sup> , 2016) | Progression plausible sur les 3 semestres restant (S2, 2016-S2, 2017) | Gap à combler | Gap anticipé <sup>21</sup> Au 31/12/17 | Pronostic d'atteinte de la cible si le mode d'intervention actuel est maintenu |
|---|--|---|---------------|--|--|
| Produit 1: D'ici fin 2017, les données fiables relatives à la dynamique de population, la jeunesse, l'égalité de genre et la SSR collectées, analysées, et disséminés auprès des utilisateurs et décideurs          |  |   |               |  | Dépassement  |
| 1. Existence d'une Base de données multisectorielle fonctionnelle   | 0,2  | 0,6   | 0             | -0,6                                   | Dépassement  |
| 2. Nombre d'analyses thématiques des données du 3ième RGPH, de l'EDS/MICS et des enquêtes   | 1,4  | 4,2   | 0             | -4,2                                   | Dépassement  |
| Produit 2 : D'ici fin 2017, la législation nationale relative à l'égalité de genre, aux droits reproductifs, au VIH/Sida, aux VBG, MGF/C adaptée aux conventions internationales disséminée à travers les structure |  |   |               |  | Dépassement  |
| 3. Nombre de textes d'application relatifs aux lois portant sur les droits reproductifs, le Sida, les VBG et les MGF effectivement appliquées   | 0,4  | 1,2   | 0             | -1,2                                   | Dépassement  |
| 4. Nombre de communautés qui déclarent l'abandon des mutilations génitales féminines / excisions.   | 8,8  | 26,4  | 3             | -23,4                                  | Dépassement  |
| 5. Nombre de structures offrant des services de prévention ou de prise en charge des cas de VBG.  | 4,4  | 13,2  | 0             | -13,2                                  | Dépassement  |
| Produit 3 : D'ici 2017, les capacités nationales des structures sanitaires pour le passage à l'échelle des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) et des fistules renforcées                              |  |   |               |  | Non atteinte   |
| 6. % de femmes enceintes ayant effectué 4 CPN dont 1 au 9eme mois.  | 1,08   | 3,24  | 14            | 10,76                                  | Non atteinte   |
| 7.1. Nombre de structures de santé offrant : SONUB  | 24,6   | 73,8  | 89            | 15,2                                   | Non atteinte   |

<sup>21</sup> Gap possible à la date du 31 Déc. 2017 si la mise en œuvre continuait selon le rythme observé depuis 2013

|   |        |        |      |         |                    |
|---|--------|--------|------|---------|--------------------|
| 7.2. Nombre de structures de santé offrant : SONUC  | 1      | 3      | 35   | 32      | Non atteinte       |
| 8. Nombre de femmes traitées pour les fistules obstétricales  | 60     | 180    | 308  | 128     | Non atteinte       |
| Produit 4 : D'ici fin 2017, le système national pour la Sécurisation des Produits de santé Reproductive renforcé (RHCS)   |        |        |      |         | Dépassement        |
| 9. Nombre de personnel national formé à la gestion logistique   | 65,8   | 197,4  | 0    | -197,4  | Dépassement        |
| 10.1. Nombre de structures n'ayant pas connu de rupture de stock des contraceptifs durant les 6 derniers mois.  | 24     | 72     | 29   | -43     | Dépassement        |
| 10.2. Nombre de structures de santé sans rupture de stock des 10 produits sauvant la vie durant les 6 derniers mois.  | 19,6   | 58,8   | 40   | -18,8   | Dépassement        |
| Produit 5 : D'ici 2017, les capacités nationales pour des interventions à base communautaire en faveur de la planification familiale renforcées                   |        |        |      |         | Dépassement        |
| 11. Nombre de villages offrant services SR à base communautaire intégrant le paquet SMN   | 278,2  | 834,6  | 0    | -834,6  | Dépassement        |
| 12. % de structures offrant au moins 3 méthodes modernes de contraception (%)   | 0,0572 | 0,1716 | 0,03 | -0,1416 | Dépassement        |
| Produit 6: D'ici fin 2017, les services essentiels de Santé sexuelle et reproductive, y compris le VIH/Sida accessibles aux jeunes (y compris les adolescent(e)s) |        |        |      |         | Atteinte partielle |
| 13. Nombre de structures intégrant les services de SSR pour les jeunes  | 8,2    | 24,6   | 143  | 118,4   | Non atteinte       |
| 14. Nombre d'associations de jeunes/réseaux impliquées dans l'éducation par les pairs axée sur les lives kills en SSR et VIH                                      | 3,2    | 9,6    | 6    | -3,6    | Dépassement        |

(\*) S1 : Semestre 1

#### 4.3a.2. Association entre les interventions réalisées et l'amélioration de la qualité<sup>22</sup> des services de SSR

##### a. Approche d'évaluation de la qualité

La disponibilité et l'accès aux services de SSR de qualité ont été appréciés par l'évaluation du 7<sup>e</sup> PP. A cet effet la mission d'évaluation a proposé une approche qualitative d'appréciation, l'exercice n'étant pas

<sup>22</sup> Proposer la définition opérationnelle de la qualité dans le cadre du 7<sup>e</sup> PP.

formel, mais indicatif. Une échelle basique à 4 niveaux d'amélioration de la qualité des services a servi d'instrument d'appréciation. Les niveaux se présentent comme suit :

|          |  |
|----------|--|
| Niveau 4 | Amélioration Suffisante de la qualité si : «les moyens/intrants et les procédures ont évolué vers une qualité absolument majoritaire :                                     |
| Niveau 3 | Amélioration modérée de la qualité si : «les moyens/intrants et des procédures ont évolué vers une qualité modérée, Les aspects positifs étant relativement majoritaire» ; |
| Niveau 2 | Faible amélioration de la qualité si : « les moyens/intrants et des procédures ont évolué vers une qualité restant insuffisante : aspects négatifs restant majoritaires », |
| Niveau 1 | Absence d'amélioration de la qualité si: « les moyens/intrants et procédures n'ont pas apporté d'amélioration de la qualité»   |

Le classement des interventions selon l'échelle à 4 niveaux ci-dessus se fait selon le degré de satisfaction constaté des critères de qualité de l'OMS et de l'ISO. A cet effet ces exigences suggèrent les critères de référence suivants : (i) la pertinence des services & soins (identification des besoins et la vérification de son adéquation), (ii) la conformité par rapport aux exigences et standards actuels de la science et de la technologie (intrants de qualité, procédures de qualité, vérification de la qualité) et ; (iii) l'efficacité/satisfaction des besoins des utilisateurs/clients<sup>23</sup> (Etat/efficacité).

#### *b. Evolution de la qualité des services de SSR durant la période évaluée*

Le 7<sup>e</sup> programme de pays UNFPA/Guinée devait déployer 4 interventions (Santé maternelle et néonatale, Planification familiale, Sécurisation des Produits SR, Santé de la Reproduction des Adolescent(e)s), à travers 132 activités réalisées sur 147 planifiées. Soit un taux d'exécution de 90 %.

- **Amélioration de la disponibilité**

Les Forces du 7<sup>e</sup> programme de pays UNFPA ont été mises en évidence au niveau des 3 sources d'évaluation (documents, observation directe, entretiens), au sujet des faits d'amélioration de la qualité des services de la SSR. Ces faits portent essentiellement sur l'extension de la couverture territoriale et l'augmentation/amélioration :

- Du paquet des services : ex. Les SONUB ont été étendues de 0 en 2013 à 126 Centres de Santé en 2016 ; par ailleurs neuf services sont disponibles dans la zone de programme: (1) la prise en charge IST ; (2) la prise en charge médicale du viol et autres VBG ; (3) la prise en charge des infections opportunistes ; (4) le traitement à ARV ; (5) la transfusion sanguine ; (6) la CPN ; (7) l'accouchement ; (8) la réparation des fistules obstétricales ; (9) la planification familiale.
- Des unités de prestation des services ; ex : offrant au moins trois méthodes contraceptives modernes sont offerts dans 310 CS et 11 CECOJE
- De la disponibilité des services de communication pour la santé (ex : passage de 0 village en 2013 à 1500 villages en 2016 ayant un animateur communautaire).
- De la qualité et de la quantité du personnel compétent (ex : le nombre de Sages-femmes déployées par UNFPA est passé de 0 en 2013 à 140 en 2016.)
- De la disponibilité des intrants (ex. : les CS disposant de Kits d'accouchement sont passées de 44 en 2013 à 126 en 2016) ;
- Des moyens de sécurisation des produits ; le nombre d'agents formés en matière de sécurisation des produits SR est passé de 40 en 2013 à 415 en 2016 ; la mise à disposition du kit des 10 médicaments qui sauvent la vie dans 207 formations sanitaires appuyées par le programme ;
- De l'augmentation des actes médicaux grâce à l'accroissement de la disponibilité des intrants humains et matériels (ex : le nombre d'accouchements assistés est passé de 40 % en 2013 à 58 % en 2016 dans la zone d'intervention du programme.)

<sup>23</sup> Etat, partenaires, fournisseurs, population

**Les faiblesses quant à elles portent sur :**

- **L'inadéquation du montage institutionnel pour l'offre des services :** La lourdeur des procédures administratives et financières, entraîne des retards et ou la non réalisation de certaines activités (cas des Sages-femmes dont la contractualisation intervient bien après Janvier (2015 : en Mai ; 2016 : en Juillet) ; cas des délais de décaissements et transferts des fonds vers le niveau déconcentré conduisant à la disponibilité tardive de la dotation). Le déficit dans le suivi de l'utilisation des moyens mis en place aboutit à des situations telles l'utilisation des ambulances pour transporter le personnel en cas d'urgence et non les patient(e)s (Macenta). Le déficit de la mise à disposition des crédits de fonctionnement par l'Etat en périphérie, induit des frais à la charge des femmes en urgences obstétricales allant de 300.000 à 500.000 Francs Guinéens, au titre de frais de carburant/entretien des ambulances données par UNFPA. Ce qui entraîne une utilisation limitée desdites ambulances. En matière de SRAJ, les activités du Ministère en charge de la jeunesse sont confrontées à un déficit d'encadrement et de suivi du fait de leur centralisation au niveau national. Les interviews des DRJ et DPJ ont déploré cette situation ; par ailleurs, les PTA du Ministère ne prévoient pas de responsabilisation des services déconcentrés. Des équipements de communication peuvent ainsi se retrouver parqués dans le domicile privé d'un président de CECOGE, suspendant les activités, sans qu'aucune mesure de redressement ne soit prise. C'est le cas du CECOJE de Labé.
- **L'insuffisance des ressources humaines en qualité et quantité :** la plupart des FOSA en périphérie présente des effectifs inférieurs au nombre de postes à pouvoir.  
Zone MRU : Une évaluation des services dans la zone MRU a démontré qu'à l'exception des aides de santé/infirmiers d'Etat (0%), toutes les 10 autres catégories présentaient un gap énorme variant entre 100% (Echographe Techniciens de radio et Techniciens de santé publique) et 18% (pharmaciens) des effectifs requis. Le déficit général moyen étant de 43%.

*Tableau 4.2 : Besoins en Ressources Humaines dans la Zone MRU, 2014*

| Profil                             | Requis | Gap | % gap |
|------------------------------------|--------|-----|-------|
| 1. Aide santé/Infirmier d'Etat     | 10     | 0   | 0%    |
| 2. Pharmacien                      | 11     | 2   | 18%   |
| 3. Biologiste                      | 9      | 2   | 22%   |
| 4. Technicien de Laboratoire       | 19     | 5   | 26%   |
| 5. Agent Technique de sante (ATS)  | 79     | 28  | 35%   |
| 6. Sage-femme                      | 34     | 14  | 41%   |
| 7. Ensemble                        | 282    | 121 | 43%   |
| 8. Médecin                         | 15     | 8   | 53%   |
| 9. Matrone                         | 94     | 51  | 54%   |
| 10. Echographe Technicien de radio | 7      | 7   | 100%  |
| 11. Technicien de santé publique   | 4      | 4   | 100%  |

Au plan national, selon le PNDS, l'analyse de la situation indique une disponibilité de 52% des RHS requises. Ceci est dû à une répartition inadéquate du personnel et la faible motivation (administrative et financière) qui induit le départ des zones défavorisées. En 2014, pour un effectif de 500, la densité des sages-femmes était de 0,5/10.000 femmes en âge de procréer (PNDS2015-2024). Or, la norme de l'OMS de 1/1000. Les Sages-Femmes recrutées, formées et payées par UNFPA ont un statut précaire de CDD sur un an. Elles travaillent souvent plusieurs mois sans contrat, et leur intégration parmi les agents de l'Etat n'est pas acquise

- **Des insuffisances quantitatives et qualitatives des intrants fournis par l'UNFPA :** Il s'est trouvé des intrants non disponibles ou inadéquats. D'aucuns n'ont pu être utilisés faute de source d'énergie appropriée (ex : une plaque chauffante, HP Macenta). D'autres connaissent des dysfonctionnements soit pour pièce manquante (CS Ley-Saré : ventouse sans pompe) ; ou pour outils dysfonctionnels (DPS Kankan : Logiciel CHANNEL aux fonctions d'analyse et d'extraction grippées). Dans certains cas il y a absence de personnel qualifié/formé pour l'utilisation (appareil d'anesthésie de l'HR Nzérékoré). Certains intrants obsolètes, participant d'un plateau technique médical dépassé ont été fournis, dont les forceps, les autoclaves, le réchaud, la lampe tempête. Dans quelques cas, des intrants demandés (ex.

Doppler et table opératoire à l'HR de Labé) ne sont pas fournis ou le sont en petites quantités par rapport à la rotation de stock de la structure de santé (Misoprostone).

- **Des insuffisances dans la sécurité des stocks :** L'on a noté des surstocks et de certains produits à faible rotation dont le cas du Sulfate de Magnésium. Les contraceptifs sont livrés aux DRS sous forme de colis des préfectures (DS) selon le plan d'approvisionnement. La rationalisation de la livraison au FOSA n'est pas standardisée selon la rotation des stocks, entre autres, d'où des surstocks et ruptures selon le cas (Rupture d'ARV constatée au CS de Ley-Saré). Des cas de rupture sont observés sur certains médicaments. Dans le cas de la Kétamine les ruptures sont systématiques avant la fin de l'année. L'implant est en rupture de stock de manière répétitive du fait d'une forte demande parmi les jeunes filles (rapport 2015). Des cas de péremption de stock, des médicaments dans certains centres de santé tel Salamani (Sulfate de magnésium), ou Ley-Saré (ARV) ont aussi été enregistrés. Des conditions de conservation précaires par inadéquation des magasins au niveau des DS et des Centres de santé (ex : DPS Kankan) ont été relevées. Des commandes faites selon le principe des Kits SSR, limitent la prise en compte de la quantification pour d'autres besoins. Les frais de dégagement des contraceptifs au niveau de la DRS et vers les FOSA ne sont pas couverts. Il s'ensuit l'imputation de ces coûts aux usagers dans les FOSA, au détriment du principe de la gratuité.
- **La crise de l'épidémie à virus Ebola** a affecté la mise en place ou la continuité des services avec un net recul des indicateurs de délivrance des services en 2014 en particulier. Certaines FOSA (94) ont été désertées par le personnel ce qui a induit leur fermeture en Novembre 2014 (PNDS2015-2024).

**Globalement, les avancées en matière d'amélioration de la disponibilité des intrants sont contrebalancées par diverses limites et barrières d'ordre institutionnel et opérationnel qui entravent les progrès escomptés. La qualité de l'offre en est ainsi limitée.**

### *c. Amélioration de la conformité et de l'efficacité des services*

#### **o La pertinence des services de SR**

Selon le Critère 1 d'appréciation de la qualité, soit la pertinence des services & soins (identification des besoins et vérification de son adéquation), l'on relève une alternance entre avancées et inerties.

L'identification des besoins et l'organisation de l'offre consécutive ont caractérisé le 7<sup>e</sup> PP en matière de SR. Les services offerts par le 7<sup>e</sup> programme de pays UNFPA ont été globalement pertinents compte tenu des indicateurs de Santé de la reproduction dans le pays et des activités déployées par UNFPA pour adresser les besoins. Des enquêtes et l'exploitation des données scientifiques, stratégiques et de routine existantes ont été déployées pour : (i) informer les besoins ; (ii) définir les interventions en termes de d'intrants à mobiliser, de procédures et pratiques à déployer ; et (iii) identifier les actions en matière de renforcement des capacités (humaines, techniques, logistiques, matérielles, médicamenteuses). Le suivi, le rapportage et la planification annuels ont permis tout le long du programme d'opérer des ajustements aux vus des réalités émergentes. L'introduction de services manquants, la promotion de la gratuité dans un contexte de pauvreté marquée sont d'autres faits de pertinence constatés. L'adhésion des formations sanitaires au programme de pays, la gratitude des services déclarée par les utilisatrices et utilisateurs et l'appréciation des autorités confirment davantage cette pertinence.

Cependant, des limites sont à relever. D'un point de vue général, une approche systématique de vérification de l'adéquation des besoins identifiés n'a pas été déployée. La planification s'est contentée d'une approche administrative et documentaire sans implication des bénéficiaires et même de la périphérie de certains services clés tels les DPJ. Les FOSA n'ont pas été consultées en matière de stratégie pour la dotation en intrants. Ceci a abouti entre autres à : (i) l'insuffisance dans la rationalisation de l'approvisionnement ; (ii) l'offre limitée de la PF en faveur des jeunes du fait d'obstacles socioculturels, (iii) la participation/adhésion insuffisante de la communauté au service de PF, (iv) des difficultés dans l'application de la gratuité (utilisation de stagiaire bénévoles, ruptures d'intrants...)

- Amélioration de la conformité par rapport aux standards scientifiques, professionnels et techniques

Le Critère 2, la conformité par rapport aux exigences et standards actuels de la science et de la technologie affère à la mise en place des intrants et des procédures de qualité, mais aussi à la vérification de la qualité.

**L'amélioration de la qualité des intrants porte sur la sécurité de l'acquisition, le contrôle à l'entrée, les conditions d'acheminement et de conservation ainsi que la conformité de la rotation.**

**La sécurité des approvisionnements est confortée par :** (a) l'exécution des commandes par l'UNFPA auprès d'une centrale d'achat certifiée au niveau international, (b) la centralisation des commandes et de la distribution en Guinée par la PCG à travers le système national intégré d'approvisionnement en médicaments, (c) La fonctionnalité de la chaîne de froid mise en place durant le 6<sup>e</sup> PP ; (d) la disponibilité de 2 camions isothermes ; (e) l'adéquation des installations de stockage jusqu'au niveau régional, (f) la vérification de la qualité des médicaments impliquant la Direction Nationale des Pharmacies et des Laboratoires (DNPL) et la PCG ; (g) La formation de 410 agents à la gestion logistique les ayant doté en compétences adéquates en matière de commande, d'acheminement, de réception, de conservation et de rotation des stocks de produits de santé.

**Quant aux limites, il a été relevé ou observé :** (a) le contrôle à l'entrée du pays n'est pas systématique ; (b) le contrôle pharmaceutique est contractualisé en l'absence d'un laboratoire national compétent ; (c) la rareté de la supervision de la gestion logistique , (d) la faible application des principes de gestion logistique par les responsables des magasins/points de vente des médicaments dans les CS, (e) l'insuffisance des effectifs de pharmaciens pour l'encadrement de la qualité dans les DPS, les hôpitaux et les CS ; (f) l'inadéquation des espaces de stockage depuis les DPS jusqu'aux CS ; (g) La lenteur observée dans le constat et l'expression des besoins souvent assortie de la mauvaise maîtrise ou des dysfonctionnements du logiciel de gestion des stock CHANNEL ; (h) la faiblesse du réflexe de redéploiement pour les médicaments présentant un risque de péremption ; (i) le déficit en expertise pour l'utilisation de certains intrants fournis aux hôpitaux et CS ; (j) la lenteur de la documentation de la situation des stocks affectant les commandes.

- Amélioration de l'efficacité/satisfaction des besoins des utilisateurs/clients<sup>24</sup> (Etat/efficacité)

**La principale force au niveau du Critère 3 est l'efficacité élevée des soins reposant sur** la qualité des formations offertes, et la qualité des médicaments et autres intrants mis à disposition. La chirurgie des fistules obstétricales en est un exemple patent. Au plan national, sur 391 femmes fistuleuses opérées, 92% (360) ont été guéries. Au plan régional, l'on note que le taux de guérison à la première opération se chiffre dans l'intervalle 90%-96% entre 2013 et 2015 au niveau de l'HR Kankan.

**Tableau 4.3 : Situation thérapeutique des femmes opérées des fistules obstétricales – HR Kankan**

| Etat des services | 2013   |             | 2014   |             | 2015   |             |
|-------------------|--------|-------------|--------|-------------|--------|-------------|
|                   | Nombre | Pourcentage | Nombre | Pourcentage | Nombre | Pourcentage |
| Femmes opérées    | 60     |             | 50     |             | 50     |             |
| Guéries           | 56     | 93%         | 48     | 96%         | 45     | 90%         |
| Améliorées        | 1      | 2%          | 0      | 0%          | 1      | 2%          |
| Echec             | 3      | 5%          | 2      | 4%          | 4      | 8%          |

Les scores de guérison se situent entre 92% et 98% quand on intègre les interventions d'amélioration. Dans cette stratégie de guérison, un système de contrôle post chirurgical avec des rendez-vous mensuels est pratiqué. Le tableau ci-contre illustre cette efficacité.

Un autre exemple éloquent d'efficacité se rapporte à la prévention des décès maternels par la contraception. Il est admis que la contraception contribue pour 26% à la prévention des décès maternels. Ainsi, les COAR, les revues annuelles et les rapports de performance et la revue à mi-parcours 2015 de l'UNDAF 2013-2017 la dispensation des contraceptifs dans le cadre du 7<sup>e</sup> programme a couvert 231 257 utilisatrices. Ceci a

<sup>24</sup> Etat, partenaires, fournisseurs, population

permis de prévenir 55829 Grossesses Non Désirées (GND) ; 20.071 avortements à risque et 260 décès maternels.

Par ailleurs une autre force non négligeable au niveau du critère 3 porte sur la satisfaction des bénéficiaires. Le coefficient de satisfaction des bénéficiaires des services de SSR est de 80%. Sur 5 FGD, la satisfaction a été optimale dans 3 et modérée dans 2. Aucun FGD n'a exprimé d'insatisfaction absolue. Les motifs de satisfaction portent sur l'efficacité de la PF (prévention GND), la guérison prompte des femmes opérées des fistules, l'efficacité des Césariennes, l'efficacité des condoms contre les IST (en baisse chez les jeunes), la réduction des décès maternels et infantiles, la diminution des accouchements non assistés, l'accessibilité/disponibilité des services (options d'accès aux services spécifiques aux jeunes, gratuité, dons de kits d'accouchement, prestation des sages-femmes/RHS compétentes).

**Faiblesses :** l'analyse selon le troisième critère montre que les soins ne sont pas toujours offerts par des personnels qualifiés, particulièrement dans les hôpitaux et CS de l'intérieur du pays. Dans plusieurs FOSA des ATS et des stagiaires sont sollicités pour poser des actes exigeant une expertise infirmière/sage-femme ou médicale dont ils ne disposent pas (ex : détection des facteurs de risque obstétrical, précautions nécessaires pour un bon accouchement...). Il s'ensuit des vices de prestation préjudiciables à l'efficacité de la prise en charge et à la satisfaction des patient(e)s. La performance de la couverture reste souvent limitée. Dans le cas de PEC des fistules, seulement 53,89% (360 traitées/668 prévues) ont eu accès au service. La réticence communautaire durant l'épidémie à virus Ebola en est un facteur majeur de cette contreperformance. De plus la planification a péché par omission du temps à consacrer aux préalables : Equipement, sensibilisation, transfert des compétence des internationaux aux nationaux (formation) sur 2 ans avant le passage à l'échelle des prestations les 3 autres années. Ainsi le pool de compétence des médecins nationaux et le plateau technique n'étant pas en place, par rapport aux cibles fixées à 200 en 2013 et 2014, seulement 60-70 opérations étaient réalisées. Il est important de noter que la prévalence de la fistule (**taux :** 0,6 %) a été sous-estimée à cause des réticences des femmes lors de l'EDS 2012. Les limites à la satisfaction des bénéficiaires concernent les déficits dans le protocole d'administration des contraceptifs (pas d'examen de compatibilité), l'ajournement de la conception après interruption de la contraception, l'application limitée de la gratuité, les ruptures des stocks de contraceptifs (4 ruptures de 2 à 4 mois entre 2013 et 2016 chez les AC à Siguiiri) l'accès insuffisant à la CCC en SRAJ au CS de Ley-Saré. En conclusion, la revue des interventions sur la base des trois critères d'appréciation de la qualité suggère de classer le programme au niveau 3 de l'échelle d'évaluation proposée. Car l'on a constaté une amélioration modérée de la qualité, du fait que les moyens intrants et les procédures ont évolué vers une qualité modérée, les aspects positifs (forces) ayant été relativement majoritaire.

#### *4.3a.3. Association entre les interventions et des progrès dans la promotion de l'agenda de la CIPD et la capitalisation du dividende démographique*

L'Association entre les interventions et des progrès dans la promotion de l'agenda de la CIPD et la capitalisation du dividende démographique ont été appréciés à travers l'effectivité de l'appui du 7<sup>e</sup> PP ou son engagement dans la planification prenant en compte les questions de population dans les secteurs clés, la collaboration avec le secteur non gouvernemental, la prise en compte des couches de population les plus vulnérables, la promotion d'une éducation et d'une santé de qualité chez les jeunes, promotion de l'emploi jeune.

- Effectivité de l'appui du 7<sup>e</sup> PP à la planification prenant en compte les questions de population dans les secteurs clés,

Parmi le progrès acquis l'on relèvera que des documents de politique et de stratégie (SRP, stratégies sectorielles) existent au plan national et dans les secteurs clés appuyés par UNFPA et le PNUAD ; lesquels ont été élaborés pour l'essentiel avec l'appui du PNUAD et UNFPA selon la pertinence avec le mandat de cette organisation. L'on citera entre autres le DSRP3 (2013-2015), le document Guinée vision 2040, la Politique Nationale de santé 2014, le PNDS 2016-2020, la stratégie de relance et de résilience socioéconomique post-Ebola 2015-2017, etc. En outre, un système statistique fiable est en cours d'élaboration en vue de fonder la planification sur les données de population. Il va reposer sur les données

du 3ème Recensement Général de la Population et de l'Habitation (RGPH3) sous l'initiative et l'encadrement essentiel de l'UNFPA et les diagnostics et évaluations sectorielles. Par ailleurs le processus de planification a été renforcé par l'UNFPA à travers la mise en place d'« un pool de compétences et d'expertises nationales pour la prise en compte de la dynamique de population, des besoins spécifiques des femmes et des jeunes dans les programmes de développement (Produit 1.2) »<sup>25</sup>

- Effectivité de la collaboration du 7è PP avec le secteur non gouvernemental dans l'action de développement

Dans le processus de développement du 7è PP, les Organisations de la Société Civile (OSC) dont des ONG, associations et autres regroupements, internationales, nationales et locales ont été impliquées à divers titres. Les OSC nationales ont été impliquées comme partenaires, tandis que les autres collaboraient comme «autres partenaires» ou sous-récepteurs. Les OSC internationales et nationales ont été impliquées dans la planification (JHPIEGO, AGBEF, REGAP+). Toutes les OSC concernées sont impliquées dans la mise en œuvre. Cependant, quelques limites sont à relever dont la perception chez les OSC qu'elles sont murées dans un rôle de caution, et non de consultation initiale et de décision. Les arrangements financiers ont mis en difficulté la fragile sérénité institutionnelle des OSC nationale par l'omission de frais de gestion et le coût de justification des dépenses entre autres. L'insuffisance du financement du suivi compromet aussi l'impact de l'action des OSC à la base. Le tableau ci-dessous donne une vue des ONG impliquées.

Tableau 4.4 : Collaboration avec les OSC selon l'intervention

| Intervention | Partenaires   | Autres partenaires OSC/ONG | SNU/Autres  |
|--------------|---|----------------------------|-------------|
| SMN          | Ministère de la Santé   | JHPIEGO                    | OMS, UNICEF |
| PF           | Ministère de la santé   | AGBEF                      |             |
| SPSR         | Ministère de la santé   |                            | USAID       |
| SRAJ         | Ministère de la jeunesse  | REGAP+                     | ONUSIDA     |
| Genre        | Ministère de l'Action Sociale, de la Promotion Féminine et de l'Enfance                             | JATROPHA;<br>RENACOT       |             |
|              | Association des Femmes pour l'Avenir des Femmes (AFAF) ; TOSTAN ; OSPADEC/CARITAS ; FARDH ; AFTT... |                            |             |

- Effectivité de la Prise en compte des couches de population les plus vulnérables dans la planification du développement.

Les progrès notés sont d'ordre politique, stratégique et opérationnel. Stratégiquement, le DSRP3 dont l'élaboration a été appuyée par l'UNDAF et l'UNFPA en particulier inscrit le projet de l'élaboration d'une politique et d'une stratégie de protection avec mandat pour le MASPFE d'aller vers de « ...meilleurs mécanismes de protection sociale surtout en vers les populations les plus vulnérables ». Une politique de promotion de l'emploi et de l'inclusion pour les groupes les plus vulnérables (jeunes, femmes, handicapés) et la mise en place de filets sociaux productifs en faveur des plus pauvres sont projetés par le DSRP. Stratégiquement, la concertation entre l'Etat de Guinée et le SNU a permis d'inscrire un certain nombre d'initiatives dans les documents de l'UNDAF et du CDP7 axées sur l'amélioration des indicateurs de développement chez les plus vulnérables dont les jeunes, les femmes, les résidents des poches de pauvreté, les fistuleuses, les petits acteurs du secteur informel... Sous l'angle opérationnel, les couches de population vulnérables bénéficient d'efforts spécifique d'inclusion dans l'offre des soins (stratégie avancées, interventions communautaires, gratuité, dont de kit de dignité, prise en charge gratuite des fistules, appui technique et financier à la réinsertion sociale, formation/AGR, accompagnement juridique gratuit).

- Effectivité de la promotion d'une éducation et d'une santé de qualité chez les jeunes,

Les efforts de capitalisation spécifiques au dividende démographique dans le cadre du 7è programme de pays sont en cours depuis avril 2015, à travers les 11 préfectures incluent la promotion de la qualité dans la santé et l'employabilité. Selon le rapport annuel 2015, « Les questions de dividende démographique sont prises en compte dans l'élaboration des documents stratégiques de la Guinée (plan quinquennal de développement, Stratégie nationale de réduction de la pauvreté....) ». Cependant, au-delà du concept de

<sup>25</sup> Rapport final RMP\_UNDAF 2015, p.17

dividende démographique, le 7<sup>e</sup> PP a engagé des actions dans les 3 domaines concernés depuis 2013. Au sujet d'une éducation de qualité, l'on relève que tandis que la promotion de l'éducation n'est pas reflétée dans les interventions, la promotion d'une santé de qualité pour les jeunes, est déployée dans la sous-composante SRAJ. Cette sous-composante propose : (1) de la communication par les pairs-éducateurs, les établissements de formation scolaire et professionnelle pour promouvoir la SR chez les adolescents et jeunes ; (2) des points de services spécifiques aux jeunes (« services conviviaux ou amis des jeunes ») dans des structures sanitaires, les CECOJE, des OSC ; (3) Une formation spécifiques du personnel de santé aux services SRAJ ; (4) des intrants de PF et IST/VIH pour les jeunes.

En 2014, l'analyse situationnelle de la santé et du développement des adolescents et jeunes a bénéficié de la participation de l'UNFPA. Cette investigation a abouti à l'élaboration du plan stratégique santé et développement des jeunes pour la période 2015- 2019. Par ailleurs, au vu du rapport narratif 2014, l'UNFPA a appuyé l'élaboration de la note conceptuelle sur le VIH ciblant les jeunes dont 60% sont âgés de 15 à 24 ans et sont des élèves et étudiants ; soutenu les associations et réseaux de jeunesse dans la promotion et la distribution des préservatifs en direction des handicapés, des populations clés. Les jeunes ont été intégrés dans la mobilisation sociale contre la maladie à virus Ebola pour réduire les résistances sur l'existence de la maladie. 37 289 personnes des zones minières dont 15 371 miniers et 50 000 jeunes ont été couverts et 1.061.200 préservatifs ont été distribués.

– Effectivité de la Promotion du développement jeune

La revue des progrès relatifs à la promotion de l'emploi jeune montre que cette préoccupation est inscrite dans le DSRP3 comme effort de réduction de la pauvreté. La promotion de l'emploi jeune est effective dans le 7<sup>e</sup> programme de pays à travers les aspects suivants :

- a) Les efforts essentiels à la date de l'évaluation sont à la planification et à la mobilisation des ressources :
  - un plan stratégique de mobilisation des 100 millions de dollars US a été élaboré. La mobilisation des ressources est en cours respectivement avec différents secteurs dont la santé, le social, l'éducation.
  - Une initiative d'autonomisation des jeunes pour exploiter le dividende démographique a été mise en place sur 3 pays dont la Guinée, le Libéria et la Sierra Léone. Au compte du budget total de 90 millions de \$US, les ressources à mobiliser par l'UNFPA dans ce cadre se montent à 41 000 000 \$US.
  - Le document du programme national d'insertion socioéconomique des jeunes est attendu. Il va mobiliser autour du PNUD 10 agences du SNU
  - Une proposition conjointe de l'UNFPA, l'UNICEF et ONUDI pour un Fonds de consolidation de la paix centré sur les jeunes a été élaborée pour une valeur de 1 million USD.
- b) Dans la perspective de planification et de suivi, une étude sur la vulnérabilité des adolescents et jeunes a été réalisée en 2015.
- c) Développement des AGR pour les jeunes. Le PTA 2016 prévoit la création d'espaces jeunes à travers AGR pour sortir de la perception réductionniste des « maison de jeunes » limitée aux aspects culturels et à la tutelle de l'Etat. La nouvelle approche tend à responsabiliser les jeunes à traves AGR pour les autonomiser auxquelles se greffent les services SRAJ et paix. Ainsi à Ratoma, Dubréka, Kindia et Labé des salons de jeunes filles sont mis en place. Les organisations des jeunes sont responsabilisées qui seront propriétaires des avoir des AGR. Cette approche témoigne d'une réactivité sur les constats de besoins essentiels au-delà des prévisions du CPAP.
- d) Le PBF (Peace Building Fund) est une initiative déployée depuis fin 2014 bénéficiant à 1000 jeunes. Il s'agit d'un programme conjoint UNFPA, ONUDI et OIM d'insertion socioéconomique des jeunes ex-combattants. Le rôle de l'UNFPA est d'investiguer sur la localisation desdites jeunes, de les former à la culture de la paix et de la citoyenneté, de les organiser en groupement. L'OIM forme

à l'entrepreneuriat et l'ONUDI subventionne le Plan d'affaire et accompagne les entreprises des jeunes.

**Par ailleurs, depuis 2015**, il y a prise de conscience assortie de la promotion de la fenêtre démographique. L'UNFPA, de concert avec les secteurs clés concernés dispose de supports d'évidence exposés dans un atelier pertinent en mai 2015 à Dakar. Un atelier technique de validation est planifié pour le 3<sup>e</sup> trimestre 2016. Par la suite, des ateliers de dissémination en régions puis à Conakry sont prévus, sous la présidence du chef de Etat, pour mieux expliquer aux grands décideurs. Selon les évidences évoquées, la fenêtre d'opportunité pour les jeunes s'est ouverte depuis 2007. Il y a urgence d'investir sur les jeunes pour exploiter ce potentiel avant que la fenêtre ne se referme. Le 7<sup>e</sup> programme de pays organise la réponse aux besoins en emploi, en éducation, en santé pour satisfaire au mandat de l'UNFPA relatif au développement du potentiel des jeunes.

#### 4.3a.4. Association entre intervention et prise en compte de l'égalité de genre

L'association entre les interventions du 7<sup>e</sup> PP et la prise en compte du genre a été appréciée au moyen de 3 indicateurs pertinents que sont: (i) La prise en compte de l'égalité de genre dans l'élaboration des programmes de développement chez les partenaires clé, dont la société civile ; (ii) La lutte contre les VBG/MGF-E ; (iii) La réduction des inégalités de genre.

—La prise en compte de l'égalité de genre dans l'élaboration des programmes de développement chez les partenaires clé, dont la société civile?

Les partenaires impliqués dans la collaboration avec le bureau de pays durant la période évaluée comprennent le MASPFE comme partenaire stratégique et des ONG, notamment l'Association des Femmes pour l'Avenir des Femmes (AFAF); TOSTAN ; OSPADEC/CARITAS, FARDH, JATROPHA; RENACOT, AFTT etc. Au niveau du MASPFE, la politique nationale du genre élaborée et validée en 2011, mise à jour en 2016 est axée sur le principe de « L'intégration du genre dans le cadrage macro-économique : politiques et programmes nationaux de développement - planification et la budgétisation nationales - outil indicateur de développement et des inégalités entre les sexes en Afrique (IDISA) pour la formulation des données ventilées par sexe ». Un certain nombre de départements ministériels ont développé des stratégies sectorielles genre. C'est le cas de la « stratégie sectorielle genre des forces de défense et de sécurité dans le cadre de l'opérationnalisation de la politique nationale de défense et de de sécurité en Guinée. Il en est de même des trois ministères en charge de l'éducation qui élaboré « La stratégie nationale de genre et équité de l'éducation ». Au niveau du Ministère des Mines et de la Géologie, des cadres ont bénéficié d'un renforcement de capacités sur le genre et l'intégration des questions de genre dans les programmes et projets. Par ailleurs, lors de la session budgétaire 2015, les questions relatives à la budgétisation sensible au genre ont été défendues par les femmes parlementaires. Ces différentes initiatives des partenaires nationaux ont été accompagnées par l'UNFPA depuis le 5<sup>e</sup> PP.

S'agissant de la société civile, le 7<sup>e</sup> PP a programme a accompagné les principaux acteurs dont la CONAG-DCF, les réseaux des journalistes, des religieux islamiques et chrétiens, des ONG comme TOSTAN, AFA, CARITAS, en matière de renforcement des capacités pour la prise en compte des questions genre dans les programmes et projets. Ainsi, les données d'interview de la présente évaluation informent que les ONG ont été impliquées dans l'élaboration des documents et la mise œuvre des interventions, sur la base de leurs missions, plans ou programmes propres, incluant l'égalité de genre.

—La réduction des inégalités de genre

Les interviews des parties prenantes et des bénéficiaires relèvent que les interventions du 7<sup>e</sup> PP ont réduit les barrières à l'accès aux soins liés aux coûts des services, au joug patriarcal de l'environnement familial et à la réparation des abus subis par les femmes. Cette réduction a été attribué à des interventions telles : l'éducation des femmes à leurs droits humains et reproductifs en particuliers, la réparation de fistules, l'accessibilité des méthodes contraceptives longue durée d'action et ou discrètes (implant), la gratuité des services de santé maternelles, la réinsertion socioéconomique des ex-fistuleuses, la promotion de l'employabilité des jeunes (filles et garçon), l'initiative d'autonomisation socioéconomique des femmes à Dubréka, la formation des acteurs étatiques (dont les personnels de santé, les forces de sécurité) et de la société civile en matière d'égalité genre... La revue des rapports indique que ces actions « ...ont

été capables de soutenir la dynamique d'auto-prise en charge des (...) femmes défavorisés<sup>26</sup> ». Ainsi, les femmes ont connu un changement de statut social et économique (amélioration et la diversification des revenus, accession à des postes de responsabilité dans les groupements...) ; cas des survivantes des fistules à Labé.

—La lutte contre les VBG dont les MGF/E

Malgré les interventions de sensibilisation et de législation, le taux actuel de prévalence des MGF/E (97%, EDS2012) reste quasiment celui indiqué par l'EDS 1999 (96%). Globalement les cibles visées pour les 3 indicateurs du produit 2 sur les VGB/MGF ont été atteintes (moyenne : 99,7%) en fin du 1<sup>er</sup> semestre 2016. Selon les interviews des parties prenantes, la stagnation de la prévalence des MGF/E et la persistance/résistances des violences, sont dues à l'appât du gain associé à la pratique des excisions, aux croyances traditionnelles sous-jacentes et à l'impunité des exciseuses. Cependant quelques limites sont à relever dont les faits que : (i) la gratuité des services n'est pas garantie (paiement de 20 000F au bureau de la rentrée de l'HR Kankan) ; (ii) la prise en charge psychosociale n'est pas assurée. Par ailleurs la fréquentation du centre de prise en charge des VBG visité (Kankan) a enregistré une baisse entre 2014 et 2016 ; passant de 81 à 15 cas.

Parmi les stratégies de cette résistance devant la pénalisation médiatisée, l'on compte des techniques de camouflage par lesquelles l'événement d'excision est masqué par un soi-disant cérémonial d'anniversaire et l'évitement d'un mode vestimentaire post-excision suggestif. Les VBG restent également très récurrentes, y compris les viols. Selon les parties prenantes, elles sont entretenues par la crainte des ruptures d'équilibre familial, la phobie de la disgrâce sociale de la famille de la victime, qui s'associe à la publicité négative à laquelle les procès pour viol exposent.

Tableau 4.5 : Progression des indicateurs de produit sur les VBG et MGF/E entre 2013 et Juin 2016

| Indicateurs   | Base 2013 | Cible Finale | Niveau atteint par an |      |      |         | Gap vs cible finale |
|---|-----------|--------------|-----------------------|------|------|---------|---------------------|
|   | Base 2013 | Cible Finale | 2013                  | 2014 | 2015 | S1 2016 |                     |
| 3. Nombre de textes d'application relatifs aux lois portant sur les droits reproductifs, le Sida, les VBG et les MGF/E effectivement appliquées | 0         | 4            | 2                     | 2    | 2    | 4       | 0                   |
| 4. Nombre de communautés qui déclarent l'abandon des mutilations génitales féminines / excisions.   | 284       | 334          | 287                   | 287  | 331  | 331     | -3                  |
| 5. Nombre de structures offrant des services de prévention ou de prise en charge des cas de VBG.  | 6         | 30           | 8                     | 8    | 20   | 26      | -3                  |

#### 4.3a.5. Association entre interventions et gestion des urgences humanitaires

La revue documentaire et les interviews des parties prenantes suggèrent que les interventions du 7<sup>e</sup> PP de l'UNFPA se sont associées à la gestion des 5 types d'urgences humanitaires dont les Catastrophes naturelles, les Conflits intercommunautaires et sociopolitiques, le Choléra, les Incendies et l'épidémie à virus Ebola.

La cartographie des urgences humanitaires durant la période évaluée a impliqué toutes les 8 régions administratives à travers 13 préfectures (N'zérékoré, Kankan, Kindia, Labé, Faranah, Mamou, Boké, Siguiri, Tougué, Mali et Dinguiraye) et la ville de Conakry. Par ordre d'importance décroissante, la Guinée a été affectée par :

1. L'épidémie à Virus Ebola,
2. Les conflits intercommunautaires et sociopolitiques
3. Les catastrophes naturelles
4. Le choléra

<sup>26</sup> Rapport final RMP UNDAF 2015, p23

La répartition géographique des événements d'urgence humanitaire est synthétisée dans le tableau ci-dessous.

*Tableau 4.6 : Répartition des urgences humanitaires par région et préfecture entre 2013 et 2016*

| Urgences humanitaires                           |              | Années          | Région   | Préfecture                                    |
|---|--------------|-----------------|--|---|
| Epidémie à Virus Ebola,                         |              | 2014-2015       | Labé, Kankan, Nzérékoré  | 31/38 préfectures (Macenta,...)               |
| Conflits intercommunautaires et sociopolitiques |              | 2013-2016       | Conakry, Nzérékoré   |   |
|   |              | Fev14 ; Av 2015 | Conakry  |   |
|   |              | Jan 16          | Kankan   | Kankan  |
|   |              | Oct ; Nov 2015  |  | Siguiri                                       |
| Catastrophes naturelles :                       | ●Inondations | 2013            | Kindia<br>Kankan   | Kindia, Tougué, Siguiri, Dinguiraye et Kankan |
|   |              | 2015            | Conakry  |   |
|   | ●Gel         |                 | Labé   | Mali  |
|   | ●Incendies   | avril 2013      | Labé   | Mali.   |
| Le choléra                                      |              | 2013            | Conakry, Kindia, Boké, Nzérékoré, Faranah, Mamou, Kankan, Labé |   |

Dans les circonstances où l'UNFPA a été notifié à temps, une réponse prompte a été généralement déployée par l'organisation. L'organisation a apporté un appui à la faisabilité du principe de la gratuité des victimes des conflits communautaires et sociopolitiques grâce à la fourniture des intrants nécessaires. Cependant plusieurs incidents humanitaires n'ont pas reçu l'attention de l'institution pour déficit d'information et ou solutions alternatives appliquées localement ou à avec l'appui d'autres partenaires. L'UNFPA est donc principalement intervenue sur les conflits humains dont les émeutes politiques, les émeutes anti-Ebola et la réponse à Ebola à travers 31 districts sanitaires sur les 38 que compte le pays, soit 9 millions d'habitants.

Des initiatives de responsabilisation des jeunes pour la paix, dont le PBF ont formé des pairs-éducateurs, déployé des campagnes de sensibilisation en faveur d'une culture de la paix. Ces efforts ont été associés à une élection présidentielle sans émeute en 2015. Par ailleurs, l'action de milliers pairs-éducateurs et d'animateurs endogènes en milieu jeunes, s'est associée au recul de la résistance anti-Ebola. L'épidémie ayant été perçue par les masses comme un complot manipulé depuis l'étranger, selon les données des interviews.

Avec plus de 2500 morts entre le 21 mars 2014 et Décembre 2015, l'épidémie à virus Ebola a été déclarée éradiquée en décembre 2015. L'UNFPA est de mémoire de parties prenantes l'organisation leaders dans la participation à la coordination de la réponse, l'appui logistique, l'apport en produit de santé, la formation et l'information pour la surveillance, la détection, la référence et le suivi des cas et des personnes contacts. Ce niveau d'investissement situé au-dessus de la moyenne justifie l'attribution à l'UNFPA d'une part notable du mérite de l'éradication de l'épidémie. L'image du camion isotherme mis à disposition par l'UNFPA, lequel a été le 1<sup>er</sup> à faire le tour pour distribuer les Kits d'hygiène, le 28 mars 2014, a marqué les esprits.

### 4.3b. Réponse à la question d'évaluation 5—Efficacité-Résultats PS2014-17 de l'UNFPA

EQ5 : Dans quelle mesure les interventions appuyées par le 7<sup>ème</sup> Programme de Pays ont-elles contribué à l'atteinte des résultats du plan stratégique 2014-2017 de l'UNFPA.

#### 4.3b.1. Résultats obtenus dans le cadre du 7<sup>ème</sup> PP et leur contribution aux résultats attendus au niveau du PS 2014-2017 de l'UNFPA

Les constats et analyses portent sur les indicateurs d'évaluation suivants, formulés comme des questions : Quels étaient les résultats attendus au niveau du plan stratégique 2014-2017 de l'UNFPA (produits PS2014-17, Produits CPD)? ; Quels sont les résultats obtenus dans la mise en œuvre du 7<sup>ème</sup> programme de pays de l'UNFPA pour contribuer aux résultats du PS2014-17 (produits PS2014-17, Produits CPD)? • Quel est le ratio de performance entre les résultats obtenus et attendus?

**• Résultats attendus au niveau du plan stratégique 2014-2017 de l'UNFPA (produits PS2014-17, Produits CPD) et • Résultats obtenus dans la mise en œuvre du 7<sup>ème</sup> programme de pays de l'UNFPA pour contribuer aux résultats du PS2014-17 (produits PS2014-17, Produits CPD) :**

Parmi les 16 indicateurs suivis, à la date de l'évaluation, 6 ont déjà atteint la cible fixée (6/16 : 37.5%). Il s'agit notamment de :

Produit1 :

- 1. Existence d'une Base de données multisectorielle fonctionnelle (1/1)
- 2. Nombre d'analyses thématiques des données du 3<sup>ème</sup> RGPH, de l'EDS/MICS et des enquêtes (9/9)

Produit 2 :

- 3. Nombre de textes d'application relatifs aux lois portant sur les droits reproductifs, le Sida, les VBG et les MGF effectivement appliquées (4/4)
- 5. Nombre de structures offrant des services de prévention ou de prise en charge des cas de VBG (30/30).

Produit4 :

- 9. Nombre de personnel national formé à la gestion logistique (474/474)

Produit 5 :

- 11. Nombre de villages offrant des services SR à base communautaire intégrant le paquet santé maternelle et néonatale (6750/6750)

Le reste des 10 indicateurs de produits nécessitent encore des efforts. Cinq de ces indicateurs devraient faire l'objet d'une charge d'intervention au-dessus de celle actuelle afin d'éviter la non atteinte des cibles en fin de programme. Il s'agit de :

Produit 2 :

- 4. Nombre de communautés qui déclarent l'abandon des mutilations génitales féminines / excisions (331/334).

Produit 3 :

- 6. % de femmes enceintes ayant effectué 4 CPN dont 1 au 9<sup>ème</sup> mois (61/75).
- 7.1. Nombre de structures de santé offrant : SONUB (126/215)
- 7.2. Nombre de structures de santé offrant : SONUC (12/47)
- 8. Nombre de femmes traitées pour les fistules obstétricales (692/1000)

Produit 4 :

- 10.1. Nombre de structures n'ayant pas connu de rupture de stock des contraceptifs durant les 6 derniers mois (291/320).
- 10.2. Nombre de structures de santé sans rupture de stock des 10 produits sauvant la vie durant les 6 derniers mois. (207/247)

Produit 5 :

- 12. % de structures offrant au moins 3 méthodes modernes de contraception (97%/100%)

Produit 6 :

- 13. Nombre de structures intégrant les services de SSR pour les jeunes (57/200)

Produit 6

- 14. Nombre d'associations de jeunes/réseaux impliquées dans l'éducation par les pairs axée sur les liveskills en SSR et VIH (48/50)

#### 4.3b.2. Rapport de performance entre les résultats obtenus et attendus

##### (a) Quantitativement :

Les plans développement mondiaux fixent à 80% le minimum de performance sur les indicateurs en vue d'un impact. Partant de là, et sur la base d'une échelle à 4 paliers dont « Suffisante (80-100%) » ; « Insuffisante (50-79%) » ; « Faible (20-49%) » ; « Insignifiante/Nulle (0-29%) », il apparaît que la performance du programme a été majoritairement « Suffisante ». En effet, les ¾ des indicateurs (12/16) ont présenté une performance (P) suffisante ( $P \geq 80\%$ ) pour un impact<sup>27</sup> ; deux indicateurs (7.1 et 8.) ont connu une performance au-dessus de la moyenne (entre 50% mais inférieure à 79%) mais insuffisante pour un impact. Les 2 indicateurs restant (7.2. et 13.) ont connu une performance faible, située entre 20% et 49%. Les produits 3 (SONU renforcée), pour ¾ des cas et 6 (SRAJ accessible), pour ½ cas sont les seuls à avoir enregistré des contreperformances au niveau des indicateurs suivis.

Une atteinte à 100 % des cibles des 2 indicateurs du produit PP 1 (« D'ici fin 2017, les données fiables relatives à la dynamique de population, la jeunesse, l'égalité de genre et la SSR collectées, analysées, et disséminés auprès des utilisateurs et décideurs ») s'est associée à un niveau d'atteinte suffisant (83 %) de l'effet4 du PS2014-2017 de l'UNFPA (Amélioration de la disponibilité des données et des analyses pour la prise de décision et amélioration de la formulation des politiques autour de la dynamique des populations, la santé sexuelle et reproductive et l'égalité des sexes). Les 2 indicateurs de cet effet sont renseignés.

Une performance quasi-exhaustive (100% ; 99% ; 100%) des 3 indicateurs du Produit PP 2 (« D'ici fin 2017, la législation nationale relative à l'égalité de genre, aux droits reproductifs, au VIH/Sida, aux VBG, MGF/E adaptée aux conventions internationales disséminée à travers les structures nationales, les réseaux et les associations féminines ») s'est associée à un niveau d'atteinte insuffisant (49 %) de l'effet3 du PS2014-2017 de l'UNFPA. Deux indicateurs sur 3 de cet effet sont renseignés. Le lien causal est partiel entre le produit et l'indicateur d'effet concerné (Progression de l'égalité des sexes et des droits reproductifs notamment à travers l'application des lois et la mise en œuvre des politiques). La chaîne de causalité entre l'effet 3 et ses indicateurs semble incomplète. En plus, d'un indicateur sur l'amélioration de la situation de la reproduction, et d'un autre sur le mécanisme d'application des lois, il manque un indicateur sur la complétude du cadre juridique.

Avec un indicateur performant (-81%), le numéro 6, et 3 les autres contre-performants (59% ; 26% ; 69%), notamment les numéros 7 ; 8 et 9 respectivement ; l'on aboutit à un niveau de réalisation globalement insuffisant du Produit PP 3 « D'ici 2017, les capacités nationales des structures sanitaires pour le passage à l'échelle des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) et des fistules renforcées ». Cette réalisation insuffisante du Produit 3 s'est associée à un niveau d'atteinte Insignifiant/Nul (8%) de l'effet 1 «Accès et utilisation des services de santé maternelle et néonatale, améliorés».

Le renseignement est effectif pour 2 des 3 indicateurs de cet effet. Le lien causal est direct entre le produit et l'indicateur d'effet concerné. La chaîne de causalité entre l'effet 1 et l'un de ses indicateurs est confuse. Au lieu d'y contribuer l'indicateur «Ratio de mortalité maternelle» est logiquement un aboutissement

<sup>27</sup> Selon l'OMS la couverture sanitaire universelle a un impact directe. Cf. [http://www.who.int/features/qa/universal\\_health\\_coverage/fr/](http://www.who.int/features/qa/universal_health_coverage/fr/).

attendu après la réalisation de l'effet. La formulation du 3<sup>e</sup> indicateur d'effet est à corriger de «Taux de césariennes à moins de 5%» à «Taux de césariennes d'au moins 5%».

L'on a enregistré un niveau de réalisation suffisant (100% ; 91% ; 84%) de chacun des 3 indicateurs respectifs 10, 11 et 12 du Produit PP 4 «D'ici fin 2017, le système national pour la Sécurisation des Produits de santé Reproductive renforcé (RHCS)». De même, le Produit PP 5 « D'ici 2017, les capacités nationales pour des interventions à base communautaire en faveur de la planification familiale renforcée» a connu une réalisation suffisante, chacun de ses indicateurs respectifs 13 et 14 ayant enregistré une performance suffisante, soit 100% et 97%.

Cependant, à cette double performance suffisante au niveau des produits s'est associée un niveau d'atteinte insuffisant (35%) de l'effet1 du PS2014-2017 de l'UNFPA (Accès à des services de planification familiale de qualité pour les individus et les couples et de leur utilisation selon les intentions de reproduction). Une telle incohérence est fort probablement liée à l'interférence de l'environnement socio comportemental et à l'ambiguïté de la gratuité des services de PF.

Tous les 3 indicateurs de cet effet ont été documentés. Le 3<sup>ème</sup> indicateur de l'effet semble mesurer un produit sur la disponibilité des services. Cet indicateur ne semble pas en lien logique avec le produit qui est censé l'induire. Donc, il porte sur une modalité de service PF offerte en structure sanitaire, tandis que le produit repose sur un renforcement de la PF communautaire.

Les produits sont effectivement des piliers pertinents pour l'atteinte de l'effet 1. Cependant, il manque un produit sur les capacités en PF des structures sanitaires pour un montage logique complet par rapport à cet effet 1.

La performance des 2 indicateurs 15 et 16 a été respectivement faible et suffisante. Cette situation mitigée situe dans l'insuffisance la réalisation du Produit PP 6 «D'ici fin 2017, les services essentiels de Santé sexuelle et reproductive, y compris le VIH/Sida accessibles aux jeunes (y compris les adolescent(e)s)» s'est associée à un niveau d'atteinte insuffisant (34%) de l'effet 1 du PS2014-2017 de l'UNFPA.

L'on ne perçoit pas de différence logique sur l'échelle des résultats entre le produit et l'effet. Ce dernier paraît simplement être l'ensemble et le produit l'élément. Ainsi, le produit tel que formulé en serait un indicateur que cela serait substantiellement cohérent. Le renseignement est effectif pour un des trois indicateurs de cet effet 1. Le lien causal est direct entre le produit et l'indicateur d'effet concerné. La chaîne de causalité entre l'effet 1. Par contre, le 2<sup>ème</sup> indicateur (Taux de natalité des adolescentes) est d'un niveau plus avancé sur l'échelle logique des résultats que l'effet qu'il est sensé mesurer.

En somme, la concordance entre la performance du produit et celle de l'effet s'observe dans 2/6<sup>ème</sup> des cas, nommément pour les produits 1 et 6. Dans le 1<sup>er</sup> cas les performances du produit et de l'effet sont respectivement suffisantes. Dans le 2<sup>e</sup> cas, les performances respectives du produit et de l'effet sont insuffisantes. Hormis ces cas de concordance, les performances des produits et des effets ne se sont pas alignées. Cependant, aucune performance insuffisante du produit ne s'est associée à une performance suffisante de l'effet, qu'une performance suffisante s'associe avec une performance au moins insuffisante de l'effet (Produit 2 vs Effet3 ; Produits 4 et 5 vs Effet1) ; et qu'une performance insignifiante/nulle de l'effet n'est apparu qu'en association avec une performance insuffisante du produit (PP3 vs Effet1). Le lien logique est net entre 5 des 6 produits et les effets du plan stratégique PS2014-17 auquel ils doivent contribuer. Le cas où tous les indicateurs d'un produit sont en lien net avec tous les indicateurs d'effet concernés ne s'observe que pour 2 produits sur 6. Pour le reste des produits la concordance est partielle entre l'ensemble des indicateurs de produit et d'effet (indicateurs manquants, lien causal inadéquat...). Par ailleurs, l'ordre hiérarchique dans l'échelle des résultats n'est pas toujours cohérent ou respecté entre les produits du 7<sup>ème</sup> Programme, les effets du PS2014 et leurs indicateurs respectifs. L'on note des indicateurs d'effet à valeur d'impact ou de produit ; et des produits ou leurs indicateurs à valeur d'indicateurs d'effet

(b) Qualitativement :

La contribution des 6 produits du 7<sup>ème</sup> PP aux effets 1,3 et 4 correspondants, du PS2014-2017 de l'UNFPA est décrite dans les paragraphes suivants.

- **Contribution du produit 1 à l'effet 4 du Plan Stratégique 2014-2017 de l'UNFPA:**

L'effet 4 porte sur le « Renforcement des politiques nationales et des programmes internationaux de développement grâce à l'intégration d'analyses factuelles sur la dynamique des populations et ses liens avec le développement durable, la santé en matière de sexualité et de procréation, les droits liés à la procréation, la lutte contre le VIH et l'égalité des sexes ». Le Produit 1 : D'ici fin 2017, les données fiables relatives à la dynamique de population, la jeunesse, l'égalité de genre et la SSR collectées, analysées, et disséminées auprès des utilisateurs et décideurs a apporté une contribution quantitative notable à cet l'Effet 4, grâce à la réalisation respective des cibles des indicateurs clés sur l'existence d'une base de données multisectorielle fonctionnelle sur la production de 9 analyses thématiques des données.

Au vu de ce qui précède, et des prévisions du CPD et du CPAP, un certain nombre de réalisations restent attendues dont l'EDS 2017, les analyses approfondies des données du RGPH, l'extension du renforcement des capacités aux acteurs sectoriels clés de l'intégration des questions de population dans le processus de développement, la communication autour des données. Davantage, d'importants efforts qualitatifs sont encore à déployer en vue d'aboutir à une contribution optimale du 7<sup>ème</sup> programme à ses engagements relatifs à l'Effet 4. L'on citera l'optimisation de la fonctionnalité de la base des données multisectorielles, de la mise en place des bases de données sectorielles dans les autres administrations clés dont l'enseignement pré-universitaire.

**En définitive, la contribution du produit 1 du 7<sup>ème</sup> Programme à l'Effet 4 du PS 2014-2017 de l'UNFPA est importante.**

- **Contribution du produit 2 à l'effet 3 du Plan Stratégique 2014-2017 de l'UNFPA:**

L'effet 3 du plan stratégique révisé de l'UNFPA, « *Promotion de l'égalité des sexes, autonomisation des femmes et des filles et droits en matière de reproduction, notamment pour les femmes, les adolescents et les jeunes vulnérables et marginalisés* », a bénéficié d'une contribution remarquable du produit 2 sur l'égalité de genre et les droits reproductifs, malgré les efforts importants déployés pour réaliser les activités clés. Cependant, il y a eu un décalage de pertinence entre les certaines activités clés, traduites par les indicateurs suivis et les ressorts obstacles et résistances sociaux culturelles. Ainsi, les actions majeures ressortissant essentiellement de la législation et d'une sensibilisation de modèle et de motivation exogènes ne se sont pas associées au recul de la prévalence des MGF/E. Cet indicateur a stagné à 96%-97% entre l'EDS 1999 et l'EDS-MISC2012. D'importants efforts restent à faire au plan qualitatif afin que le indicateur 2 de produit suivis s'associent aux changements socio-comportementaux recherchés, et que le déclaratifs des populations corresponde à la réalité actée et vécu de l'intérieur par la communauté.

**En définitive, la contribution du produit 2 du 7<sup>ème</sup> Programme à l'Effet 3 du PS 2014-2017 de l'UNFPA est très remarquable mais limitée.**

- **Contribution du produit 3 à l'effet concerné du Plan Stratégique 2014-2017 de l'UNFPA:**

L'effet 1 du Plan Stratégique UNFPA porte sur la « Disponibilité et utilisation accrues de services intégrés de santé sexuelle et procréatives (y compris la planification familiale, la santé maternelle et le VIH), soucieux de l'égalité des sexes qui répondent aux normes en matière de droit de l'homme pour la qualité des soins et l'égalité d'accès ». **La contribution du produit 3** « D'ici 2017, les capacités nationales des structures sanitaires pour le passage à l'échelle des soins obstétricaux et néonataux d'urgence et des fistules renforcées » à l'effet 1 a été effective, mais limitée. De fait, une action clé devant contribuer à ce produit n'a pas été réalisée (renforcement de la participation communautaire à travers les mutuelles de santé). Les actions réalisées ont été limitées par certains écueils stratégiques ou opérationnels (campagnes ponctuelles, coordination

insuffisante entre niveaux, renforcement des capacités des FOSA non optimal...) des obstacles multisectoriels (culture, accès à l'information, pauvreté, enclavement, cadre juridique). Naturellement, le niveau d'implémentation des interventions et les scores de performance des indicateurs permettant de contribuer à l'effet 1 ont plafonné autour de 60% en moyenne. Globalement, **la contribution du produit 3 du 7<sup>e</sup> Programme à l'Effet 1 du PS 2014-2017 de l'UNFPA est effective mais partielle.**

- **Contribution du produit 4 à l'effet 1 du Plan Stratégique 2014-2017 de l'UNFPA:**

**Dans l'ensemble, la contribution du produit 4 du 7<sup>e</sup> Programme à l'Effet 1 du PS 2014-2017 de l'UNFPA est massive et sensible, malgré des dysfonctionnements du système logistique et de l'alignement des capacités des FOSA aux exigences d'utilisation desdits intrants ; lesquels empêchent l'optimisation.**

Une performance obtenue élevée a été enregistrée sur les 3 indicateurs du produit 4 (91.6%), concernant le renforcement du système national pour la Sécurisation des Produits de santé Reproductive. Cette forte performance a intensément contribué à la disponibilité et à l'utilisation des services SSR dans le respect de l'égalité des sexes grâce à une augmentation massive et qualitative des provisions de médicaments, équipements et autres intrants de santé, et à une accessibilité améliorée selon le genre et le groupe, dans un réseau importants de formations sanitaires (410 CS et 47 hôpitaux) à travers l'ensemble du pays pour la PF et les 11 préfectures ciblées pour la SMNI et les IST/VIH.

• **Contribution du produit 5 à l'effet 1 du Plan Stratégique 2014-2017 de l'UNFPA :**

L'aspect disponibilité et utilisation accrues des services intégrés liés à l'effet 1 a été notablement alimenté par les réalisations et performance du produit 5 (97% à 100%). Une contribution optimale dépendra de l'introduction d'action pour maîtriser les barrières culturelles, la disponibilité spécifique des produits préférés selon le groupe d'utilisatrices.

• **Contribution du produit 6 à l'effet 1 du Plan Stratégique 2014-2018 de l'UNFPA :**

Les progrès réalisés sur le produit 6 n'ont pas permis de répondre de manière substantielle aux attentes en matière d'offre, d'accès et d'utilisation des services SSR par les jeunes. Le nombre de points de services adaptés pour les jeunes (57/200) est à mettre à l'échelle. Les barrières culturelles et financières, la disponibilité des intrants et la continuité de la mobilisation et du suivi sont à renforcer. Par contre, les jeunes sont mieux outillés sur la prévention des IST/VIH/Sida, les grossesses non désirées et les VBG à travers les réseaux de jeunes ayant bénéficié des formations en éducation de vie saine (liveskills).

En somme, selon l'analyse ci-dessus à la logique de planification, telle que rappelée dans l'annexe 9, et des écarts dans la mise en œuvre expliquent les insuffisances dans la contribution des interventions, des extrants et des produits aux effets poursuivis par le programme. .

#### 4.4. Réponse à la question d'évaluation 3—Efficience/Résultats 7<sup>e</sup> PP

La question d'évaluation adressée dans cette section est la « EQ3 : Dans quelle mesure les ressources humaines, financières et administratives mobilisées dans le cadre du programme ont-elles été converties en résultats ? Existe-t-il des approches plus appropriées et plus efficaces pour réaliser de meilleurs résultats avec les ressources disponibles ? »

D'une manière générale, les parties prenantes de la mise en œuvre et les bénéficiaires estiment que l'efficience du programme est mitigée, davantage négative. Les limites affectant la quantité et la qualité des ressources humaines et matérielles, la gestion du temps et l'allocation des fonds dans la pyramide d'intervention sont à la base de ce jugement. L'analyse financière, indique aussi une efficience relative, la dépense étant légèrement plus importante que la performance.

#### 4.4.1 Conversion des ressources humaines, financières et administratives mobilisées dans le cadre du programme en résultats

- Adéquation du montage institutionnel et de la pyramide d'intervention

Le montage institutionnel et la pyramide d'intervention ont été d'une adéquation insuffisante. Le dispositif institutionnel qui a porté le programme au niveau du bureau pays UNFPA Conakry a été partiellement adéquat. Il en est de même de la pyramide d'intervention aux niveaux de l'UNFPA et de la partie nationale.

*Les acquis en matière de contribution des ressources administratives aux résultats du 7<sup>e</sup> PP* consistent dans les aspects du montage institutionnel et pyramidal qui ont facilité le déploiement de la mise en œuvre et les réalisations qui s'y sont associées. Au niveau stratégique, à l'UNFPA, le montage institutionnel a été quasi-exhaustif. L'action à ce niveau a reposé sur un ensemble de structures (programmes, unités) et de fonctions (NPOs-chargés de programme, experts) portant toutes les composantes (SSR, Genre/droits reproductifs, P&D) et leurs produits. Ce dispositif institutionnel a assuré la planification, l'encadrement technique et l'allocation des ressources aux partenaires nationaux, ainsi que le suivi stratégique et le recadrage consécutif de l'implémentation. Le montage intersectoriel a inclus l'ensemble des administrations publiques concernées à titre principal (MPCI, MS, MASPFE, MJEJ) et secondaire (FDN, Police...) et la société civile avec la participation d'OSC/ONG nationales et internationales compétentes. Les démembrements de ces institutions publiques (Directions Régionales et Préfectorales) et des OSC ont été impliqués en périphérie pour relayer l'action jusqu'au niveau communautaire. Au niveau des points de prestation des services en institution et en communauté (FOSA, CECOJE, ASC et animateurs communautaires), afin d'améliorer l'efficacité et d'éviter les effets pervers de l'incohérence (tel les doublons et la désynchronisation du déploiement), le 7<sup>e</sup> programme de pays l'UNFPA a opté pour l'intégration des interventions par-delà les secteurs. Cette configuration de l'organisation du service est décrite au chapitre sur la coordination.

*Divers dysfonctionnements ont limité la contribution des ressources administratives à la MEO et aux résultats du 7<sup>e</sup> PP.* Ces dysfonctionnements ont été observés chez l'UNFPA comme chez la partie nationale.

Du côté UNFPA, il s'est agi :

- (a) L'effectif insuffisant des personnels du Programme, y compris l'absence d'un chargé de programme spécifique et d'un chargé de programme genre
- (b) L'institutionnalisation partielle de l'unité suivi-évaluation. Le staff, les moyens matériels et le budget sont insuffisants. Ainsi, le chargé de M&E n'est pas affecté à 100% à cette fonction, il n'y a pas d'experts nationaux M&E pour santé et P&D, il manque des outils dont un ordinateur pour la gestion des données, les fonds reçus sont généralement en dessous des prévisions budgétaires (6% du budget du PP au lieu de 10%). Entre autres conséquence, l'unité S&E souffre d'un déficit d'autonomie envers les unités de programme d'où vient son financement. De même, l'on observe une surcharge de travail et la dispersion du temps et des efforts du responsable de l'unité de S&E entre cette instance et le programme P&D, cumulativement à sa charge. Davantage l'unité S&E n'arrive pas à mettre en œuvre, à suffisance, ses activités dont les supervisions formatives, à cause de sa précarité financière et institutionnelle en général.
- (c) L'encadrement insuffisant des bureaux régionaux de l'UNFPA. A ce niveau l'on déplore la rareté des visites du niveau central, le gap en formation des volontaires en postes et la forte dépendance vis-à-vis du niveau central (pas de budget, pas de moyen de contrôle sur les acteurs locaux de la mise en œuvre...).

Quant à la partie nationale, l'on a relevé :

- (a) Une collaboration et une responsabilisation insuffisante envers les services ou organes déconcentrés. Le partage des documents/informations souffre de beaucoup d'omissions (ex. résultats de l'analyse des besoins, PTA, feedbacks...). De même l'implication des niveaux déconcentrés dans les activités est marginale. Diverses interventions sont réalisées en périphérie par le niveau central avec une faible implication de cette dernière. Ainsi la verticalité des interventions est prépondérante au niveau des PI. De fait, les  $\frac{3}{4}$  des ministères clés sont concernés. Le niveau central de ces administrations ne fait pas d'allocation aux services déconcentrés et met en œuvre sur le terrain en lieu et place de ces derniers. L'efficacité de cette approche s'est montrée limitée par rapport à l'absence des effets de renforcement par le suivi et à l'absence d'un impact sur la durée.

- (b) la faiblesse des systèmes de suivi-évaluation chez les partenaires de mise en œuvre et autres parties prenantes (faible expertise, doublons de rapportage/verticalité & multiplicité des programmes, faible valorisation des tâches de suivi...).
- (c) Le fonctionnement des procédures administratives n'a pas été assez contributif pour les résultats du 7<sup>e</sup> programme. Il a certes été plus fluide au niveau du bureau de l'UNFPA qui maîtrise ses procédures, malgré quelques difficultés spécifiques de communication interne. Par contre le fonctionnement du dispositif institutionnel a été peu fluide chez la partie nationale qui trouve les procédures UNFPA complexe et est affectée par d'importantes lourdeurs administratives internes et un déficit en GAR. Par ailleurs l'absence de mécanisme fonctionnel d'assurance qualité a contrarié la qualité des intrants et des prestations. La complexité des procédures et des opérations a causé des retards de financement et d'implémentation se répercutant du niveau central à la périphérie.
- (d) L'efficacité mitigée de l'appui aux AGR. Les formateurs qui sont recrutés et les formateurs pris en charge par le gouvernement (MASPFE) sont confrontés au problème de renouvellement de leurs contrats annuels. Les ressources financières sont gérées par le niveau central. Les seuls financements qui arrivent par exemple au niveau régional sont ceux destinés à la campagne de sensibilisation sur la PF. De plus, en l'absence d'une évaluation de l'initiative des AGR, l'évolution des choix, mesures et pratiques vers l'efficacité reste questionnable du fait des sorts divers connus par les AGR financées.

- Adéquation en qualité et quantité des ressources humaines

Le 7<sup>e</sup>PP a été confronté à un énorme déficit quantitatif et qualitatif en ressources humaines. Le gap affecte tous les secteurs partenaires (santé, jeunesse, genre, plan et population). L'on note que le déficit environne ou surpasse la moyenne des effectifs réglementaires ou conventionnels indiqués. Ainsi, le gap en ressources humaines pour la santé (RHS) est de 48% selon le PNDS2015-2024. Les services déconcentrés du MASPFE tout comme ceux du MPCCI et de la Jeunesse manquent cruellement de cadres et de ressources. Dans la plupart des services, l'évaluation a trouvé mis en évidence la présence de moins de la moitié du personnel prévu par le cadre organique. La situation s'est même aggravée suite à la survenue de l'Épidémie à Virus Ébola (EVD) dans le pays en 2014. Les moyens initiaux se sont vite révélés insuffisants avec l'aggravation des besoins des populations et les décès des certains personnels sanitaires victimes de l'épidémie. Les efforts de formation et de mise à disposition faits par l'UNFPA ont relevé les effectifs d'une sous-catégorie (sages-femmes) et la compétence pour l'ensemble des effectifs des partenaires. Des centaines de cadres de la santé, des 4 secteurs clés, du niveau central à la périphérie, des milliers d'acteurs communautaires (1500ASC ; plus de 5000 animateurs communautaires). Cependant, la rotation des personnels formés et l'insuffisance des effectifs minimalisent cette contribution aux résultats du 7<sup>e</sup>PP. par ailleurs les effectifs formés n'ont pas couverts tous les besoins dans la zone cible, toutes les formations prévues ou nécessaires n'ayant pas été réalisées. En définitive la masse critique qualitative et quantitative de ressources humaines nécessaires pour l'achèvement des réalisations planifiées n'a pas été atteinte.

- Promptitude et coût-efficacité des procédures

La promptitude et la coût-efficacité des procédures a été insuffisante. Les délais liés aux procédures ont induit des retards et des non réalisations d'activités. Cependant des forces importantes ont été relevées. Les forces enregistrées comprennent : (i) la mise à disposition du manuel et des outils de procédures accompagnée de l'orientation et du coaching par l'UNFPA ; (ii) la mise à disposition des intrants dans de meilleurs délais et la raréfaction des ruptures ; (iii) un encadrement efficace de la dépense aboutissant à un taux de validité de 100% (cf. rapport d'audit) ; (iv) la livraison rapide des intrants dans les districts de santé/directions préfectorales. Ces avancées ont conduit à une disponibilité en temps opportun de bon nombre d'intrants et à la raréfaction des ruptures de stock de médicaments. Plusieurs des équipements fournis ont été de bonne qualité et l'alimentation en énergie de la chaîne de froid a été renforcée.

Toutefois, l'efficacité du programme a été affectée par : (i) Les longs délais de préparation et l'organisation d'une cérémonie annuelle unique de signature des PTA pour tout le SNU, restreignant le temps de mise en œuvre ; (ii) la Complexité/difficulté dans la production des pièces justificatives ; (iii) le faible respect du principe de décentralisation financière ; (iv) le déficit en quantité et en qualité des ressources humaines au niveau périphérique; des défaillances dans la gestion logistique aboutissant à des intrants non utilisés<sup>28</sup> pour déficit de source d'énergie, pièce manquante, personnel formé ou obsolescence, surstock ou au risque de péremption des produits comme le Sulfate de Magnésium ; (v) la verticalité de la mise en œuvre des activités entretenue par le niveau central par déficit de responsabilisation des services déconcentrés dans la MEO ; et (vi) la mise en veilleuse temporaire de nombreuses activités prévues dans le cadre des 3 composantes (SR, Genre, P&D) pour cause de réorientation des ressources et moyens pour faire face à l'épidémie.

#### 4.4.2. Ressources financières

Le montant total mobilisé (28.643.388 USD) au 30 juin 2016 est supérieur de 8.643.388 dollars USD par rapport aux prévisions initiales (20.000.000 USD). Le surplus en numéraire touche dans l'ordre décroissant les produits P1 (P&D, réalisation du RGPH3), P2 (genre); P4 (SPSR, y compris riposte à Ébola); P3 (SMNI); P5 (Cf. tableau Graphique 4.7).

##### a. Ressources mobilisées par thématique

Des ressources importantes ont été mobilisées par thématique d'intervention. Les thématiques P&D, SR et Genre ont connu des excédents de mobilisation budgétaire. Cependant, des efforts restent à faire pour mobiliser de gap budgétaire concernant les prévisions pour la santé sexuelle et reproductive des adolescent/jeunes qui est de 824.959 USD. Enfin, la structure financière ci-dessus présentée ne tient pas compte de la contrepartie nationale (1.000.000 USD), mobilisé à hauteur de 200.000 USD par an et gérée par les ministères sectoriels partenaires pour le fonctionnement des services d'appui du programme. Le tableau ci-dessous donne la répartition des fonds mobilisés par thématique.

Tableau 4.7 : Fonds prévus et mobilisés par thématique du septième programme

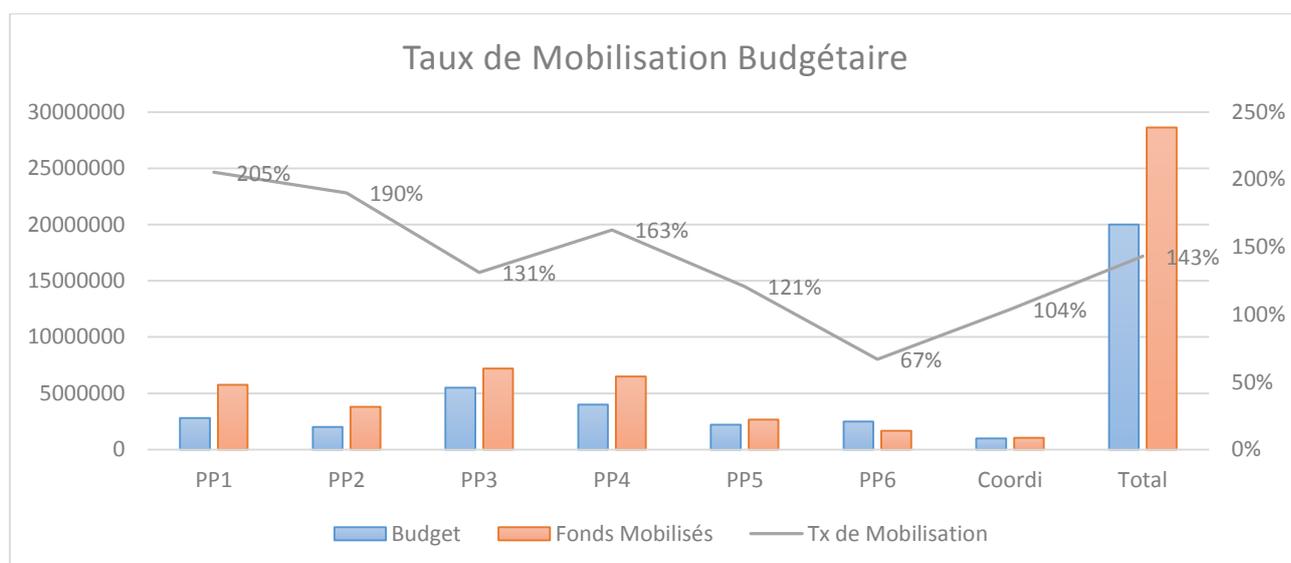
| Budget prévu / mobilisé en USD | Domaines d'intervention |            |         |           |            |             | Total      |
|--------------------------------|-------------------------|------------|---------|-----------|------------|-------------|------------|
|                                | P &D                    | SMNN       | PF      | SRAJ      | Genre      | Managem ent |            |
| Budget prévu 2013-2017         | 2.800.000               | 11.700.000 |         | 2.500.000 | 2.000.000  | 1.000.000   | 20.000.000 |
| Core Fund UNFPA                | 1800000                 | 3000000    | 2700000 | 2500000   | 1500000    | 1000000     |            |
| Autres ressources              | 1000000                 | 2500000    | 3500000 | 0         | 500000     | 0           |            |
| Etat de Guinée                 | 0                       | 0          | 0       | 0         | 0          | 1000000     | 1000000    |
| Budget mobilisé                | 5.751.480               | 16.379.418 |         | 1.675.041 | 3.800.100  | 970.241     | 28.643.388 |
| Gap                            | -2.951.480              | -4.677.418 |         | 824.959   | -1.800.100 | 29.759      | -8.643.388 |

#### • Taux de Mobilisation et Ressources mobilisées par produit

Le taux de mobilisation des ressources au 30 juin 2016 est de 143 % (Cf. Graphique 4.8). Ce taux connaît la répartition suivante par produit : la disponibilité et l'analyse des données : 205% pour la réalisation du RGPH3; le genre : 190 %; le suivi de la sécurisation des produits de SR : 163 %; la santé maternelle et néonatale : 131 %; le PF : 121%; la coordination du programme : 104 %; la santé sexuelle des jeunes y compris les adolescent (e)s : 67%. Le graphique ci-dessous illustre la mobilisation des ressources par produit.

<sup>28</sup> Les raisons avancées sont le déficit de source d'énergie, les pièces manquantes, le manque de personnel formé, ou l'obsolescence des équipements

Graphique 4.7 : Taux (%) de Mobilisation Budgétaire



• Répartition de la mobilisation des fonds par source, produit et année

Les financements ont été mobilisés auprès du siège de l'UNFPA, l'Union Européenne, la BAD, le Fonds Français, les fonds thématiques d'urgence (UJA), les MPTF et la Coopération Japonaise. La catégorisation de ces financements distingue les « core Funds » issus du siège de l'UNFPA, les « autres sources » UNFPA et la contribution de l'Etat. Les fonds mobilisés par la source « Core Funds » se sont élevés à 19 847 908 USD, les « Autres sources UNFPA » ont mis à disposition 10 157 002 USD et l'Etat Guinéen a déboursé 800 000 USD.

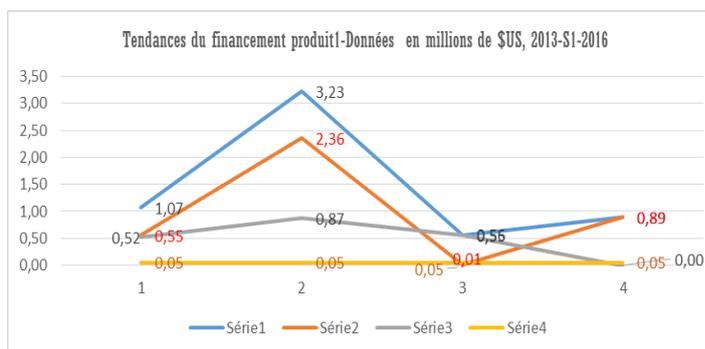
Tableau 4.8 : Fonds mobilisés par source et produit entre 2013 et S1-2016

• Fonds mobilisés par année et par produit

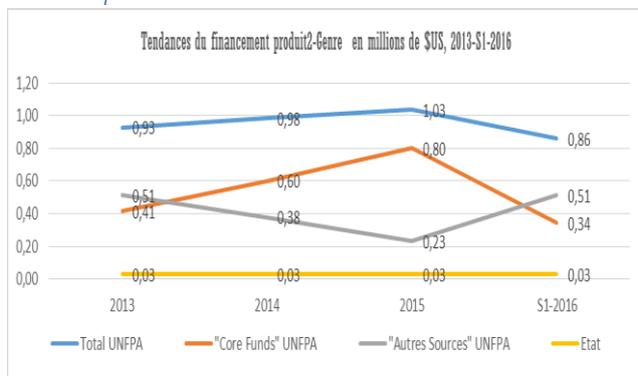
|                                  | Année   | Données | Genre      | SMN     | SPSR    | PF     | SRAJ   | Coordi | Total      |
|----------------------------------|---------|---------|------------|---------|---------|--------|--------|--------|------------|
| Mobilisation                     |         | PP1     | PP2        | PP3     | PP4     | PP5    | PP6    | Coordi | Total      |
| Prevision                        |         | \$      | \$         | \$      | \$      | \$     | \$     | \$     | \$         |
| Total Fonds UNFPA mobilisés      | 2013    | 1068582 | 926479.38  | 685000  | 2103716 | 557574 | 362367 | 284175 | 5987893.38 |
| Montant « core Funds » UNFPA     |         | 550522  | 413599.38  | 46209   | 1723915 | 286722 | 157987 | 284175 | 3463129.38 |
| Montant « autres sources » UNFPA |         | 518060  | 512880     | 638791  | 379801  | 270852 | 204380 | 0      | 2524764    |
| Montant Etat de Guinée           |         | 50000   | 30000      | 30000   | 30000   | 30000  | 30000  | 0      | 200000     |
| Total Fonds UNFPA mobilisés      | 2014    | 3225838 | 981666.06  | 2276623 | 1489628 | 604851 | 439942 | 353174 | 9371722.06 |
| Montant « core Funds » UNFPA     |         | 2356312 | 601903.06  | 1640837 | 1223290 | 333277 | 330363 | 353174 | 6839156.06 |
| Montant « autres sources » UNFPA |         | 869526  | 379763     | 635786  | 266338  | 271574 | 109579 | 0      | 2532566    |
| Montant Etat de Guinée           |         | 50000   | 30000      | 30000   | 30000   | 30000  | 30000  | 0      | 200000     |
| Total Fonds UNFPA mobilisés      | 2015    | 563630  | 1034018.46 | 2100440 | 1299983 | 663861 | 280512 | 200000 | 614244.46  |
| Montant « core Funds » UNFPA     |         | 14322   | 801073.46  | 1726601 | 984252  | 0      | 68199  | 200000 | 359447.46  |
| Montant « autres sources » UNFPA |         | 549308  | 232945     | 373839  | 315731  | 663861 | 212313 | 0      | 2547997    |
| Montant Etat de Guinée           |         | 50000   | 30000      | 30000   | 30000   | 30000  | 30000  | 0      | 200000     |
| Total Fonds UNFPA mobilisés      | S1-2016 | 893430  | 857936     | 2152460 | 1613762 | 831520 | 592219 | 200000 | 7141327    |
| Montant « core Funds » UNFPA     |         | 893430  | 343972     | 299103  | 159010  | 430470 | 425690 | 200000 | 2751675    |
| Montant « autres sources » UNFPA |         | 0       | 513964     | 1853357 | 1454752 | 401050 | 166529 | 0      | 4389652    |

|                                  |              |                     |  |  |  |  |  |                |                     |
|----------------------------------|--------------|---------------------|--|--|--|--|--|----------------|---------------------|
| Montant Etat de Guinée           |              | 50000               | 30000                                    | 30000  | 30000  | 30000  | 30000  | 0              | 200000              |
| Grand Total Fonds Mobilisés      | <b>TOTAL</b> | <b>5751480</b>      | <b>3800099.9</b>                         | <b>7214523</b>   | <b>6507089</b>   | <b>2657806</b>   | <b>1675040</b>   | <b>1037349</b> | <b>28 643 386.9</b> |
| Montant « core Funds » UNFPA     |              | 3814586             | 2160547.9                                | 3712750  | 4090467  | 4049969  | 982239   | 1037349        | 19847907.9          |
| Montant « autres sources » UNFPA |              | 2830324             | 1469560                                  | 1947519  | 1120880  | 1636757  | 951962   | 200000         | 10157002            |
| Montant Etat de Guinée           |              | 200000              | 120000                                   | 120000   | 120000   | 120000   | 120000   | 0              | 800000              |
| Sources de financement           |              | FR/UNFPA<br>UE, BAD | FR/ UNFPA<br>Fonds Français<br>UJA, MPTF | FR/UNFPA,<br>Fonds français,<br>Fonds BAD,<br>Japonais, MPTF | FR/UNFPA, Fonds<br>français, Fonds<br>BAD, Japonais,<br>MPTF | FR/UNFPA, Fonds<br>français, Fonds<br>BAD, Japonais,<br>MPTF | FR/UNFPA,<br>Fonds français,<br>Fonds BAD,<br>Japonais, MPTF | FR/UNFPA       |                     |

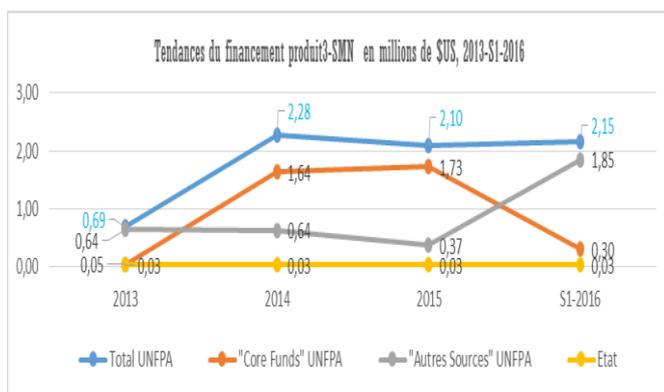
Les financements de l'UNFPA ont paru plus adaptés aux changements malgré des inflexions inattendues comme en 2015 (SRAJ, SPSR) qui était prévue comme une année d'optimisation des efforts et de la performance du programme. Le financement de l'Etat a été stable d'une année à l'autre compte non tenu des aléas ayant affecté l'itinéraire du programme. Ce financement n'a pas contribué la coordination, pour laquelle Il a été nul. Selon le produit, les tendances de la mobilisation des fonds sont présentées par les graphiques analysés ci-dessous.



Graphique 4.8 : Tendances du financement du produit 1.



Graphique 4.9 : Tendances du financement du produit 2

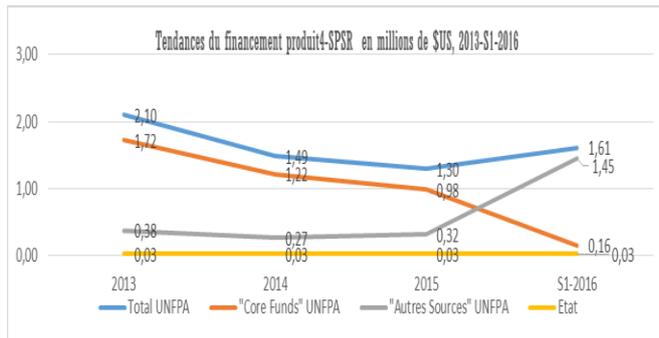


Concernant le produit 1 sur les données, la mobilisation des fonds est de 1,07 millions USD en 2013, a atteint 3,23 millions en 2014 pour décroître pour atteindre 0,89 millions en 2016 (voir série 1 du graphique ci-contre). La contribution de l'Etat est stable et se chiffre à 50 000 USD par an. Cette variation est due à la réalisation du troisième recensement général de la population et de l'habitation.

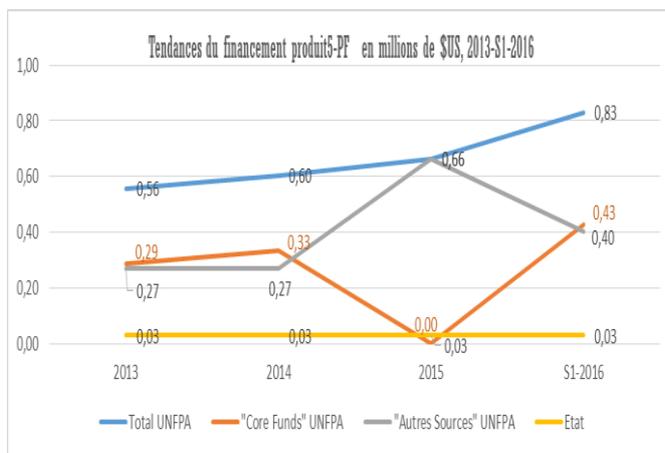
Relativement au produit 2 sur l'Égalité de Sexe (Genre), la contribution de l'Etat a été stable à 30 000 USD d'une année à l'autre. Les «Core Funds de UNFPA» ont présenté une tendance à la hausse de 410 000 USD en 2013 à 800 000 USD en 2015, avant de régresser à 340 000 USD au semestre 1, 2016. Pendant le même temps les « Autres Sources UNFPA » ont connu une tendance baissière de 510 000 USD (2013) à 230 000 USD (2015) pour augmenter à 510 000 USD au semestre1, 2016.

Au sujet du produit 3 sur la Santé Maternelle et Néonatale (SMN), la contribution de l'Etat a été stable à 30 000 USD d'une année à l'autre. Les « Core Funds de UNFPA » ont été à la hausse entre 2013 et 2015 (50000 à 1 730 000 USD) pour régresser à \$US300 000 au semestre 1, 2016. Cependant, les « Autres Sources UNFPA » ont été à la baisse de 2013 (640 000 USD) à 2015 (370 000 USD) pour augmenter vertigineusement au semestre 1, 2016 (1 850 000 USD). L'on observe une augmentation de la mobilisation des fonds en 2014 et 2015 dans un contexte de gestion de la crise Ebola (2014) et de son

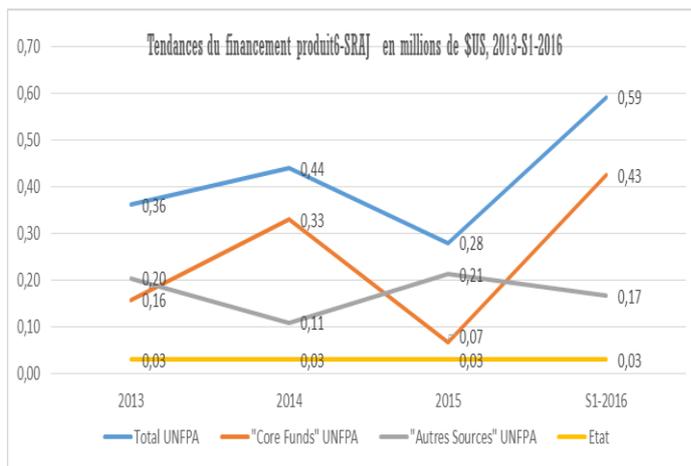
**Graphique 4.10 : Tendances du financement du produit 3**



**Graphique 4.11 : Tendances du financement du produit 4**



**Graphique 4.12 : Tendances du financement du produit 5**



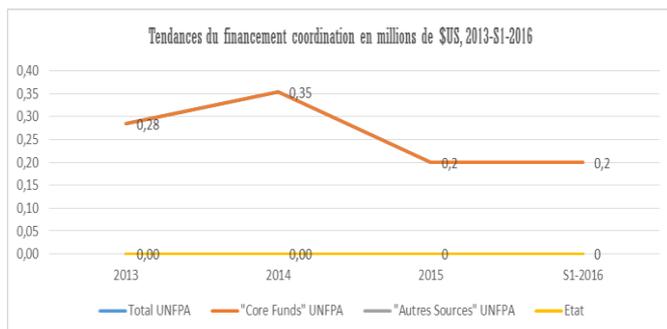
**Graphique 4.13 : Tendances du financement du produit 6**

impact résiduel (2015) sur les services SMN et leur utilisation.

En ce qui est du **produit 4 sur la SPSR**, la contribution de l'Etat a été stable à \$US30 000 d'une année à l'autre. Les «Core Funds de l'UNFPA» ont été en sérieuse baisse entre 2013 (1 720 000 USD) et S1-2016(160 000 USD). Cependant la mobilisation des fonds des «Autres sources de l'UNFPA » a stagné entre 2013 (380 000 USD) et 2015 (320 000 USD) et augmenté vertigineusement à 1 450 000 USD à S1-2016.

Quant au **produit 5 sur le Planning Familial**, la contribution de l'Etat a été stable à 30 000 USD d'une année à l'autre. Dans l'ensemble les ressources mobilisées par l'UNFPA ont été à la hausse 560 000 à 830 000 USD. Cette hausse a été continue pour les « Autres sources UNFPA » de 270 000 USD en 2013 à 660 000 USD en 2015 ; suivi d'une régression au semestre 1 2016 (400 000 USD). Du côté des ressources mobilisées au niveau des «Core Funds UNFPA», la tendance haussière de 290 000 USD en 2013 à 430 000 USD au semestre 1, 2016 a été affectée par une annulation (0 USD ) en 2015.

Eu égard au **produit 6 sur la SRAJ**, la contribution de l'Etat a été stable à 30 000 USD d'une année à l'autre. Les fonds mobilisés par l'UNFPA ont globalement été en hausse sur la période évaluée malgré une chute en 2015 pour les 2 catégories de sources. Les «Core Funds UNFPA» ont augmenté de 160 000 USD en 2013 à 430 000 USD en S1, 2016, avec un effondrement important à \$US70 000 en 2015. À leur tour les « Autres Sources UNFPA » sont allées par haut et bas d'une année à l'autre, les contributions les plus élevées s'observant en 2013 (200 000 USD) et 2015 (210 000 USD).



Graphique 4.14 : Tendances du financement de la Coordination

En dernière analyse, l'on note que la coordination n'a été financée que par une seule source, soit le "Core Funds" UNFPA. Les apports ont été en tendance baissière en général allant de 280 000USD en 2013 à 200 000 USD en 2016, malgré une augmentation ponctuelle en 2014 à 350 000 USD.

#### b. Exécution des fonds mobilisés par année et par produit

Le volume global des dépenses du 7<sup>e</sup> PP a évolué en dents de scie sur la période évaluée. La dépense annuelle la moins élevée s'est observée en 2013 (USD 5 093 230), la plus élevée en 2014 (8 897 290 USD) avec un déclin l'année suivante, 2015 (5 905 165 USD). Le pic global des dépenses situé en 2014, s'explique largement par la survenue de l'épidémie à virus Ebola. Cette dernière a provoqué un surcroît de mobilisation et d'exécution des fonds.

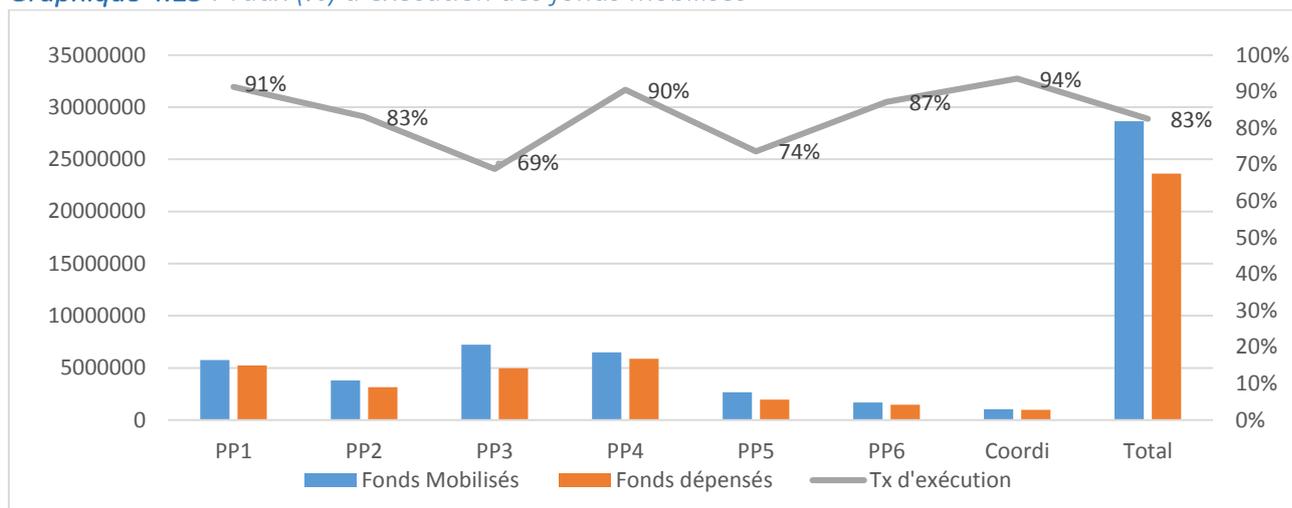
La courbe des dépenses annuelles a été régressive pour le produit 4-SPSR, ainsi que pour la coordination, si l'on excepte le surcroît de 2014. L'évolution des dépenses a été inconstante pour les produits 3 et 6. La courbe des dépenses a pris la forme d'une cloche pour le produit 3- SMN augmentant entre 2013 et 2014 pour plafonner en 2014 et 2015 avant de tendre à régresser au semestre 1 de 2016. Quant au produit 6-SRAJ, l'évolution des dépenses a été inconstante augmentant en 2013 et 2014, diminuant entre 204 et 2015, puis revenant à la hausse au 1<sup>er</sup> semestre 2016. La tendance à la croissance a caractérisé les dépenses relatives au produit 1, 2 et 5. Ainsi, les dépenses du produit 1-Données ont globalement été croissantes malgré une dépression en 2015. Un surcroît massif des dépenses a été observé en 2014, lequel était lié à la réalisation du RGPH3. Quant au produit 2-Genre et droit reproductif, les dépenses ont été croissantes entre 2013 et 2015. Le semestre 1 de 2016 a semblé marquer un recul. La hausse a aussi caractérisé les dépenses relatives au produit 5-PF communautaire entre 2013 à 2015. Les détails sur l'évolution de la dépense du 7<sup>e</sup> PP par produit et par année entre 2013 et le 30 Juin 2016 est présentée dans le tableau ci-dessous.

Tableau 4.9 : Dépenses par produit et par année entre 2013 et le semestre 1-2016

| Période | PP1-Données  | PP2-Genre    | PP3-SMN   | PP4-SPSR  | PP5-PF    | PP6-SRAJ   | Coordination | Total      |
|---------|--------------|--------------|-----------|-----------|-----------|------------|--------------|------------|
| 2013    | 707 625,61   | 840 485,42   | 501 420   | 1 880 722 | 544 750   | 334 056,80 | 284170       | 5 093 230  |
| 2014    | 3 161 361,45 | 933 848,23   | 2 026 194 | 1 409 188 | 557 673   | 467 702,69 | 341322       | 8 897 290  |
| 2015    | 575 851,68   | 1 040 386,99 | 1 817 208 | 1 298 945 | 695 275   | 279 564,54 | 197934       | 5 905 165  |
| S1-2016 | 804 930,00   | 344 731,97   | 618 172   | 1 299 983 | 159 412   | 378874,49  | 146814       | 3 752 918  |
| Total   | 5 249 769    | 3 159 453    | 4 962 994 | 5 888 838 | 1 957 109 | 1 460 199  | 970 241      | 23 648 603 |

Quant à l'exécution du budget, un montant de **23.648.603 USD** ayant été dépensé ; l'on enregistre un **taux d'absorption de 82,56% par rapport au total mobilisé (28.643.388 USD)**. L'exécution des fonds mobilisés a été en moyenne en-dessous des prévisions selon l'illustration proposée par le graphique ci-dessous.

Graphique 4.15 : Taux (%) d'exécution des fonds mobilisés



L'analyse de la dépense par année et par produit montre qu'au cours des quatre premières années du programme, tous les produits ont connu une absorption budgétaire égale ou supérieure au  $\frac{3}{4}$  des fonds mobilisés, à l'exception du produit 3-SMN (69%). Ce retard dans l'absorption budgétaire s'associe à un développement lent de la mise en place des SONUB et SONUC, et ainsi que de la mise à l'échelle de la prise en charge des FO. Concernant les FO, les délais de renforcement des capacités des prestataires en matière de FO, le nombre limité des sites de prestation et l'approche d'intervention ponctuelle, par campagne contribuent à expliquer la faible absorption budgétaire. Quant aux SONU, il y a eu un important retard dans la mise en place de l'intervention. Les résultats finaux de l'« Evaluation des besoins en soins obstétricaux et néonataux d'urgence en République de Guinée » n'ont été disponibles qu'au cours du 2<sup>ème</sup> semestre 2013. Les délais de planification et d'acquisition ultérieurs ont davantage décalé la mise en œuvre vers la 2<sup>ème</sup> et la 3<sup>ème</sup> année du programme. La répartition du taux d'exécution du budget par produit et par année est proposée par le tableau ci-dessous.

Tableau 4.10 : Répartition du taux d'exécution du budget du 7<sup>ème</sup> PP UNFPA par produit et par année

| Période        | PP1<br>Données | PP2<br>Genre | PP3<br>SMN | PP4<br>SPSR | PP5<br>PF | PP6<br>SRAJ | Coordination | Total  |
|----------------|----------------|--------------|------------|-------------|-----------|-------------|--------------|--------|
| 2013           | 27,10%         | 79,90%       | 73,20%     | 89,40%      | 97,70%    | 92,00%      | 100%         | 79,90% |
| 2014           | 96,20%         | 74,50%       | 89,00%     | 94,60%      | 92,20%    | 81,70%      | 96,60%       | 89,26% |
| 2015           | 97,70%         | 73,90%       | 86,52%     | 100%        | 105%      | 96,60%      | 88,00%       | 92,48% |
| S1-2016        | 90,09%         | 40,18%       | 28,72%     | 80,56%      | 19,17%    | 63,98%      | 73,41%       | 56,59% |
| 2013 à S1-2016 | 91,28%         | 83,14%       | 68,79%     | 90,50%      | 73,64%    | 87,17%      | 93,53%       | 82,56% |

#### 4. 4.3. Conversion des ressources en résultats

Les investissements réalisés dans le cadre du 7<sup>ème</sup> programme de pays UNFPA/Guinée ont été importants pour les 6 produits en termes d'appui à la transformation de l'environnement sociopolitique, de renforcement des capacités institutionnelles (Ressources humaines, équipements, procédures/pratiques, réseautage), d'amélioration des compétences, de mise à disposition des intrants et de technologies, d'accompagnement des acteurs pour l'assurance de l'effectivité et de la qualité. Ces investissements se sont traduits en un niveau d'exécution budgétaire variable d'un produit à l'autre, allant de 74% pour le produit 4 à 94% pour le produit 6, avec une moyenne de 83%. Ce niveau d'absorption budgétaire a été corollaire d'une performance suffisante pour un impact concernant la majorité (les  $\frac{3}{4}$  des indicateurs, soit 12/16) des indicateurs d'intervention, avec un minimum de 26% pour l'indicateur le moins performant (Indicateur « 7.2.Nombre de structures de santé offrant : SONUC) et un maximum de 100% pour l'un des 6 indicateurs à

performance maximale (100%). Quant à la performance sur les effets, avec une moyenne de 42%, elle a varié de 8% (produit 2) à 83% (produit 1), pour une moyenne de 42%..

Tableau 4.11 : Conversion des ressources en résultats

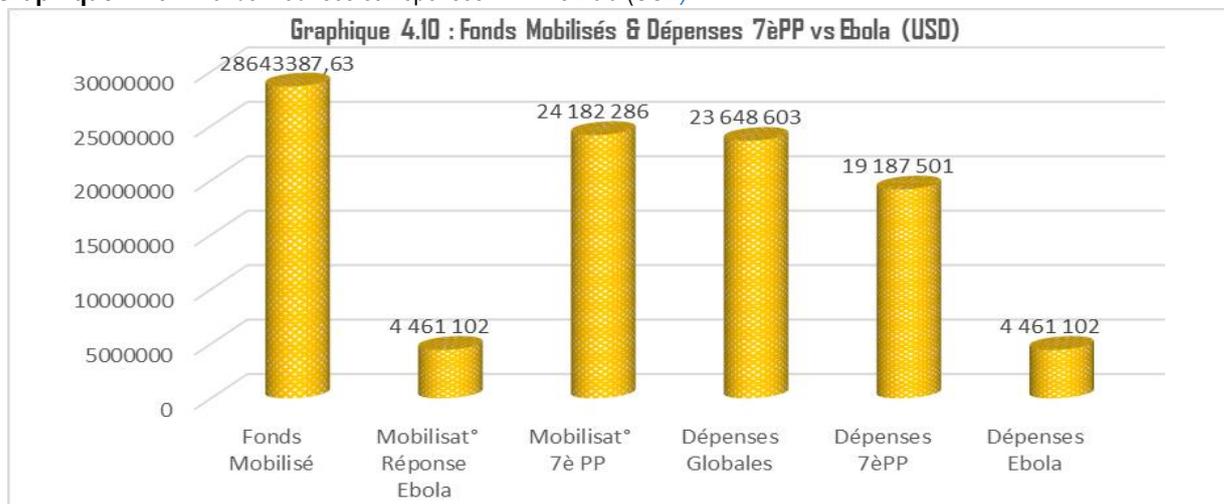
| Montants            | Produit 1 | Produit 2    | Produit 3 | Produit 4  | Produit 5  | Produit 6  | 7èPP                                       |
|---------------------|-----------|--------------|-----------|------------|------------|------------|--|
| Dépenses            | 5249769   | 3159453      | 4962994   | 5888838    | 1957109    | 1460199    | 970241                                     |
| Taux d'exécution    | 91%       | 83%          | 90%       | 74%        | 87%        | 94%        | 83%  |
| Performance Produit | 100%      | 99,1% à 100% | 26% à 81% | 84% à 100% | 97% à 100% | 29% et 96% | 26% à 100% ; 75% d'indicateurs performants |
| Performance Effet   | 83%       | 49%          | 8%        | 35%        |            | 34%        | 42%  |

L'on note une traduction importante des investissements en résultats au niveau des produits, avec 75 % des résultats suffisants par rapport aux cibles fixées pour 83% d'exécution budgétaire par rapport à la mobilisation. Au niveau des effets, les investissements ont moins d'impact apparent sur la performance avec 42% d'efficacité pour 83% d'exécution budgétaire. Ces rapports d'efficience sont illustrés par le tableau ci-dessus. En somme l'on note que la performance technique sur les produits du 7è PP s'est fixée à 75% d'indicateurs avec un score suffisant par rapport aux cibles et pour un impact ; tandis que la performance financière a été de 106%. Il s'en dégage que le niveau de performance est inférieur au niveau de la dépense, d'où un rapport d'efficience défavorable. Cependant, telle que ci-dessous présentée, l'analyse dissociative du financement de la crise humanitaire liée à l'épidémie à virus Ebola permet une meilleure lecture du rapport entre la dépense et la performance du 7è PP.

- Analyse dissociative de la mobilisation et de l'exécution des ressources financières entre 7èPP & Réponse Ebola

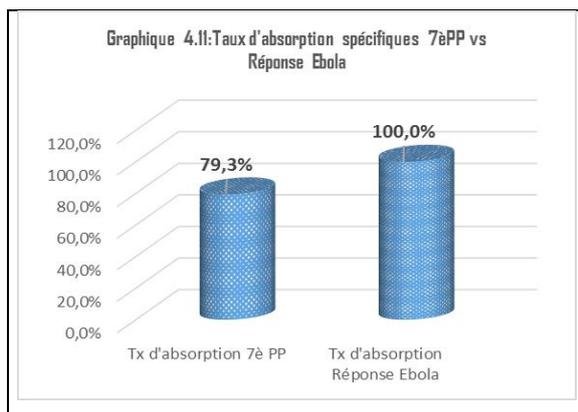
Les fonds mobilisés pour la réponse Ebola se sont montés à 4 4 61 102 USD, par rapport au montant total de 28 643 388 USD. Les sources du financement d'Ebola comprennent le Budget Additionnel Mobilisé par UNFPA pour Ebola ; le Budget programme réaffecté vers Ebola (suivi des contacts et réponse globale Ebola) ; le budget MRU constitué des FONDS MPTF (Meeting Partners Fund, coopération Japonaise, UNFPA).

Graphique 4.16 : Fonds Mobilisés et Dépenses 7 PP Vs Bola (USD)



Les opérations financières ci-dessus déterminent un taux d'absorption spécifique de 79,3% dans l'exécution des interventions initiales du 7<sup>e</sup> Programme. Tandis que la réponse Ebola présente un taux d'absorption budgétaire de 100%. Le gap d'exécution budgétaire est lié : (a) aux insuffisances de la capacité managériale des partenaires signataires des PTA ; (b) à la complexité des procédures UNFPA pour le contexte guinée ; (c) aux lenteurs et décalages de la mise en œuvre ; (d) au passage de l'évaluation avant la clôture du programme dont certaines activités y compris à forte charge financière comme l'EDS 2017, reste à venir. L'excédent de mobilisation des ressources (143 %) a situé la dépense du 7<sup>e</sup> PP (**23 648 603 USD**) au-dessus des prévisions (20 000 000 USD). Ce surcroît budgétaire semble lié à l'inflation d'investissement dans les activités de la thématique Genre et droits reproductif. Le graphique ci-dessous illustre les taux d'absorption budgétaire de la réponse Ebola et du 7<sup>e</sup>PP.

**Graphique 4.17 : Taux (%) d'absorption spécifique vs Réponse Ebola**



Les opérations financières ci-contre déterminent un taux d'absorption spécifique de 79,3% dans l'exécution des interventions initiales du 7<sup>e</sup> Programme. Tandis que la réponse à la maladie à virus d'Ebola présente un taux d'absorption budgétaire de 100% (cf. graphique 4.17 ci-contre). En définitive, l'on note que pour une performance technique de 75% d'indicateurs avec un score suffisant par rapport aux cibles et pour un impact, l'absorption budgétaire spécifique à l'engagement initial du 7<sup>e</sup> PP s'est fixée à 79,3%. Il s'en suit que le niveau de performance technique n'est pas très inférieur au niveau de performance financière. Le rapport d'efficacité est approximatif, légèrement défavorable.

En définitive : L'efficacité du programme s'est avérée approximative par rapport aux interventions initiales. En effet ; le niveau de dépense a été plus élevé par rapport à la performance du programme.

#### 4.4.4. Approches alternatives plus efficaces, plus efficaces

Les stratégies managériales du 7<sup>ème</sup> programme ont présenté des limites en matière d'efficacité. En vue d'une meilleure efficacité des approches alternatives sont envisageables dont:

- L'option pour une contractualisation à deux niveaux impliquant respectivement les acteurs centraux et opérationnels. Cette approche a pour bénéfice la réduction des problèmes : (a) des retards de contractualisation, (b) de la répercussion des retards de financement des partenaires centraux sur l'action en périphérie; (c) de l'inefficacité des actions verticales menées par le niveau central sur le terrain et de la marginalisation des acteurs déconcentrés.
- La mise en place d'une stratégie d'assurance qualité des intrants et des prestations pour : (a) prévenir la mobilisation d'intrants obsolètes, de quantité excessive, mal maîtrisée par les prestataires, présentant des vices... ; (b) suivre l'observance des normes et standards de qualité et d'équité dans les prestations
- Le Financement de la performance en quantité et qualité des services en lieu et place du financement des intrants. Le bénéfice ici consiste à motiver les FOSA et autres points de prestation des services à augmenter la quantité des services et améliorer la qualité des prestations, en profitant de l'autonomie de gestion pour la meilleure disponibilité d'intrants adéquats et leur gestion rationnelle.

## 4.5. Réponse à la question d'évaluation 6— Durabilité du Programme

La question d'évaluation adressée dans cette section est la suivante :

EQ6 : Dans quelle mesure le Bureau de Pays a-t-il pu soutenir ses partenaires en termes de développement des capacités et appui dans l'établissement de mécanismes pour assurer l'appropriation et la durabilité des acquis et effets de ses interventions?

Le potentiel de durabilité a été déclaré très faible par les parties prenantes du programme. De nombreuses raisons d'ordre institutionnel, technique et financier ont été avancées par les parties prenantes et les bénéficiaires pour expliquer la faiblesse du potentiel de durabilité du programme. Les parties prenantes se plaignent également du manque de suivi post interventions par l'UNFPA. Le montage financier des contrats avec les ONG fragilise la durabilité de ces institutions notamment avec l'absence des frais de gestion. Cependant, certaines activités réalisées sont considérées comme contributives à la durabilité du programme. Il s'agit pour l'essentiel des activités de renforcement des capacités, l'intégration des questions de population dans les politiques et programmes de développement, la mise à disposition d'équipements de qualité et l'intégration des interventions dans la pyramide sanitaire.

### 4.5.1 Durabilité dans la composante Santé de la Reproduction

La Guinée est un pays pauvre, un État fragile, où tout est prioritaire. Bien qu'étant considérée comme prioritaire, le Secteur de la Santé a une faible dotation budgétaire de l'ordre de 3%. Ce qui est de loin inférieure à la norme internationale de 15%. Les hôpitaux ne bénéficient plus de subventions. La gratuité de la césarienne est en train d'amenuiser sérieusement les recettes des formations sanitaires de l'intérieur du pays et des services déconcentrés. Dans les centres de santé, se pose le problème de recouvrement des coûts pour supporter les charges de fonctionnement. Les médicaments sont parfois achetés au marché noir pour être ensuite revendu dans les structures sanitaires à un prix homologué souvent inférieur à celui d'achat. Les outils de gestion ne sont pas pris en charge entraînant des manques à gagner de plusieurs millions dans les FOSA.

Les besoins en ressources humaines se posent avec acuité dans les FOSA de l'intérieur notamment. La situation s'est aggravée avec la survenue de la MVE. L'UNFPA fait du renforcement des capacités mais il reste à savoir si celle-ci contribue effectivement à l'amélioration de la qualité des services. Les programmes de formation incluent même des stagiaires et des bénévoles. Le suivi des compétences formées ne se fait pas ayant pour conséquences les déperditions des personnes formées. Les bénéficiaires sont unanimes sur la contribution significative du recrutement d'une centaine de sages-femmes grâce à l'appui de l'UNFPA. De même, plus de 3000 Agents communautaires contribuent à l'utilisation des services de santé de la reproduction dans le pays grâce à l'appui des partenaires au développement dont l'UNFPA. Dans les CECOJE, Les jeunes sont formés et encadrés pour la sensibilisation et la référence de leurs pairs dans l'utilisation des services de SR. Mais, ils finissent presque tous par quitter car aucune perspective d'avenir ne leur est offerte, par exemple l'intégration à la fonction publique. Ce sont des interventions lourdes et il y a lieu de se questionner sur leur durabilité en l'absence d'une véritable appropriation par l'État.

En dépit de sa mission stratégique, la PCG est confrontée au problème de financement. Cela conduit souvent à des retards de 4 à 5 mois pour l'enlèvement des colis à la Douane. Pourtant les droits de douanes pour les médicaments sont fixés à 2.75% de la valeur de la marchandise. Certains partenaires supportent ses charges. C'est le cas de l'USAID pour les contraceptifs. L'appui principal de l'UNFPA concerne la mise à disposition de deux camions et la fourniture de Kits solaires. Malheureusement, rien n'est prévu pour l'entretien. Ce qui pose le problème de durabilité de l'équipement. Il n'y a pas pour l'instant une ligne consacrée au transport dans le budget du Ministère de la Santé. Le système National de logistique intégré

existe mais n'est pas appliqué. Le logiciel Channel ne marche pas toujours et les agents chargés de son utilisation ne sont pas motivés.

#### 4.5.2 Durabilité dans la composante Population et Développement

Le principal élément de durabilité dans le domaine de la population et du développement est l'appui de l'UNFPA à la formation initiale des démographes. Le programme actuel en a formé 4. Il y a également la formation continue du personnel au BCR et à l'INS car tous les intervenants dans le RGPH ne sont pas des démographes. Il était prévu d'acheter des documents avec l'INED pour appuyer la formation continue des cadres mais cela n'a pas été fait faute de moyens. Par contre, les voyages d'études financés par l'UNFPA au Cap Vert, Burkina Faso et Rwanda et les séminaires sous régionaux notamment à Yaoundé et Bamako ont significativement contribué au renforcement des capacités des cadres.

La Commission Nationale de la Population et des Ressources Humaines (CNPRH) a été créée en 1996 mais ses relations restent encore à redéfinir avec le MPCRI surtout après le réaménagement créant une Direction Nationale de la Population qui a les mêmes attributions que le Secrétariat de la CNPRH. D'où le problème de pérennisation des structures impliquées dans la gestion des questions de population et développement (CNPH, réseaux, etc.). Le prochain programme aura besoin d'élaborer le profil pays du dividende démographique, de réactualiser les réseaux en population et développement et de former les nouveaux cadres sur les procédures de l'UNFPA.

#### 4.5.3 Durabilité dans la composante Genre

Dans la composante Genre, la durabilité des interventions n'est pas non plus assurée. Les interventions dans cette composante se font à travers le MASPFE qui a des points focaux dans les départements ministériels. Le MASPFE a des activités dans son PTA pour le compte des Ministères de la Défense Nationale et de la Sécurité. Ces deux départements se plaignent du problème de responsabilisation, d'appropriation et de recevabilité en termes d'interventions. Les points focaux ne sont pas mis au courant du contenu du PTA directement géré par le MASPFE. Ils ne sont comptables que des activités réalisées.

Dans les CAPF, de nombreux facteurs compromettent la durabilité des interventions. En effet, Les formateurs ont des contrats de courte durée (un an) et le renouvellement dépend du financement et de l'approbation des PTA. Il n'y a pas de salle d'exposition en vue de la vente des produits et de l'autofinancement des activités. Aucun plan d'approvisionnement des marchés en produits CAPF n'est mis en place et il manque également le volet suivi et évaluation. Par exemple, les sorties des CAPF ne sont pas suivies avec un accompagnement dans la vie. L'État ne subventionne pas les CAPF alors que les besoins dépassent de loin les possibilités. Pourtant, d'autres filières pourraient être ouvertes afin de renforcer la durabilité des interventions. Il s'agit notamment de la filière filles techniciennes de surface ou filles de ménages. De nombreux expatriés vivant en Guinée importent actuellement les filles de ménages pour s'occuper de leurs bébés et pour les activités domestiques.

### 4.6. Réponse à la question d'évaluation 7–Coordination UNCT

Relativement à la Coordination UNCT, il était question pour l'évaluation de déterminer :

*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) ?(EQ7)*

Il est apparu que le Bureau de Pays a notablement contribué au bon fonctionnement de l'UNCT et des autres instances de gouvernance de l'UNDAF. Cette conclusion repose sur les faits présentés dans les paragraphes ci-dessous, lesquels constituent les indicateurs de vérification.

#### 4.6.1 Respect des critères de bonne fonctionnalité de l'UNCT et autres instances de gouvernance de l'UNDAF par l'UNFPA

Le respect de la bonne fonctionnalité de l'UNCT et des autres instances de gouvernance de l'UNDAF par l'UNFPA inclut :

- (b) *La participation à l'élaboration de l'UNDAF* : l'élaboration du l'UNDAF 2013-2017 s'est faite avec la participation de l'UNFPA. Actuellement l'UNFPA assure le leadership dans l'élaboration de l'UNDAF 2018-2022.
- (c) *L'alignement des programmes de pays sur les priorités et visées de l'UNDAF* ; elle est évidente à travers la correspondance entre les cibles d'effet UNDAF et les produits du CPAP 2013-2017 de l'UNFPA qui sont prévus pour y contribuer.
- (d) *La collaboration entre agences du SNU pour éviter les doublons, intégrer et renforcer les programmes et interventions dans le sens d'améliorer l'efficacité de l'action des Nations Unies* : **La collaboration de l'UNFPA avec les autres agences a compris :**

**Le parrainage du Groupe d'Harmonisation du Programme** : orientation générale des réunions du GHP; Suivi de la mise en œuvre des recommandations des réunions du GHP; plaidoyer auprès de UNCT pour la prise en compte des suggestions exprimés par le GPH; facilitation des réunions de concertations entre l'Unité de coordination de la coopération et le GHP ; Il contribue au processus d'intégration de la Guinée à l'approche Delivering as One (DaO) dont la note conceptuelle a été signé le 11 septembre 2015.

**La Présidence du Groupe Thématique Suivi-Evaluation de l'UNDAF (2013-2017)**. A ce titre l'UNFPA a contribué de manière effective : à la tenue des réunions mensuelles du Groupe thématique Suivi/Evaluation ; au suivi de la revue à mi-parcours et l'évaluation finale de l'UNDAF (2013-2017) et l'élaboration de la matrice de suivi de l'UNDAF, les maquettes des plans de travail du Programme conjoint de Kankan et du prochain UNDAF (2018-2022) ; le suivi et de l'évaluation du Programme Conjoint de Kankan à travers son VNU Suivi/Evaluation de la région de Kankan.

L'UNFPA a assuré également la coordination des réunions du Sous Cluster VBG et participe activement aux programmes conjoints de : i) Prévention de conflits et de consolidation de la paix ; ii) lutte contre les MGF et la lutte contre la maladie à virus de Ebola.

**La participation aux programmes conjoints** avec l'OMS, l'UNICEF pour la lutte contre les mutilations génitales féminines, les violences basées sur le genre et la réduction de la mortalité maternelle ; puis le PAM pour la prise en charge nutritionnelle des femmes opérées de Fistules Obstétricales et de la réinsertion socioéconomique des femmes ; puis l'ensemble du SNU pour la réponse à la maladie à virus Ebola.

**La collaboration avec les agences du SNU dans le cadre du 7è PP** : globalement l'UNFPA a déployé une collaboration extensive avec les agences du SNU. Cela a inclut l'UNDP, l'UNICEF, l'OMS, pour le RGPH d'autres interventions P&D ; l'UNDP, l'UNICEF, l'OMS, le HCDH pour les interventions concernant l'égalité de genre et les droits reproductifs ; l'OMS, l'UNICEF, l'ONUDI, la Banque Mondiale, l'UNDP, le World Food Programme (WFP), le Food and Agriculture Organisation (FAO), l'International Labor Organisation (ILO) et l'ONUSIDA pour les interventions relatives à la SSR.

**L'apport d'assistance à la demande aux autres agences** dans les questions pour lesquelles son leadership est établi au sein de l'UNCT. Il s'est agi des conseils, d'appuis en matière de renforcement et d'appréciation des systèmes de M&E, de la prise de l'avant-garde en matière de M&E dans le cadre des programmes conjoints. Le leadership en matière de l'UNFPA s'est matérialisé par la fonction de leader du GIG confié à l'UNFPA dans le cadre de l'UNCT. Le leadership thématique de l'UNFPA s'est observé en matière de planification des questions relatives à la SRAJ, à la SMN, les MGF/E au Planning Familial et à la P&D, à l'autonomisation des jeunes et la consolidation de la paix. L'UNFPA a ainsi coordonné des actions d'envergure dans ces thématiques comme le RGPH3, la lutte contre les MGF dans le cadre d'interventions ou de programmes conjoints, l'autonomisation des jeunes dans le

cadre du MRU. Par ailleurs, le bureau a apporté de l'appui technique à la formation des cadres régionaux et du SNU des régions de Kankan et de N'Zérékoré sur la gestion axée sur les résultats et a contribué de manière substantielle du plan d'opérationnalisation du QCPR et des notes stratégiques sur la santé maternelle et équité de genre et la jeunesse ;

- (e) *La collaboration avec d'autres partenaires internationaux au développement dans le cadre de la mobilisation des ressources, de l'harmonisation et de l'alignement de l'aide au développement.* Parmi lesdits partenaires, l'on citera : l'United States Agency for International Development (USAID), le Fonds de Solidarité Française, l'Union Européenne, la BAD (African Development Bank) ;
- (f) *La collaboration avec la partie nationale dont l'Etat, la Société Civile, les ONG pour l'alignement sur les priorités nationale et l'appropriation des interventions pour la durabilité :* le partenariat a été établi avec les 4 ministères clés pour les 6 produits du 7<sup>e</sup> PP (MPCI, MJ, MS, MASPFE), l'implication de plusieurs autres ministères concernés dans les interventions (Ministères de la Justice, de la Communication, de la sécurité, de la défense de l'éducation) et diverses ONG internationales (JHPIEGO, PSI...) et nationales (AGBEF, AFAF, AFTT, TOSTAN,...). La coordination du programme, tant au niveau central que régional, relève principalement de la responsabilité du Gouvernement et non de l'UNFPA qui a mis l'exécution nationale au cœur de la mise en œuvre du 7<sup>e</sup> programme. **Le Gouvernement a la responsabilité globale des activités prévues décrites dans le programme avec exécution nationale (NEX).**
- (g) *La collaboration avec les mécanismes sous-régionaux pour la coordination inter-Etat :* parmi ces derniers, on peut citer le MRU qui a permis la mise en place d'une initiative pour l'autonomisation des jeunes et le dividende démographique dans l'espace Sous Régional Libéria, Sierra-Léone et Guinée.

#### *4.6.2. Respect de la redevabilité du BP de l'UNFPA vis-à-vis de l'UNCT et des autres instances de gouvernance de l'UNDAF par l'UNFPA*

- (1) L'UNFPA a continuellement présenté l'état du 7<sup>e</sup> programme dans le cadre des différentes réunions annuelles de coordination de l'UNCT. L'institution a produit des rapports annuels et renseigné ses indicateurs dans le cadre de la revue à mi-parcours de l'UNDAF en 2015 ainsi que les bases de données en ligne (comme e-Monitoring ; Dev-info) et sa page web entre autres. L'on peut regretter que le bulletin de l'institution n'ait pas paru.
- (2) L'UNFPA a assuré la fonctionnalité du système de M&E de l'UNDAF pour la disponibilité de l'information stratégique au niveau de l'UNCT pour la prise de décision. Ainsi, l'organisation a produit des outils de suivi de l'UNDAF, organisé des réunions de revue, assuré le leadership de la revue à mi-parcours de l'UNDAF, mis à disposition un VNU pour le S&E du programme conjoint de Kankan

#### *4.6.3. Exécution des tâches de participation imparties par l'UNCT et autres instances de gouvernance de l'UNDAF par l'UNFPA et Réponses aux requêtes d'appui émises par l'UNCT et autres instances de gouvernance de l'UNDAF par l'UNFPA*

L'UNFPA a obtenu 3 principales responsabilités/fonctions dans le cadre de la Coordination de l'UNCT (1-parrainage du GHP ; 2-présidence du groupe thématique de S&E de l'UNDAF ; 3-Coordination des réunions du Sous Cluster VBG). L'organisation a exécuté les tâches attendues à ces fonctions y compris : l'orientation ; l'organisation des réunions, la production des outils de travail, l'intermédiation, le déploiement et le suivi des agendas de travail et des recommandations, l'appui technique.

#### 4.6.4. Assiduité aux assises l'UNCT et autres instances de gouvernance de l'UNDAF par l'UNFPA et niveau d'activité de l'institution (passivité, activité insuffisante, activité modérée, activité satisfaisante, activité excédant les attentes)

L'UNFPA a assisté à toutes les réunions de coordination dans le cadre de l'UNCT. Ceci établit un taux d'assiduité de 100 %. L'activité de l'UNFPA a été jugée satisfaisante de par le volontarisme de l'organisation, ses interventions dans des thématiques transversales recoupant la plupart des champs d'intervention de l'UNDAF. Le leadership dans la conception et l'élaboration de plusieurs programmes contribuent largement à la reconnaissance d'un niveau d'activité satisfaisant de l'UNFPA dans le cadre l'UNCT et des diverses instances de coordination de l'UNDAF. L'institution a quasi systématiquement élaboré du travail documenté à présenter au parterre de ses agences du SNU, soit en matière d'étude, de suivi ou de conception d'activité conjointe ou de traitement de questions de suivi-évaluation.

#### 4.6.5. Améliorations apportées au bon fonctionnement de l'UNCT et autres instances de gouvernance de l'UNDAF par l'UNFPA

Au niveau politique et stratégique, l'UNFPA a bien intégré l'implémentation du 7<sup>e</sup> programme dans les instances de gouvernance de l'UNDAF. De fait le Comité de Pilotage, les groupes techniques dont i) l'harmonisation des programmes ; ii) la gestion des opérations ; et iii) l'Unité Centrale de Coordination ont eu l'opportunité d'exercer leur leadership sur le programme grâce à la soumission régulière des rapports par UNFPA et la sa participation aux échanges, toute fois qu'une rencontre UNCT/UNDAF est programmée. Cette collaboration systématique avec les instances de gouvernance de l'UNDAF a facilité leur mission et renforcé la disponibilité de l'information stratégique pour la prise de décision.

Par ailleurs, en tant que président du Groupe Thématique S&E de l'UNDAF 2013-17, l'UNFPA a contribué à la régularité de la tenue des réunions mensuelles dudit groupe thématique et à mettre en place des outils appropriés pour le S&E de l'UNDAF.

Au niveau opérationnel l'UNFPA a participé aux travaux de groupes thématiques correspondant aux axes stratégiques relevant de sa compétence. Ces Groupes thématiques tel le Sous-Cluster VBG s'appuient sur des groupes transversaux inter-agences de résultats UNDAF en Suivi et évaluation (S&E), opérations et communication, plaidoyer et mobilisation des ressources. Ici UNFPA s'est positionnée comme leader en matière de S&E et a renforcé d'autres agences en matière de système et d'outils. La contribution de l'expertise de l'UNFPA aux autres organes a permis de partager des savoir-faire des leçons et expériences qui ont relevé la qualité de dynamique UNCT grâce à des savoirs, savoir-faire et outils proposés par l'institution, particulièrement en matière de suivi-évaluation. La forte capacité de mobilisation des ressources, comme dans le cas de la réponse à Ebola, a permis de doter le SNU en moyen conséquents pour accompagner efficacement le pays dans la maîtrise de l'épidémie. Quant aux compétences de plaidoyer de l'UNFPA, elles ont abouti à divers textes de lois relatifs aux MGF et droits reproductifs qui améliorent l'environnement juridique de l'action du SNU en Guinée. A ce titre, l'on évoquera l'engagement du gouvernement à consacrer progressivement 10% de son budget à la santé à l'horizon 2020.

Cependant, le montage institutionnel de l'implémentation de l'UNDAF fragilise les ONG et OSC impliquées dans le programme. En effet, l'on déplore : (a) la mise à disposition tardive des ressources qui perturbe l'agenda institutionnel des ONG ; (b) des frais de gestion non couverts, engendrés par les activités des PTA, lesquels grèvent la trésorerie des ONG, des abus subis de la part de certains agents des partenaires signataires des PTA (Ministères), dont l'exigence d'intégrer et de prendre en charge des fonctionnaires dans des missions de terrain des ONG.

## 4.7a. REPONSE A LA QUESTION D’EVALUATION 8 – VALEUR AJOUTEE

La question d’évaluation 8 vise à savoir :

« Quelle est la valeur ajoutée apportée par le 7<sup>ème</sup> programme de pays au niveau national dans les différents domaines relevant de son mandat telle que perçue par les parties prenantes nationales ?

La valeur ajoutée apportée par le 7<sup>ème</sup> PP dans les différents domaines relevant du mandat de l’UNFPA, soit « *réaliser un monde où chaque grossesse est désirée, chaque accouchement sans danger et le potentiel des jeunes accomplis* », est perçue par les parties prenantes et même les bénéficiaires, tant au niveau central que déconcentré. Ladite valeur ajoutée découle du leadership de qualité assuré par l’UNFPA dans les domaines de la SR, de la SRAJ, de P&D, de la réduction des inégalités de genre et de la lutte contre les VBG/MGE.

Dans le domaine de la SR, la valeur ajoutée de l’UNFPA relève de la spécificité et de la qualité de son intervention. Il s’agit de l’importance et de la continuité des apports en renforcement des capacités du capital humain (formation et recrutement de personnel qualifié) et en intrants de qualité supérieure (équipements, matériels, médicaments) en matière de SR. L’UNFPA est intervenant unique sur des sujets sensibles touchant : i) l’intégration des services SSR en faveur des jeunes (mise en place de centres conviviaux) ; ii) l’introduction des méthodes contraceptives de longue durée et la couverture nationale en PF, considérée comme une stratégie appropriée pour la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelles ; iii) le dépistage de grande envergure du cancer du col de l’utérus couplée à l’offre de services de PF ; iv) l’introduction du dividende démographique ; v) la contribution significative à l’effectivité de la gratuité de la CPN, des accouchements et de la césarienne, vi) la prise en charge intégrée et la réinsertion socioéconomique des femmes guéries de fistules de manière progressive conformément au taux de prévalence des régions et vii) la mise en place du système Channel. .

En matière de P&D, la valeur ajoutée de l’UNFPA se dégage avant tout par son rôle de « chef de file » sur les questions liées à la CIPD. Ainsi, cette position lui permet d’assurer le leadership et de mener le plaidoyer, particulièrement dans le domaine de la disponibilité et de l’analyse de données d’envergure nationale. Ce qui facilite la mobilisation de ressources financières par les autres agences du SNU et d’autres partenaires comme l’UE pour la réalisation d’importantes activités en faveur du Gouvernement Guinéen et au bénéfice des populations. Ces activités portent, entre autres sur : a) la préparation, le pilotage et la réalisation du RGPH3 pour la collecte de données indispensables à la planification des actions de réduction de la pauvreté et développement, b) le renforcement du système statistique national pour la mise en œuvre de la SNDS et c) la mise en place de bases de données sectorielles au niveau des Ministères en charge des affaires sociales et de la jeunesse et au niveau de la région administrative de Kankan.

Dans le domaine du genre, la valeur ajoutée tient surtout à l’appui remarquable et particulier apporté par l’UNFPA au MASPFE. Cet appui s’inscrit directement dans la mise en œuvre de la politique du genre et porte notamment sur : (i) la vulgarisation et l’application de lois nationales et d’instruments internationaux comme la CEDEF et les résolutions ; (ii) la production et la validation de textes de lois relatives à la SR et au VIH/Sida ; (iii) la mise en place progressive de centres de prise en charge médicale des victimes de VBG et de cellules de prévention des VBG ; (iv) l’initiative relative à l’autonomisation des femmes pour la réduction de leur marginalisation au plan économique et iv) la participation responsable des femmes au processus de consolidation de la paix.

## 4.7b. Réponse à la question d’évaluation 9—Valeur Ajoutée vs Autres Partenaires de développement

Les investigations exposées dans le présent rapport ont aussi porté sur l’effort de renseigner la question d’évaluation 9. Cette dernière visait à savoir :

Quels sont les avantages comparatifs du 7<sup>ème</sup> programme de l’UNFPA, particulièrement vis-à-vis des autres agences des NU en Guinée et prenant en considération les programmes conjoints et l’approche pour l’initiative «Delivering as One» ?

Le premier avantage comparatif du 7<sup>ème</sup> PP de l'UNFPA vis-à-vis des autres agences du SNU, a trait avant tout à sa forte participation aux différents programmes conjoints ayant un lien avec son mandat et ses domaines prioritaires d'intervention. Ses programmes conjoints sont, entre autres : i) le Programme conjoint UNFPA-UNICEF sur les mutilations génitales féminines / excision ; ii) le Programme Conjoint des NU pour la Région Administrative de Kankan (PCK) ; iii) le Programme national de réinsertion socioéconomique des jeunes (filles et garçons) ex associés de l'armée et autres jeunes vulnérables (filles et garçons) ; iv) le Programme « Autonomiser les jeunes pour exploiter le Dividende Démographique » ; v) l'Appui à l'institutionnalisation de l'approche genre, de la prévention et de la protection des VBG au sein des FDS ; vi) le Projet d'Appui à la Prévention et à la Gestion des Conflits dans les Zones Minières (PPGCM) et vii) le Programme national d'insertion socioéconomique des jeunes (PNISEJ 2016 -2021).

Le rôle de chef de file dans ses domaines d'intervention, offre ensuite à l'UNFPA d'énormes avantages comparatifs axés sur sa capacité de plaider, de dialogue et de facilitateur pour la mobilisation des partenaires et du Gouvernement autour de sujets d'intérêt national et international (atteinte des OMD, engagements en vers la CIPD et la CEDEF,...) comme la SR dans toutes ses dimensions, les questions de population, de réduction des inégalités de genre, de prévention et de lutte contre les VBG. De cela, découle un autre avantage de taille, celui d'intervenant unique sur les fistules obstétricales en faveur de « femmes fortement marginalisées, stigmatisées et presque exclues de la vie en communauté ». Il se dégage ainsi, un avantage par rapport à sa cible privilégiée, femmes, jeunes et adolescents qui représentent d'importantes catégories relevant des populations pauvres et des couches vulnérables. Un autre avantage non moins important du 7<sup>ème</sup> PP porte sur la zone d'intervention qui touche tout le territoire national en matière de P&D, de PF et de promotion du genre. Tandis que l'accès aux services de SR de qualité est focalisé sur 11 hôpitaux (dont 4 régionaux) et 72 CS répartis sur l'ensemble des quatre régions naturelles du pays.

Le PCK est mené avec une synergie d'actions de toutes les agences du SNU dans le cadre de l'approche « Delivering As One ». Il s'inscrit dans la réalisation des objectifs stratégiques déclinés dans l'UNDAF 2013-2017. En plus, il est aligné sur les priorités régionales et constitue un instrument efficace de la lutte contre la pauvreté au niveau local. Il a pour objectif de contribuer à l'accélération de la réalisation des OMD et de soutenir l'autonomisation socioéconomique et citoyenne des femmes et des jeunes au sein des collectivités locales. Ainsi, la capitalisation des avantages comparatifs de chaque agence conduit à une mise en œuvre concertée et complémentaire et à des résultats entraînant des impacts significatifs et durables auprès des populations, notamment les plus pauvres et les plus vulnérables.

Ainsi, les avantages comparatifs de l'UNFPA se reconnaissent non seulement par la prise en compte de ces cibles stratégiques, les femmes et les jeunes, mais aussi par la réalisation d'activités inscrites au centre de ses préoccupations. Il s'agit, en particulier de l'accès aux services de SR de qualité (SONU, PF, SSR), de la prise en charge intégrée des fistules et la réinsertion socioéconomique des femmes guéries, de l'intégration du genre dans la planification et la gestion du développement local, de la prévention et de la prise en charge des VBG et MGF/E.

## CHAPITRE 5 : GESTION, SUIVI ET EVALUATION DU PROGRAMME

Le chapitre 5 répond à une sollicitation subsidiaire du comité technique de l'évaluation durant la phase de rapportage. Il s'agit de répondre à la question de savoir : «En quoi le processus gestionnaire du 7<sup>e</sup> programme a contribué à l'implémentation adéquate (complète, prompte et opportune) et à l'atteinte des résultats ? »

### 5.1. STRATEGIE DE COORDINATION

#### 5.1.1. Dispositif de coordination (architecture et flux), actions prévues, résultats attendus/missions

Le dispositif de coordination sur lequel repose le 7<sup>e</sup> programme de pays UNFPA/République de Guinée présente un organigramme à 4 paliers, dont chacun est composé et coordonné comme suit :

- (1) Le Niveau Stratégique : il regroupe les acteurs stratégiques impliqués dans le programme dont l'UNFPA, les 4 Ministères (du Plan et de la Coopération Internationale ; de la Santé ; de la Jeunesse, de l'Emploi des Jeunes et des Sports ; de l'Action Sociale, de la Promotion Féminine et de l'Enfance) ; et les organisations concurrentes du SNU (OMS, UNICEF, PNUD, UNOPS, PAM, ONUDI, HCDH, UNHCR, FAO, OIM), les ONG internationales et d'envergure nationale (JHPIEGO, AGBEF, ...) dans le cadre de l'Unité de Coordination de la Coopération qui se réunit trimestriellement sous l'autorité du Secrétaire Général du Ministère du Plan. Cette instance appuie la planification stratégique nationale, développe la planification thématique du programme et assure la revue annuelle. Sous l'autorité du Secrétaire Général du Ministère du Plan et de la Coopération Internationale, elle coordonne l'implémentation du programme à l'échelle nationale sur la base de réunions trimestrielles et ad hoc. A ce niveau, les structures de coordination sont le comité de pilotage, le comité technique et les comités de suivi thématiques. Les rôles respectifs de ces instances sont les suivants :
  - (i) Le comité de pilotage assure l'organisation des revues, ainsi que la validation des PTA.
  - (ii) Le comité technique travaille en étroite collaboration avec le Ministère de la Coopération internationale chargé de la coordination globale du programme et a en charge le suivi de l'élaboration et de la mise en œuvre, ainsi que l'assurance qualité des plans de travail annuels.
  - (iii) Les deux comités de suivi thématiques des PTAs à savoir les «Cluster Femmes» et «Cluster Jeunes » ont en charge le suivi des progrès réalisés dans la mise en œuvre des actions spécifiques à chaque cible, la production de rapports consolidés y compris la documentation des expériences réussies sur la base des preuves.

Si le comité de pilotage a réussi l'organisation des revues et la validation des PTA dans les délais impartis, les comités de suivi thématiques n'ont pu fonctionner que la première année de la mise en œuvre du programme.

- (2) Le Niveau Régional : regroupe les services déconcentrés des 4 ministères partenaires clés et les bureaux des régionaux des ONG. Le cadre de synergie est la coordination régionale des services déconcentrés des administrations, placé sous l'autorité du Gouverneur de région.
- (3) Le Niveau Préfectoral : regroupe les services administratifs déconcentrés et la société civile autour du préfet.
- (4) Le Niveau communautaire regroupe les ASC et les OSC autour des chefs de centres de santé d'une part et les animateurs et associations de jeunes autour du président du CECOJE, d'autre part.

Les flux des ressources reposent essentiellement sur les PTA ou exceptionnellement et ayant pour référence juridique les lettres d'accord établies entre l'UNFPA et ses partenaires clés du niveau central ou

régional/opérationnel. La gestion et la redevabilité reviennent au partenaire national concerné. Quant à la logistique, aux médicaments et équipements/technologies, l'UNFPA en assure la gestion directe pour la garantie des standards de qualité internationale.

Dans le cadre du suivi de l'exécution des PTA, des réunions trimestrielles sont souvent organisées par les partenaires d'exécution en fonction des thématiques et/ou de la cartographie des interventions. Ce dispositif a permis de faire régulièrement le point des progrès réalisés, des difficultés et des solutions appropriées pour lever les blocages et avancer vers l'atteinte des résultats attendus. Par exemple, les sessions de renforcement des capacités sur les aspects de gestion et de maîtrise des procédures de l'UNFPA ont été évaluées ou planifiées à ces occasions.

#### *5.1.2. Fonctionnement observé (actions réalisées)*

La coordination du programme, tant au niveau central que régional, relève principalement de la responsabilité du Gouvernement et non de l'UNFPA qui a mis l'exécution nationale au cœur de la mise en œuvre du 7<sup>e</sup> programme. Le Gouvernement a assuré le leadership lors de la mise en œuvre des activités prévues, à travers la gestion NEX. Les structures retenues, d'un commun accord entre l'UNFPA et le Gouvernement, ont élaboré des PTA. Le processus d'élaboration des PTA se fait de façon participative au cours d'un atelier prévu au mois de novembre de chaque année. Puis au plus tard en décembre, les PTA sont finalisés avec les techniciens et leurs points focaux. Ils sont prêts et transmis en Janvier à la Coopération pour signature. Selon les parties prenantes, c'est à ce niveau que des retards importants sont enregistrés, allant parfois jusqu'à 3 mois. En effet, les nouvelles procédures de la Coopération exigeraient qu'une seule cérémonie de signature soit organisée pour les PTA de toutes les organisations du SNU.

Les quatre paliers rappelés au paragraphe «5.1.1» ci-dessus, ont effectivement été impliqués dans la MEO. Ils ont respectivement soit initié, soit réalisé, soit participé à maintes activités relatives à leurs attributions. Cependant, la responsabilisation accordée aux partenaires d'implémentation stratégiques (Niveau central des Ministères, en particulier) n'a pas été suffisamment concédée aux niveaux régional et périphérique par ces derniers. L'allocation financière et la délégation des tâches se sont quasiment limitées au niveau national, notamment pour les MJ, MASPFE, MPCI.

Enfin, l'une des forces du 7<sup>ème</sup> Programme est de s'appuyer sur les ONG et OSC dans la mise en œuvre des PTA. C'est le cas notamment avec l'AGBEF, JHPIEGO, REGAP +, Plan International, etc. Mais le montage institutionnel fragilise les ONG et OSC, car la mise à disposition des ressources est tardive et les Ministères exigent souvent l'intégration et la prise en charge de leurs agents dans des missions de terrain de ces organisations non gouvernementales.

Contrairement à d'autres institutions du SNU, l'UNFPA ne fait pratiquement pas de contrat avec des partenaires du niveau déconcentrés. Cette option participe au maintien des délais administratifs longs entre les niveaux central et déconcentrés et, de la persistance d'interventions verticales du niveau national en périphérie au détriment de la couverture, de la continuité et de l'efficacité des services. Ainsi, les formations et la communication pour le changement de comportement souffrent d'un déficit chronique de suivi et d'accompagnement vers les mutations escomptées, les ressources étant monopolisées par la hiérarchie des partenaires d'exécution. Les PTA n'ont pas prévu d'activité de suivi et les interviews des ONG partenaires des départements ministériels signataires des PTA ont indiqué qu'aucune activité de suivi n'a été soutenue par le financement du 7<sup>ème</sup> PP. Sporadiquement, il est arrivé à certaines ONG de faire le suivi de la communication en utilisant d'autres ressources que celle du 7<sup>ème</sup> PP.

#### *5.1.3. Efficacité observée*

Depuis le niveau stratégique, les procédures administratives et financières, les pratiques et cultures institutionnelles ont constitué des pesanteurs à la promptitude de l'acheminement des ressources et des instructions vers les acteurs et bénéficiaires aux paliers suivants. Le long de la période évaluée, plusieurs retards de 5 mois ou davantage ont été enregistrés dans le déclenchement des activités. La verticalisation des

interventions a limité l'effectivité du suivi continu des activités telles la communication en faveur des jeunes ou des femmes. Les activités rentrent dans les oubliettes après le passage qu'une équipe du niveau central sur le terrain, le personnel des services déconcentrés, pas assez imprégnés et privé des ressources est impuissant pour en assurer le suivi.

La promptitude a souvent fait défaut aux opérations logistiques, programmatiques et financières. Le processus de préparation des décaissements qui part du rapportage des résultats acquis, à la signature des PTA, en passant par la justification des dépenses, la planification de l'année suivante, s'est généralement étalé sur 5 mois, entre novembre et mars. Ceci a limité l'efficience sur la gestion de la ressource temps. Cette situation s'est souvent associée à un retard de 6 mois dans l'implémentation en périphérie et à l'ajournement du lancement des commandes d'intrants au niveau international. Ainsi, plusieurs produits de santé tels les contraceptifs à forte rotation ont souffert de ruptures de stocks répétitives sur plusieurs mois.

Cependant, **la stricte observance des procédures financières a conduit à une efficacité sur la traçabilité des ressources.** De fait, au vu des audits conduits, l'UNFPA, n'a pas eu à déplorer de diversion des ressources. Les missions de pré-audit conduites par l'UNFPA en vue d'assurer la qualité des pièces comptables et l'effectivité des mécanismes de contrôle financier ont contribué à ce succès. Par ailleurs, la contractualisation des partenaires d'implémentation sur la base de la compétence spécifique a eu un effet de professionnalisation dans les prestations de SSR, d'égalité genre et de population et développement malgré les améliorations qui restent à faire pour la marche vers l'optimisation. **En effet les questions thématiques de leurs ressources respectifs ont été confiées aux ministères et aux ONG compétentes.** Les renforcements apportés aux capacités humaines, matérielles et institutionnelles se sont ainsi inscrits dans un processus de continuité ; du fait qu'elles ont été intégrées dans des institutions ayant vocation à les perpétuer.

#### *5.1.4. Intégration dans le delivering as one (Unis dans l'Action)*

Le cadre institutionnel de l'UNDAF 2013-2017 comprend trois axes stratégiques d'intervention, inspirés par l'analyse stratégique commune conduite dans le Bilan Commun de Pays 2011 et alignés sur ceux retenus par le DSRP (2011-2012) et le Plan Quinquennal (2011-2015). Les axes stratégiques sont : 1) la promotion de la bonne gouvernance ; 2) l'Accélération de la croissance et promotion d'opportunités d'emplois et de revenus pour tous ; 3) la réduction de la vulnérabilité et l'amélioration des conditions de vie.

Depuis le 17 mars 2014, le Gouvernement de la Guinée a exprimé sa volonté d'appliquer le delivering as one dans le cadre de sa Coopération avec le Système des Nations Unies. L'ancrage institutionnel de cette réforme a été confié au Ministère du Plan et de la Coopération Internationale (MPCI).

A travers ce cadre de concertation et ses avantages comparatifs, l'UNFPA participe au programme conjoint du SNU pour le développement de la région de Kankan et au programme conjoint de lutte contre les MGF/E avec l'UNICEF. L'UNFPA a développé de partenariat avec le PAM dans la prise en charge des femmes souffrant de fistules obstétricales et avec l'ONUDI dans le cadre de l'employabilité des jeunes.

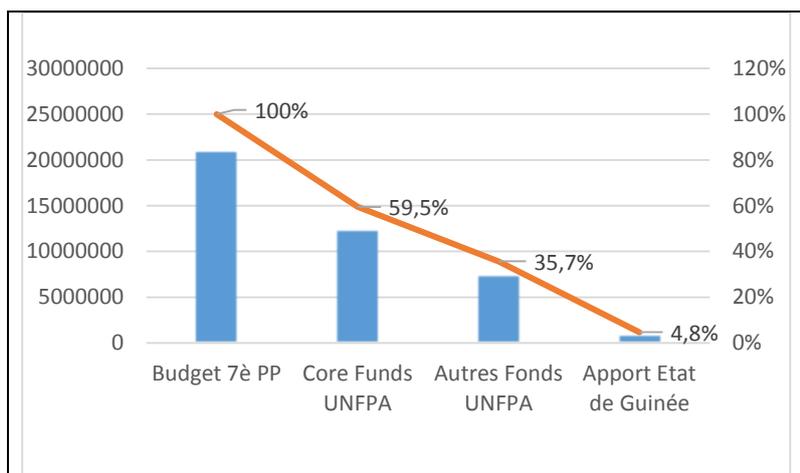
Egalement, l'UNFPA a apporté ses contributions à la réponse commune des SNU à l'élaboration des documents nationaux notamment le DSRP3, le PNDES, le Profil du dividende démographique, la disponibilité des données par sa participation de manière effective au fonctionnement des groupes transversaux inter-agences de l'UNDAF en Suivi et évaluation, opérations et communication, plaidoyer et mobilisation des ressources.

## 5.2. GESTION MATERIELLE ET HUMAINE

### *5.2.1. Dispositif de financement*

#### *Graphique 5.1 : Répartition du 7 PP par source de financement*

L'enveloppe budgétaire du 7<sup>e</sup> PP initialement prévu s'élève à 21.000.000 USD. Le montage financier censé mobiliser ledit budget repose sur le principe du co-financement par l'UNFPA et la partie nationale. La proportionnalité entre les deux financements est de 95% pour UNFPA et 5 % pour l'Etat de Guinée. Le



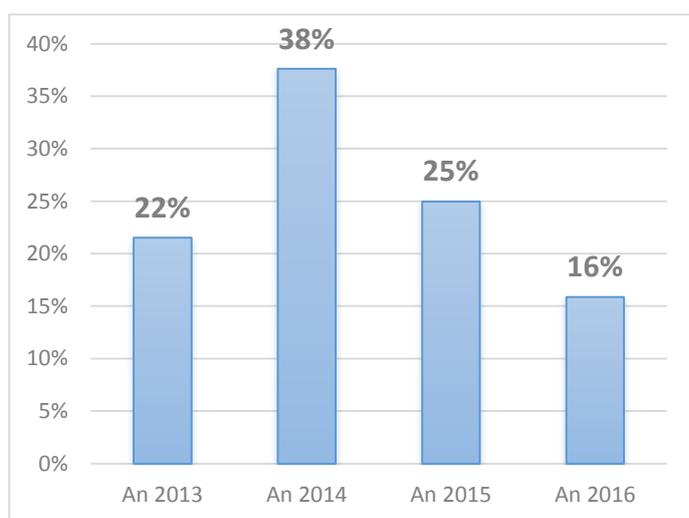
Le financement de l'UNFPA comporte deux sources dont les «Fonds Réguliers» (\$US12.5 millions) mis à disposition par le siège de l'organisation et les «Autres ressources » ou ressources additionnelles (\$US7.5 millions) mobilisées en complément pour combler les gaps. Le financement attendu de la partie nationale est de 1.000.000 dollars à raison de 200.000 USD par an (cf graphique 5.1). Cette contribution a servi au paiement des charges locatives et des salaires du personnel d'appui (secrétaire,

gardien, planton, chauffeur de la partie nationale).

### 5.2.2. Exécution des fonds mobilisés

La mise en œuvre du plan stratégique de mobilisation a permis de collecter 28.643.388 dollars US par l'UNFPA, soit une augmentation de 43 % par rapport à la prévision budgétaire initiale du programme. Le taux d'absorption des fonds mobilisés est 83 % (graphique 4.9). Tous les produits à l'exception des produits 3 (69%) et 5 (73,6%) ont enregistré une absorption budgétaire plafonnant au-dessus des ¾ des fonds mobilisés.

Graphique 5.2 Répartition des montants par année



Le niveau d'exécution des fonds varie selon les années. Il est de 22 % au bout de la première année du programme, pour atteindre le maximum de 38% en 2014, et ensuite décroître à 25 % en 2015. L'exécution financière a atteint 16 % au compte du 1er semestre 2016 (cf. graphique 5.2).

Cette situation est en léger décalage avec le cadre des résultats et des ressources qui prévoit l'absorption maximale des fonds en 2015. Ceci pourrait s'expliquer, entre autres, par la survenue de l'épidémie à virus Ebola en mars 2014.

### 5.2.3. Analyse dissociative de la mobilisation et de l'exécution des ressources entre 7èPP & Réponse Ebola

Cette analyse concerne à la fois les ressources financières et humaines déployés pour la réponse à la crise humanitaire Ebola.

- Mobilisation des ressources financières

La mobilisation des fonds pour la réponse à la maladie du virus d'Ebola s'élève à 4.461.102 USD. Les sources du financement comprennent le budget additionnel mobilisé par l'UNFPA ; le budget programme réaffecté vers Ebola (suivi des contacts et réponse globale Ebola) ; le budget MRU constitué des Fonds Meeting Partners Fund, Coopération Japonaise et UNFPA (Graphique 4.10).

- Mobilisation des ressources financières

Le taux d'absorption desdites ressources par la réponse à la maladie à virus d'Ebola a été de 100% (cf. graphique 4.11).

- **La mobilisation des ressources humaines et matérielles**

En référence aux prévisions du CPAP, les réalisations en termes de mobilisation des ressources ont été excellentes. Concernant les ressources humaines, la mobilisation a été satisfaisante pour les différentes fonctions sauf pour le chargé de programme genre, l'expert national P&D et les experts nationaux suivi et Evaluation qui n'ont pas été mis en place.

*Tableau 5.1 : Mobilisation des Ressources Humaines*

| CATEGORIES                         | PREVISION | REALISATION |
|------------------------------------|-----------|-------------|
| Chargé de programme Genre          | 1         | 0           |
| Expert national P&D                | 1         | 0           |
| Consultant M&E Bureau Pays         | 0         | 1           |
| Experts Nationaux M&E (santé, P&D) | 2         | 0           |
| VNU-M&E –régionaux                 | 0         | 4           |
| ASC                                | 1000      | 1500        |

#### 5.2.4. Promptitude de la mise à disposition des ressources et opportunité des décaissements et allocations

Les procédures administratives et financières contraignantes, la faible applicabilité desdites procédures dans le contexte guinéen, les pratiques de gestion des PI ont continument induit le retard dans le décaissement des fonds aux différents niveaux de la pyramide d'intervention. Parmi lesdites contraintes l'on citera : (1) l'exigence et les délais d'appels d'offre ou à candidature ; (2) l'exigibilité de plusieurs pro-formats souvent dans des localités où le commerce formel est quasiment inexistant ; (3) les critères de conformité des justificatifs exigeants ; (4) l'abstention de financer directement les niveaux déconcentrés.

Dans l'ensemble 15 activités n'ont pas pu être réalisées à ce jour. Elles concernent les études de suivi des indicateurs SSR, des sessions de formation en matière de SR et l'extension des services SSR (extension des fonctionnalités SONU ; de la et PEC/services ado/jeunes).

#### 5.2.5. Adéquation de l'allocation des ressources dans la pyramide d'intervention

De façon transversale, l'allocation des ressources entre les composantes d'intervention dont la P&D, le Genre, la SSR et la Gestion/S&E, a respecté les équilibres budgétaires issus de la planification consensuelle. Cependant au plan vertical, mis à part le secteur de la santé, les acteurs de la périphérie se sont plaints de la concentration de ressources financières et matérielles au sommet de la pyramide d'intervention. La survenue de l'épidémie à virus Ebola a aussi réorienté certaines ressources de leur affectation initiale une allocation inefficace des ressources. A ce titre, l'on évoquera le transfert de véhicules destinés à la supervision de la MEO de la SSR par le niveau central du MS à la Coordination de la Réponse Ebola, la réallocation de financements destinés aux enquête de qualité et la mise en place de base de données au profit des intrants de la prise en charge d'Ebola.

### 5.3. ANALYSE DU SYSTEME DE SUIVI ET D'EVALUATION

#### 5.3.1. Les objectifs et le champ de l'analyse du système de S&E

L'objectif général du plan de suivi et évaluation est de «Contribuer à la mise en œuvre efficace du 7ème programme de coopération 2013-2017 entre la République de Guinée et l'UNFPA à travers un système de suivi-évaluation performant et cohérent». Les objectifs spécifiques consistent à : (1) « définir les acteurs, le

mécanisme et les outils de suivi-évaluation du programme » ; (2) «Rendre opérationnel le dispositif de suivi-évaluation du programme» ;(3) «Renforcer les capacités des partenaires de mise en œuvre du programme pour le suivi-évaluation» ; et (4) «Appuyer la réalisation des études, enquêtes et évaluations prévues dans le cadre du programme et valoriser les résultats de ces opérations à travers leur vulgarisation et la documentation des bonnes pratiques ». Le champ d'analyse du système de suivi-évaluation du 7<sup>e</sup> PP porte sur les indicateurs de la MEO, de la performance, l'approche de l'appréciation qualitative et quantitative des progrès, les obstacles à la MEO et les solutions pour la performance. Ainsi les domaines de ce système de S&E incluent : l'accompagnement de la MEO, la mesure de la performance, le développement du système de S&E, le renforcement des capacités de S&E des partenaires, la recherche opérationnelle et l'évaluation.

### *5.3.2. Système de S&E, fonctionnalité du dispositif institutionnel de S&E et mise en œuvre du plan de S&E*

**Un système de suivi évaluation intégré a été développé. Il comprend une stratégie, un plan, des outils de suivi et un calendrier d'implémentation.** La fonctionnalité du système de suivi et d'évaluation du 7<sup>e</sup> programme est acceptable et axé sur les résultats du fait des caractéristiques qu'il présente par rapport aux 11 critères définis dans le plan stratégique 2013-2017 de l'UNFPA.

- (1) **Existence d'une unité de suivi et d'évaluation** ou de personnes désignées ayant les capacités techniques pour être responsables du suivi et de l'évaluation : Le bureau de pays dispose d'une unité de suivi évaluation coordonnée par un cadre sénior, lequel est assisté d'un consultant. Le personnel de l'unité de suivi-évaluation est doté d'un background académique et professionnel conforme à la conception de système de suivi-évaluation, à l'élaboration des outils, à la formation des acteurs, à la conduite des missions de S&E, à l'exploitation des données, à leur partage et leur intégration dans le processus de prise de décision. Ces compétences ont été démontrées dans la préparation et la mise en œuvre du dispositif de suivi-évaluation du 6<sup>e</sup> et 7<sup>e</sup> PP. Dans le cadre de ces 2 programmes, l'on a noté une production selon les standards UNFPA et OCDE de documents de stratégie, de planification, de collecte, de suivi de la performance, de rapportage et des activités de formation des parties prenantes en matière de suivi-évaluation.
- (2) **Partenariats** entre l'unité ou le personnel en charge de suivi et de l'évaluation et d'autres acteurs internationaux dans le domaine de la recherche opérationnelle, le suivi et l'évaluation des opérations : L'UNFPA assure le leadership du groupe thématique du SNU en matière de suivi-évaluation. L'organisation travaille aussi avec les autres partenaires internationaux dans le cadre de l'UCC et de l'appui à l'Etat de Guinée en matière d'élaboration et de production des documents sectoriel et intersectoriel de stratégie et de plan de suivi-évaluation.

Ces interactions se déploient dans le cadre du 7<sup>e</sup> programme et des programmes communs incluant les autres agences du SNU et d'autres acteurs internationaux (ONG, coopérations bi/multilatérales : UE, coopération Française, Allemande...). Des relations de travail existent entre l'unité de suivi-évaluation de l'UNFPA et les PE dans le cadre du CPAP et des PTA qui prévoient un suivi de la mise en œuvre par l'UNFPA à fin de garantir la qualité et la conformité avec les dispositions de l'accord de coopération avec l'Etat de Guinée, lequel encadre la mise en œuvre du programme de pays. Les activités de recherche et l'appui technique au Ministère du plan et de la production des données sectorielles alimentant la formulation des politiques et programme de développement, l'unité de S&E évaluation encadre les institutions réalisant les études dont l'INS en bonne place. L'unité de suivi-évaluation renforce les PE, notamment en les formant et en les outillant par la mise en place chez eux d'un cadre de suivi permettant l'analyse, l'exploitation et le partage des données.

- (3) **Budgets de suivi et d'évaluation** qui répondent aux besoins : La convention internationale (OCDE) suggère que le M&E soit financé à hauteur de 5% de l'enveloppe de programme. Cependant, le financement de l'unité de S&E du bureau de pays UNFPA Guinée n'est pas formellement inscrit au

budget programme. A date, la latitude revient aux différents programmes d'inclure dans leur budget un montant à concurrence de 5%. Dans la pratique, l'observance de cette option n'a pas été systématique, encore moins les décaissements corolaires. En somme, le financement du S&E n'est pas lisible et la disponibilité des fonds pour cette composante transversale n'a pas été à la hauteur des besoins.

- (4) **Directives et orientations claires** sur le suivi et l'évaluation accessibles à toutes les parties prenantes du programme : Le bureau de pays dispose d'une stratégie intégrée de suivi et évaluation proposant les documents de référence (plans stratégique de suivi-évaluation du 7<sup>e</sup> programme, plan annuels de suivi-évaluation). Ces documents ont été co-élaborés et partagés avec les partenaires de mise en œuvre. Seulement, les acteurs du niveau opérationnel (Services publics déconcentrés ; ONG/associations dans les préfectures) se sont plaints du déficit du partage des directives, documents de référence et agenda des activités du programme.
- (5) **Résultats et cibles** du programme pays bien définis ;
- **Le 7<sup>e</sup> pp a distinctement défini 6 produits à mesurables réaliser, lesquels sont suivis par 14 indicateurs** : Au sujet de la qualité de la définition des résultats, l'on a noté un certain effort vers une formulation nettement lisible et intelligible et un effort concret d'intégrer les critères du standard SMART dans les énoncés en vue de leur complétude et adéquation pour le suivi et l'évaluabilité du 7<sup>e</sup> programme. Cet effort de précision, de pertinence et de cohérence n'a cependant été systématique.

Ainsi, la majorité des produits du 7<sup>e</sup> programme a été d'un réalisme limité, dont en particulier les PP1, PP2, PP4 et PP5. L'ambition a été ostensiblement sous-estimée. Ainsi, avant la fin du programme, les cibles fixées sont soit atteintes ou quasiment atteintes, soit dépassées, souvent depuis 2015 (ex : PP1 ; PP2, PP5). Les critères de mesurabilité n'ont pas été assez articulés pour l'ensemble des produits. D'un produit à l'autre, la question reste à savoir si: (a) le seuil de dissémination, de couverture ou d'accessibilité est indiqué (PP1, PP2), (b) le seuil de renforcement est déterminé (PP3 ; PP4 ; PP5) ; le seuil d'accessibilité est connu, la baseline connue, la zone couverte indiquée (PP6).

A propos de la définition des cibles, le 7<sup>e</sup> programme s'est doté de valeur seuil ou butoirs à atteindre pour l'accomplissement de ses résultats dont la clarté permet une mesure opérable des progrès. Ainsi, il a été facile à l'équipe de la présente évaluation de compiler les données, de lire les tendances, de déterminer le seuil d'atteinte, de calculer la performance et de formuler des hypothèses d'achèvement des progrès au terme de la période de programme.

- **Cohérence/force du lien établi entre les indicateurs et les produits ; lisibilité de la logique des résultats** : La logique de la chaîne des résultats n'est pas assez évidente. Le principe du suivi n'accorde pas d'intérêt aux inputs et extrants immédiats (ex : nombre formés, sensibilisés...). Ceci est lié à l'adoption de l'hypothèse que l'influence proportionnelle entre les intrants, les extrants, les effets et les impacts est faible. Cette option stratégique de l'UNFPA se traduit par le retrait des données des intrants (natures et quantités des matériaux, matériel et activités) des rapports d'activité depuis 2014. Il s'ensuit une difficulté à apprécier le niveau d'exécution physique des interventions et à trouver des données sur les réalisations pour mettre en évidence la contribution à l'atteinte des produits.

L'on note aussi que l'articulation logique entre les indicateurs de produits, les produits et indicateurs d'effet ou les effets eux-mêmes n'est pas toujours évidente. Ainsi, par exemple, le lien entre les 2 indicateurs concernés et le Produit PP 2 : D'ici fin 2017, la législation nationale relative à l'égalité de genre, aux droits reproductifs, au VIH/Sida, aux VBG, MGF/C adaptée aux conventions internationales disséminée à travers les structures nationales, les réseaux et les associations féminines», n'est pas évident. L'indicateur2 (Nombre de communautés qui déclarent l'abandon des mutilations génitales féminines /excision) ne montre pas un lien logiquement direct avec le produit. Les évidences scientifiques ont

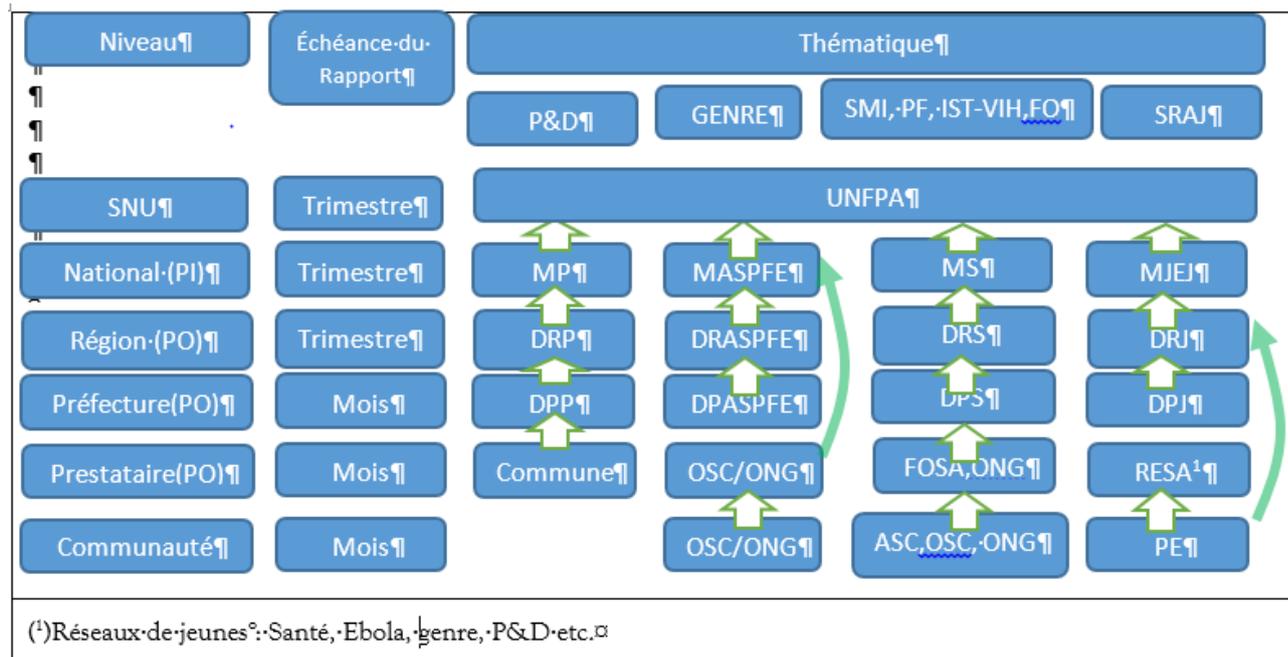
montré depuis belle lurette que lien entre la vulgarisation et le changement de comportement n'est pas direct. Il n'est pas non plus évident qu'une déclaration induise une observance effective.

De même, le lien causal est indirect entre le produit1 (« D'ici 2017, les données fiables relatives à la dynamique de population, la jeunesse, l'égalité de sexes et la santé sexuelle et reproductive collectées, analysées et disséminées auprès des utilisateurs et décideurs ») et l'indicateur d'effet 4 concerné (Rapport national sur OMD5 disponible Base : 0 ; Cible : 2). Un autre exemple révèle que la différence logique sur l'échelle des résultats entre le produit 6 (D'ici fin 2017, les services essentiels de Santé sexuelle et reproductive, y compris le VIH/Sida accessibles aux jeunes (y compris les adolescent(e)s )) et l'effet1 du PS2014-2017 de l'UNFPA n'est pas très perceptible. Ce dernier paraît simplement être l'ensemble et le produit l'élément. Ainsi, le produit tel que formulé en serait un indicateur pour que cela serait substantiellement cohérent.

- (6) **Ensemble d'indicateurs de progrès**, agréés par les parties prenantes et régulièrement mis à jour : Le 7<sup>e</sup> programme suit 14 indicateurs de produits. Ces indicateurs sont proposés par l'UNFPA sur la base des documents stratégiques (Directives ODD, Rapport OMD, PS UNFPA2014-2017, DSRP, plan quinquennal National de Développement, Plan stratégiques des secteurs impliqués..., PNDS). La concertation avec la partie nationale, qui aboutit à la mise à jour, se fait dans le cadre d'un processus de planification dynamique et interactif et fondé sur les évidences. Ce processus inclut : la conception et la mise en œuvre de l'étude de base du programme ; les réunions du comité de pilotage de l'UNDAF, les réunions de revue et de planification annuelle, les réunions trimestrielles du comité technique, les réunions des 2 comités de suivi thématiques des PTA, les réunions ad hoc de coopération avec les ministères respectifs entre autres.
- (7) **Mécanismes de collecte, d'analyse et de dissémination de données** au niveau national et au niveau du programme : Les indicateurs à renseigner sont traduits dans des fiches correspondant aux différents niveaux de prestation ou de la coordination des services. Lesdits niveaux sont la communauté, les unités institutionnelles de prestation des services (FOSA, ONG/Association), les paliers de coordination (services préfectoraux, les services régionaux, les directions et autres instances nationales publiques et de la société civile et enfin l'UNFPA). Sur le principe, chaque palier supérieur collecte/reçoit les données auprès du pallier inférieur.

Cependant, les maillons de la chaîne ne sont pas toujours en synergie pour garantir un circuit unique et continu des données. Ainsi, certaines activités communautaires ne sont pas rapportées auprès des FOSA en charge de la zone d'action des ASC et autres animateurs communautaires (PE). Selon que le contrat pour les prestations communautaires, de santé par exemple, vient d'une ONG (AGBEF, AFAF, ATT...), d'un programme (PNLP, PNLS), l'acteur communautaire lui destine le rapport au détriment de la FOSA. Le tableau ci-dessous illustre le circuit des données dans le cadre du 7<sup>e</sup>PP.

Tableau 5.2 : Circuit des données collectées dans le cadre du 7èPP UNFPA-Guinée



La coexistence des flèches interrompues indiquant le transit progressif des données entre les maillons successifs du circuit des données et les flèches directes de la périphérie au niveau national, montre la duplication de la circulation des données.

Les FOSA transmettent les rapports mensuels d'activités aux DPS, lesquels rapportent mensuellement au DRS à partir desquelles des rapports régionaux arrivent trimestriellement au MS. Le MS partage un rapport trimestriel avec l'UNFPA. La collecte des données est mensuelle pour les centres de santé. Les pairs-éducateurs rapportent aussi mensuellement auprès des Réseaux des Jeunes, lesquels rapportent trimestriellement au MJEJ à partir duquel les données arrivent trimestriellement à l'UNFPA. Par ailleurs, dans le souci de garantir la qualité et la promptitude des données au niveau national, pour une prise de décision prompte, basée sur des données fiables, l'UNFPA a mis en place des VNU suivi-évaluation au niveau des DR (Directions Régionales) qui qui collecte les données, évaluent la cohérence avec les sources officielles, font des feedback à la source et transmet ces données validés directement à l'unité S&E du bureau de pays.

Les capacités des acteurs ont été renforcées par l'UNFPA à tous les niveaux de la chaîne pour réaliser une analyse des données correspondant aux besoins respectifs par niveau. Le renseignement des fiches de rapport mensuel ou trimestriel qui exigent des calculs d'agrégation ou de proportionnalité attestent des capacités acquises et de l'effectivité de l'analyse. Parmi les indicateurs analysés et synthétisés par les niveaux déconcentrés l'on peut citer :

- (a) Pour les FOSA, centres/cellules VBG : nombre d'accouchement, nombre de FEC vue en CPN, nombre de fistules traitées, nombre de cas de viol, nombre de cas traitement pour violence physique, etc.) ;
- (b) Pour les CECOGE ; nombre de condoms distribués, nombre d'animateurs formés, nombre de jeunes conseillés, nombre de femmes sensibilisées...).

D'une part, la dissémination des données se fait en ligne sur IMIS et DevInfo (P&D, SSR) et di-Monitoring (Genre). Concernant la plate-forme web di-Monitoring, les ONGs et points de prestations de services VBG renseignent des fichiers électroniques et les transmettent au MASPFE qui documente sa base des données, tri les variables à mettre en ligne. Par ailleurs le MASPFE communique les données agrégées et vérifiées à l'UNFPA. Ces données sont intégrées par le bureau de l'UNFPA dans la base des données virtuelle (Di-

Monitoring). D'autre part, les ateliers avec les différents utilisateurs, les activités d'élaboration des documents nationaux de politique, de stratégie et de planification, les discours dans le cadre des cérémonies officielles constitue autant d'opportunités saisies en matière de partage et dissémination des données.

- (8) **Examens/Evaluations** des résultats du programme périodiques : Le 7<sup>e</sup> programme a planifié les revues annuelles, à mi-parcours et l'évaluation finale des interventions. Toutes ces activités ont été conduites. Les rapports y relatifs sont disponibles.
- (9) **Rapports d'activités** des programmes périodiques et analytiques : Les activités du programme sont rapportées à tous les niveaux de la pyramide d'intervention depuis la communauté jusqu'au niveau du bureau pays selon le calendrier de rapportage rappelé plus haut dans le présent chapitre. Depuis l'année 2014, l'analyse des données primaires a été abandonnée au profit uniquement de l'analyse des produits.
- (10) **Réunions régulières** permettant aux gestionnaires du programme, aux décideurs, aux planificateurs et aux donateurs d'examiner les indicateurs, le suivi et l'évaluation et les résultats des recherches opérationnels : Le 7<sup>e</sup> programme a régulièrement tenu ses différentes réunions de coordination et de revue. Ces séances ont rassemblé toutes les catégories d'acteurs selon les circonstances et l'agenda. Dans le cadre de ces réunions, les indicateurs du programme, le suivi et l'évaluation et les résultats des recherches opérationnels ont été revus.
- (11) **Base de données centralisée** donnant à tous les utilisateurs prévus un accès facile aux informations et à temps : Des bases de données centralisées par secteur (MS, MJEJ, MP, MASPFE, Région de Kankan) sont en place. Cependant, la fonctionnalité desdites base et l'accessibilité pour les différents utilisateurs ne sont pas à la hauteur des besoins. Les fonctionnalités réseau, d'actualisation, d'analyse et d'extraction ne sont pas véritablement opérationnelles.

### 5.3.3. Suivi des recommandations, des réalisations et des résultats

Dans le cadre du 7<sup>e</sup> programmes, les sources des recommandations sont essentiellement les rapports de suivi-évaluation et autres missions de terrain, les rapports et des audits, les rapports de revue, les rapports des réunions des instances de coordination, les rapports de formation. Les réalisations et les résultats quant à eux sont consignés dans des bases de données dont des rapports périodiques (trimestriels et annuels) sont générés.

Les réunions mensuelles du staff du Bureau de Pays permettent d'apprécier le niveau de mise en œuvre de toutes recommandations et les mesures de prendre les mesures de réajustement conséquentes du suivi, au vu des constats. Un outil spécifique appelé « suivi des recommandations » est renseigné qui spécifie l'activité, le constat, la recommandation, le responsable, le partenaire et le délai de complétude de la mise en œuvre.

### 5.3.4. Suivi des hypothèses et des risques

Les hypothèses et risques ont été pris en compte dans un plan de gestion des risques développé par le bureau pays en 2013. Ce document propose les domaines exposés au risque ; la probabilité de la survenue des risques dans le temps ; les stratégies de réduction des risques. Les principaux risques identifiés menaçant l'implémentation et les résultats du 7<sup>e</sup> Programme sont :

- (1) L'importance des défis à surmonter pour la consolidation de la paix et du processus démocratique y compris l'organisation de diverses élections ;
- (2) l'insuffisance de la capacité d'absorption des ressources mobilisées ;
- (3) l'insuffisance de la capacité à transformer les ressources en résultats ;
- (4) la gestion de la crise dans les pays voisins et la sécurité.

En réponse à ces menaces des stratégies spécifiques ont été mises en œuvre en rapports aux menaces liées au milieu (cf. (1) et (4)). Quant aux risques à l'intérieur du programme, des mécanismes de contrôle ont été mis en œuvre selon des procédures rigoureuses alignées sur le Manuel de Procédures de l'UNFPA. Ces dispositions ont régi les décaissements, les acquisitions des biens et services, la validation des dépenses, le recrutement... respectant les principes de bonne gouvernance (équité, transparence, redevabilité). Les techniques de contrôle appliquées ont été les audits et missions de supervision/vérification. Les rapports de progrès (annuels, trimestriel) et les réunions de coordinations ont permis d'apprécier la maîtrise des risques et la réalisation des hypothèses, puis de prendre les décisions correctrices nécessaires. Lesdites décisions correctrices ont été intégrées dans le suivi des recommandations.

### *5.3.5. Renforcement des capacités des partenaires nationaux*

Sur la base des dispositions du CPAP et du cadre juridique de la coopération entre l'Etat de Guinée et l'UNFPA, l'organisation appuie le suivi de la mise en œuvre de la CIPD, des OMD, du DSRP et du Plan Quinquennal de Développement. L'UNFPA fournit de l'assistance technique et administrative en matière de gestion, de suivi et d'évaluation des divers plans de travail et action liées au CPAP.

#### a) Mise en place des bases de données

Dans ce sillage, l'UNFPA a mis en place des bases de données sectorielles dans les 4 ministères clé (MS, MP, MASPFE, MJEJ). Lesdites bases de données relatives aux indicateurs de routine fonctionnent sous Access et IMIS. De plus, DevInfo, une facilité qui permet de suivre les ODD en articulant le indicateurs de planification et de suivi des progrès en matière de développement au niveau intersectoriel a été mise en place au niveau du MP conjointement avec les autres agences du SNU. Concernant les indicateurs de genre, la base des données di-Monitoring, utilisée au niveau international dans le système de l'UNFPA, est conjointement gérée par l'UNICEF et le MASPFE. En matière de gestion des produits de santé, le logiciel Channel, a été mis en place au niveau central, dans les DRS et les DPS. Par ailleurs, en vue de faciliter le traitement, l'analyse et le rapportage des données de recherche opérationnelle d'envergure (EDS, MICS...) et de recensement, UNFPA fait un appui pour la formation, la disponibilité et à l'utilisation de logiciel CPro.

#### b) Formation des acteurs pour une capacité d'implémentation

En vue de mettre à jour la capacité des partenaires à mettre en œuvre les interventions relevant du mandat de l'UNFPA, l'organisation a développé leurs capacités dans les domaines clés suivants : (a) Gestion des programmes et S&E ; (b) Production des données de population et leur intégration dans les politiques et programmes de développement.

- *Renforcement des capacités en gestion de programme et S&E :*

Les acteurs ont été formés sur la gestion GAR, à l'utilisation des outils du système de suivi-évaluation du programme et à l'utilisation des différents logiciels et base des données. Par ailleurs, en son rôle d'agence pilote du groupe thématique de suivi-évaluation, l'UNFPA a le leadership de l'appui transversal du SNU à la partie nationale en matière de suivi-évaluation.

Deux (2) ateliers de formation des IPs et du bureau ont été organisés sur le suivi et le rapportage axé sur les résultats des PTA, y compris le suivi financier, la connaissance et l'utilisation du guide NEX. Par ailleurs, 96 cadres régionaux et des Nations Unies, y compris le personnel de l'UNFPA, des régions administratives de Kankan (41) et N'Zérékoré (45) ont été formés en Gestion Axée sur les Résultats.

Des plans de gestion trimestriels des PTA ont été élaborés chaque trimestre par les PEs pour le suivi des budgets y compris les Operating Fund Account (OFA). Des outils simplifiés de suivi budgétaire et un plan de suivi des recommandations de l'Audit Nex 2012 ont été élaborés, suivi et rapporté dans NEXAMS. 3 AAF formés en NEX ont été mis à la disposition des IP pour le suivi continu de l'exécution des PTA. Plusieurs missions de pré-audit ont été conduites pour renforcer l'assurance qualité de la gestion financière des PTA et corriger les dysfonctionnements observés. Par ailleurs, la production de rapports de performance par trimestre a été systématisée et a permis d'affiner les stratégies. Des staffs du Bureau Pays, au nombre de 5 ont pris part aux ateliers de formation sur l'Audit NEX et la Gestion Financière organisés par le Bureau Régional en collaboration avec le Siège.

Plusieurs missions de terrain ont été organisées par le Bureau de Pays dont des missions stratégiques pour le suivi de la mise en œuvre des PTA, le suivi des équipements, et le plaidoyer pour la prise en compte des questions spécifiques des femmes et des jeunes, ainsi que la CIPD dans les programmes de développement. Dans les zones couvertes, 04 missions de collecte de données sur les réalisations du programme ont été conduites, dont une mission sur la SPSR.

- *Renforcement des capacités en production des données de population et leur intégration dans les politiques et programmes de développement*

Au niveau du Bureau Central du Recensement, 14 cadres ont été renforcés en technique pour la préparation des plans de tabulation et d'analyse du RGPH et en analyse des données démographiques et sanitaires. Un effectif de 40 membres du groupe thématique genre a été formé en technique d'intégration du genre dans les politiques et programmes ; notamment dans cadre du troisième Document de stratégie de réduction de la pauvreté. De plus, 30 cadres des forces de défense et de sécurité ont été renforcées pour la prise en compte du genre dans la réforme du secteur de la sécurité. Ces différents renforcements de capacités ont permis d'assurer l'existence d'un pool de compétences et d'expertises nationales pour la prise en compte de la dynamique de population, des besoins spécifiques des femmes et des jeunes dans les programmes de développement notamment le DSRP3, la politique nationale de santé et le PNDES.

#### 5.4. INGENIERIE STRATEGIQUE DE L'UNFPA DURANT LE 7èPP

L'UNFPA s'est positionnée comme l'une des organisations leaders au niveau de l'UNCT. A ce titre, l'institution est actuellement leader du Groupe d'Harmonisation des Programmes et du Groupe thématique SE. En tant que leader du GHP, l'institution accède à une visibilité du premier plan du fait, entre autres fonctions d'avant-garde, de la responsabilité de porter l'élaboration de l'UNDAF 2018-2022. Dans le cadre du GTSE, l'UNFPA se démarque comme organisation d'avant-garde dans le développement de système de suivi-évaluation et apport appui et expertise aux organisations sœurs du SNU. Dans le cadre de l'animation de l'UNCT, l'influence de l'UNFPA a reposé sur un taux de participation de 100% aux réunions de coordination, et la production régulière de documents stratégiques ou de référence (directives pour le suivi-évaluation, exposés de bonnes pratiques.....) et de rapportage (présentation de progrès programmatiques, minutes des assises de coordination du SNU...). L'institution travaille aussi sur des thématiques très transversales qui concourent au mandat de plusieurs institutions sœurs (UNICEF, PNUD, PAM, OMS, ONUSIDA). Cela lui vaut un réseautage dense dans le SNU, favorisant l'implication dans diverses initiatives inter-agences. En intégrant les questions de dividende démographique et d'intégration des données multisectorielles dans les politiques et programmes de développement, avec cet intérêt majeur pour le développement et l'employabilité des jeunes, l'UNFPA se situe au cœur de toutes les questions de développement. Cette transversalité positionne l'organisation comme un partenaire au développement quasiment incontournable, quelle que soit le secteur de la vie de l'Etat de Guinée. Il s'ensuit que l'UNFPA a été, encore une fois, durant la période écoulée du 7è PP, au cœur de la contribution au développement

des politiques, stratégies et plans nationaux et au centre des efforts de mobilisation et contribution massive de ressources pour la Guinée.

Cependant, l'UNFPA ne s'est pas jusqu'ici donné les moyens d'une stratégie de communication pour le développement adéquate. Ainsi, l'institution ne saisit pas à suffisance la panoplie d'opportunités qu'offre cette position stratégique enviable, et pas non plus la valeur que la qualité de la MEO de ses interventions donne aux financements gérés à date.

#### 5.4.1. Visibilité

Les efforts de visibilité de l'UNFPA consistent en la présence de quelques supports de communication scriptovisuels (affiches, dépliants, logos...), une stratégie de présence dans les cadres et travaux de coopération et des cérémonies publiques. Ces efforts minimaux se sont associés à une visibilité déclarée faible tant par les bénéficiaires, les parties prenantes que le personnel du bureau de pays l'UNFPA Guinée. L'envergure des investissements, l'exception stratégique et technique, les résultats programmatiques de l'UNFPA restent mal connus ou, au pire, récupérés par des organisations sœurs, concurrentes ou partenaires.

L'on note, pour comprendre cet important déficit, que le dispositif stratégique de l'UNFPA et son organigramme ne prévoit pas un dispositif institutionnalisé Communication.

#### 5.4.2. Savoir-faire stratégique

- **Intégration stratégique des interventions**

A des fins d'améliorer l'efficacité et d'éviter les effets pervers de l'incohérence dont les doublons et la désynchronisation du déploiement, le 7<sup>e</sup> programme de pays l'UNFPA a opté pour l'intégration des interventions par-delà les secteurs. De fait, la revue des PTA, des rapports d'activités annuels et des résultats d'interviews d'évaluation montre qu'un paquet de service est proposé aux bénéficiaires au niveau des points périphériques de délivrance. Parmi ces points figurent les formations sanitaires, les ASC et les animateurs communautaires (pairs des bénéficiaires : jeunes/CECOJE/associations de jeunes, jeunes des partis politiques, femmes des associations). Dans les espaces communautaires (villages/localité) l'ensemble des services est présent et dans un point de délivrance, le maximum d'intrants et de compétences sont en place pour la délivrance d'un service intégré. Le tableau ci-dessous illustre l'intégration des services des 3 composantes au niveau des différentes catégories de points d'accès/offre.

Tableau 5.3 : Disponibilité d'un paquet intégré des services des 6 produits du PP7 par point d'accès

| Points d'accès       | Paquet de services   |  |  |   |  |   |
|----------------------|--|--|--|---|--|---|
|                      | P&D  | Genre/VBG/Droits SR  | SMNN   | SPSR  | PF   | SRAJ  |
| FOSA                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Données démo actualisées</li> <li>● Indicateurs santé actualisés</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Education aux droits SR</li> <li>● PEC VBG</li> </ul>                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>● SO</li> <li>● SONU/B</li> <li>● SOUC</li> <li>● FO</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>● équipements</li> <li>● Médicaments</li> <li>● consommables</li> <li>● condoms</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Conseils</li> <li>● Contraceptifs</li> <li>● Technologies contraceptives</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>● CCC</li> <li>● Conseils</li> <li>● CDV</li> <li>● PEC IST/VIH</li> </ul> |
| Centres/cellules VGB | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Données démo actualisées</li> <li>● Indicateurs santé actualisés</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Education aux droits SR</li> <li>● PEC VBG</li> </ul>                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Référence vers SO, SONU/B, SOUC, FO...</li> </ul>             | <ul style="list-style-type: none"> <li>● équipements</li> <li>● Médicaments</li> <li>● consommables</li> <li>● condoms</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Conseils</li> <li>● Contraceptifs</li> <li>● Technologies contraceptives</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>● CCC</li> <li>● Conseils</li> <li>● CDV</li> <li>● PEC IST/VIH</li> </ul> |
| CECOJE               |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Education aux droits SR</li> <li>● CCC/prévention VBG</li> <li>● PBF</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Référence vers SO, SONU/B, SOUC, FO...</li> </ul>             | <ul style="list-style-type: none"> <li>● équipements</li> <li>● Condoms</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Conseils</li> <li>● Contraceptifs</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>● CCC</li> <li>● Conseils</li> <li>● Prévention IST/VIH</li> </ul>         |
| CAPF                 |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Education aux droits SR</li> <li>● CCC/prévention VBG</li> <li>● PBF</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Référence vers SO, SONU/B, SOUC, FO...</li> </ul>             | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Condoms</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Conseils</li> <li>● Contraceptifs</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>● CCC</li> <li>● Conseils</li> </ul>                                       |

|  |  |   |   |  |                             |                               |
|--|--|---|---|--|-----------------------------|-------------------------------|
|  |  | ●AGR/Autonomisation des femmes                          |   |  |                             | ●Prévention IST/VIH           |
| ASC  |  | ●Education aux droits SR<br>●CCC/prévention VBG<br>●PBF | ●Référence vers SO, SONU/B, SOUC, FO... | ●équipements<br>●Contraceptifs<br>●Condoms<br>●Phallus | ●Conseils<br>●Contraceptifs | ●CCC<br>●Conseils<br>●IST/VIH |
| Animateurs (groupes de femmes, jeunes des petits métiers, des partis politiques) |  | ●Education aux droits SR<br>●CCC/prévention VBG<br>●PBF | ●Référence vers SO, SONU/B, SOUC, FO... | ●Condoms<br>●Phallus                                   | ●Conseils<br>●Contraceptifs | ●Conseils<br>●Contraceptifs   |

La cartographie de principe de l'offre intégrée des services du 7<sup>e</sup> PP que propose le tableau (5.3) ci-dessus présente des disparités thématiques et territoriales importantes. L'on note :

- (1) La diversité et la compétence pour les services est variable d'un point à l'autre.
- (2) L'inégalité de la couverture géographique et de la fonctionnalité des points de services, y compris :
  - La fonctionnalité des points d'accès différente d'une localité à l'autre (57 fonctionnels sur 200 prévus ; intrants inégalement disponibles) ;
  - La rareté des services conviviaux pour les jeunes (un seul véritable point d'accès : Ley-Saare);
  - la fourniture inégale en équipement des CEKOJE,
  - la rareté des centres/cellules VBG (26) ;
  - la rotation du personnel formé, particulièrement dans les zones enclavées, qui compromet souvent l'effectivité des services.

## CHAPITRE 6 : LEÇONS APPRISSES

Les pratiques déployées durant la mise en œuvre des différentes thématiques du 7<sup>e</sup> programme ont abouti à des leçons à capitaliser pour les actions et programmes futurs. L'on citera de façon indicative les leçons suivantes :

### 6.1. Leçons stratégiques

*Les leçons stratégiques portent sur la fixation des visées ; à l'organisation de la logique d'intervention, à la mobilisation des moyens et à l'assignation/allocation des moyens.*

- (1) Le leadership de l'UNFPA dans les cadres de travail du Système des Nations Unies sur les questions de suivi et évaluation, du genre et santé reproductive a contribué à renforcer le positionnement du Bureau au sein des agences sur ces différentes thématiques ;
- (2) La mise en place du partenariat stratégique avec le réseau de parlementaires sur les thématiques de santé reproductive, les droits humains et le genre a permis de porter le plaidoyer à un haut niveau et de susciter l'engagement des politiques à œuvrer en faveur de ces questions ;
- (3) La qualité du leadership du bureau pays UNFPA marquée par la promptitude et la flexibilité, l'efficacité dans la prévention des diversions financières, la forte capacité de mobilisation des ressources a permis entre autres, (a) d'adresser de façon appréciable les besoins des groupes cibles du 7<sup>e</sup> programme, (b) de réagir promptement, (c) de contribuer efficacement à la maîtrise de la catastrophe sanitaire due à la survenue de l'épidémie à virus Ebola ; (d) d'assurer la continuité des services dans les structures de santé;
- (4) La crise de l'épidémie de la maladie à virus Ebola a montré la nécessité d'adapter le dispositif minimum d'urgence de l'UNFPA aux nouveaux défis sanitaires émergents.
- (5) La prise en compte des services à base communautaire comme stratégie privilégiée pour la promotion de la planification familiale a favorisé l'adhésion des femmes et l'accroissement de l'offre de services.

### 6.2. Leçons opérationnelles:

Les leçons opérationnelles portent sur les arrangements ou l'organisation institutionnelle et technique pour la mise en œuvre.

#### Coordination/S&E

- (6) (Organigramme-UNFPA) La faiblesse de l'institutionnalisation de l'unité de suivi-évaluation (personnel partagé avec le programme P&D, réduction de l'effectif de 4 à 1 en 2014, puis 2 en 2015, pas de budget propre, contributions attendues des programmes pas garanties, espace de travail, consommables, équipements) et les déficits en expertise dans les régions (l'absence de renforcement des capacités des VNU recrutés 2015 pour le M&E en régions...), les DPS (rareté des pharmaciens). Cette Faiblesse institutionnelle du M&E a limité l'effectivité de la supervision formative, la qualité du suivi des données, la correction des écarts ayant affecté l'implémentation des activités et la gestion des intrants, la réalisation des enquêtes de suivi sur les indicateurs SR et la disponibilité des données y compris celles générées au niveau du BP de l'UNFPA (ex : les acquisitions et dotations).
- (7) (Organigramme-UNFPA) La faiblesse de l'institutionnalisation du programme P&D (absence de personnel propre : 1 chef de programme) depuis 2014 a eu pour effet de saturer le personnel et l'unité M&E, déjà en situation de manque. Parmi les dysfonctionnements corollaires l'on note la striction de la réalisation des activités de suivi sur le terrain et un cumul excessif de jours de congé non pris (70 jours) par le chef d'unité M&E.
- (8) (P&D) L'environnement politique ayant affecté le RGPH, l'incertitude sur la qualité des données brutes issues du recensement, ont limité la mobilisation des ressources additionnelles censées couvrir les activités et enquêtes d'analyse approfondies des données du RGPH et d'affinement des résultats.

- (9) Les actions de plaidoyer, les réunions de coordination, l'implication des autorités à tous les niveaux, les supervisions conjointes des activités sur le terrain ont amélioré l'efficacité et l'efficacité des interventions favorables à l'amélioration des services de santé de la reproduction et la planification familiale ;  
Les déficits ayant affecté l'assurance qualité des intrants (médicaments, équipements) et des conditions de leur utilisation judicieuse a limité la qualité et l'accessibilité (dérogation à la gratuité, ambulance transportant plutôt le personnel...) des soins aux détriments des acquis appréciables tels la gratuité des intrants et services, la massification de la disponibilité des produits...

### **Population & Développement**

- (10) La mise place des bases de données sectorielles et régionale et le renforcement des capacités a permis de produire des données de qualité permettant une prise de décision en matière de planification et initiatives opérationnelles ;

### **Santé de la Reproduction :**

- (11) L'implication des agents communautaires dans la promotion de la PF, la mobilisation sociale et la référence des grossesses à risque a été d'un apport très utile dans l'amélioration de l'utilisation des services ;
- (12) L'identification et la correction des dysfonctionnements liés à la prise en charge des urgences obstétricales lors des revues des décès maternels ont contribué à la réduction des décès maternels ;
- (13) Les références à temps et la prise en charge adéquate des urgences obstétricales ont été des facteurs clés de réduction de la mortalité maternelle.
- (14) La mise en œuvre du plaidoyer et des campagnes de sensibilisation n'améliorent pas significativement l'implication des hommes dans la promotion des espacements des naissances, les facteurs spécifiques de résistance restent à explorer et à adresser.
- (15) La mise en place d'une stratégie communautaire de lutte acceptée (acteurs acceptés, issus du milieu : jeunes, femmes des associations...) contre la psychose sociale associée aux catastrophes humanitaires à risque de victimisation, permet de désamorcer le cycle de violence induit et de rétablir les comportements sociaux et sanitaires normaux (ex : acceptation visite des missions administratives et humanitaires en communauté ; utilisation des services socio-sanitaires...)

### **Genre :**

- (16) La disgrâce psychosociale liée aux procédures administratives et judiciaires et les risques sociaux associés (désintégration familiale) limitent la déclaration des VBG et l'action en justice en faveur des victimes au profit d'« arrangements » familiaux ou communautaires ;
- (17) La formation aux métiers, la cession des intrants utilisés pendant cette formation et la mutualisation des femmes guéries des fistules autour d'AGR n'aboutissent pas nécessairement à la viabilité des initiatives ainsi encadrées. La prise en compte des facteurs limitant (déplacements, adaptabilité à la mutualisation, rentabilité des activités promues dans l'environnement du groupe) nécessite une analyse et des solutions plus approfondies et judicieuses.
- (18) La déclaration de l'abandon des MGF par les communautés n'a pas semblé s'associer au recul desdites pratiques néfastes. L'analyse des stratégies de camouflage des phénomènes d'un part, et à l'inversion, de leur sur-déclaration par crainte de la coercition communautaire, nécessitent une étude anthropologique en vue de la correction.

## CHAPITRE 7 : CONCLUSIONS

Les conclusions ont été élaborées par question d'évaluation. Elles mettent en évidence les acquis et les dysfonctionnements relevés par l'évaluation.

*Question subsidiaire d'évaluation– **Coordination** : «En quoi le processus gestionnaire du 7<sup>e</sup> programme a contribué à l'implémentation adéquate (complète, prompte et opportune) et à l'atteinte des résultats ? »*

**Conclusion 1** : Le processus gestionnaire du 7<sup>e</sup> PP a partiellement contribué à l'adéquation de l'implémentation et à l'efficacité du programme. Des avancées importantes ont été acquises grâce à la dynamique de leadership/coordination. De fait, l'on note des efforts importants en faveur d'une implémentation adéquate et l'atteinte des résultats du programme. Ces efforts sont matérialisés par : (a) une excellente mobilisation des financements (143%), (b) une gestion financière rationalisée, (c) une efficacité relative, (d) la mise en place et le fonctionnement des partenariats prévus avec la partie nationale et les autres organisations du SNU, (e) l'implication des instances de coordination prévues, (f) le renforcement des capacités de toutes les institutions partenaires, et de milliers d'acteurs à tous les niveaux de la pyramide d'intervention du 7<sup>e</sup>PP; (g) la mobilisation et la distribution d'importantes ressources matérielles pour la SSR, la promotion du genre et l'amélioration de la disponibilité des données en vue de la planification du développement, (h) la mise en œuvre de l'ensemble des interventions prévues dans le cadre des 6 produits du 7<sup>e</sup> programme, (i) une traçabilité exhaustive de la dépense; (j) un positionnement stratégique remarquable avec diverses fonction de leadership, une participation et une contribution remarquable dans le cadre l'UNCT

Cependant, la complétude, la promptitude et l'adéquation de la mise en œuvre n'ont pas été optimisées par le processus gestionnaire du 7<sup>ème</sup> PP. Les dysfonctionnements du leadership/coordination expliquant cette situation sont les suivants :

*(a) Les dysfonctionnements aux différents niveaux du dispositif d'intervention du 7<sup>e</sup> PP mis en place par l'UNFPA/SNU :*

Des postes P&D non pourvus, une unité M&E peu fonctionnelle, peu autonome et surchargée par les fonctions P&D, l'absence de dispositif de communication institutionnel, une circulation insuffisante de l'information entre les programmes et unité du BP, l'application de procédures de gestion financière complexes , pour le contexte guinéen, des bureaux régionaux mal pourvus pour assurer l'encadrement et le suivi de l'implémentation en périphérie, des comités de suivi thématiques UNDAF non fonctionnels. Le principe d'une contractualisation centralisée a défavorisé l'implication de la périphérie dans les interventions, l'appropriation et l'impact durable. Des difficultés de coordination ont abouti à une mise en œuvre des activités non exhaustives des activités prévues dans les différentes interventions déployées. L'on a observé : (a)des limites dans la logique de détermination des cibles des interventions (11/14 sont déjà ou seront dépassées avant la fin du 7<sup>e</sup> PP); (b) des limites dans la pertinence des indicateurs de suivis affectant la logique des résultats et le lien entre l'atteinte des résultats du palier inférieur de l'échelle et l'atteinte des résultats du palier supérieur; (c) une complétude non exhaustive des données; et (d) l'absence d'assurance qualité des données.

*(b) Les dysfonctionnements de la pyramide d'intervention de la partie nationale recouvrent :*

La faible implication des services déconcentrés avec verticalisation des interventions (suivi et impact compromis); les lenteurs administratives dans le processus des PTA et autres requêtes contraignant le temps de mise en œuvre de plusieurs mois; le déficit du suivi-évaluation et de l'assurance qualité;

la faiblesse de la gestion et de la gouvernance chez les PE; le déficit de la ressource humaine et de sa gestion; le retard de financement et le trafic d'influence des agents des PE fragilisant les ONG/OSC; des difficultés de circulation de l'information et des fonds entre les acteurs de la MEO à tous les niveaux, la faiblesse des systèmes de suivi-évaluation sectoriel.

**Conclusion 2 (positionnement stratégique) :** L'UNFPA s'est positionnée comme leader dans les instances de coordination de l'UNCT (GIG, GHP) avec une forte participation. Ses investissements massifs en intrants SSR, en services pour le genre et la P&D en ont fait un partenaire majeur, son exception dans la qualité et la large couverture intersectorielle de ses appuis techniques en ont fait une référence en matière de suivi-évaluation, de planification basée sur l'évidence et d'introduction de technologies et compétence favorables aux processus intégré de développement. Cependant, le positionnement stratégique a failli par :

- (1) La stratégie de planification du sommet à la base, réduisant la pertinence de l'action et la dimension participative;
- (2) la couverture partielle des préfectures cibles,
- (3) l'omission de certains sous-groupes vulnérables ((a) femmes rurales enclavées sans accès aux CS SONUB; (b) utilisateurs de drogues, (c) jeunes des motels, (d) jeunes des zones d'implantation des 152 sites sur 200 qui ne fournissent pas encore des services SRAJ)
- (4) la faiblesse de l'appui stratégique aux autres secteurs de développement concernés par les thématiques de santé, jeunesse, genre.

**EQ1 : (1) Dans quelle mesure l'appui du Bureau de 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 plan stratégique de UNFPA et (iii) répond-il aux priorités nationales exprimées dans l'UNDAF (2013-2017)? Est-ce que les interventions prévues contribuent adéquatement à l'atteinte des résultats attendus du Programme de Pays?**

**Conclusion 3 :** *La pertinence du 7<sup>e</sup> programme est relative. L'Adaptation du 7<sup>e</sup> PP aux besoins de la population cible est effective, mais pas complète. Des poches de pauvreté sont couvertes (Mandiana, Mali, Lola, Koubia), plusieurs couches vulnérables sont prises en compte (filles-mères, femmes fistuleuses, PVVIH, divorcées, veuves, enfants de divorcés/séparés...). Le 7<sup>e</sup> PP porte sur 6 produits liés aux interventions et effets prévus dans les PS 2008-2013 et 2014-2017 de l'UNFPA. Ces éléments concourent au mandat de l'UNFPA sur l'amélioration de la SSR, la promotion du Genre et les droits reproductifs, et l'intégration des questions de population dans le développement. La réponse aux priorités nationales portées par 3 effets de l'UNDAF2013-2017 est effective sur le principe et sur l'essentiel de l'implémentation du 7<sup>e</sup>PP. Cependant, il reste beaucoup de défis pour concrétiser lesdites priorités dont :* (a) rendre la SRAJ conviviale pour les jeunes ; (b) satisfaire les besoins non couverts en équipement, médicaments, eau, électricité, au niveau des FOSA, CECOJE et CAPF ; (c) satisfaire le surcroît de demande induit par la gratuité de certains services ; (d) couvrir assez de préfectures dans la zone cible en matière d'autonomisation économique des femmes et de lutte contre les VBG ; (e ) adapter l'analyse des besoins, très institutionnelle aux attentes des bénéficiaires et les acteurs de la périphérie. *La contribution des interventions prévues à l'atteinte des résultats attendus du 7<sup>ème</sup> PP est majoritairement adéquate. Cependant, des cas d'inadéquation sont à corriger dont l'accompagnement pour la déclaration de l'abandon des MGF ; l'offre de SRAJ sans dispositif de convivialité pour les jeunes.*

**EQ2 : De manière dynamique, comment le bureau de 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 ?**

**EQ3 :** (3) Dans quelle mesure les ressources humaines, financières et administratives mobilisées dans le cadre du programme ont-elles été converties en résultats ? Existe-t-il des approches plus appropriées et plus efficaces pour réaliser de meilleurs résultats avec les ressources disponibles ?

**Conclusion 5 :** *Les ressources administratives (institutionnelles, humaines, matérielles) ont été modérément converties en résultats dans le cadre 7è PP.* De fait, le montage institutionnel et la pyramide d'intervention ont été d'une adéquation insuffisante. Le montage institutionnel a été quasi-exhaustif au niveau stratégique en dotant l'UNFPA d'un ensemble de structures (programmes, unités) et de fonctions (NPOs-chargés de programme, experts) portant toutes les composantes (SSR, Genre/droits reproductifs, P&D) et le produits et ayant assuré la planification, l'encadrement technique et l'allocation des ressources aux partenaires nationaux, le suivi stratégique et le recadrage. Le montage intersectoriel a inclus l'ensemble des administrations publiques concernées à titre principal (MPCI, MS, MASPFE, MJ) et secondaire (FDN, Police...) et les OSC/ONG nationales et internationales compétentes. Les démembrements de ces institutions publiques et des OSC ont été impliqués en périphérie pour relayer l'action jusqu'au niveau communautaire. Cependant divers dysfonctionnements ont compromis la contribution des ressources administratives à la MEO et aux résultats. Du côté UNFPA : des postes non pourvus ou saturés, l'autonomie insuffisante de l'unité M&E, des bureaux régionaux à capacités/encadrement insuffisants, ...). Du côté de la partie nationale, une collaboration et une responsabilisation insuffisante envers les services ou organes déconcentrés, diverses interventions réalisées en périphérie par le niveau central pour une efficacité limitée. Le fonctionnement de ce dispositif institutionnel a été plus fluide au niveau du bureau de l'UNFPA qui maîtrise ses procédures, malgré quelques difficultés spécifiques de communication interne. Par contre le fonctionnement du dispositif institutionnel a été peu fluide chez la partie nationale qui trouve les procédures UNFPA complexe et est affectée par d'importantes lourdeurs administratives internes et un déficit en GAR. Par ailleurs l'absence de mécanisme fonctionnel d'assurance qualité a contrarié la qualité des intrants et des prestations. La lourdeur des procédures et des opérations a causé des retards de financement et d'implémentation se répercutant du niveau central à la périphérie.

Le 7èPP a été confronté à un énorme déficit quantitatif et qualitatif en ressources humaines (ex. 48% gap national RHS, PNDS2015-2024) aux niveaux des services déconcentrés des partenaires nationaux et des points de prestation des services (FOSA, CECOJE, CAPF). Les efforts de formation et de mise à disposition faits par l'UNFPA ont relevé les effectifs d'une sous-catégorie (sages-femmes) et la compétence pour l'ensemble des effectifs des partenaires. Mais la rotation des personnels formés et l'insuffisance des effectifs minimalisent cette contribution aux résultats du 7èPP.

La promptitude et la coût-efficacité des procédures a été insuffisante. Les délais liés aux procédures ont induit des retards et des non réalisations d'activités.

*Les ressources financières y compris la contrepartie nationale ont été à remarquablement converties en résultats.* En effet 75% des indicateurs du 7èPP ont présenté un score suffisant par rapport aux cibles de produit et à l'impact, tandis que le taux d'exécution du budget a été de 79.3% (\$US 19 187 501 dépensés pour \$US 24 182 286 mobilisés) concernant les dépenses spécifiques au 7è PP (hormis réponse Ebola). Le taux excédentaire de mobilisation des fonds (121% :\$US24 182 286 mobilisés pour un budget de \$US 20.000.000), la validité exhaustive de la dépense 100% (dépenses invalidées=\$US0), une allocation des ressources aux acteurs inférieure aux prévisions du fait des difficultés procédurières sont les facteurs financiers de cette situation.

Les limites d'efficience présentées par les stratégies managériales du 7è programme suggèrent des approches alternatives qui auraient été plus efficaces.

Lesdites approches comprennent :

- L'option pour une contractualisation à 2 niveaux impliquant respectivement les acteurs centraux et opérationnels. Son bénéfice concerne la réduction des problèmes : (a) des retards de contractualisation, (b) de la répercussion des retards de financement des partenaires centraux sur l'action en périphérie; (c) de l'inefficience des actions verticales menées par le niveau central sur le terrain et de la marginalisation des acteurs déconcentrés.

- L'intégration de l'assurance qualité des intrants et des prestations pour : (a) prévenir la mobilisation d'intrants obsolètes, de quantité excessive, mal maîtrisé par les prestataires, présentant des vices... ; (b) suivre l'observance des normes et standard de qualité et d'équité dans les prestations
- Le Financement de la performance en quantité et qualité des services en lieu et place du financement des intrants. Le bénéfice ici consister à motiver les FOSA et autres points de prestation des services à augmenter la quantité des services et améliorer la qualité des prestations, en profitant de l'autonomie de gestion pour la meilleure disponibilité d'intrants adéquats et leur gestion rationnelle.

**Conclusion 6 :** La performance (P) du 7<sup>e</sup> PP est suffisante (soit  $P \geq 80\%$ ) en d'un impact pour 75% des indicateurs (12/16). Les cibles finales des indicateurs sont atteintes dans près de 38% des cas (5/16). Le pronostic d'achèvement sur la base de la progression antérieure montre que les cibles ne seront pas atteintes à terme pour près de 31% (5/16) des indicateurs dont 4 relevant du produit 3 et 1 du produit 6. De même, **il est plausible que** 11/16 (69%) des cibles soient dépassées en fin de programme si la charge d'intervention actuelle était maintenue. Les contreperformances ont pour déterminants :

En SR, l'on note (a) des groupes cibles non couverts (Utilisateurs de drogues, Jeunes des Motels) ; (b) la mauvaise qualité de certains équipements; (c) de mauvaises pratiques des prestataires dans l'usage des intrants (sous-utilisation, commercialisation du gratuit...); (d) des services omis (prévention/contrôle de certaines infections ; suivi post-formation); (e) le déficit de RH (compétence, effectif, stabilité au poste), (f) un SIGL défaillant; (g) la faible disponibilité des services conviviaux pour les jeunes.

En Genre et droits reproductifs : l'on relève (a) des femmes porteuses de fistules formées sans financement pour les AGR et des choix d'activités peu porteuses ; (b) la persistance de diverses barrières culturelles, financières et administratives et l'émergence de stratagèmes de « masquage » affectant l'abandon des MGF, la dénonciation et à la réparation des VBG ; (c) l'insuffisance des débouchés pour les CAPF ;

En P&D : l'on cite (a) la crise de la fiabilité des données du RGPH 3 souffrant de l'absence d'expertise de correction ; (b) l'insuffisance de la disponibilité et des analyses approfondies des données de recensement et de développement sectoriel ; (c) la prise en compte limitée de la problématique jeunes et développement, dans un contexte de faible enclage du dividende démographique dans les stratégies de développement.

**EQ5 : (5) Dans quelle mesure les interventions appuyées par le 7<sup>ième</sup> Programme de Pays ont-elles contribué à l'atteinte des résultats du plan stratégique 2014-2017 de l'UNFPA.**

**Conclusion 7 :** Une contribution généralement insuffisante ou mitigée des produits du 7<sup>e</sup> PP au PS2014-2017 de l'UNFPA a été observée. L'alignement déficitaire entre indicateurs de produits, les produits, les indicateurs d'effet et les effets d'une part, ainsi que les insuffisances de la mise en œuvre expliquent cette situation.

La concordance entre la performance du produit et celle de l'effet s'observe dans 2/6<sup>ème</sup> des cas, nommément pour les produits 1 et 6. Dans le 1<sup>er</sup> cas les performances du produit et de l'effet sont respectivement suffisantes. Dans le 2<sup>e</sup> cas, les performances respectives du produit et de l'effet sont insuffisantes. Hormis ces cas de concordance, les performances des produits et des effets ne se sont pas alignées. Cependant, aucune performance insuffisante du produit ne s'est associée à une performance suffisante de l'effet. Toute performance suffisante s'associe avec une performance au

moins insuffisante de l'effet (Produit 2 vs Effet3 ; Produits 4 et 5 vs Effet1) ; et toute performance insignifiante/nulle de l'effet n'est apparue qu'en association avec une performance insuffisante du produit (PP3 vs Effet1).

Le lien logique est net entre 5 des 6 produits et les effets du plan stratégique PS2014-17 auquel ils doivent contribuer. Le cas où tous les indicateurs d'un produit sont en lien net avec tous les indicateurs d'effet concernés ne s'observe que pour 2 produits sur 6. Pour le reste des produits la concordance est partielle entre l'ensemble des indicateurs de produit et d'effet (indicateurs manquants, lien causal inadéquat...). Par ailleurs, l'ordre hiérarchique dans l'échelle des résultats n'est pas toujours cohérent ou respecté entre les produits du 7<sup>ème</sup> Programme, les effets du PS2014 et leurs indicateurs respectifs. L'on note des indicateurs d'effet à valeur d'impact ou de produit ; et des produits ou leurs indicateurs à valeur d'indicateurs d'effet

**EQ6 : (6) Dans quelle mesure le Bureau de Pays a-t-il pu soutenir ses partenaires en termes de développement des capacités et appui dans l'établissement de mécanismes pour assurer l'appropriation et la durabilité des acquis et effets de ses interventions?**

**Conclusion 8 :**

Le potentiel de durabilité paraît insuffisant. Diverses nombreuses raisons d'ordre institutionnel, technique et financier ont été avancées par les parties prenantes et les bénéficiaires pour expliquer la faiblesse du potentiel de durabilité du programme. Les parties prenantes se plaignent également du manque de suivi post interventions par l'UNFPA. Le montage financier des contrats avec les ONG fragilise la durabilité de ces institutions notamment avec l'absence des frais de gestion. Le pourvoi des postes dans les organigrammes de mise en œuvre au niveau des PI est très insuffisant en qualité et quantité pour porter les actions à l'instant et sur la durée. Il n'y a pas de mécanisme de fidélisation du personnel déployé dans les zones enclavées ; ceci aggrave la forte rotation des effectifs et leur attraction vers Conakry. L'injection des sages-femmes dans le système par le programme n'est pas assortie d'une perspective de relai de leur prise en charge par l'état. Cependant, certaines activités réalisées sont considérées comme contributives à la durabilité du programme. Il s'agit pour l'essentiel des activités de renforcement des capacités, la mise à disposition d'équipements de qualité et l'intégration des interventions dans la pyramide sanitaire.

**EQ7 : (7) 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) ?**

**Conclusion 9 :** Le Bureau de Pays de l'UNFPA a notablement contribué au bon fonctionnement de l'UNCT et des autres instances de gouvernance de l'UNDAF. L'UNFPA a :

a) activement respecté les principes de fonctionnement des instances de gouvernance de l'UNDAF ; joué un rôle d'avant-garde dans l'élaboration et le suivi-évaluation du UNDAF,

b) contribué à améliorer la capacité du SNU à soutenir les priorités nationales de développement et à harmoniser l'aide au développement au sein du SNU et en dehors,

c ) participé notablement à l'animation de la coordination du SNU à travers : (i) plusieurs programmes conjoints impliquant 11 institutions des Nations Unies, (ii) une participation régulière aux cadres de concertation, (iii) un appui technique fécond et apprécié des agences sœurs sur les questions touchant à son mandat et le S&E, (iv) l'implication d'acteurs multisectoriels dans les interventions ; (v) la mobilisation d'importantes ressources pour l'action ; et (vi) l'obtention d'importantes décisions qui améliorent l'environnement des efforts de développement en Guinée.

Cependant quelques contre-contributions au bon fonctionnement de l'UNCT ont été notées. Elles portaient sur la défaillance dans la mise à disposition de ressources ou résultats utiles à l'action de l'UNCT dont : (1) l'absence du bulletin de l'UNFPA, (2) des résultats du RGPH3 peu fiables ; (3) le déficit de la documentation des indicateurs d'effet en matière de SSR.

**EQ8 : (8) Quelle est la valeur ajoutée apportée par le 7<sup>ième</sup> programme de pays au niveau national dans les différents domaines relevant de son mandat tel que perçu par les parties prenantes nationales ?**

**Conclusion 10 :** Les interventions du 7<sup>e</sup> PP ont été créditées d'une valeur ajoutée nette par les parties prenantes et les bénéficiaires. Certaines actions sont accueillies comme des mannes, que seul le partenariat de l'UNFPA avec le pays peut apporter ; notamment : le traitement des fistules, le Recensement Général de la population et de l'habitat, la gratuité des césariennes et autres services de SR, la disponibilité de sage-femme dans des zones enclavées et ployant sous le fardeau de la pauvreté et du faible accès aux services sociaux de base, la couverture nationale en PF etc. Parmi les autres évidences évoquées en appui à la forte perception de valeur ajoutée, l'on relève entre autres, le leadership en matière de SR, SRAJ et de Population et Développement et la qualité et la continuité des apports de l'UNFPA en renforcement des capacités et en intrants. Considérant cet apport spécifique et déterminant de l'UNFPA à la réponse aux besoins clés des prestataires et bénéficiaires les uns et les autres ont regretté la couverture territoriale limitées et l'omission de certains groupes clés tels les utilisateurs des drogues et les jeunes des motels.

## CHAPITRE 8 : RECOMMANDATIONS

Les 10 recommandations ont été proposées pour adresser les 10 conclusions respectives issues de la réponse aux questions d'évaluation. Elles suggèrent des pistes de correction et de capitalisation eue égard aux dysfonctionnements et aux acquis relevés dans les conclusions. Chacune des recommandations interpelle l'action directe de l'UNFPA ou l'appui de l'organisation à la partie nationale en vue du résultat recherché.

### **Recommandation 2 :**

- Etendre les interventions à plus de préfectures et sous-préfectures dans les régions couvertes et aux sous-groupes vulnérables encore en marge de la MEO ((a) femmes rurales enclavées sans accès aux CS SONUB; (b) utilisateurs de drogues, (c) jeunes des motels, (d) jeunes des zones d'implantation des 152 sites sur 200 qui ne fournissent pas encore des services SRAJ) ;
- Associer la périphérie à l'analyse des besoins ;
- Associer les Ministères sectoriels à la réception des dotations :
- Adopter une approche de planification de la base au sommet de la pyramide d'intervention ;
- Accompagner le Ministère de la Coopération dans la mise en place concertée d'une plateforme interministérielle élargie de haut niveau de décision sur l'intégration des questions SR, genre et P&D, dont le dividende démographique, dans le processus de développement.

### **Recommandation 4 :**

Appuyer le Gouvernement pour une amélioration de la stratégie de surveillance et de réponse aux catastrophes à travers :

- a) Le renforcement de la mobilisation inclusive des parties prenantes et des communautés et l'intégration d'un circuit TIC impliquant tous les niveaux de la pyramide d'intervention depuis la communauté, pour réponse inclusive et une information exhaustive en temps réel;
- b) Une analyse-solution pour renforcer le potentiel de la réponse par une meilleure combinaison de la continuité de la routine des services et de la réponse aux crises assortie d'un fonds de réserve au bureau régional UNFPA.
- c) L'appui à la mise en place d'une procédure automatique de rétrocession aux institutions d'origine de la logistique réquisitionnée pour cause de crise.

### **Recommandation 6 :**

Mettre en œuvre une stratégie d'ajustement du programme en vue de garantir l'atteinte des résultats en ballottage à l'issue de la présente évaluation.

Parmi les actions à prendre en compte:

- a) Le réajustement de la mise en œuvre sur la base d'une analyse de faisabilité appuyée sur l'analyse FFOM pour rattraper les retards de performance et les choix non pertinent (ex. AGR non porteuses) ;

- b) La collaboration avec les ministères dans la mise en place d'une stratégie d'assurance qualité qui garantisse la qualité des intrants, leur disponibilité, la compétence de tous les prestataires à les utiliser adéquatement, la décentralisation de la mise en œuvre, l'amélioration de la supervision formative, de l'approvisionnement et de l'offre des services ;
- c) La réalisation d'un diagnostic-solution anthropologique des barrières à l'offre, à la qualité, à la demande, à l'utilisation des services et à l'adoption des comportements promus en matière de SR, Genre et P&D. Inclure l'exploration de solutions alternatives aux impasses de l'utilisation des services dont les « Casa Materna » d'Amérique Latine.
- d) Appuyer l'amélioration de la qualité et de la disponibilité des données (projet d'opérationnalisation du SNIS ; facteur de correction des résultats RGP3, analyses approfondies des données de développement).
- e) Elaborer le profil pays du dividende démographique, réactualiser les réseaux en population et développement et former les nouveaux cadres sur les procédures de l'UNFPA.

**Recommandation 7 :**

L'amélioration de la fonctionnalité de la logique d'intervention et des résultats du 7<sup>e</sup> PP nécessite une révision. Cette révision devra garantir l'effectivité et la lisibilité de la contribution des actions aux résultats par niveau, et la contribution des résultats des niveaux inférieurs à ceux des niveaux supérieurs. A cet effet, les mesures suivantes sont à prendre :

- a) La planification des résultats, précisément la construction de la chaîne des résultats doit-être soumise à une expertise appropriée en analyse logique des programmes pour corriger les incohérences entre les interventions, les indicateurs, les produits et les effets.
- b) Des activités plus contributives devront être proposées par des expertises compétentes dans les différents domaines techniques des produits. Ces activités auront un lien d'influence direct sur les produits. L'on pensera par exemple à mettre en place un processus endogène d'alternative aux valeurs culturelles sous-jacentes aux MGF/E assorti d'un dispositif endogène de prévention et de régulation en lieu et place du processus de déclaration d'abandon.
- c) Les interventions pertinentes non ou partiellement réalisées devront implémentée ou achevées ; de plus des activités plus appropriées pour alimenter les produits et les effets devront être déployés, y compris la mobilisation des ressources appropriées selon une micro-planification appropriée.

**Recommandation 8 :**

Mettre en œuvre une approche renforcement de la durabilité des interventions du 7<sup>ème</sup> en développant les accompagnements suivants vis-à-vis de la partie nationale :

- a) Appuyer les ministères partenaires dans une initiative de rationalisation de la répartition territoriale du personnel, y compris la fidélisation du personnel en zones enclavées et sur la base de mécanismes incitatifs. Parmi les options, le recours à l'initiative Performance Based Financing de la Banque Mondiale est à envisager dans le cadre d'un programme conjoint.
- b) Expérimenter des mécanismes alternatifs d'emploi/prise en charge des profils et effectifs attendus dans les organigrammes, en l'absence de ressources suffisantes dans le budget public. Des partenariats avec la communauté, les acteurs de développement sont à envisager.

**Recommandation 9 :**

En vue de surmonter les faiblesses observées dans la contribution au bon fonctionnement de l'UNCT, les initiatives suivantes sont à déployer :

- a) Restaurer la publication du bulletin de l'UNFPA,
- b) Mettre en place l'expertise et activités (enquêtes, analyses) pour corriger les résultats du RGPH3 et produire les analyses approfondies attendues, puis en assurer l'accès à tous les utilisateurs ;
- c) Réaliser les enquêtes de suivi des effets/impacts du 7<sup>e</sup> PP en matière de SSR, prévues dans le CPAP.
- d) Inclure les coûts administratifs liés au programme dans le budget des ONG et OSC qui mettent en œuvre le programme ; afin d'éviter de fragiliser la viabilité institutionnelle des dites institutions
- e) Mener un plaidoyer au niveau du MJEJ, du MASPFE et du MPCCI pour l'instauration de la contractualisation avec les services déconcentrés. Ainsi, l'on prévoira des PTA stratégiques et des PTA opérationnels à signer séparément avec les niveaux respectifs correspondants.

**Recommandation 10 :**

Étendre la couverture géographique des interventions y compris : (a) l'inclusion de l'ensemble des localités à l'intérieur des 11 préfectures couvertes et des sous-groupes clés omis à ce jour par le 7<sup>e</sup> programme dont les utilisateurs des drogues injectables, les jeunes des motels ; et (b) envisager, dans la perspective du 8<sup>e</sup> Programme, une plus grande couverture nationale en localités, sur la base d'une analyse des gaps dans la cartographie des partenaires.