



République du Sénégal  
Un Peuple -Un But- Une Foi



Fonds des Nations Unies  
pour la Population

## EVALUATION FINALE DU 7<sup>ème</sup> PROGRAMME DE COOPERATION SENEGAL - UNFPA 2012 – 2016

# RAPPORT FINAL



Dakar, octobre 2015

### Equipe d'évaluation<sup>1</sup>

**Dr Alain BADJECK** : Démographe, Consultant International, Chef de mission, Population et Développement.

**M. Amadou Hassane SYLLA, M.SC** : Statisticien Démographe, Consultant National, Santé de la Reproduction.

**Mme Astou Diop DIAGNE, M.SC** : Economiste-Planificateur, Consultante Nationale, Genre et Développement.

<sup>1</sup> Ce rapport a été finalisé avec l'appui de **M. Tiburce Nyiama** qui a apporté une assistance pour la relecture du rapport, l'analyse des données et la finalisation du rapport. En outre, le Bureau Pays a bénéficié de l'appui de WCARO et du réseau de « M&E Officer » pour la relecture/revue.

## REMERCIEMENTS

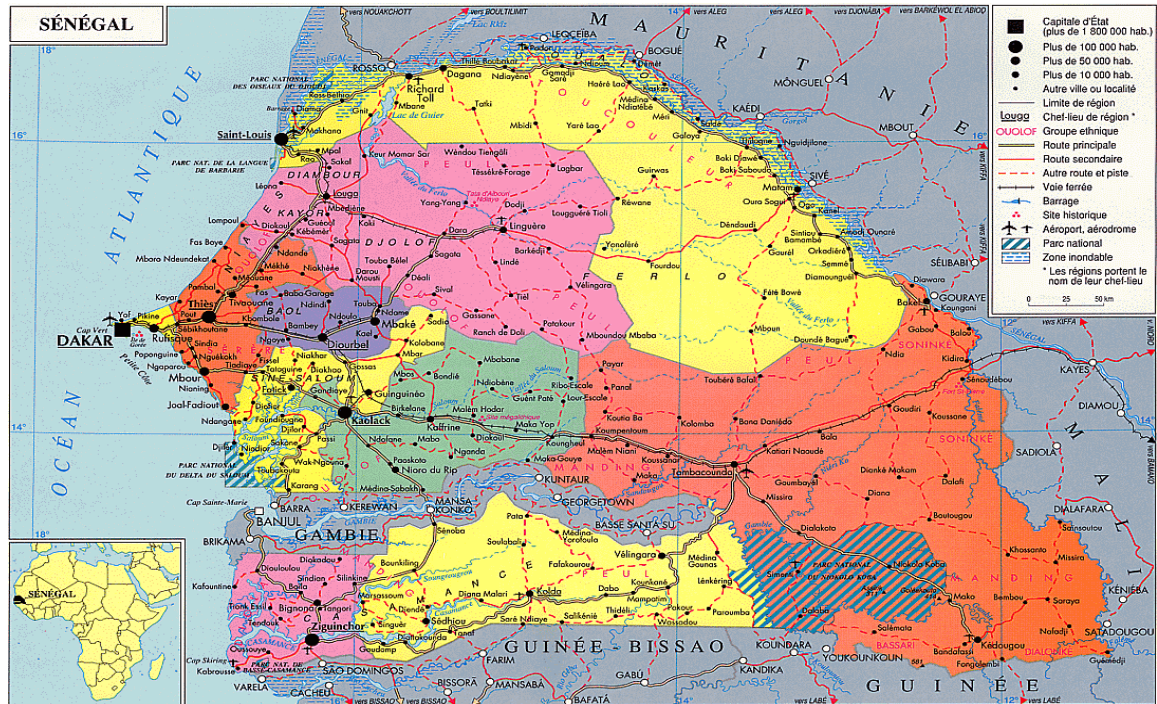
Ce travail est le résultat de la contribution de plusieurs personnes physiques et morales. L'équipe de l'évaluation tient à remercier Mme Andréa Wojnar Diagne, Représentante de l'UNFPA, M. Boureima Diadié, son Adjoint, le staff du Bureau de l'UNFPA, M. Mouhamadou Bamba Diop Directeur de la Planification (et son staff), 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, du district de Popenguine et du Centre Conseil Ado (CCA) de Mbour. 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.

# CARTE ADMINISTRATIVE DU SENEGAL



## **TABLE DES MATIERES**

<b>REMERCIEMENTS</b>	<b>ii</b>
<b>CARTE ADMINISTRATIVE DU SENEGAL</b>	<b>iii</b>
<b>TABLE DES MATIERES</b>	<b>iv</b>
<b>LISTE DES TABLEAUX</b>	<b>vi</b>
<b>LISTE DES FIGURES</b>	<b>vi</b>
<b>LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS</b>	<b>vii</b>
<b>STRUCTURE DU RAPPORT</b>	<b>x</b>
<b>RESUME EXECUTIF</b>	<b>1</b>
<b>CHAPITRE I : INTRODUCTION</b>	<b>5</b>
1.1. OBJECTIFS DE L'EVALUATION	5
1.2. CHAMP DE L'EVALUATION	5
1.3. APPROCHE METHODOLOGIQUE ET PROCESSUS DE L'EVALUATION	5
1.3.1. Critères d'évaluation de Programme Pays	5
1.3.2. Outils de collecte des données	6
1.3.3. Méthodes de collecte des données	6
1.3.4. Cartographie et échantillonnage des parties prenantes	7
1.3.5. Procédure de validation et d'analyse des données	8
1.3.6. Processus de l'évaluation	8
1.4. COMPOSITION DE L'EQUIPE DE L'EVALUATION ET REPARTITION DES TACHES	8
1.5. RESSOURCES ET LOGISTIQUE NECESSAIRES	8
1.6. DIFFICULTES RENCONTREES	9
<b>CHAPITRE II : CONTEXTE NATIONAL</b>	<b>10</b>
2.1. DEFIS EN MATIERE DE DEVELOPPEMENT ET STRATEGIES NATIONALES	10
2.1.1. Situation économique	10
2.1.2. Situation en matière de capital humain	10
2.1.3. Santé de la reproduction	10
2.1.4. Genre et droits humains	9
2.1.5. Population et développement	10
2.2. ROLE DE L'AIDE EXTERIEURE	11

<b>CHAPITRE III : PROGRAMME ET REPONSE DU SYSTEME DES NATIONS UNIES/UNFPA</b>	<b>13</b>
3.1. REPONSE STRATEGIQUE DE L'UNFPA	13
3.2. REPONSE DE L'UNFPA A TRAVERS LE PROGRAMME PAYS	13
3.3. PROGRAMME EN COURS	14
3.4. LOGIQUE D'INTERVENTION DE L'UNFPA	15
3.5. LA STRUCTURE FINANCIERE DU PROGRAMME	19
<b>CHAPITRE IV : REPONSES AUX QUESTIONS D'EVALUATION ET CONSTATS</b>	<b>21</b>
4.1. REPONSE A LA QUESTION D'EVALUATION SUR LA PERTINENCE	21
4.1.1 En matière de santé de la reproduction (SR)	21
4.1.2 En matière de genre et droits humains	22
4.1.3 En matière de population et développement	23
4.1.4 En termes de capacité de réponse	23
4.2. REPONSE A LA QUESTION D'EVALUATION SUR L'EFFICACITE	25
4.2.1 Santé de la reproduction (SR)	25
4.2.2 Genre et droits humains	41
4.2.3 Population et développement	45
4.2.4 Réponse à la question de coordination et de suivi	50
4.3. REPONSE A LA QUESTION SUR L'EFFICIENCE	54
4.4. REPONSE A LA QUESTION SUR LA DURABILITE	57
4.4.1 En matière de santé de la reproduction	57
4.4.2 En matière de Genre et Droits humains	58
4.4.3 En matière de Population et Développement	58
4.5. REPONSES SUR LE POSITIONNEMENT STRATEGIQUE DE L'UNFPA	59
<b>CHAPITRE V : ENSEIGNEMENTS ET CONCLUSIONS</b>	<b>62</b>
5.1. LECONS APPRISES	62
5.2. LEÇONS A RETENIR COMME MODELES	62
5.3. CONCLUSIONS	63
<b>CHAPITRE VI : RECOMMANDATIONS AUX NIVEAUX STRATEGIQUE ET PROGRAMMATIQUE</b>	<b>68</b>

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1: Tableau synoptique des principaux indicateurs du Sénégal.....	ix
Tableau 2 : Inégale représentation et participation des femmes aux instances de décision .....	10
Tableau 3 : Effets du programme précédent et du programme en cours .....	13
Tableau 4: Logique d'intervention .....	15
Tableau 5 : Budget total du 7è meprogramme en USD par année et source de financement (2012-2015).....	19
Tableau 6 : Budgets (KK) et dépenses du 7ème programme par année .....	19
Tableau 7: Budget et dépenses par composante (P&D), SR, Genre) en USD et taux d'absorption sur la période 2012-2015 .....	19
Tableau 8 : Résultats atteints en 2014 et cibles 2012-2016 sur les indicateurs du produit 1 .....	26
Tableau 9 : Personnel de santé formé de 2012 à 2014.....	29
Tableau 10 : Structures d'intervention mises en place dans les régions de Matam et Saint Louis en 2014 .....	34
Tableau 11 : Situation des indicateurs de 2013 à 2015 dans la zone d'intervention de WHEPSA.....	35
Tableau 12 : Bilan des activités réalisées par Tostan dans le cadre du programme.....	36
Tableau 13: Résultat atteint en 2014 et cibles 2012-2016 sur l'indicateur du produit 2 (Proportion de districts appuyés par les initiatives communautaires d'accroissement de la demande de SR/PF dans les zones d'intervention de l'UNFPA) .....	37
Tableau 14 : Nombre de jeunes 15-24 ans couverts par le dépistage volontaire du VIH par les CCA dans la zone d'intervention entre 2012 et 2014 .....	40
Tableau 15 : Indicateurs de résultats du produit 3 (cibles de 2014 à 2016 et résultat 2014).....	41
Tableau 16 : Chronologie des réunions du comité de pilotage.....	52
Tableau 17 : Dépenses par composante (budget utilisation) entre 2012 et 2015 .....	55
Tableau 18 : Forces, Faiblesses, Opportunités et Menaces.....	63

## LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Evolution du taux d'accouchements assistés par région entre 2011 et 2014 dans la zone de concentration et performance pour cet indicateur en 2014.....	30
Figure 2 : Evolution de la couverture en CPN4 par région entre 2011 et 2014 dans la zone de concentration et performance pour cet indicateur en 2014.....	31
Figure 3 : Evolution du taux de prévalence contraceptive par région entre 2011 et 2014 dans la zone de concentration et performance pour cet indicateur en 2014.....	32
Figure 4 : Ecart entre budget disponible et budget effectivement utilisé .....	56

## **LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS**

---

AJS	Association des Juristes Sénégalaises
ANSD	Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie
ASBC	Agent de Service à Base Communautaire
ASBEF	Association Sénégalaise pour le Bien-Etre Familial
ASC	Association Sportive et Culturelle
BIT	Bureau International du Travail
CCA	Centre Conseil Ado
CD	Compact Disc
CDDSE	« Capture du Dividende Démographique pour un Sénégal Emergent »
CEFOREP	Centre Régional de Formation et de Recherche en Santé de la Reproduction
CIPD	Conférence Internationale pour le Développement
CLVF	Comité national de Lutte contre les Violences Faites aux femmes
CNLS	Conseil National de Lutte contre le Sida
CPAP	Country Program Action Plan
CPD	Country Program Development
CPN	Consultation Prénatale
CTN	Comité Technique National
CTR	Comité Technique Régional
CV	Curriculum Vitae
CVC	Compétence de Vie Courante
DCEF	Direction de la Coopération Economique et Financière
DDCH	Direction du Développement du Capital Humain
DEEG	Direction pour l'Egalité et l'Equité de Genre
DMU	Dispositif Minimum d'Urgence
DOS	Division for Oversight Services
DRF	Development Results Framework
DS	District Sanitaire
DSRP	Document Stratégique de Réduction de la Pauvreté
DSRSE	Direction de la Santé, de la Reproduction et de la Survie de l'Enfant
EDS	Enquête Démographique et de Santé
FAR	Femmes en âge de reproduction
FNGPF	Fédération Nationale des Groupements Féminins
FO	Fistules Obstétricales
GAR	Gestion Axée sur les Résultats
GATPA	Gestion Active de la Troisième Phase de l'Accouchement
GDI	Indice de Développement du Genre
GEEP	Groupe pour l'Etude et l'Enseignement de la Population
GPRHCS	Programme Global de Renforcement de la Sécurisation des Produits de la Santé de la Reproduction
HCDH	Haut-Commissaire des Droits de l'Homme
IDH	Indice de Développement Humain
IST	Infections sexuellement transmissibles
LuxDev	Agence Luxembourgeoise pour la Coopération au Développement
MFA	Ministère des Forces Armées
MFFE	Ministère de la Famille, de la Femme et de l'Enfance
MGF	Mutilation Génitale Féminine
MLD	Méthode Longue Durée
MSI	Marie Stopes International
NEX	Exécution Nationale
OCB	Organisation Communautaire de Base
OIP	Offre Initiale de Pilule

OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONDH	Office National des Droits de l'Homme
ONG	Organisation Non Gouvernementale
OSC	Organisation de la Société Civile
PASPSE	Programme d'Appui au Suivi-Evaluation du Plan Sénégal Emergent
PCNUAD	Programme Conjoint des Nations Unies pour l'Assistance et le Développement
PDA	Personal Digital Assistant
PE	Partenaire d'Exécution
PF	Planification familiale
PNP	Politiques, Normes et Protocoles
PNUAD	Plan des Nations Unies pour l'Assistance au Développement
PPJ	Projet Promotion Jeunes
PRCC	Programme de Renforcement des Capacités Communautaires
PSE	Plan Sénégal Emergent
PTA	Plan de Travail Annuel
PTF	Partenaire Technique et Financier
PTT	Plan de Travail Trimestriel
RADDHO	Réseau Africain Des Droits de l'Homme
RADI	Réseau Africain de Développement Intégré
RGPHAE	Recensement Général de la Population, de l'Habitat, de l'Agriculture et de l'Elevage
RM	Région Médicale
SAA	Soins Après Avortement
SDDC	Service Départemental du Développement Communautaire
SNU	Système des Nations Unies
SONU	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
SOU	Soins Obstétricaux d'Urgence
SOUB	Soins Obstétricaux d'Urgence de Base
SPNN	Soins Préventifs du Nouveau-Né
SR	Santé de la Reproduction
SR/PF	Santé de la Reproduction/Planification Familiale
SRDC	Service Régional du Développement Communautaire
SSR	Santé sexuelle et de reproduction
SSRAJ	Santé Sexuelle et Reproductive des Adolescents et Jeunes
SSS	Services de santé sexuelle
TBPS	Taux Brut de Pré Scolarisation
TBS	Taux Brut de Scolarisation
TC	Technologie Contraceptive
TDR	Termes de référence
UNCT	United Nation Country Team
UNDAF	Cadre des Nations Unies pour l'Assistance au Développement
UNEG	Groupe des Nations Unies pour l'Evaluation
UNESCO	Organisation des Nations Unies pour l'Education et la Culture
UNFPA	Fond des Nations Unies pour les Activités de Population
VBG	Violence Basée sur le Genre
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
WHEPSA	Women's Health, Education And Prevention Strategies Alliances



**Tableau 1:** Tableau synoptique des principaux indicateurs du Sénégal

Type de données	Description	Sources/années
Données générales		
<b>Superficie</b>	196 722 (2014)	ANSD, 2014
<b>Population totale résidente (de droit)</b>	13 508 715 (2013) et 14 354 690 (projections 2015)	ANSD, 2014, 2015
<b>Population masculine</b>	6 773 294 (2013)	ANSD, 2013
<b>Population féminine</b>	6 735 421 (2013)	ANSD, 2013
<b>Rapport de masculinité</b>	99,6 hommes pour 100 femmes (2013)	ANSD, 2013
<b>Taux de croissance démographique</b>	2,7% (2002-2013)	ANSD, 2013
<b>Population rurale</b>	7 405 915 (2013)	ANSD, 2013
<b>Population urbaine</b>	6 102 800 (2013)	ANSD, 2013
<b>Population de moins de 15 ans</b>	5 681 700 (42,1% en 2013)	ANSD, 2013
<b>Densité de population</b>	65 hts/km <sup>2</sup> (2013)	ANSD, 2013
<b>Indice synthétique de fécondité</b>	5,0 (2014) et 4,9 (2015)	ANSD, 2015
<b>Prévalence de l'excision chez moins de 15 ans</b>	12,9% (2014)	ANSD, 2014
Quelques indicateurs socio-économiques/éducation/santé		
<b>Indice de développement humain/rang</b>	0,485, soit 163 <sup>ème</sup> sur 187 (2014), 4,466, soit 170 <sup>ème</sup> sur 188 (2015)	PDNUD, 2014, 2015
<b>Revenu national brut disponible par habitant (dollars américains)</b>	1 238	ANSD, 2015
<b>Taux de croissance économique</b>	3,5%	ANSD, 2015
<b>Population au dessus du seuil de pauvreté (monétaire)</b>	53,3% (2011)	ANSD, 2013
<b>Taux net de scolarisation préscolaire / indice de parité</b>	10,2% / 1,08 (2013)	ANSD, 2013
<b>Taux net de scolarisation primaire/indice de parité</b>	58,1% / 1,03 (2013)	ANSD, 2013
<b>Taux net de scolarisation moyen/indice de parité</b>	35,4% / 1,00 (2013)	ANSD, 2013
<b>Taux net de scolarisation secondaire/indice de parité</b>	16,9 / 0,81 (2013)	ANSD, 2013
<b>Taux d'alphabétisation</b>	45,4% (10 ans et plus, 2013)	ANSD, 2013
<b>Taux de prévalence contraceptive moderne</b>	20% (2014), 21% (2015)	ANSD, 2014, 2015
<b>Espérance de vie à la naissance</b>	64,8 (2013)	ANSD, 2013
<b>Espérance de vie à la naissance femmes/hommes</b>	66,5/63,2 (RGPHAE2013)	ANSD, 2013
<b>Prévalence VIH</b>	0,7% (2011)	ANSD, 2011
<b>Taux de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes</b>	434 (RGPHAE 2013)	ANSD, 2013
<b>Taux de mortalité néonatale</b>	19 pour 1000 (2014), 23 pour 1000 NV (2015)	ANSD, 2014, 2015
<b>Taux de mortalité infantile</b>	33 pour 1000 NV (2014), 39 pour 1000 Nv (2015)	ANSD, 2014, 2015
<b>Taux de mortalité infanto-juvénile</b>	54 pour 1000 NV (2014), 59 pour 1000 NV (2015)	ANSD, 2014, 2015
<b>Taux d'accouchement assistés par personnel qualifié</b>	59% (2014), 53,2% (2015)	ANSD, 2014, 2015
<b>Taux de césarienne</b>	4,4% (2014), 5% (2015)	ANSD, 2014, 2015

Le présent rapport de l'évaluation finale du 7<sup>ème</sup> programme de coopération Sénégal-UNFPA comporte un résumé exécutif, 5 chapitres et une conclusion, associant les principaux constats aux recommandations.

**Le Résumé Exécutif** présente brièvement les principaux résultats du programme, les conclusions et les recommandations qui en ressortissent.

**Le chapitre I** rappelle les objectifs de l'évaluation, fait le point des thématiques couvertes, de l'approche méthodologique adoptée, ainsi que du processus même de l'évaluation.

**Le chapitre II** présente le contexte national et les principaux défis en matière de population et développement.

**Le chapitre III** rappelle la réponse du Système des Nations Unies (via l'UNDAF) aux différents défis auxquels le Sénégal fait face. La contribution de l'UNFPA y est mise en exergue, via ses deux derniers programmes.

**Le chapitre IV** fait le point des constats et répond aux questions d'évaluation formulées sur la base des critères de pertinence, efficacité, efficience et durabilité. Il donne également des réponses aux questions relatives aux mécanismes de coordination, avec une attention particulière sur la valeur ajoutée. Dans ce sillage, une réponse à la question d'évaluation sur le suivi et évaluation, la présentation des forces et faiblesses du 7<sup>ème</sup> programme ont été proposées.

**Le chapitre V** est consacré aux enseignements et conclusions.

**Le Chapitre VI** présente les recommandations au niveau stratégique et programmatique.

## RESUME EXECUTIF

---

### DESCRIPTION DE L'INTERVENTION

Le 7<sup>ème</sup> programme de coopération entre le Sénégal et l'UNFPA couvre une période de 5 ans de 2012 à 2016. Afin de s'aligner sur les priorités nationales et le nouveau Plan Stratégique de l'UNFPA ce programme a opéré un réajustement en 2014, qui l'a amené à reformuler certains de ses produits, les indicateurs et stratégies. Le nombre des partenaires d'exécution a été réduit de 16 à 10 au cours du processus, ce qui a permis de rationaliser leur mise à contribution sur le terrain et de réduire les coûts de transaction, notamment en ressources humaines.

Le 7<sup>ème</sup> programme de coopération entre le Sénégal et l'UNFPA vise l'amélioration de l'accès et de l'utilisation des services de santé de la reproduction, la lutte contre les inégalités de genre, la collecte et l'analyse des données, ainsi que la prise en compte des questions de population dans la planification du développement.

### OBJECTIFS ET CHAMP DE L'EVALUATION

Les objectifs de l'évaluation étaient de : (i) mesurer la redevabilité de l'UNFPA à travers l'appréciation de la performance et de la pertinence du 7<sup>ème</sup> Programme de Coopération ; (ii) tirer les leçons de la mise en œuvre du programme pour l'accélération de l'atteinte des résultats attendus en 2016 ; (iii) fournir des évidences pour l'élaboration du prochain programme pays 2017-2021.

L'évaluation a couvert toutes les zones d'intervention de l'UNFPA au Sénégal, dans les domaines de la santé de la reproduction (SR), y compris la planification familiale (PF), du genre et droits humains, de la population et développement. Le rapport pourrait être utilisé comme document de référence par les principales parties prenantes du programme (UNFPA, partenaires nationaux, autres partenaires techniques et financiers (PTF)).

### METHODOLOGIE DE L'EVALUATION

L'équipe d'évaluation a appliqué les orientations méthodologiques proposées par le Bureau Evaluation de l'UNFPA (New York). Les évaluateurs ont eu recours à la revue documentaire, aux discussions de groupes (avec les bénéficiaires du programme), aux entretiens avec des informateurs clés (les planificateurs, gestionnaires de programme, les partenaires et les parties prenantes directement impliqués dans la mise en œuvre du programme), ainsi qu'aux observations directes aux cours des visites de terrain. Ces techniques ont permis de proposer des réponses aux questions spécifiques appliquées à chacun des trois domaines programmatiques, en fonction des critères d'évaluation : (i) pertinence ; (ii) efficacité ; (iii) efficience ; (iv) durabilité. L'analyse du positionnement stratégique de l'UNFPA a été faite selon le critère de valeur ajoutée (y compris le rôle que l'UNFPA joue au sein des agences du système des Nations Unies au Sénégal).

Les difficultés rencontrées au cours de l'évaluation étaient relatives à l'insuffisance des données pour le suivi du programme du fait de la rétention des informations au niveau du secteur de la santé ; à l'absence de données de référence pour certains indicateurs des plans annuels de travail, des retards de validation et du caractère incomplet des données de routine ; à la prédominance des indicateurs de processus, etc.

### PRINCIPAUX RESULTATS PRESENTES PAR SECTEUR

#### ➤ Dans le domaine de la santé de la reproduction

L'UNFPA a, au cours de la mise en œuvre du 7<sup>ème</sup> programme, mis l'accent sur la lutte contre la mortalité maternelle et la planification familiale (94% des points de prestations de services (PPS) publics ont offert au moins 5 méthodes modernes de contraception, pour une cible de 90% de PPS offrant au moins 3 méthodes modernes en 2014). L'UNFPA a œuvré pour l'amélioration de la qualité de la santé de la reproduction/planification familiale (SR/PF), même si des gaps existent par rapport aux cibles.

Les accouchements assistés par du personnel qualifié ont connu une évolution mitigée dans la zone de concentration du programme entre 2010/2011 (situation de référence) et 2014. Les régions de Tambacounda (où les indicateurs sont passés de 32,4% à 36%) et Matam (45,8% à 47%), ont connu une légère amélioration de la

prise en charge des accouchements par le personnel de santé requis. En revanche, lorsqu'on compare les indicateurs de la période 2012- 2014 aux cibles retenus, la performance est globalement insuffisante. Si les prévisions ont été réalisées sur le site de Matam (118%), les autres localités enregistrent des performances relativement faibles (63% à Saint Louis ; 65% à Tamba et 91% à Louga). Ce résultat confirme la persistance du problème des ressources humaines qualifiées évoqué par les acteurs de la santé.

L'évolution de la couverture en consultations prénatales <sup>4</sup> (CPN4) reste à améliorer par rapport aux cibles et/ou à la moyenne nationale. La couverture en CPN 4 a connu une évolution positive à Saint Louis (de 50,1% en 2010/2011 à 54% en 2012/2014, soit une hausse de 2,9%) au-delà même de la moyenne nationale de 2014 (48%) ; et à Matam (de 35,8% à 40%, soit une hausse de 4,2%). Par contre, on a observé une baisse de cet indicateur dans les régions de Louga (de 57% à 41%, soit une baisse de 6 points) et de Tamba (de 39,3% à 36%, soit une baisse de 3,2 points). Cette situation pourrait s'expliquer par le démarrage tardif des consultations et/ou les difficultés de suivi de toute la série par les femmes. Même par rapport aux cibles 2014<sup>3</sup> du Plan annuel de travail de la Direction de la Santé de la Reproduction et de la Survie de l'Enfant (DSRSE), on constate une performance, avec deux sites où les cibles sont dépassées (108% et 300% à St Louis et Tamba respectivement) alors qu'elles sont en deçà à Louga et Matam (91 % et 62 % respectivement).

Le taux de prévalence contraceptive moderne a légèrement augmenté tant au niveau national qu'au niveau des régions d'intervention. Il est passé à Saint Louis de 16% en 2010/2011 à 20% en 2012/2014 (soit une évolution de 4 points) ; à Tamba de 4,2% à 9% sur la même période (ce qui traduit une hausse de 4,8%) ; de 7,4% à 12% à Louga (soit une hausse de 4,6%) et 3,2% à 7% à Matam (soit une hausse de 3,8%). Globalement, la performance du programme par rapport aux cibles de 2014 a été de 105% à Saint Louis, 129% à Tamba, 86% à Louga et 117% à Matam.

L'appui de l'UNFPA et de ses partenaires a contribué aussi à la lutte contre les fistules obstétricales, grâce à des stratégies communautaires de communication développées dans les zones d'intervention ; au renforcement des compétences des prestataires de santé et à la prise en charge médicale des femmes vivant avec une fistule obstétricale. Au fil des ans, l'UNFPA a assuré la prise en charge de 150 réparations de fistules en 2012 ; 145 en 2013 et 64 en 2014, contribuant à l'amélioration de l'offre et de l'accès aux services de prise en charge des fistules obstétricales.

L'UNFPA a appuyé des interventions en faveur des jeunes et adolescents, qui ont contribué à améliorer leur santé sexuelle et reproductive, et, notamment, la réduction du nombre de grossesses et de mariages précoces dans les établissements scolaires ou de formation des zones d'intervention, comme le soulignent certains responsables<sup>4</sup>. Par ailleurs, de plus en plus de jeunes et adolescents acceptent le dépistage volontaire du VIH dans les centres de conseils pour jeunes et adolescents (CCA), comme l'indique l'évolution du nombre de jeunes dépistés entre 2012 et 2014 : Tambacounda : 6718 en 2012, 10206 en 2013 et 12249 en 2014; Mbour : 4258 en 2012, 5260 en 2013 et 6359 en 2014 ; Bakel : 2064 en 2012 , 1970 en 2013, 2355 en 2014 ;Matam : 495 en 2012,1026 en 2013, 767; Louga :2698 en 2012, 2605 en 2013 et 2445 en 2014. Pour l'ensemble de la zone d'intervention, l'évolution globale a été de 16233 en 2012, 21067 en 2013 et 32048 en 2014 pour une cible totale de 35000 visée en 2014. Les progrès ont été discontinus dans 3 sites sur 5.

L'UNFPA a investi considérablement dans le renforcement des capacités des prestataires de santé. En 2014, 112 prestataires ont été formés en soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base/complets (SONUB/C) sur une prévision de 156, soit un taux de réalisation de 72%. Dans le domaine des Soins après Avortement (SAA), 101 prestataires ont été formés, pour une cible de 159, entre 2012 et 2014, soit un taux de réalisation de 63,5%. Le programme a aussi formé en technologie contraceptive, avec un focus sur les méthodes longue durée, 413 personnes entre 2012 et 2014 sur une cible de 513, soit un taux de réalisation 80,5%.

---

<sup>2</sup> L'Organisation mondiale de la santé recommande au moins 5 visites prénatales, à intervalles réguliers, tout au long de la grossesse. Cette couverture concerne les femmes 15-49 ans saisies durant l'enquête et qui ont procédé à 4 consultations prénatales au moins durant la grossesse (auprès de professionnel de santé).

<sup>3</sup> Plan de travail 2014 du Ministère en charge de la santé.

<sup>4</sup> Entretiens avec le staff des Centres de Formation Professionnelle (CFP ex CRETF), Responsables aux Ministère de l'éducation nationale, formation professionnelle

➤ **Dans le domaine du genre**

Les résultats des discussions de groupe avec les bénéficiaires et entretiens avec les acteurs montrent que l'UNFPA a apporté une contribution significative dans la lutte contre les violences basées sur le genre (VBG). En outre, le programme a renforcé les capacités de quatorze (14) institutions nationales (y compris de la société civile) pour la prévention et la prise en charge des victimes de violences basées sur le genre, sur la période 2012-2014. Le programme a contribué aussi à la protection des femmes et des filles contre les mutilations génitales féminines (MGF)/excision, en utilisant une approche fondée sur les droits de l'homme prenant en compte les différences culturelles. Plusieurs déclarations d'abandons de cette pratique ont été enregistrées dans les zones d'intervention. Le nombre de communautés ayant déclaré publiquement l'abandon de l'excision est passé de 70 en 2012 ; 242 en 2013 ; 121 en 2014, soit une performance annuelle variant entre 70% et 121% sur une cible annuelle de 100. La prévalence nationale de l'excision chez les filles de moins de 15 ans est passée de 18% en 2012-2013 à 13% en 2014 (EDS-C, 2012-2013 et EDS-C, 2014). UNFPA a également appuyé des recherches qui ont permis de mettre en évidence l'ampleur du phénomène et bâtir des stratégies appropriées de lutte et de collecter des données statistiques dans les régions d'intervention.

➤ **Dans le domaine de la population et du développement**

L'UNFPA a apporté en 2013 un appui déterminant au recensement général de la population, de l'habitat, de l'agriculture et de l'élevage (RGPHAE), dans le cadre de la coopération sud-sud (avec le Brésil), qui a permis l'introduction des nouvelles technologies de l'information dans le processus du recensement, avec pour la première fois l'utilisation des PDA (Personal Digital Assistant). Cette stratégie a permis à l'Etat de réduire le temps de l'opération et d'économiser 10 millions USD. L'Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD) a été choisie comme centre d'excellence, pour appuyer d'autres pays d'Afrique de l'Ouest dans le domaine des recensements de la population grâce aux moyens électroniques

L'UNFPA a également apporté un appui technique et financier à l'EDS Continue depuis 2012. Les résultats enregistrés concernent l'amélioration de la qualité et de la disponibilité des données de développement, avec pour corollaires le renforcement des capacités des institutions nationales dans la collecte et de l'utilisation des données de qualité dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive.

Enfin, l'UNFPA a contribué au lancement par le Gouvernement du processus national pour la capture du dividende démographique indispensable pour la réalisation du Plan Sénégal Emergent à l'horizon 2035, ce qui contribuerait également à une intégration des variables démographiques dans les documents de référence.

## **PRINCIPALES CONCLUSIONS**

### **Principaux points forts**

Parmi les points forts du Programme, on peut citer :

- 1- L'alignement du programme de coopération 2012-2016 sur le Plan stratégique 2014-2017 de l'UNFPA et sur les priorités nationales, notamment les objectifs du PSE;
- 2- L'efficacité de la mobilisation des ressources ayant permis la mise en œuvre du programme ;
- 3- Le rôle important joué par l'UNFPA au sein de la coordination du Système des Nations Unies au Sénégal (à travers sa représentation dans différents groupes thématiques, l'établissement des partenariats) et son leadership au sein du Système des Nations unies, reconnu par les Partenaires Techniques et Financiers et les Partenaires de mise en œuvre ;
- 4- L'expertise technique, l'appui à la collecte et l'analyse de données dans le pays.

### **Principaux points à améliorer**

L'analyse des interventions permet de dégager des points qui ont montré à l'évidence, une faiblesse dans leur contribution à l'atteinte des résultats. Ces points sont énoncés ci-dessous :

1. Les défaillances dans la coordination et la planification stratégique ont contribué à limiter les résultats attendus du programme : mécanismes de coordination peu fonctionnels, signature tardive des plans de travail annuels (PTA), retards dans la mise à disposition des fonds, non-respect de procédures, etc. Le programme a été trop ambitieux dans son ciblage stratégique. Les zones d'intervention sont vastes, souvent d'accès difficile, avec en prime des indicateurs de santé défavorables.

2. Des efforts doivent être faits pour améliorer certains indicateurs de la santé de reproduction (CPN4, accouchements assistés) dans la zone de concentration du programme et l'intégration de la santé de la reproduction dans les « urgences humanitaires ».
3. Le système de suivi et évaluation actuel, bien que pertinent, fournit des outils (ex. plan de suivi des PTA) que les partenaires d'exécution ne parviennent pas à utiliser (ou ne trouvent pas d'intérêt à utiliser), du fait de l'inexistence d'une culture suffisante des résultats.

## PRINCIPALES RECOMMANDATIONS

Sur la base de ces constats, des recommandations ont été formulées, présentées par ordre de priorités aux niveaux stratégique et opérationnel.

De manière générale, il importe de (i) continuer la collaboration actuelle avec le gouvernement du Sénégal, les agences des Nations Unies, les partenaires techniques et les partenaires d'exécution, tout en recherchant de nouveaux axes d'intervention susceptibles de permettre d'atteindre les résultats escomptés dans le cadre de la coopération ; (ii) accroître les efforts en vue de consolider les acquis en matière de santé génésique, néonatale et infantile (SGMNI), de SR, PF, grossesses des adolescentes, mariages d'enfants, mutilations génitales, de disponibilité des données pour la planification du développement, la gestion et la coordination du programme, ainsi que le suivi évaluation des OMDS).

De manière spécifique, il convient de prendre les mesures suivantes pour combler les gaps :

1. Appuyer l'appropriation par les partenaires des principes et outils en matière de suivi-évaluation axés sur les résultats, à travers : (i) la formation des partenaires sur les principes et l'utilisation des outils (outil de suivi du PTA axé sur les résultats, théorie du changement, respect des engagements de la LOU) et l'assurance qualité ; (ii) la prise en compte des risques et hypothèses dans la planification et la mise en œuvre des interventions ; (iii) une plus grande harmonisation et intégration du programme dans la planification régionale et les revues ; (iv) une amélioration du suivi des indicateurs du programme ; (v) l'accès en temps réel aux données de routine et le suivi des interventions ; (vi) la réalisation des études et recherches pour obtenir des évidences et renforcer les performances du programme.
2. Renforcer la fonctionnalité et l'efficacité de la coordination du programme à travers : (i) Une redéfinition des mécanismes de coordination pour prendre en compte le nouvel environnement (Plan Sénégal Emergent, Objectifs de Développement durable (ODD), « Delivering as one ») ; (ii) Un relèvement du niveau de représentativité du Comité de pilotage du programme pour une efficacité des décisions et les orientations
3. Améliorer de manière significative la prévalence en matière de planification familiale et de consultation prénatale 4 (CPN4) dans la zone de concentration, ainsi que la prise en compte de la SR dans les situations d'urgence (exemple inondations): (i) promotion des stratégies novatrices pour aider le Gouvernement à assurer une disponibilité des produits et à relever la prévalence contraceptive moderne (cliniques mobiles, implication des hommes, injectables communautaire ou Sayana, Implication des Champions et célébrités, Implication des jeunes à travers le CCA et réseaux sociaux) ; (ii) renforcement des services à base communautaire en appui à la SR/PF ; (iii) plus grande intégration de la SR dans le Plan national de contingence ;
4. Réduire l'importance de la Fistule obstétricale (FO) au moyen d'une lutte efficace à travers: (i) une connaissance approfondie de la Fistule obstétricale et de son contexte socioculturel, économique et social, à travers les études et recherches ; (ii) un renforcement de la plateforme de coordination des interventions pour la prévention, l'identification, le traitement et la réinsertion ;
5. Réduire substantiellement les Violences basées sur le genre (VBG), en plus des activités pertinentes en cours, à travers: (i) renforcement des compétences des institutions nationales, de la société civile et des leaders communautaires en matière de genre et droits humains ; (ii) appui à la mise en œuvre d'activités de plaidoyer dans le cadre des programmes conjoints de lutte contre l'excision et de VBG/promotion des Droits humains (DH) ; (iii) appui à la mise en œuvre des mécanismes de coordination (Comité national multisectoriel sur les VBG, Comité technique national, Comités régionaux et Conseil national sur les MGF) ; (iii) mobilisation de ressources additionnelles pour la promotion du genre et la lutte contre les VBG ;
6. Appuyer la capture du dividende démographique à travers l'utilisation des outils et méthodes (modèles Demdiv, National transfert account (NTA) dans la mise en œuvre des Documents cadres de développement (Plan Sénégal Emergent (PSE), Programmes/politiques sectorielles).

## CHAPITRE I : INTRODUCTION

---

Le présent rapport d'évaluation finale du 7<sup>ème</sup> programme de coopération Sénégal-UNFPA couvre la période 2012-2016. Il répond à une exigence du Fonds qui veut que tous les programmes pays soient soumis à une évaluation au moins une fois entre deux cycles. Sur un budget projeté de 9 505 000 USD de ressources propres et 6 560 000 USD de ressources à mobiliser entre 2012 et 2015, 13 872 161 USD de ressources propres et 18 442 239 USD de ressources mobilisées ont été effectivement rendus disponibles. Ce qui traduit une allocation au-delà de l'enveloppe attendue, avec un taux de réalisation de 145,9% en ressources propres et 281,1% en ressources mobilisées.

### 1.1. OBJECTIFS DE L'EVALUATION

Les objectifs de l'évaluation sont déclinés comme suit :

- renforcer la redevabilité de l'UNFPA à travers l'appréciation de la performance et de la pertinence du 7<sup>ème</sup> Programme de Coopération ;
- tirer des leçons de la mise en œuvre du programme pour l'accélération de l'atteinte des résultats à l'année terminale (2016) ;
- fournir les évidences pour l'élaboration du prochain programme pays 2017-2021.

### 1.2. CHAMP DE L'EVALUATION

L'évaluation couvre toutes les zones d'intervention de l'UNFPA au Sénégal, dans les domaines de la SR/PF, du genre et droits humains, de population et développement.

### 1.3. APPROCHE METHODOLOGIQUE ET PROCESSUS DE L'EVALUATION

L'évaluation du 7<sup>ème</sup> programme de coopération Sénégal-UNFPA appliqué la méthodologie proposée par le Bureau Evaluation/New York<sup>5</sup>). Les évaluateurs ont eu recours à la revue documentaire, aux discussions de groupes (avec les bénéficiaires du programme), aux entretiens avec des informateurs clés (les planificateurs, gestionnaires de programme, les partenaires et les parties prenantes directement impliqués dans la mise en œuvre du programme), ainsi qu'aux observations directes aux cours des descentes sur le terrain, pour répondre aux questions spécifiques appliquées à chacun des trois domaines programmatiques, en fonction des critères d'évaluation : (i) pertinence ; (ii) efficacité ; (iii) efficience ; (iv) durabilité. L'analyse du positionnement stratégique de l'UNFPA a été faite selon le critère de valeur ajoutée, avec un accent sur le rôle de l'UNFPA au sein de la coordination des agences du système des Nations Unies au Sénégal (Equipe pays - UNCT).

La matrice d'évaluation a été mise à contribution comme guide pour la collecte et l'analyse des données. Il a été organisé autour des informations sur les hypothèses, les indicateurs, les sources et les méthodes de collecte. Les évaluateurs ont utilisé à la fois les données primaires (collectées sur le terrain) et les données secondaires (issues des études et des recherches, ou des publications officielles sur le programme, notamment l'Enquête Démographique et de Santé Continue). La triangulation des données secondaires avec les données primaires a permis d'assurer la cohérence entre différentes sources, ainsi que la validité des contenus. Les données désagrégées par sexe ont été utilisées quand elles étaient disponibles.

#### 1.3.1. Critères d'évaluation de Programme Pays

L'évaluation a été orientée sur 2 axes principaux axes/composantes, sur lesquels(les) ont été définis les critères précis : (i) les critères de pertinence, d'efficacité, d'efficience et de durabilité sont retenus pour la composante 1 : Analyse des domaines de programmation ; (ii) le critère de valeur ajoutée de l'intervention de l'UNFPA est appréhendé pour la composante 2 : Analyse du positionnement stratégique de l'UNFPA au sein de l'UNCT.

---

<sup>5</sup>United Nations Population Fund, *Handbook how to design and conduct a country program evaluation at UNFPA, Evaluation Phases*, 2013.

### 1.3.2. Outils de collecte des données

L'équipe d'évaluation s'est appuyée sur la matrice d'évaluation pour collecter les informations. Pour éviter la redondance, cette matrice a consolidé les questions sur les trois domaines d'intervention : SR, Genre et Population & développement. Les questions d'évaluations retenues dans les TDR ont été appréhendées par rapport à l'ensemble du programme. Par ailleurs, la collecte des données a été facilitée par l'outil de collecte de données consolidé.

### 1.3.3. Méthodes de collecte des données

Les méthodes de collecte de données quantitatives et qualitatives ont été combinées. Ces données ont été collectées à travers la revue documentaire, les entretiens individuels et de groupe (Directeur-trice et quelques agents), les discussions de groupe, l'observation directe et le recueil des données secondaires. En outre, les évaluateurs ont tiré profit de l'existence de données démographiques et de santé à travers l'EDS-Continue réalisée chaque année depuis 2012. Enfin, les résultats de l'enquête sécurisation des produits de la santé de la reproduction réalisée en 2014 ont été valorisés.

#### Revue documentaire

L'équipe d'évaluation a examiné les documents de stratégies, les rapports et les plans ci-dessous disponibles dans la cadre de la revue documentaire :

- Les Documents de référence de UNFPA (Plan Stratégique UNFPA 2008-2013, Plan Stratégique UNFPA 2014-2017, Modèle d'affaires 2014-2017, etc.)
- Plans de Gestion du Bureau 2012, 2013, 2014
- Les Documents de référence du SNU (Plan Cadre des Nations Unies pour l'Assistance au Développement (PCNUAD) 2012-2016, Programme conjoint violences basées sur le genre et DH, 2013-2016, Programme conjoint sur la Promotion de l'emploi des jeunes 2013-2016, Programme Intégré Santé Education Nutrition (PISEN) : Appui à la réduction des inégalités dans l'amélioration de la santé et de la qualité de vie des femmes et des enfants, 2013-2016, etc.)
- Les Documents de référence du Programme Pays (CPD 2007-2011, CPD 2012-2016, Plan d'Action du programme Pays 2012-2016, Cadre des résultats 2015-2016 du 7ème programme, etc.)
- Les autres Documents nationaux de référence (Plan Sénégal Emergent (PSE) 2014-2035, Plan d'actions prioritaires du PSE, 2014-2018, Plan National de Développement Sanitaire 2009-2018, Stratégie Nationale pour l'Equité et l'Egalité de genre 2005-2015, Plan d'action PF 2012-2016, Plan stratégique SR 2012-2016)
- Les Plans Annuels de Travail signés sur la période 2012 à 2015 avec les partenaires des Ministères en charge de la santé, de la jeunesse, de la Famille et des Finances
- Les Plans Annuels de Travail signés sur 2012 à 2015 avec les ONGS (Whepsa, Enda santé, CEFORP, MSI, SWAA, ASBEF, GEEP, TOSTAN)
- Les Rapports de suivi du PTA sur la période 2012-2014 des partenaires (Ministères et ONGs)
- Les Rapports standards de Progrès des Produits sur la période 2012-2014
- Les Country Annual Reports de 2012 à 2014
- Table des projets (budgets et dépenses annuelles 2012-2015)
- Les rapports d'évaluation (Rapports d'évaluation conjointe programme conjoint UNFPA-UNICEF sur les mutilations génitales féminines/excision: accélérer le changement (2013), Rapports d'évaluation des thématiques «renforcement de capacités », « plaidoyer » et « offre de services », Rapport d'évaluation du 6ème programme, Rapport d'évaluation de la Campagne PF (2014), Rapport de revue PCNUAD 2012-2016)
- Les autres études/recherches (Etude sur les grossesses précoces en milieu scolaire (2013), Santé sexuelle et reproductive des Jeunes filles migrantes, étude diagnostique et stratégies d'intervention pour une réduction de leur vulnérabilité (2013), La pratique des MGF/Excision chez la population locale et migrante a



Dakar et a Tambacounda (2013), Etude sur pratique des mutilations génitales féminines chez les filles au Sénégal : déterminants, dynamique de baisse et sources de changement entre 2005 et 2010)

- Le Plan de Suivi-évaluation du 7ème programme (2014)
- Les Rapports des missions de suivi (2012-2015)
- Les Rapports de programmes soumis aux donateurs (Programme conjoint avec le Luxembourg, Programme conjoint Mutilations génitales féminines/excision, 2012-2014)

#### Exploitation des données secondaires

Les données secondaires des documents ci-après ont été exploitées :

- Rapport de l'EDS/MICS 2010-2011,
- Rapports de l'Enquête Démographique et de Santé-Continue (2012, 2013, 2014)
- Rapport final du Recensement Général de la Population, de l'Habitat, de l'Agriculture et de l'Elevage, 2013
- Rapport de l'Evaluation des Besoins en Soins Obstétricaux et Néonataux d'urgence (SONU) au Sénégal (2012-2013)
- Rapport de l'Evaluation de la Situation des Produits et Services de Sante de la Reproduction dans les Structures Sanitaires au Sénégal 2014

#### Entretiens individuels

L'équipe d'évaluation a réalisé des entretiens individuels avec l'ensemble des partenaires de mise en œuvre, des partenaires techniques et financiers, le staff de l'UNFPA et d'autres parties prenantes directement impliquées dans la planification et la mise en œuvre des interventions (c.f. Annexe 3 liste des personnes rencontrées). Au total, les évaluateurs ont eu des entretiens avec 75 personnes, dont 47 hommes et 28 femmes au niveau central et des régions de concentration du programme.

#### Discussions de groupe

Les discussions de groupe ont été réalisées avec les cibles/acteur-trice-s suivant-e-s : Pairs-éducateurs des Centres Conseils Adolescents (CCA) de Louga, Matam et Mbour, Associations des imams de Diaglé (Saint Louis), Association des ASC de Diaglé (Saint Louis), Association des Mamans de Diaglé (Saint Louis), Equipe de supervision de Tostan de Matam, CRETF de Matam, Association des Clubs de jeunes filles de Tamba, Maris modèle de Maka-Colibantang (Tamba), Bénéficiaires de Popenguine. Au total, les discussions de groupe ont concerné 145 personnes, dont 69 hommes et 76 femmes. Ces personnes constituent les bénéficiaires clés du programme.

#### Observation directe

Les visites des structures de santé (Districts de santé, Postes de santé), de Louga, Matam, Tamba, des CCA des mêmes régions, Espace Jeunes de Saint Louis, CRETF de Matam, Association pour le bien-être familial (ASBEF) de Dakar et Tamba, ont été des opportunités pour l'équipe d'évaluation de procéder à de l'observation directe.

### **1.3.4. Cartographie et échantillonnage des parties prenantes**

L'équipe d'évaluation a élaboré la cartographie des parties prenantes avec l'appui du gestionnaire de l'évaluation. Cet outil a été utilisé pour procéder à un échantillonnage des sites à visiter et des personnes à rencontrer suivant un choix raisonné à niveaux (entre les régions et au sein de la région) pour couvrir toutes les catégories de cibles, les types et l'intensité des interventions. Les investigations ont couvert l'ensemble de la zone de concentration du Programme et l'ensemble des partenaires de mise en œuvre.

Au premier niveau, les têtes de file du niveau central (4 Ministères techniques partenaires), les quatre régions médicales de la zone de concentration du programme (Tamba, Saint Louis, Matam et Louga) et les ONGs partenaires ont été choisies. Cette liste a été complétée avec les partenaires techniques et financiers impliqués dans des programmes conjoints avec l'UNFPA (UNICEF, PNUD, Coopération Luxembourg, etc.). Au second niveau dans chaque région (zone de concentration), une région médicale, un district sanitaire, un CCA/Espace

Jeunes et représentations d'ONGs partenaires de mise en œuvre, ont été choisis. En ce qui concerne autres les bénéficiaires, leur choix a été guidé par : la pertinence de leurs interventions et l'envergure de leurs activités par rapport aux domaines d'interventions du 7<sup>ème</sup> programme, ainsi que la proximité des sites avec les districts sanitaires choisis. L'annexe 3 fournit la liste des personnes rencontrées et les structures visitées.

### **1.3.5. Procédure de validation et d'analyse des données**

Les évaluateurs ont précédé à une triangulation des informations obtenues à travers les méthodes de collecte retenues pour vérifier leur complémentarité et leur cohérence, en vue d'assurer la validité des informations. Ces informations ont permis à l'équipe d'évaluation d'apporter des réponses à l'ensemble des questions d'évaluation figurant dans la matrice d'évaluation.

### **1.3.6. Processus de l'évaluation**

Le processus de l'évaluation a suivi la succession des phases : (i) préparation ; (ii) conception et production d'un rapport de démarrage ; (iii) collecte et analyse de données ; (iv) rédaction de rapport provisoire et rapport final ; (v) dissémination (Cf. Manuel de méthodologie : « Comment concevoir et conduire une évaluation de programme pays de l'UNFPA »). Le chronogramme détaillé et les différentes activités sont présentés en annexe 6.

Pendant les deux premières phases, l'équipe d'évaluation a procédé à une revue documentaire, élaboré une cartographie des principales parties prenantes et préparé sur cette base, un rapport de démarrage. Un échantillonnage à choix raisonné à 2 niveaux (entre les régions et au sein de la région) a été retenu pour couvrir toutes les catégories de cibles, les types et l'intensité des interventions sur l'ensemble de la zone de concentration du Programme. Les principales parties prenantes ont été rencontrées par l'équipe d'évaluation : UNFPA, tous les partenaires de mise en œuvre, autres bénéficiaires directs, agences NU (UNICEF, PNUD), Structures de coordination, autres PTF (Coopération Luxembourgeoise).

La troisième phase ou phase terrain a permis de recueillir les données et de présenter les premiers résultats et recommandations au cours d'une réunion de débriefing.

La quatrième phase a été consacrée à la rédaction du rapport provisoire et du rapport final. Un atelier de restitution a été organisé pour recueillir le feed back des parties prenantes sur le rapport d'évaluation. Les commentaires et suggestions issus des échanges ont été intégrés durant la finalisation du rapport. La relecture du rapport a permis d'améliorer sa qualité, avant son évaluation (Evaluation Quality Assessment) avec le bureau régional et plus tard par le Bureau Evaluation. Durant tout le processus, le comité de pilotage a contribué à l'assurance qualité.

La dissémination du rapport sera réalisée à travers différents canaux et supports, en même temps que le suivi des recommandations.

## **1.4. COMPOSITION DE L'EQUIPE DE L'EVALUATION ET REPARTITION DES TACHES**

L'équipe d'évaluation était composée comme suit :

- un consultant international, Team Leader, spécialiste des questions de population et développement, chargé de la composante P&D, de la coordination de l'équipe, et de la qualité des rapports produits ;
- une consultante nationale en genre et droits humains, chargée de la composante Genre ;
- un consultant national, chargé de la composante santé sexuelle et reproductive.

Chaque consultant était responsable de la qualité du travail de son ressort/domaine de compétence.

## **1.5. RESSOURCES ET LOGISTIQUE NECESSAIRES**

L'évaluation a bénéficié de l'encadrement du Bureau UNFPA, des chargés de portefeuilles et de l'appui du responsable du suivi et évaluation. Un certain nombre de ressources logistiques a été mis à la disposition de l'équipe d'évaluation :

- un bureau avec connexion internet, et une salle leur permettant de préparer leurs présentations Powerpoint ;
- un moyen de déplacement au niveau de Dakar pour leurs différentes rencontres avec les parties prenantes, et à l'intérieur du pays ;
- une documentation appropriée et des tableaux financiers dûment élaborés ;
- une boîte à pharmacie pendant les visites à l'intérieur du pays ;
- des bloc-notes, stylos à bille, rames de papier, ainsi que des facilités d'impression des documents.

## **1.6. DIFFICULTES RENCONTREES**

L'équipe a fait face à quelques difficultés au cours du processus d'évaluation : l'insuffisance des données de base (situations/données de référence), du fait de retards accusés dans la validation des données et de la rétention des informations au niveau du secteur de la santé (ce qui rendait difficile un suivi complet du programme) ; l'incomplétude des données de routine ; le manque d'utilisation systématique des indicateurs de résultats. A ces difficultés, il faut ajouter la maîtrise insuffisante par les partenaires de la gestion axée sur les résultats.

### 2.1. DEFIS EN MATIERE DE DEVELOPPEMENT ET STRATEGIES NATIONALES

Le Sénégal est engagé depuis plusieurs années à réaliser les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). Malgré les efforts consentis pour réaliser les gaps, les défis restent. Ils ont relatifs à l'augmentation du nombre de pauvres, la rareté des opportunités de travail pour les jeunes, les retards dans l'atteinte des indicateurs de santé, etc.<sup>6</sup>

#### 2.1.1. Situation économique

La revue en 2013, des objectifs du *Document de Stratégie Nationale de Politique Economique et Sociale* (2011-2015) a révélé que les résultats enregistrés dans le domaine de la lutte contre la pauvreté affichent une tendance générale en dessous des attentes, en particulier concernant les objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD).

#### 2.1.2. Situation en matière de capital humain

Le Sénégal est classé dans la catégorie des pays à développement humain faible, avec un indice de développement humain (IDH) estimé à 0,485 en 2014<sup>7</sup>. Les politiques relatives à la *santé*, à *l'alphabétisation* et à *l'éducation*, constituent le pivot de la formation du capital humain.

- **L'Alphabétisation**

Le taux d'alphabétisation au Sénégal des individus de 6 ans et plus est passé de 31,5% en 1988 à 59,2% en 2002 et à 42,4% en 2013 (RGPHAE, 2013).

- **L'Education**

- **Le préscolaire**

Le Rapport National sur la Situation de l'Education 2013<sup>8</sup> a montré que les programmes en faveur de la petite enfance ont permis d'augmenter le taux brut de préscolarisation (TBPS) de 2,3% en 2000 à 12,1% en 2013, avec des écarts notables entre milieu urbain(19,3%) et milieu rural (5,8%).

- **Le primaire**

Au niveau du primaire, le taux brut de scolarisation (TBS) est de 80% en 2014 (79,1% pour les garçons et 80,9% chez les filles). On note encore des disparités régionales, ainsi que des disparités entre zones urbaines (96,3%) et zones rurales (68,6%).

- **Le moyen, le secondaire et le supérieur**

Dans le cycle moyen, le TBS se situe à 59,4% au niveau national, pour une valeur de 58,3% pour les filles, contre 60,5% pour les garçons. Le nombre de nouveaux bacheliers est passé de 29 908 en 2010 à 42 000 en 2012, et tend à aller vers la saturation dans la formation supérieure, malgré la création au cours de 50 dernières années de plusieurs universités et grandes écoles.

#### 2.1.3. Santé de la reproduction

D'une manière générale, le système de santé reste inégalitaire à cause du faible accès des populations à des services de santé de qualité et du faible recours des femmes et des jeunes à des services de santé de la reproduction. Les inégalités d'accès aux services/système de santé et le faible recours des femmes et des jeunes à des services de santé de la reproduction restent les principaux obstacles à la santé de reproduction.

---

<sup>6</sup>Etudes et Management des Projets, *Le Sénégal que nous voulons*, Rapport des consultations nationales sur l'Agenda de Développement post 2015, Mai 2013.

<sup>7</sup>Rapport sur le développement du Sénégal, 2014.

<sup>8</sup> Direction de la Planification et de la Réforme de l'Education, *Etat des lieux de l'Education au Sénégal*, 2013.

- **La Mortalité maternelle une situation toujours préoccupante**

Les Enquêtes Démographiques et de Santé réalisées en 1992 et en 2005 montrent que le taux de mortalité maternelle est passé de 510 décès maternels pour 100000 naissances vivantes à 401 pour 100000 naissances vivantes. Le Recensement Général de la Population, de l'Habitat et de l'Elevage (RGPHAE-2013) indique un taux de mortalité maternelle de 434 pour 100000 naissances vivantes. Ce qui tend à souligner que le phénomène est en baisse. Le RGPHAE de 2013 révèle également une surmortalité maternelle aux âges extrêmes (15-19 ans et 40-44 ans), avec un pic important des mères adolescentes (629 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes).

Lorsqu'on la compare à la situation de la mortalité maternelle en Afrique qui varie entre 225 décès maternels pour 100000 naissances vivantes (Namibie) et 648 décès maternels pour 100000 naissances vivantes (Niger), on peut observer qu'elle s'inscrit dans la limite supérieure du 3<sup>e</sup> quartile. Ce qui est considérable (RGPHAE, 2013 ; EDS-C, 2014).

- **Mortalité infantile, juvénile et néonatale : une tendance à la baisse depuis deux décennies**

L'EDS-Continue<sup>9</sup> de 2014 montre une tendance à la baisse de la mortalité infantile observée depuis plusieurs années déjà. Ainsi, de 48‰ en 2005(EDS, 2005), le taux de mortalité infantile est passé à 33‰ en 2014. La mortalité juvénile connaît également une baisse : le taux est passé de 47‰ en 2005, à 22‰ en 2014(EDS-C, 2014). La mortalité infanto-juvénile suit la même tendance à la baisse, passant de 94 ‰ en 2005 à 54 ‰ en 2014. La mortalité néonatale a, elle aussi, régressé, passant de 35‰ en 2005, à 26‰ en 2012 (EDS, 2012-13) et à 19‰ en 2014.

- **Planification familiale : des avancées notables durant ces cinq dernières années**

L'utilisation de la contraception moderne s'est améliorée de manière significative au Sénégal. Le taux de prévalence contraceptive est passé de 5% en 1992 à 20% en 2014 (EDS 1992-93, EDS-C 2014)

Les méthodes modernes les plus fréquemment utilisées par les femmes sont les injectables (11 % en zone urbaine et 6 % en zone rurale), les implants (7% en urbain contre 3% en rural) et la pilule (8% en urbain contre 3% en rural). On observe donc un important gap en zone rurale.

Les statistiques de l'EDS-C 2014 montrent que les femmes utilisent plus souvent les injectables (8%), puis la pilule et les implants (respectivement 5%).

- **Mutilations génitales : une pratique culturelle toujours fortement ancrée dans les mœurs chez certains groupes ethniques**

Le Recensement de 2013 (RGPHAE, 2013), faisant référence aux déclarations des mères, montrent que 13% des filles de moins de 15 ans sont excisées en 2014, contre 18% en 2012-2013. Ce qui témoigne d'une régression du phénomène de 5 points, sans doute due au plaidoyer et campagnes de sensibilisation menés au cours de cette période.

- **Avortement : une pratique donnant lieu à des complications médicales**

Une étude récente<sup>10</sup> estime à 51 500 le nombre d'avortements pratiqués au Sénégal en 2012, soit un taux de 17 avortements pour 1 000 femmes âgées de 15 à 44 ans. Dans la plupart des cas, ces avortements sont le résultat de grossesses non désirées ou non planifiées.

- **Fistules obstétricales**

Le bulletin d'information de l'UNFPA<sup>11</sup> estime à 400 le nombre de nouveaux cas de fistules obstétricales survenant chaque année.

---

<sup>9</sup>Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD) [Sénégal], et ICF International. *Enquête Démographique et de Santé Continue (EDS-Continue 2014)*. Rockville, Maryland, USA : ANSD et ICF, 2014.

<sup>10</sup>Gilda Sedgh, Amadou Hassane SYLLA, Jesse Philbin, Sarah Keogh et Salif Ndiaye, Estimations de l'incidence de l'avortement provoqué et conséquences de l'avortement non médicalisé au Sénégal, in *Perspectives Internationales sur la Santé Sexuelle et Génésique*, Numéro spécial de 2015.

- **Santé sexuelle et reproductive des adolescent-e-s et jeunes : un domaine devenu prioritaire**

Les interventions en matière de santé sexuelle et reproductive des adolescent-e-s et jeunes ont, entre autre objectif, celui de sensibiliser cette catégorie sur les comportements sexuels à risques : rapports sexuels précoces et/ou non protégés, consommation de tabac, d'alcool et de drogues, etc. Dans cette cible, on observe, avec l'âge, une augmentation de la prévalence du VIH/Sida chez les filles : 0,2% chez les 15-19 ans, contre 0,5% chez les 20-24 ans.

#### **2.1.4. Genre et droits humains**

Aujourd'hui, le Plan Sénégal Emergent (PSE) accorde une priorité aux femmes et aux filles à travers ses principes directeurs de mise en œuvre et son pilier 3, qui consacre une orientation stratégique à l'autonomisation de la femme et à l'égalité entre les sexes. Des avancées sont enregistrées relativement à l'augmentation de l'espérance de vie féminine (66,5 ans en 2013<sup>12</sup>), la réduction de la féminisation de la pauvreté, la réduction des écarts entre les garçons et les filles dans l'enseignement primaire, où l'indice de parité est de 1,02 en 2013 (RGPHAE, 2013).

Dans le cadre de la lutte contre toutes formes de violences faites aux femmes et aux filles, il existe des structures d'accueil et d'hébergement des victimes tels le Centre national d'Assistance et de Formation pour la Femme. Son objectif est de fournir une assistance psychologique et médicale aux femmes et jeunes filles en situation de vulnérabilité.

Malgré ces acquis dans le domaine de l'égalité entre sexes, de grandes disparités sociales entre hommes et femmes persistent et se caractérisent par :

- **Une inégalité de statut dans la famille et dans la société**

Le statut différencié des femmes et des hommes dans la société sénégalaise est dû à des facteurs socioculturels qui affectent les rapports sociaux de sexe, le statut et le rôle de la femme. Ceci est corroboré par l'Indice de développement humain des femmes établi à 0,449 contre 0,520<sup>13</sup> pour les hommes, soit un Indice de Développement du Genre (GDI<sup>14</sup>) de 0,864. Les femmes ont ainsi une qualité de vie 0,16 fois inférieure à celle des hommes.

- **Un niveau inégal d'accès/accessibilité aux services sociaux de base**

L'on note dans l'éducation, que la parité filles/garçons est assurée, avec d'ailleurs un léger avantage pour les filles (IP = 1,12). Toutefois, les taux de scolarisation restent plus faibles chez les filles que chez les garçons au niveau du secondaire, avec un TBS des filles à 36,6% contre 46,7% chez les garçons. On enregistre également un faible taux d'accès des filles (33,5%) aux études supérieures.

- **Un faible pouvoir économique des femmes**

L'inégale répartition des rôles et des responsabilités dans la division du travail, le privilège de masculinité, notamment dans l'accès, la gestion et le contrôle des ressources, sont les contraintes réelles auxquelles les femmes sont confrontées, quel que soit leur milieu d'appartenance. Ces facteurs sont à la base de la féminisation croissante de la pauvreté.

---

<sup>11</sup> Bulletin d'information du Bureau du Fonds des Nations Unies pour la Population au Sénégal (UNFPA), numéro 4, Septembre 2013.

<sup>12</sup> Rapport définitif du recensement général de la population, de l'habitat, de l'agriculture et de l'élevage (RGPHAE), 2013.

<sup>13</sup> PNUD, Rapport sur le Développement Humain, 2014.

<sup>14</sup> GDI correspond au ratio entre l'Indice de Développement Humain (IDH) de la femme et celui de l'homme.

- **Une jouissance inégale des droits**

L'existence de discriminations liées au sexe entrave la pleine jouissance par les femmes de leurs droits humains fondamentaux. Cet état de fait est lié à plusieurs éléments : (i) la coexistence des droits moderne et coutumier, (ii) l'harmonisation encore partielle de la législation nationale avec les textes internationaux, (iii) la non application des lois favorables à l'égalité de droit entre les hommes et les femmes, (iv) le faible niveau de connaissance par les femmes de leurs droits.

- **Une inégale représentation et participation des femmes aux instances de décision**

La participation et la responsabilisation des femmes dans le domaine de la gouvernance par rapport aux hommes, ne connaît que peu de progrès. On observe parfois qu'elle régresse. Ce qui montre que les femmes sont sous-représentées dans les instances de décision et de gestion (Cf. tableau 1).

**Tableau 2** : Inégale représentation et participation des femmes aux instances de décision

Instances	Représentation	
	2012	2014
Assemblée nationale (Législature 2012-2017)	43%	-
Conseil Economique, social et environnemental	-	19,20%
Conseillers municipaux (Elections locales 2012)	1133 sur 4210 (soit 26,91%)	27%
Maires (élections locales 2012)	06 sur 103 (soit 5,82%)	3,58%
Conseillers régionaux (élections locales 2012)	61 sur 470 (soit 12,97%)	3,00%
Conseillers ruraux (élections locales 2012)	1043 sur 9092 (soit 11,47%)	11,50%
Gouvernement	-	21,3% <sup>15</sup>
Postes nommés par le Président de la République : Directeurs généraux, Directeurs nationaux, Ambassadeurs, Président de Conseil d'Administration	8,60%	11,70%

Source : Observatoire Nationale de la parité, 2013

### 2.1.5. Population et développement

- **Une croissance démographique relativement stable**

Entre 1976 et 2013, la population du Sénégal est passée de 4 958 085 habitants à 13 508 715 habitants (source Rapport définitif RGPFAE, 2013), soit un taux d'accroissement intercensitaire de 0,2 points de pourcentage. Ce niveau, resté constant, est tel qu'il entraîne une forte demande de services sociaux de base que l'Etat peut difficilement satisfaire.

La croissance démographique en augmentation plus accélérée que la production agricole, est à l'origine des pratiques agricoles néfastes pour l'environnement (déforestation, cultures et élevage intensifs), qui à leur tour pourront dégrader les sols et réduire les surfaces cultivées.

- **Une population en majorité jeune**

Les hommes représentent 49,9% de la population totale contre 50,1% pour les femmes. Les moins de 15 ans représentent 42,1% de la population totale, les moins de 20 ans 52,7 %. Les moins de 25 ans représentent 61,7% de la population totale. La proportion des personnes âgées (65 ans et plus) reste relativement faible (3,5 %). Cette structure par âge de la population induit un ratio de dépendance élevé, avec 83,8% de personnes potentiellement inactives (moins de 15 ans et 65 ans et plus) pour 100 personnes potentiellement actives (15 à 64 ans).

<sup>15</sup> En 2014, le Gouvernement comptait 07 ministres sur 33.

- **Une fécondité toujours élevée**

La structure par sexe et par âge actuelle résulte d'une fécondité qui demeure encore élevée, même si au cours des 25 dernières années, l'indice synthétique de fécondité a lentement et régulièrement baissé, passant de 6,4 enfants par femme en 1986, à 6,0 en 1992, 5,7 en 1997, 5,3 en 2005 et 5,0 en 2014. Les adolescentes qui constituent 22% des femmes en âge de procréer, contribuent pour 9 % à la fécondité totale.

- **Une population inégalement répartie**

Le pays est subdivisé en 14 régions inégalement peuplées. La région de Dakar compte près du quart (23,2%) de la population, alors que celle de Kédougou n'abrite pas plus de 1,1% de la population totale. Par ailleurs, avec une densité moyenne nationale de 69 habitants au Km<sup>2</sup>, Dakar est la région la plus densément peuplée, avec 5735 habitants au km<sup>2</sup>, contre 9 habitants au km<sup>2</sup> à Kédougou.

- **Une croissance urbaine rapide, mais inégale**

Si la population du Sénégal reste en majorité rurale (55% en 2013, contre 59,3% en 2002), la population urbaine croît très rapidement. Le taux d'urbanisation atteint aujourd'hui 45%, contre 40,7% en 2002. Ici aussi, des disparités régionales sont importantes. La région de Dakar enregistre le taux d'urbanisation le plus fort (96%) et accueille plus de la moitié de la population urbaine du Sénégal (49%). La région de Thiès, qui ne représente que 14% de la population urbaine totale, vient ensuite, avec un taux d'urbanisation de 49%.

- **D'importants mouvements migratoires internationaux**

La migration internationale très importante a pour principales causes : le chômage, la faiblesse des revenus, le manque d'emplois, la pauvreté, etc.

La répartition des émigrants internationaux par groupe d'âges quinquennaux et par sexe, montre que ce sont les jeunes âgés de 20 à 30 ans qui émigrent le plus. Les départs à l'étranger régressent avec l'âge. Les différences entre sexe, importantes, sont en faveur des hommes : 82,9% des émigrés sont des hommes et 17,1% des femmes.

- **Le Dividende démographique**

Aujourd'hui, le dividende démographique fait l'objet de grands débats en population et développement. La structure actuelle par sexe et par âge de la population du Sénégal est favorable à ce qu'on a appelé le **Bonus démographique**, qui doit ensuite se transformer en **Dividende démographique**, lorsque que la plupart des jeunes actifs trouvent effectivement du travail, sont éduqués et en bonne santé. Le défi central ici est la dynamique démographique, qu'il faut influencer directement ou indirectement par des mesures appropriées.

## 2.2. ROLE DE L'AIDE EXTERIEURE

Selon le Rapport publié par la Banque mondiale sur le développement mondial de 2015, la croissance de l'Afrique subsaharienne devrait marquer le pas en 2015 et repasser sous la barre des 4,4 %. Mais plusieurs pays, dont la Côte d'Ivoire, le Kenya et le Sénégal, ont su mobiliser les marchés obligataires internationaux pour financer leurs projets d'infrastructure.

Entre 2010 et 2017, l'appui de l'Union Européenne au Sénégal s'élèvera à 1196,8 millions d'Euros, dont 23,7% pour le développement économique, 66,7% pour l'éducation et la formation professionnelle, 69,9% pour la santé. Le développement rural et la sécurité alimentaire sont les secteurs qui reçoivent l'appui financier le plus important, suivis de l'énergie, de l'eau et assainissement<sup>16</sup>.

**La coopération entre le Sénégal et le Système des Nations Unies** est fondée sur le Plan Cadre des Nations Unies pour l'Assistance au Développement (PCNUAD). En 2012-2016, sur un budget de 90 milliards de francs CFA, 65 milliards sont déjà mobilisés (soit plus de 72%). Les ressources prévues entre 2012 et 2016 se situent à 178 030 616 millions USD, réparties comme suit : Axe 1 (développement économique: 32%) ; Axe 2 (services sociaux de base: 60%) ; Axe 3 (gouvernance : 8%).

---

<sup>16</sup> Ministère de l'Economie et des Finances, *Document conjoint de programmation, coopération entre l'UE et le Sénégal*, Dakar, 25 novembre 2014



Cette contribution substantielle en ressources traduit la volonté du SNU de soutenir les efforts du gouvernement dans l'atteinte rapide des OMD. Il convient de noter que 60 % de ces ressources sont consacrées aux secteurs sociaux.

## CHAPITRE III : PROGRAMME ET REPONSE DU SYSTEME DES NATIONS UNIES/UNFPA

### 3.1. REPONSE STRATEGIQUE DE L'UNFPA

Le processus de planification a commencé au niveau du Système des Nations Unies au Sénégal, par une prise en compte de l'analyse de la situation, réalisée dans le cadre de l'élaboration de la Politique Economique et Sociale (DPES 2011-2015). Le diagnostic de la DPES a permis à l'ensemble du SNU d'identifier les priorités du gouvernement en matière de développement, et de donner aux différentes agences du SNU l'opportunité de contribuer à l'accélération de l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) et d'une croissance économique durable. L'UNFPA s'est intégré dans ce processus de programmation, avec toutes les autres agences du SNU.

### 3.2. REPONSE DE L'UNFPA A TRAVERS LE PROGRAMME PAYS

La réponse de l'UNFPA aux défis du développement économique et social du Sénégal est contenue dans les 6<sup>ème</sup> et 7<sup>ème</sup> programmes de coopération, qui visaient tous deux l'amélioration de l'accès et de l'utilisation des services de santé de la reproduction et de planification familiale, la réduction des inégalités de genre, la collecte et l'analyse de données, et la prise en compte des questions de population dans la planification du développement.

**Tableau 3 :** Effets du programme précédent et du programme en cours

Domaines d'intervention	Effets du programme précédent	Effets du programme en cours
<b>Santé de la reproduction</b>	Accroissement de l'utilisation des services de santé de la reproduction dans le cadre de la décentralisation et de la lutte contre la pauvreté.	Les hommes, les femmes, les adolescents et les jeunes ont accès et utilisent les services complets de santé de la reproduction de haute qualité et de prévention du VIH/sida.
<b>Population et développement</b>	Renforcer le système de planification et de suivi et évaluation des politiques et programmes nationaux pour le positionnement stratégique des questions de population, santé de la reproduction, et genre dans les cadres programmatiques.	Meilleure prise en compte de la dynamique démographique et de ses interrelations avec les besoins des jeunes et adolescents, la SSR, l'égalité entre les sexes dans les politiques et stratégies de développement.
<b>Genre</b>	Promotion d'un environnement socioculturel, législatif et réglementaire favorable à l'égalité et l'équité de genre et la lutte contre les violences basées sur le genre.	L'équité et l'égalité de genre, les droits des femmes et de la petite fille et les droits en matière de reproduction sont promus.

Source : CPAP 2007-2011 ; CPAP 2012-2016

Le tableau 3 ci-dessus indique à la fois une consolidation des acquis et un changement d'orientation, dans l'appui de l'UNFPA. Tandis que le programme passé a surtout incarné l'approche classique et « ancienne » dans la manière de percevoir les questions de population, de santé de la reproduction, et de genre, le programme en cours adopte "l'approche Cluster"<sup>17</sup>, qui fait de la santé de la reproduction des jeunes et adolescents, le principal centre des interventions. Ce changement de vision est plus visible dans l'effet de la composante population et développement du cycle en cours, qui a vocation de produire plus de données pour mettre en évidence les inégalités de genre et d'accès aux services de SR/PF.

<sup>17</sup>Cluster est une approche globale et multisectorielle.

### 3.3. PROGRAMME EN COURS

**Le sixième programme 2007-2011**, a mis l'accent sur l'élaboration des politiques sectorielles : le PNDS (2009-2018), la feuille de route multisectorielle pour l'accélération de la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelle et néonatale. Il a apporté son appui à la campagne d'accélération de la réduction de la mortalité maternelle en Afrique (CARMMA) et pour la promotion de la planification familiale. Ce programme a également mis l'accent sur les services obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU), dans les différentes régions du Sénégal, la santé sexuelle et reproductive des jeunes et adolescents, la densification des réseaux des clubs Education à la Vie Familiale(EVF). D'une manière générale, le programme précédent a accordé une place importante à la mobilisation des ressources, à la communication et au plaidoyer pour le changement de comportement.

En population et développement, on peut retenir les acquis suivants : formations d'une masse critique de compétences en population et développement, collecte et analyse de données ; renforcement des capacités pour la conduite des opérations de collecte d'envergure nationale.

Dans le domaine du genre, on peut considérer comme acquis : la création d'un environnement favorable au genre ; un renforcement du partenariat avec le SNU et la société civile ; la création de la Direction pour l'Egalité et l'Equité de Genre (DEEG) ; la création d'un ministère chargé du genre ; l'adoption de la loi sur la parité homme-femme.

S'agissant du suivi et évaluation, le programme a développé une base de données pour le suivi du programme. Des formations en matière de planification, du suivi et évaluation ont été réalisées. On peut également citer la révision et la mise en place d'outils de gestion et d'indicateurs.

**Le 7<sup>ème</sup> programme** s'est inscrit dans la continuité du programme précédent. Pour rester en conformité avec le Plan Stratégique de l'UNFPA 2008-2013, il s'est concentré sur l'amélioration de l'accès universel à la santé sexuelle et reproductive et aux services de planification familiale. Il s'est également consacré à la promotion des droits en matière de reproduction et à l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale.

Au niveau stratégique, un accent particulier a été mis sur le plaidoyer et le dialogue de politique concernant la dynamique démographique et ses liens avec les besoins des jeunes/adolescents, la santé sexuelle, reproductive et le genre.

Au niveau opérationnel, les régions du Sénégal les plus défavorisées ont été particulièrement ciblées, suite aux résultats de l'évaluation du Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP) et de l'EDSV 2010. Les interventions du programme ont notamment porté sur : la disponibilité des produits SR, l'amélioration de la santé maternelle, l'égalité entre sexes, les besoins des jeunes.

En population et développement, le programme a poursuivi les mêmes activités qu'au cycle précédent : appui à la prise en compte des questions de population dans la planification du développement, renforcement des capacités en matière de collecte et d'analyse de données.

Pour le Genre, le programme s'est surtout focalisé sur : le renforcement de l'application des accords internationaux, des lois et politiques nationales de soutien à l'égalité des sexes ; la prise en compte des besoins des femmes dans l'armée ; la lutte contre les violences basées sur le genre et les mutilations génitales féminines (MGF).

### 3.4. LOGIQUE D'INTERVENTION DE L'UNFPA

Tableau 4: Logique d'intervention

Logique d'intervention et alignement sur le Plan stratégique UNFPA 2014-2017					
Effets/Produits	Objectifs stratégiques prioritaires 2015-2016	Stratégies d'intervention selon les modes d'engagement			
		Plaidoyer	Renforcement de capacités	Offre de services	Gestion de connaissances
<b>Effet1: La disponibilité et l'utilisation des services intégrés de qualité de santé sexuelle et reproductive (y compris la planification familiale, la santé maternelle et le VIH) qui prennent en compte le genre et les droits humains accrues.</b>					
<b>Produit 1 : Les structures sanitaires des zones couvertes offrent le paquet complet de services intégrés de planification familiale, de santé maternelle et néonatale de haute qualité, IST/VIH, y compris en situation d'urgence humanitaire.</b>	Elargir l'accès aux services de santé maternelle et néonatale de qualité.		Renforcement des capacités des structures de santé des zones couvertes en matière de soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) et SONUB, y compris la PTME.	Disponibilité permanente à tous les niveaux et promotion de l'accès des produits SR/PF.	Planification, gestion et suivi de l'approvisionnement des produits SR/PF.
	Mettre en place des mécanismes de pérennisation des services de santé de la reproduction.	Plaidoyer pour la mise en place d'une plateforme RMNCH entre PTF et MSAS.	Renforcer les compétences des ECR/ECD et des prestataires en gestion de logistique des produits SR/PF.	Consolidation de stratégies d'offre de services SR/PF à base communautaire.	Promotion de l'utilisation des données sur la performance pour la gestion des services de santé maternelle, de santé sexuelle et de santé de la reproduction des adolescents et jeunes.
			Poursuivre le renforcement des compétences des prestataires (Médecins, SFE, ICP) en technologie contraceptive, logistique et counseling y compris la gestion du fichier avec accent sur les méthodes longues durées (MLD).	Promotion de la demande de services de SR/PF au niveau communautaire.	Etudes et recherches (Enquêtes SONU, SPSR, Sage Femmes, Evaluation Campagne PF, etc.).
			Améliorer le système de référence communautaire.	Renforcement de la prévention et du traitement de la fistule obstétricale, et de la réinsertion sociale des femmes porteuses de fistules obstétricales.	Production de données sur la mortalité maternelle pour actions à travers la Surveillance des décès maternels et riposte.
<b>Produit 2: Les institutions nationales, y compris la société civile sont outillées</b>	Augmenter le taux de prévalence contraceptive.	Plaidoyer pour l'intégration des produits contraceptifs dans le circuit de la PNA.			Etudes et recherches (Enquêtes SPSR, Evaluation Campagne PF, etc.).

**Logique d'intervention et alignement sur le Plan stratégique UNFPA 2014-2017**

Effets/Produits	Objectifs stratégiques prioritaires 2015-2016	Stratégies d'intervention selon les modes d'engagement			
		Plaidoyer	Renforcement de capacités	Offre de services	Gestion de connaissances
pour mener un plaidoyer et le dialogue de politique pour augmenter la demande et l'offre de contraceptifs modernes et améliorer les services de planification familiale de qualité, sans coercition/ violence.	Mettre en place des mécanismes de pérennisation des services de santé de la reproduction.	Plaidoyer pour la disponibilité permanente à tous les niveaux et promotion de l'accès des produits SR/PF			
		Plaidoyer pour l'augmentation du budget national affecté à l'achat des produits contraceptifs.			
<b>Effet 2 du Plan stratégique 2014-2017: La priorité accordée aux adolescents, en particulier les jeunes filles dans les politiques et programmes nationaux de développement, notamment à travers la disponibilité accrue de l'éducation sexuelle, complète et l'offre de santé sexuelle et reproductive, renforcée.</b>					
<b>Produit 3 : Les capacités nationales sont renforcées pour concevoir et mettre en œuvre au sein de la communauté et à l'école des programmes d'éducation sexuelle complète qui promeuvent les droits humains, l'égalité des sexes pour les jeunes/adolescents y compris les plus marginalisés et les filles exposées aux risques de mariage d'enfants.</b>	Elargir l'accès aux services de santé sexuelle et procréative intégrant le VIH et l'éducation sexuelle complète en milieu scolaire, extra-scolaire et au sein des structures de santé.	Plaidoyer en faveur de l'Education à la Santé de la Reproduction (ESR).	Renforcement de l'ESR dans les programmes d'Enseignement et en milieu extra-scolaire.	Offre de services de SRAJ/IST/VIH dans les milieux non formels à travers les CCA et Espaces/jeunes du Ministère Jeunesse.	Production de données SRAJ/VIH (Etude grossesses précoces, Evaluations CCA, GEEP, Documentations Réseaux sociaux, CRETF, etc.).
	Mettre en place des mécanismes de pérennisation des services de santé de la reproduction.	Promotion du leadership et la participation des jeunes.		Offre de services de SRAJ adaptée au sein des structures sanitaires (centres et postes de santé).	
				Partenariat avec le Milieu Educatif Formel à travers le GEEP et MSI pour la promotion de la SRA en milieu scolaire et universitaire.	
				Partenariat avec les Centres Régionaux d'Enseignement Technique Féminin (CRETF) pour la formation qualifiante des jeunes filles issues de milieux défavorisés.	

**Logique d'intervention et alignement sur le Plan stratégique UNFPA 2014-2017**

Effets/Produits	Objectifs stratégiques prioritaires 2015-2016	Stratégies d'intervention selon les modes d'engagement			
		Plaidoyer	Renforcement de capacités	Offre de services	Gestion de connaissances
				Renforcement de la promotion du préservatif, en particulier le préservatif féminin, à travers la mise en œuvre du Plan sur le Comprehensive Condom Programming (CCP).	
<b>Effet 3 du Plan stratégique 2014-2017: Les progrès en matière d'égalité des sexes, d'autonomisation des femmes et des filles, de droit en matière de reproduction, y compris les plus vulnérables et marginalisés réalisés.</b>					
<b>Produit 4 : Les capacités nationales sont accrues pour faire progresser l'égalité des sexes, les droits reproductifs, et pour remédier à la VBG et aux pratiques néfastes, y compris dans les situations d'urgence humanitaire.</b>	Accélérer l'abandon de l'excision et appliquer les politiques /lois en matière de genre favorables à la promotion de la SR.	Plaidoyer pour l'application des accords internationaux, des lois et politiques nationales de soutien à l'égalité des sexes et aux droits en matière de procréation (lois sur la parité, la SR, l'excision et le VIH/SIDA, les Résolutions 1325 et 1820, sur les MGF, institutionnalisation dans le secteur des Forces Armées.)	Cadre institutionnel renforcé (Coordination MGF, Plan d'action MGF, etc.)	Prise en charge du Genre et des MGF au niveau national et communautaire	Etudes et recherches (Pratiques MGF chez les filles, Pratique MGF/Excision chez la population locale et migrante Dakar et a Tamba, Tolérance zéro, etc.)
	Mettre en place des mécanismes de pérennisation des services de santé de la reproduction	Promouvoir l'adhésion et l'engagement des communautés, des hommes, des jeunes/adolescents en faveur de la promotion de la santé maternelle et la planification familiale	Intégration MGF/Genre et SR PF (Argumentaire médical sur l'excision, intégration des MGF dans les Politiques, Normes et Protocoles, curriculum MGF pour prestataires de santé et relais disponibles, module de formation multigrade sur Genre, SR et PF.		

**Logique d'intervention et alignement sur le Plan stratégique UNFPA 2014-2017**

Effets/Produits	Objectifs stratégiques prioritaires 2015-2016	Stratégies d'intervention selon les modes d'engagement			
		Plaidoyer	Renforcement de capacités	Offre de services	Gestion de connaissances
<b>Effet 4 du Plan stratégique 2014-2017: Les agendas des politiques de développement nationales et internationales, grâce à l'intégration des dynamiques de populations et leurs liens avec le développement durable, la santé sexuelle et reproductive, les droits en matière de reproduction, le VIH et l'égalité des sexes, renforcés.</b>					
<b>Produit 5 : Les capacités nationales sont renforcées pour la disponibilité et l'utilisation des données en vue de suivre et évaluer les politiques et programmes dans les domaines de la dynamique de la population, de la santé sexuelle et génésique et droits de reproduction, du VIH, des adolescents et jeunes et de l'égalité des sexes, y compris dans les contextes humanitaires.</b>	Tous les 5 objectifs stratégiques prioritaires.	Plaidoyer au plus haut niveau à travers initiative Dividende démographique pour la prise en compte des besoins des différentes cibles dans la mise en œuvre des projets du PSE.	Renforcement des capacités nationales pour la production et la diffusion de données statistiques désagrégées par sexe et âge.		Etudes et recherches (RGPHAE, EDS Continue, 2012, 2013, 2014, PSA, Dividende démographique, mortalité maternelle, CIPD Post 2015, etc.)
			Renforcement des capacités nationales d'analyse des données sociodémographiques dans la perspective de la prise de décisions et de la formulation et le suivi des politiques visant l'amélioration des conditions de vie des femmes, des adolescents et jeunes et la réalisation des buts de la CIPD et de l'OMD5 : Renforcement du plaidoyer et du dialogue de politique pour la prise en compte des liens réciproques entre la dynamique de la population et les besoins et droits des femmes, des jeunes (y compris les adolescents), dans les domaines de la santé sexuelle et reproductive (y compris la planification de la famille), l'égalité des sexes.		

La logique d'intervention du Fonds dans ce programme est parfaitement alignée sur le Plan stratégique de l'UNFPA 2014-2017 et repose sur quatre stratégies qui en sont des fondements en lien avec les produits et les effets : plaidoyer, renforcement des capacités, offre de services, Gestion des connaissances.

### 3.5. LA STRUCTURE FINANCIERE DU PROGRAMME

L'on peut noter que globalement, le budget du 7<sup>ème</sup> programme, en hausse constante, met en évidence une excellente capacité de mobilisation des fonds, comme le montre le tableau 4.

**Tableau 5 :** Budget total du 7<sup>ème</sup> programme en USD par année et source de financement (2012-2015)

Budgets (KK)	2012	2013	2014	2015	Total
<b>Ressources propres</b>	3 761 121	3 487 600	3 505 516	3 117 924	13 872 161
<b>Ressources mobilisées</b>	2 386 037	4 818 111	6 189 788	5 048 303	18 442 239
<b>Total</b>	6 147 158	8 305 711	9 695 303	8 166 227	32 314 399

Source: Project Budget Balance/Reporting Tools/ATLAS du 07 09 2015

Le programme de coopération (2012-2016) a un budget estimé pour la période 2012-2015 à 32 314 399 USD, dont 13 872 161 USD en ressources propres et 18 442 239 USD en ressources mobilisées. Les ressources propres représentent 43% du budget total, et les ressources mobilisées 57 %. Le tableau 5 donne la distribution de l'évolution des ressources mobilisées, qui ont augmenté entre 2012 et 2014, avant de connaître une inflexion en 2015. Inflexion que l'on peut relativiser, puisque les données sur 2015 sont encore partielles au moment de l'enquête. L'on peut donc légitimement supposer que cette augmentation va se poursuivre jusqu'en 2016.

Si la mobilisation des ressources est au-delà des prévisions, l'exécution du budget connaît quelques lacunes. Le tableau 5 montre qu'en moyenne le taux d'exécution reste inférieur à 75%.

**Tableau 6 :** Budgets (KK) et dépenses du 7<sup>ème</sup> programme par année

Rubriques	2012	2013	2014	2015	Total
<b>Budget</b>	6 147 158	8 305 711	9 695 303	8 166 227	32 314 399
<b>Dépenses</b>	5 362 853	5 998 542	6 797 795	5 851 869	24 011 059
<b>Exécution</b>	87%	72%	70%	72%	74%

Source: Project Budget Balance/Reporting Tools/ATLAS du 07 09 2015

Par ailleurs, la répartition du budget entre les trois composantes est déséquilibrée, comme le montre le tableau 7. Cette situation se justifie de la nouvelle orientation de l'UNFPA qui a fait de la baisse de la mortalité maternelle et néonatale au Sénégal, l'objectif prioritaire de ses interventions. L'on doit toutefois signaler, ici encore, un taux d'exécution en moyenne inférieur 75%, notamment en matière de santé de la reproduction et du genre, qui sont pourtant des secteurs sensibles, voire prioritaires du programme.

**Tableau 7:** Budget et dépenses par composante (P&D), SR, Genre) en USD et taux d'absorption sur la période 2012-2015

Rubriques	Population & Développement	Santé de le Reproduction	Genre	Management	Total (USD)
<b>Budgets</b>	3 087 121	21 763 865	2 929 388	4 534 024	32 314 399
<b>Dépenses</b>	2 689 447	15 452 419	1 998 252	3 870 941	24 011 059
<b>Taux d'utilisation</b>	87%	71%	68%	85%	74%

Source: Project Budget Balance/Reporting Tools/ATLAS du 07 09 2015



L'on note par ailleurs que le Sénégal, pays à revenu intermédiaire, a adopté dans ce programme, l'approche cluster<sup>18</sup> qui attribue la plus grande part du budget à la santé de la reproduction et planification familiale<sup>19</sup>. Le taux global d'absorption (qui désigne le niveau cumulé d'absorption des ressources) de 74% s'explique surtout par les nombreux blocages qu'a connus la mise en œuvre du programme au cours de cette période. En particulier, le gap entre le budget et les dépenses dans la composante SR peut s'expliquer par le retard accusé dans la mise en œuvre des activités, notamment en 2013-2015. Toutefois, les taux globaux d'absorption des différentes rubriques ne traduisent pas toute la réalité, puisque le programme a encore au moins une année d'exécution.

---

<sup>18</sup> Approche intégrée et multisectorielle.

<sup>19</sup> UNFPA, *Plan Stratégique 2014-2017 : Modalités de financement*, Rapport du Directeur Exécutif (DP/FPA), décembre 2013.

## CHAPITRE IV : REPONSES AUX QUESTIONS D’EVALUATION ET CONSTATS

### 4.1. REPONSE A LA QUESTION D’EVALUATION SUR LA PERTINENCE

*Question d’évaluation 1: Dans quelle mesure le programme : (i) a répondu aux besoins des groupes cibles, (ii) est en cohérence avec les priorités nationales déclinées dans les cadres stratégiques nationaux et internationaux de développement et (iii) est en mesure de répondre efficacement aux changements intervenus dans le contexte national, y compris les situations d’urgence ? [QE1]*

#### **Constats/Résumé de la réponse à la question de la pertinence (QE1)**

Les trois composantes du programme prennent suffisamment en compte les besoins des populations cibles : elles intègrent les priorités nationales et restent alignées aux cadres nationaux et internationaux de développement.

La Composante SR du programme est en congruence avec les orientations nationales du Gouvernement déclinées dans la stratégie décennale 2014-2023 du Plan Sénégal Emergent (PSE) et le PNDS 2009-2018.

Les besoins des populations cibles en matière de santé de la reproduction sont pris en compte à travers les activités relatives à : (i) la promotion de la santé de la reproduction et VIH/SIDA, la promotion de la PF, le dépistage volontaire du cancer du col de l’utérus ; (ii) l’implication des adolescent(e)s/jeunes dans les programmes via les réseaux nationaux des adolescents et jeunes en population et développement ; (iii) la lutte contre les fistules obstétricales.

Le programme s’inscrit également dans les orientations et priorités retenues par le Gouvernement et les instruments internationaux en matière de genre. L’UNFPA a effectivement soutenu les initiatives du gouvernement en faveur de l’équité et de l’égalité hommes-femmes au Sénégal au niveau stratégique (élaboration de la SNEEG 2005-2015), au niveau institutionnel (renforcement des institutions nationales).

La prise en compte des questions de population dans la planification du développement, concernant l’axe population et développement, intègre les besoins des utilisateurs des données au niveau central, régional et local d’une part. Elle permet aussi d’élaborer des politiques de développement basées sur des évidences, qui répondent aux engagements du Gouvernement du Sénégal en rapport avec les objectifs de la CIPD et à l’atteinte des OMD.

Le programme a adapté sa réponse aux changements induits par le contexte économique, social et culturel du pays et le Plan stratégique 2014-2017 de l’UNFPA. En outre, il a prévu des actions pour renforcer les capacités techniques des partenaires dans le cadre de la réponse aux inondations.

Le Programme est aligné sur les documents stratégiques du gouvernement du Sénégal, lesquels traduisent des besoins dont les priorités reposent en grande partie sur la réalisation des objectifs du millénaire pour le développement. Les 3 composantes du 7<sup>e</sup> Programme reprennent ces priorités. L’analyse par composante des besoins et priorités nationales montre que le programme a contribué à répondre efficacement aux changements intervenus.

#### **4.1.1 En matière de santé de la reproduction (SR)**

##### **➤ Alignement aux priorités nationales et intégration des besoins**

Les priorités nationales sont relatives aux OMD-santé. Les besoins identifiés, tels qu’ils ressortent des priorités nationales concernent : l’amélioration de l’accès de la qualité des services SSR, notamment chez les jeunes et adolescents ; la réduction de la mortalité maternelle(amélioration de la qualité des soins en périnataux et périnataux) et infanto-juvénile ; l’amélioration de la survie de l’enfant ; la réduction des avortements ayant des complications médicales ; la lutte contre les mutilations génitales féminines et les fistules obstétricales. Lorsqu’on

les résume, ces besoins concernent le renforcement du système de santé, l'amélioration de couverture sanitaire, ainsi que l'offre des services de soins dans zones pauvres.

La littérature consultée et les résultats des entretiens montrent bien que la Composante SR est en congruence avec les orientations nationales du Gouvernement, qui sont déclinées dans la stratégie décennale 2014-2023 du Plan Sénégal Emergent (PSE). Les axes prioritaires du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 2009-2018) s'organisent autour de la satisfaction des besoins sociaux de base, ainsi que la prise en charge de la santé de la mère et de l'enfant.

Un appui important du 7<sup>ème</sup> programme de coopération est orienté vers l'amélioration de l'accès aux services de SR, y compris la planification familiale de qualité, qui est une des priorités nationales. Au cours de ce programme, l'UNFPA a également investi dans l'amélioration de la prise en charge des urgences obstétricales en octroyant des équipements et matériels roulants, en renforçant les capacités du personnel de santé et en appuyant les initiatives communautaires, pour susciter la demande et l'offre de services de SR/PF. C'est ce que reconnaissent les acteurs (ECR, ECD et bénéficiaires) : « *l'UNFPA a beaucoup fait en matière d'équipement<sup>20</sup>* ». Cet avis largement partagé, se soutient des actions menées par l'UNFPA dans le domaine du renforcement des capacités des prestataires en matière de SR.

#### ➤ **Prise en compte des besoins des populations cibles**

Les populations cibles du programme sont identifiées par les stratégies nationales consignées dans le PNDS 2009-2018. Il s'agit principalement :

- des jeunes et les adolescents scolarisés, déscolarisés et non scolarisés à travers les Centres Conseils Ado (Centres Conseils Ado), les Espaces ado/Jeunes, les Points de Prestations de Services et les centres de formation (Centre de Formation Professionnelle) ;
- des mères et les nouveau-nés au niveau des structures sanitaires, les groupements de femmes ;
- des femmes en âge de procréer et les femmes vulnérables.

L'appui concerne également des interventions spécifiques de lutte contre les fistules obstétricales (FO), ainsi que les mutilations génitales féminines (MGF).

#### **4.1.2 En matière de genre et droits humains**

##### ➤ **Pertinence du 7<sup>ème</sup> programme en rapport avec les priorités des bénéficiaires**

Les priorités gouvernementales dans ce secteur, sont surtout relatives à l'organisation sociale, culturelle et juridique des rapports sociaux et de genre. Les questions de genre sont inhérentes aux thématiques de population et développement, ainsi qu'à celles relatives à la santé de la reproduction.

Le genre occupe une place stratégique dans le 7<sup>ème</sup> programme, où il fait l'objet d'une composante spécifique. Il adresse ces questions de manière transversale, en tenant compte de leur application à la santé sexuelle et reproductive, en référence aux conditions de vie des cibles, de leur situation et position sociale. Les variables clés de l'approche genre, (la division sexuelle du travail, l'accès, le contrôle et la participation), sont intégrées dans les stratégies d'intervention du programme, pour une réponse plus adaptée aux besoins sexo-spécifiques des bénéficiaires.

##### ➤ **Adéquation du 7<sup>ème</sup> programme avec les orientations des cadres nationaux et internationaux relatifs à l'égalité des sexes, la promotion et protection de la femme et la fille.**

La composante Genre intègre les grandes orientations de la SNEEG, à la fois aux plans stratégique et opérationnel. Elle tient compte des engagements régionaux et internationaux du Sénégal en faveur de l'égalité des sexes, la promotion, la protection des femmes, des filles et des groupes vulnérables, tels que la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, les Programmes d'action de la CIPD et de Beijing, les objectifs du Millénaire pour le développement, la Convention du Protocole de Maputo relatif à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples concernant les droits des femmes en Afrique.

<sup>20</sup>Propos d'un membre de l'ECR Matam, Tambacounda

La composante Genre est en cohérence avec le document cadre stratégique national pour l'équité et l'égalité de genre. Plusieurs résultats d'effet mettent s'y inspirent : i) l'effet 1 sur l'adoption par toutes les populations de comportements, attitudes et pratiques favorables à l'équité et à l'égalité de genre ; ii) l'effet 2 relatif à la promotion de l'égalité de jouissance par les hommes et des femmes de leurs droits fondamentaux ; iii) l'effet 3 sur le renforcement de l'autonomie économique des femmes.

La reconnaissance de la valeur ajoutée du genre au développement durable est affirmée par le PSE dans ses principes directeurs, qui donnent une priorité à la promotion de l'équité et de l'égalité de genre. En outre le renforcement des capacités des institutions et des collectivités locales à intégrer le genre dans les politiques publiques, l'amélioration du dispositif juridique de protection des femmes et des petites filles, y compris la lutte contre les violences basées sur le genre (VBG) et le renforcement du leadership des femmes soulignent l'importance accordée au genre.

#### **4.1.3 En matière de population et développement**

Les besoins des groupes cibles spécifiques de cette composante sont résumés dans les différents documents stratégiques du Gouvernement du Sénégal, relativement à la réduction de la pauvreté, l'emploi des jeunes, l'éducation, qui a en perspective la réduction des inégalités de genre.

##### ➤ ***Prise en compte des besoins en données sociodémographiques pour la planification du développement***

Le 7<sup>ème</sup> programme a joué un rôle important pour satisfaire les besoins en données sociodémographiques à des fins de planification, en appuyant le recensement général de la population en 2013. Il a en outre contribué au renouvellement de stock des données exhaustives dans les domaines économique, social et démographique, à la production d'informations relatives aux NTIC, aux analyses sur la pauvreté, au suivi et évaluation des politiques et programmes de développement. Il s'est fortement impliqué dans réalisation des EDS-continues depuis 2013. Le programme prend également en compte les besoins des femmes, des jeunes et des adolescent-e-s, en lien avec la santé maternelle et l'égalité des sexes. Des efforts sont faits pour produire des données permettant une meilleure connaissance des besoins des jeunes et des femmes en matière de santé de la reproduction et de planification familiale.

##### ➤ ***Prise en compte des priorités nationales***

Ce qui vient d'être dit plus haut montre que les priorités nationales ont été prises en compte dans l'appui à la production des données dans les différents domaines cités. Le programme répond ainsi aux priorités nationales de suivi-évaluation des stratégies d'éducation, de santé, des politiques d'habitat, d'urbanisation, d'environnement, de protection sociale, etc.

##### ➤ ***Adéquation avec les cadres nationaux et internationaux en matière de population et développement***

L'on observe une parfaite adéquation avec le programme d'action de la CIPD, qui préconise la prise en compte des liens entre la population et le développement socioéconomique. Les questions relatives à l'éducation, l'emploi, la santé de la reproduction, la migration, les réfugiés et les personnes déplacées, sont adressées avec pertinence, ainsi que la mise en relation des questions relatives à la population à celles liées à l'environnement et à l'égalité hommes-femmes. On note enfin une certaine intégration des facteurs démographiques aux politiques et aux questions sectorielles, pour la réduction de la pauvreté.

#### **4.1.4 En termes de capacité de réponse**

La capacité de réponse de l'UNFPA a été manifeste dans l'accompagnement du Gouvernement du Sénégal à mettre en œuvre les priorités nationales liées à la mortalité maternelle, la planification familiale, les grossesses d'adolescentes, les mariages précoces, les mutilations génitales féminines, la disponibilité de données pour la planification du développement. L'UNFPA a adapté sa réponse aux changements induits par le contexte économique, social et culturel du pays. Ce dont témoigne la révision du Plan Stratégique de l'UNFPA 2014-2017, qui s'aligne au Plan Sénégal Emergent. En faisant la promotion de l'approche communautaire, le Fonds a adapté sa réponse aux changements du contexte socioculturel qui a une forte influence sur les comportements démographiques dans toutes ses zones d'intervention. La capacité de réponse de l'UNFPA aux changements des contextes national et international, s'est en outre révélée par le plaidoyer développé sur le dividende

démographique, qui a abouti à une appropriation nationale rapide de ce concept. Cette capacité de réponse s'est aussi vérifiée dans la prise en compte par le Fonds des changements opérés dans la politique économique du Sénégal.

La contribution de l'UNFPA au programme d'appui au suivi du Plan Sénégal émergent (PASPSE) prouve à suffisance son adaptation constante à l'évolution du pays. Même si le Sénégal ne connaît pas de situation de crise, le programme a prévu des actions pour renforcer les capacités techniques des partenaires afin que les questions de population, de santé reproductive et d'égalité des sexes soient prises en compte dans le système global de préparation aux situations d'urgence, d'intervention, de transition et de relèvement, conformément aux orientations de la Résolution 1325 du Conseil de sécurité des Nations Unies sur la protection des femmes et des enfants en situations de conflit.

## 4.2. REPONSE A LA QUESTION D'EVALUATION SUR L'EFFICACITE

*Question d'évaluation 2 : Dans quelle mesure les résultats prévus dans chacune des trois composantes ont-ils été ou seront-ils en passe d'être atteints, grâce aux activités et stratégies développées au cours de la mise en œuvre du 7ème Programme, y compris en situation d'urgence?* [QE2]

L'analyse de l'efficacité est faite dans les 03 composantes Santé de la reproduction, Genre et droits humains, Population et développement, sous les 05 produits du cadre de résultats, avec les indicateurs y relatifs.

### 4.2.1 Santé de la reproduction (SR)

**Produit 1 : Les structures sanitaires des zones couvertes offrent le paquet complet de services intégrés de planification familiale, de santé maternelle et néonatale de haute qualité, IST/VIH, y compris en situation d'urgence humanitaire**

#### **Constats/Résumé de la réponse de l'efficacité (QE2) sous le produit 1**

Les résultats observés concernant le produit 1, sont positifs dans l'ensemble. Les activités de renforcement des capacités des prestataires dans le domaine des SONU et de la technologie contraceptive, axée sur les méthodes longue durée, la dotation des structures en équipements et matériel roulant, ont contribué à améliorer la disponibilité services de SR/PF de qualité dans les zones d'intervention de l'UNFPA. Des progrès ont été observés sur la prévalence contraceptive qui a légèrement augmenté (ex. : augmentation d'environ 4% à Matam et St-Louis entre 2010 et 2014 et 5% à Tamba et Louga sur la même période). Par rapport aux cibles de 2014, seule Louga n'a pas atteint le résultat attendu en 2014 (86%).

La couverture en CPN4 reste faible dans 3 des 4 régions de la zone de concentration et mérite une attention particulière de la part de toutes les parties prenantes (DSRSE, UNFPA, RM et DS). Cette situation pourrait s'expliquer par le démarrage tardif des consultations et/ou les difficultés de suivi de toute la série par les femmes. La performance relative aux accouchements assistés est globalement insuffisante. Ce résultat confirme la persistance du problème des ressources humaines qualifiées évoqué par les acteurs de la santé.

La réparation des fistules obstétricales est en hausse, mais reste en dessous des attentes. Des efforts doivent être soutenus pour prendre en charge plus de femmes vivant avec la fistule, tout en renforçant leur accompagnement psychosocial. L'on relèvera une préoccupation par rapport à la planification du fait du dépassement excessif de certaines prévisions par les réalisations, de l'absence de certaines cibles et de données des réalisations de certaines années ; toutes choses qui débouchent sur une lisibilité insuffisante de la performance.

Compte tenu du niveau d'activités réalisées, on peut dire que le produit 1 est en mesure de contribuer à l'effet du programme pays qui prône "La disponibilité et l'utilisation des services intégrés de qualité de santé sexuelle et reproductive (y compris la planification familiale, la santé maternelle et le VIH) qui prennent en compte le genre et les droits humains accrues."

Mais des gaps restent à couvrir, notamment concernant, les formations, la couverture en CPN4 et les accouchements assistés, la prise en charge de la fistule obstétricale.

Une assistance humanitaire aux victimes des inondations a été mise en œuvre, avec la formation de prestataires sanitaires et agents communautaires sur le DMU et l'équipement de formations sanitaires, mais l'intégration de la SR dans le plan national d'urgence reste un défi.

### Evolution du produit 1 :

Le produit 1 du cadre de résultats 2015-2016 était initialement le produit 2 du CPAP2012-2016. Ce changement traduit la volonté d'inscrire la planification familiale comme stratégie et option dans la lutte contre la mortalité maternelle et néonatale.

### Indicateurs du produit 1

Dans le nouveau cadre de résultats 2015-2016, un effort de quantification de la situation de référence et des cibles à atteindre a été fait comme l'indique le tableau ci-après.

**Tableau 8** : Résultats atteints en 2014 et cibles 2012-2016 sur les indicateurs du produit 1

Indicateurs	2013 Baselin e	Cible 2014	Cible 2015	Cible 2016	Cible atteinte en 2014	Performa nce en 2014
Nombre de protocoles et standards destinés au personnel de santé relatifs à la fourniture de SSS et Reproductive de qualité pour les adolescents et jeunes mis en œuvre.	2	2	2	2	2	100%
Nombre de plans de contingence humanitaire qui répondent aux besoins en matière de SSR des femmes, adolescents et jeunes, y compris les services destinés aux survivants de violence sexuelle durant les crises.	0	0	1	1	1	ND
Nombre de structures sanitaires offrant des SONU de base dans les zones d'intervention du programme.	10	32	54	76	167	522%
Nombre de personnels formés en SONUB/C dans les zones d'intervention du programme.	102	156	162	172	112	72%
Taux de couverture en CPN4	50%	55%	62%	70%	48%	87%

Source : Cadre de résultats 2015-2016 et rapports de progrès 2014

Ce tableau 8 montre clairement que 3 cibles sur 5 définies dans le cadre de résultats ont été atteintes pour l'année 2014. L'indicateur relatif au nombre de structures sanitaires offrant des SONU de base dans les zones d'intervention du programme présente un résultat exponentiel d'où des préoccupations sur la rationalisation de l'analyse situationnelle et la planification. Seuls le taux de couverture en CPN4 (48% contre 55% attendu en 2014) et le nombre de personnels formés en SONUB (72%), parmi les indicateurs du Produit 1, restent en dessous des attentes. A cet effet, il conviendrait d'intensifier et de renforcer des actions dans ces domaines.

### Stratégies d'intervention

Les stratégies d'intervention de ce produit sont :

- La coordination des différentes interventions en SR ;
- Le renforcement des compétences, la supervision et l'amélioration du plateau technique ;
- La promotion des services SR/PF par le plaidoyer ;
- La mise en œuvre du plan de sécurisation des produits de SR, la poursuite des interventions dans le cadre du repositionnement de la PF et de l'initiative Badjènu Gox au niveau communautaire ;
- Le renforcement des capacités des équipes cadres ;
- Le renforcement de l'engagement et du leadership au niveau national pour la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelle et néonatale.

### Réalisations pour l'atteinte des résultats

Sur la période de mise en œuvre examinée, les réalisations du produit 1 se situent à plusieurs niveaux :

- **Des Protocoles et standards pour améliorer la pratique des prestataires<sup>21,22</sup>**

<sup>21</sup>Politiques, Normes et Protocoles, 2012, Ministère en charge de la santé..

La cible concernant 2 politiques, normes et protocoles a été réalisée en 2014 :1/ le document de référence sur les Politiques, Normes et Protocoles (PNP) est disponible et sert de cadre pour l'application des directives nationales en matière de SR/PF. Ce document a fait l'objet d'une large diffusion et d'un partage avec les prestataires des zones couvertes par le 7<sup>ème</sup> programme ; 2/la Direction de la Santé de la Reproduction et de la Survie de l'Enfant a mis au point un guide de stratégie de notification des cas de décès maternels et néonataux/riposte en 2013, pour appuyer les activités de surveillance des décès maternels, 3/un plan national stratégique pour la santé de la reproduction des adolescents/jeunes intégrant les dernières révisions et l'aspect genre et le plan national de sécurisation des produits SR/PF font partie des résultats enregistrés.

- **Un plan de contingence humanitaire opérationnel qui entre dans le dispositif de prise en charge des problèmes de SR, conformément aux objectifs retenus dans le cadre de résultats 2015-2016**

Il s'agit de la mise en œuvre du projet national d'assistance humanitaire aux victimes des inondations. L'emergency Fund Report de UNFPA indique : (i) le renforcement des capacités de Quarante (40) prestataires formés sur le Dispositif minimum d'urgence (DMU) ; (ii) la dotation des centres de santé de 3 districts, établissement sanitaire de référence et Centre Conseil Adolescent de Mbour de 72 kits accouchements et césariennes (dont 2 kits césariennes, 65 kits d'accouchement et 5 kits IST) ; (iii) la distribution de 600 kits dignité aux femmes en âge de reproduction ayant perdu leurs biens dans les inondations. (Source : L'emergency Fund Report de UNFPA).

Dans le contexte actuel du Sénégal, le volet humanitaire revêt une importance capitale au regard de la situation d'urgence générée par les inondations dans plusieurs localités des zones d'intervention du programme, et à Dakar. L'UNFPA, en collaboration avec le Système des Nations Unies, a élaboré un projet national d'assistance humanitaire aux victimes des inondations récurrentes. Dans cette perspective, du matériel et des équipements ont été offerts au Gouvernement via les structures sanitaires; 14 agents de santé ont été formés sur le « Dispositif Minimum d'Urgence » humanitaire ; le plateau technique des structures de référence a été amélioré pour la prise en charge des femmes enceintes dans les zones inondées, avec la mise en place de kits d'accouchement et de césarienne. Le défi majeur reste l'intégration de la SR dans le plan national d'urgence.

- **Un accroissement des Soins Obstétricaux Néonataux d'Urgence (SONU)**

En 2014, 167 structures sanitaires, avec l'appui de l'UNFPA, ont offert des SONU de base dans la zone d'intervention du programme sur une cible de 32, soit un taux de réalisation 524,9%. (Résultats des entretiens des évaluateurs avec les prestataires).

L'UNFPA a contribué à la construction et à la réhabilitation des blocs SONU dans des structures de référence, à la dotation d'équipements et matériel roulant. Les districts sanitaires de la région de Louga, de Tambacounda, ont reçu des ambulances pour améliorer la référence et la contre référence. L'appui de l'UNFPA a permis en outre d'équiper 65 postes de santé, 10 centres de santé, 2 hôpitaux (Louga et Linguère) en aspirateurs électriques (12), aspirateurs manuels (40), Stérilisateurs à pression (50), Tables d'accouchement (18), Kits d'accouchement (40) et Kits d'insertion / DIU (40) dans la région de Louga en 2013. En 2014, la région de Tamba a bénéficié de l'appui en matériel : 26 lits hospitalisation, 54 Tables d'accouchements, 40 Blocs tiroirs dossiers PF, 5 Dopplers, 58 Motos lifan, 18 Réfrigérateurs, 18 Tables d'exams, 45 vélos ASBC ; tandis que Louga a reçu : 5 ambulances tout terrain, 60 tables d'accouchement, 60 lits de maternité, 6 Appareils d'échographie, 8 Aspirateurs chirurgicaux, 20 kits AMIU (Source : rapports annuels 2013/2014 des Experts régionaux du Programme à Tamba et à Louga). La dernière enquête sur les SONU montre que 50% des structures offrent des SONU de base. Parmi les structures de référence (CS, EPS et cliniques) 86,7% offrent de SONU complets. Certains blocs (Kanel, Ranérou, Koumpentoum et Goudiry) connaissent encore des dysfonctionnements du fait de la carence en matériel et/ou personnel pour la prise en charge.

Cet appui multiforme a contribué au relèvement du plateau technique et à l'amélioration du système de référence/contre référence dans les zones d'intervention (Sources : Résultats des entretiens avec les prestataires, rapport enquête SOU 2014).

---

<sup>22</sup>Cadre de résultats 2015-2016 du programme.



- **Vers une amélioration des indicateurs de santé maternelle**

L'amélioration de la situation de la santé maternelle est perceptible à travers la capacité de prise en charge des questions de SR par des prestataires de santé, l'augmentation des niveaux de prise en charge des accouchements par un personnel qualifié, la réalisation des césariennes, la consultation prénatale, l'utilisation de la contraception moderne.

- **Constitution d'une masse critique de prestataires formés en SONUB/C**

En 2014, 112 prestataires ont été formés en SONUB/C sur une cible de 156, soit un taux de réalisation de 72%. L'UNFPA a investi dans la formation du personnel en soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) et de SONUB. Sur les Soins Après Avortement (SAA), 101 prestataires ont ainsi été formés, sur une cible de 159, entre 2012 et 2014, ce qui correspond à un taux de réalisation de 63,5%. Le programme a aussi formé en technologie contraceptive, avec un focus sur les méthodes longue durée : 413 personnes ont été formées entre 2012 et 2014 sur cible de 513, soit un taux de réalisation 80,5%.

Le tableau 8 ci-après donne un bilan exhaustif du nombre des prestataires formés dans ces différents domaines.

La lecture de ce tableau permet de faire les analyses suivantes, par rubrique de formation.

- Formation Technologie contraceptive/Méthodes Longue durée

31 personnes sur une cible de 61, ont été concernées par cette formation, soit un taux de réalisation de 50,8% en 2012. En 2013, 329 personnes ont été formées sur une cible de 335, constituant un taux de réalisation de 98,2%. En 2014, 53 personnes sur 117 ont été formées, avec un taux de réalisation de 45,3%.

- Formation Soins après avortement

36 personnes ont été formées sur une cible de 92 en 2012, avec un taux de réalisation de 39, 1%. En 2013, 12 personnes sur 12 ont été formées, réalisant 100% des cibles. Enfin, en 2014, 53 sur 55 ont été formées, pour un taux de réalisation de 96,3%.

- Formation SPMN/GATPA

Ces formation ont été parcellaires et n'ont concerné que Matam et Louga. 27 personnes ont été formées en 2012, sur une cible de 127, soit un taux de réalisation de 21,3%.

- Formation échographie

Les données disponibles ne concernent que Tamba, et Popenguine en 2012. Aucune cible n'a été définie en 2013. Les rapports ne fournissent pas de réalisation en 2014.

- Formation SOU/B

72 personnes ont été formées sur une cible de 116 en 2012, soit un taux de réalisation de 60,1%. Les années 2013 et 2014 ont enregistré un taux de réalisation de 100%.

Au total, concernant l'ensemble des formations, en 2012, 137 personnes ont été formées sur une cible de 402, avec un taux de réalisation de 34, 1%. En 2013, 371 personnes ont été formées, sur une cible de 377, soit un taux de réalisation de 98,4%. Enfin, en 2014, un total de 115 personnes a été formé sur une cible de 195, soit un taux de réalisation de 59%.

On peut donc conclure que le programme n'a généralement pas atteint ses cibles en termes de formations. Toutefois, le faible taux de réalisation enregistré en 2012 est lié au fait que les Fonds ont été reçus avec beaucoup de retard pour Louga, Matam et ST Louis.

Malgré ces chiffres en deçà des prévisions, on a pu observer que les activités de renforcement des capacités des prestataires (sages-femmes, infirmiers, notamment) ont contribué à l'augmentation de l'offre et l'utilisation des services de SR /PF, avec un accent sur les méthodes longue durée d'action, les soins obstétricaux et néonataux d'urgence, dans les régions périphériques cibles du programme (exemple : le taux de prévalence contraceptive passe de 16% en 2013 à 20% en 2014 (cible visée) (Cf. EDS-C, 2014).

**Tableau 9 : Personnel de santé formé de 2012 à 2014**

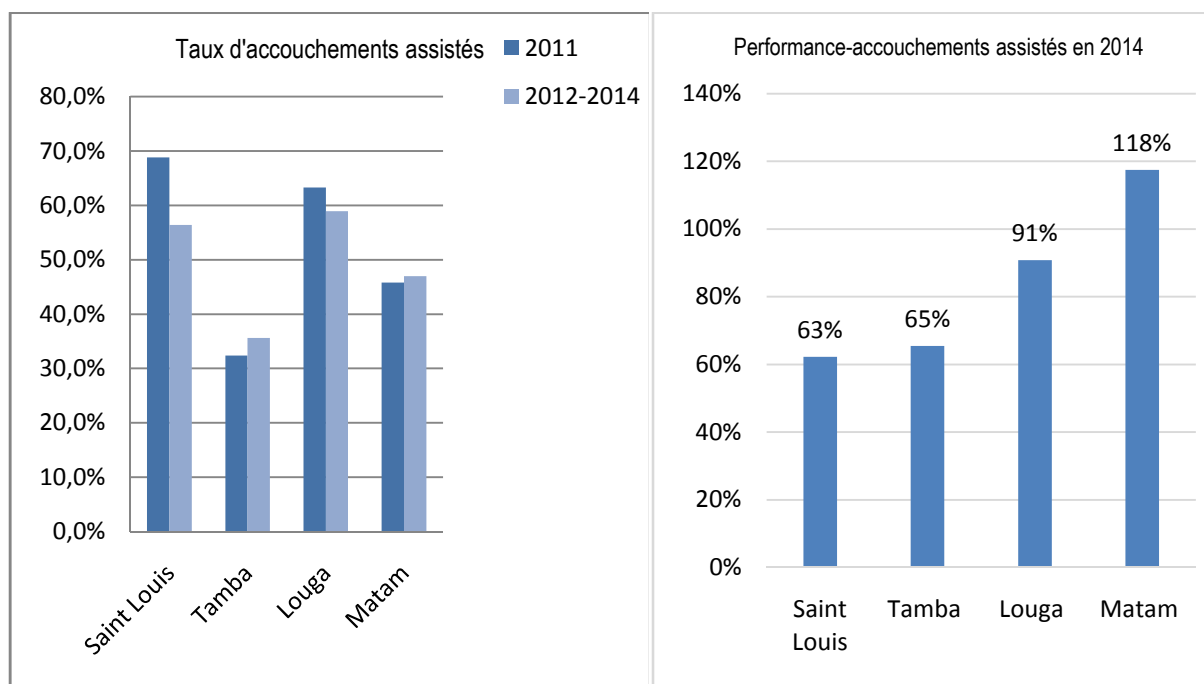
Type de formation	cible 2012		réalisation 2012		cible 2013		réalisation 2013		cible 2014		réalisation 2014	
	nbre	Bénéficiaire	nbre	Bénéficiaire	nbre	bénéficiaire	nbre	Bénéficiaire	nbre	bénéficiaire	nbre	bénéficiaire
<b>Formation Technologie contraceptive/Méthodes Longue durée</b>	12	Tamba	12	Tamba	88	Tamba, Matam, Louga, ST Louis	40	Tamba	82	Matam	32	Matam
	6	Matam	19	Popenguine	77	Tamba, Matam, Louga, ST Louis	70	Matam	24	ST Louis	12	ST Louis
	6	Louga			40	Matam	116	Louga	11	Popenguine	9	Popenguine
	12	Popenguine			80	Louga	98	ST Louis				
	25	ST Louis			50	ST Louis	5	Popenguine				
<b>sous/total</b>	<b>61</b>		<b>31</b>		<b>335</b>		<b>329</b>		<b>117</b>		<b>53</b>	
<b>Formation Soins après avortement</b>	6	Matam	0	Matam	12	Tamba	12	Tamba	22	Matam	22	Matam
	40	Louga	0	Louga					25	Louga	25	Louga
	20	Tamba	20	Tamba					8	Popenguine	6	Popenguine
	16	Popenguine	16	Popenguine								
	10	ST Louis	0	ST Louis								
<b>sous/total</b>	<b>92</b>		<b>36</b>		<b>12</b>		<b>12</b>		<b>55</b>		<b>53</b>	
<b>Formation SPMN/GATPA</b>	27	Matam	27	Matam								
	100	Louga		0								
<b>sous/total</b>	<b>127</b>		<b>27</b>									
<b>Formation échographie</b>	6	Tamba, Popenguine	7	Tamba, Popenguine					13	Tamba, Matam	0	Tamba, Matam
<b>Formation SOU/B</b>	52	Tamba	52	Tamba	20	Matam	20	Matam	10	ST Louis	10	ST Louis
	40	Louga	0	Louga	10	ST Louis	10	ST Louis				
	20	ST Louis	20	ST Louis								
	4	Popenguine										
<b>Sous-total</b>	<b>116</b>		<b>72</b>		<b>30</b>		<b>30</b>		<b>10</b>		<b>10</b>	
<b>Total</b>	<b>402</b>		<b>137</b>		<b>377</b>		<b>371</b>		<b>195</b>		<b>116</b>	

Source : Plans de travail du CEFOREP 2012-2014, Rapports de progrès de CEFOREP 2012-2014, Rapports des Experts Régionaux 2012 à 2014, Rapports des partenaires d'exécution, 2012-2014

○ **Accouchements assistés par du personnel qualifié**

La figure ci-dessous donne les diagrammes des taux d'accouchement assisté par région dans la zone d'intervention. Quoique l'évolution des indicateurs ici soit le fruit de la contribution de plusieurs acteurs, elle permet d'apprécier la contribution de l'UNFPA dans l'atteinte des cibles dans la zone de concentration du programme (Saint Louis, Louga, Matam, Tamba).

**Figure 1** : Evolution du taux d'accouchements assistés par région entre 2011 et 2014 dans la zone de concentration et performance pour cet indicateur en 2014



Source : EDS-MICS 2010/2011 et EDS-C 2012/2014

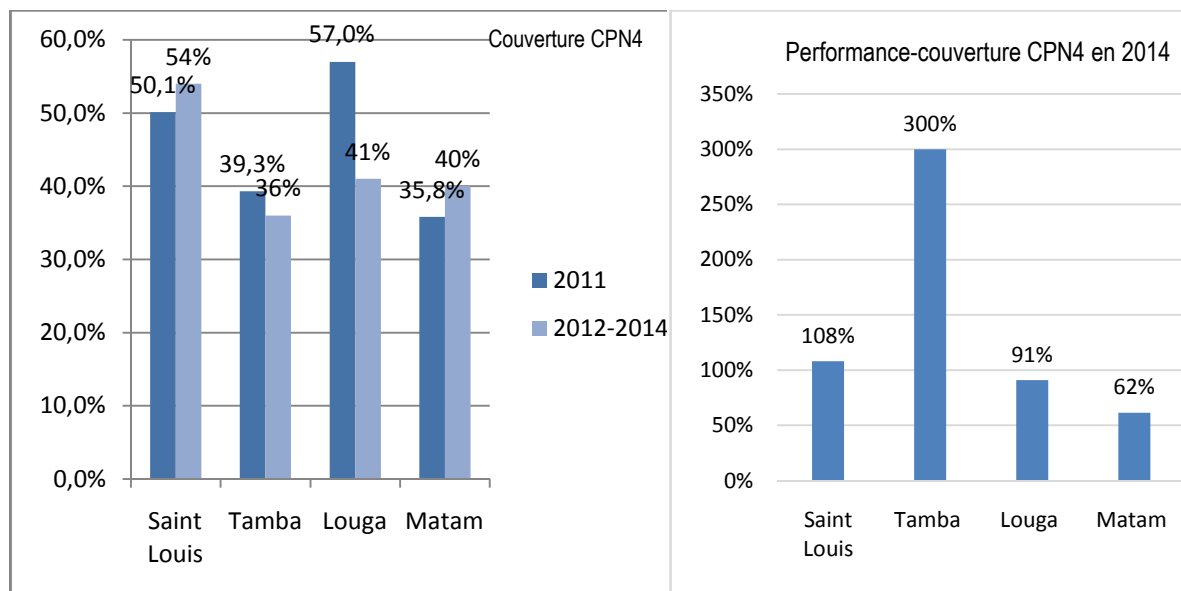
Source : Plan de travail 2014 du Ministère en charge de la santé

La figure ci-dessus montre, sur la base des valeurs moyennes des résultats, que les accouchements assistés ont connu une évolution mitigée dans les régions d'intervention entre 2010/2011 (Situation de référence) et la période 2012/2014. Seules les régions de Tambacounda (où les indicateurs sont passés de 32,4% à 36%, soit une hausse de 3,6 points de pourcentage) et Matam (qui a connu une évolution de 45,8% à 47%, soit une hausse de 1,2%), ont connu une légère hausse des indicateurs. Malgré cette hausse observée des indicateurs, la situation reste largement inférieure à la moyenne nationale (qui a connu elle-même une involution de 65,1 % en 2010/2011 à 59,1% en 2014). A Saint Louis (de 68,8% en 2010/2011 à 56% sur la période 2012/2014, soit une baisse de 12,8%) et Louga (de 63,3% en 2010/2011 à 59% sur la période 2012/2014, soit une baisse de 14,3 points de pourcentage), les accouchements assistés ont connu une involution. Mais le taux dans ces deux sites restent plus proche de la moyenne nationale.

Lorsqu'on compare les chiffres de la période 2012/14 aux cibles 2014 : Saint Louis : 90% ; Tamba : 55% ; Louga : 65% ; Matam : 40% (Source : Plan de travail 2014 du Ministère en charge de la santé), l'on note que la performance est globalement insuffisante. Les prévisions n'ont été atteintes ou dépassées que dans le site de Matam (118%). Quant aux autres localités, les cibles n'ont pas été atteintes. La performance par site a été de 63% à St Louis ; 65% à Tamba et 91% à Louga. Compte tenu du lien entre un accouchement de qualité et l'évolution des indicateurs de complications obstétricale, ainsi que de mortalité maternelle, il convient pour l'UNFPA d'intensifier son appui dans ce secteur, notamment, par une formation plus intensive du personnel sanitaire dans ce domaine.

○ **Une progression moyenne de la couverture en consultations prénatales (CPN4)**

**Figure 2** : Evolution de la couverture en CPN4 par région entre 2011 et 2014 dans la zone de concentration et performance pour cet indicateur en 2014



Source : EDS-MICS 2010/2011 et EDS-C 2012/2014

Source : PTA 2014 du Ministère en charge de la santé.

La couverture en CPN4 a connu une évolution positive à Saint Louis (de 50,1% en 2010/2011 à 54% en 2012/2014, soit une hausse de 2,9%) et à Matam (de 35,8% à 40%, soit une hausse de 4,2%). Par contre, on a observé une baisse des indicateurs dans les régions de Louga (de 57% à 41%, soit une baisse de 6 points) et de Tamba (de 39,3% à 36%, soit une baisse de 3,2 points). Seule la région de Saint Louis a enregistré un taux supérieur à la moyenne nationale de 2014 (48%).

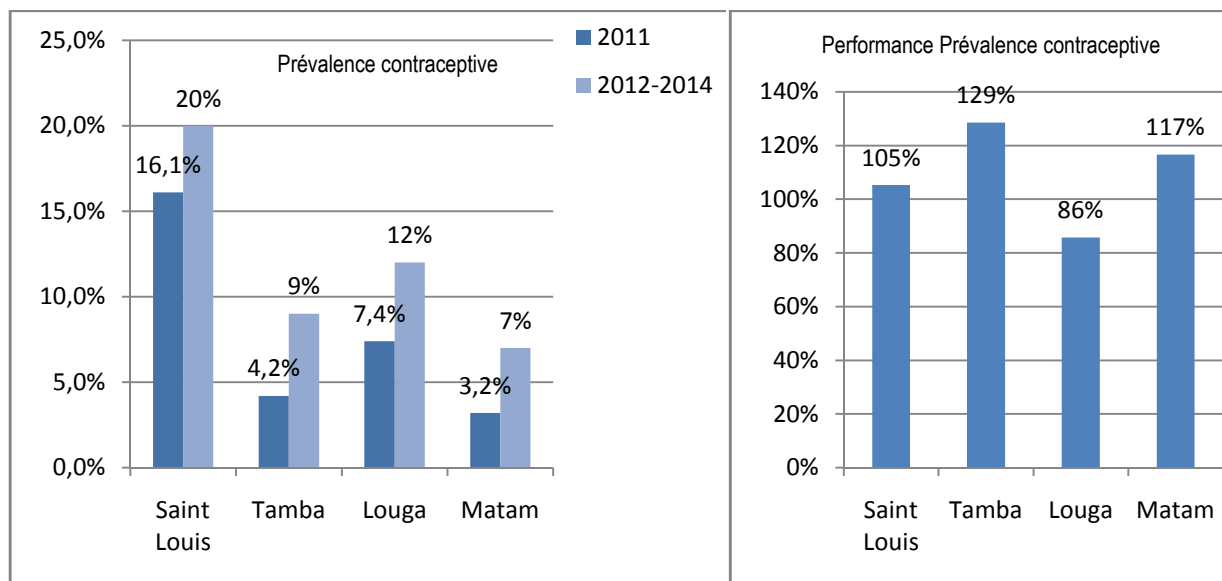
Sur la base des cibles 2014<sup>23</sup> (Saint Louis : 50% ; Tamba : 12% ; Louga : 45% ; Matam : 65%), la performance a été mitigée avec sites deux sites où les cibles sont dépassées, avec une performance de 108% et 300% (St Louis et Tamba respectivement) ; et deux autres où les prévisions ne sont pas atteintes ; avec une performance de 91% et 62% (Louga et Matam respectivement). La performance de Tamba est liée à une mauvaise estimation de la cible avec des données incomplètes. En définitive, l'évolution de la couverture en CPN4, reste largement à améliorer par rapport aux cibles et/ou à la moyenne nationale. Ce qui suggère que l'UNFPA doit intensifier son appui/les efforts dans ce secteur pour renverser la tendance et combler les gaps (atteindre ses cibles) d'ici 2017.

○ **Prévalence contraceptive : des efforts qui commencent à donner des résultats**

La figure ci-dessous donne une évolution du taux de prévalence contraceptive dans les différentes zones d'intervention.

<sup>23</sup> Plan de travail 2014 du Ministère en charge de la santé.

**Figure 3** : Evolution du taux de prévalence contraceptive par région entre 2011 et 2014 dans la zone de concentration et performance pour cet indicateur en 2014



Source : EDS-MICS 2010/2011 et EDS-C 2012/2014

Source : PTA 2014 du Ministère en charge de la santé.

Le taux de prévalence contraceptive augmente aussi bien au niveau national qu'au niveau des régions d'intervention. Il est passé de 16% en 2010/2011 à 20% en 2012/2014 à Saint Louis (soit une évolution de 4 points) ; de 4,2% à 9% à Tamba sur la même période (ce qui traduit une hausse de 4,8%) ; de 7,4% à 12% à Louga (soit une hausse de 4,6%) et 3,2% à 7% à Matam (soit une hausse de 3,8%). Ce résultat est le fruit d'une conjugaison d'efforts consentis à tous les niveaux, où la contribution de l'UNFPA est essentielle.

Le taux de prévalence contraceptive attendu en 2014 était de 20%. Les cibles en 2014 étaient de 19% pour Saint Louis, 14% pour Louga, 6% pour Matam et 7% pour Tamba. La performance du programme par rapport aux cibles de 2014 a été de 105% à St Louis, 129% à Tamba, 86% à Louga et 117% à Matam.

Depuis le lancement de la campagne sur le repositionnement de la planification familiale, plusieurs actions d'envergure ont été menées pour relever le faible niveau des indicateurs de la PF :

- Le lancement officiel du Plan national de planification familiale 2012-2015 ;
- La mise en œuvre de la campagne nationale sur la PF ;
- La formulation du 1<sup>er</sup> Plan de sécurisation des produits SPSR ;
- La mise en place d'un cadre de concertation sur les produits SR/PF ;
- Le renforcement des capacités des prestataires sur les méthodes "longue durée" d'action notamment ;
- La mise en place par l'Etat d'une ligne budgétaire pour l'achat de produits contraceptifs ;
- La mise en œuvre de plusieurs stratégies d'offre de services au niveau communautaire.

o **Prise en charge des Fistules Obstétricales : une plateforme des interventions se met en place**

L'UNFPA appuie depuis 2014 la mise en œuvre du projet « Zéro Fistule », pour la prévention et la prise en charge des fistules obstétricales. Ce projet est mis en œuvre conjointement par les ONG AMREF-HealthAfrica et Tostan. La stratégie inclut la sensibilisation des communautés, le traitement chirurgical des femmes vivant avec une fistule, la formation du personnel de santé.

Le projet a relevé un grand défi par la coordination et la mise en place d'une plateforme qui regroupe tous les acteurs intervenant dans le processus de prise en charge. Malgré son franc succès, ce projet connaît quelques contraintes :

- L'insuffisante capacité d'hospitalisation au niveau des hôpitaux ciblés ;

- Les difficultés d'hébergement des femmes lorsqu'elles sont convoquées ;
- La non intégration dans le budget d'indemnités pour la prise en charge des ressources humaines chargées d'assurer la coordination, l'animation et le suivi des activités ;
- Les retards dans la mise en place des ressources financières. (*Country Office annual reports* 2012, 2013, 2014).

Ces difficultés sont les principales causes du fait que peu de cas de fistules ont été opérés : 150 en 2012 ; 145 en 2013 ; 64 en 2014 et 172 en 2015 (contre cibles de 100 en 2012 ; 100 cas en 2013 ; 145 cas en 2014 et 150 cas en 2015 24,25). Les cibles fixées sont assez modestes par rapport à l'ampleur du phénomène au Sénégal. De fait, au Sénégal, si l'on se réfère aux estimations faites sur l'incidence de la fistule, il est attendu chaque année près de 400 cas à prendre en charge. Or les réalisations du 7<sup>e</sup> programme de pays UNFPA plafonnent à 150 cas opérés en 2012, et les scores de performance par année sont de 150% (2012), 145% (2013), 44% (2014) et 114% (2015). Au regard de ces chiffres, on peut constater que l'objectif : « Zéro fistule » est loin d'être atteint.

**Produit 2 : Les institutions nationales, y compris la société civile sont outillées pour mener un plaidoyer et le dialogue de politique pour augmenter la demande et l'offre de contraceptifs modernes et améliorer les services de planification familiale de qualité, sans coercition/discrimination/ violence.**

#### **Constats/Résumé de la réponse à la question de l'efficacité (QE2) sous le produit 2**

Les résultats relatifs à ce produit sont redevables à l'adhésion aux stratégies à base communautaire, qui ont contribué à susciter la demande et à augmenter l'offre des services SR/PF. Dans le seul site de Saint Louis, on compte près de 700 associations villageoises. Pour celles des activités communautaires documentées, l'on a obtenu des performances moyennes au-dessus des prévisions.

La cible 2014 de l'indicateur clé sur la proportion de districts sanitaires appuyés couverts par les initiatives communautaires d'accroissement de la demande de SR/PF dans la zone d'intervention de l'UNFPA (90%) a été réalisée (95%). En revanche, l'offre souffre encore d'une occurrence importante des points de prestation de services affectés par les ruptures de stock des produits SR/PF (39%).

Du fait de cette performance limitée, l'on peut conjecturer que, compte tenu de l'importance des résultats de processus que réalise le dispositif communautaire, la présence des facteurs limitant, le produit présentera un niveau de réalisation juste appréciable au terme de 2015. Sans présenter une performance suffisante, le produit 2 contribue tout de même à l'effet du programme pays : " La disponibilité et l'utilisation des services intégrés de qualité de santé sexuelle et reproductive (y compris la planification familiale, la santé maternelle et le VIH) qui prennent en compte le genre et les droits humains accrues."

#### **Evolution du produit 2**

Le produit 2 du cadre de résultats 2015-2016, alors premier produit du CPAP 2012-2016, a connu une légère modification dans son contenu. Il est plus complet dans sa première formulation que dans la deuxième, qui met plus l'accent sur la planification familiale. Dans le cadre de résultats 2015-2016, un seul indicateur a été retenu pour apprécier le niveau d'atteinte du produit.

#### **Indicateur (et réalisation) du produit 2**

L'indicateur concerne la proportion de districts sanitaires appuyés couverts par les initiatives communautaires d'accroissement de la demande de SR/PF dans la zone d'intervention de l'UNFPA.

L'intervention est partie d'une situation de référence à 60% en 2013, avec une cible de 90% en 2014, qui a été réalisée (95%%, Source : PTA Ministère en charge de la santé, 2014 ; Résultats entretiens des évaluateurs).

<sup>24</sup>PTA Ministère en charge de la santé, 2012/2015 ;

<sup>25</sup>*Country Office annual reports* 2012, 2013, 2014

## Partenariat

Les partenaires contribuant à l'atteinte du produit 2 sont :

- WHEPSA (Women's Health, Education And Prevention Strategies Alliances) ;
- TOSTAN ;
- Maries Stopes Internationale (MSI) ;
- Association Sénégalaise pour le Bien-être Familial (ASBEF).

## Stratégies d'intervention

Trois (03) stratégies ont été déployées :

- Le renforcement des capacités des acteurs communautaires, pour d'une part susciter la demande, mais aussi accroître l'offre de services SR/PF dans les zones d'accès difficile ;
- l'accès aux services de SR/PF à travers les services de santé à base communautaire ;
- Le renforcement des caisses de solidarités, le plaidoyer, l'IEC/CCC et le suivi-évaluation.

## Réalisations pour l'atteinte des résultats

Les activités et les stratégies ont contribué à :

- **Une implication effective et progressive des leaders communautaires dans la prévention et la prise en charge des problèmes de SR/PF au sein de leurs communautés.**

**L'ONG WHEPSA, partenaire d'exécution de l'UNFPA**, a mis en place dans les régions ciblées, un dispositif communautaire autour du Poste de santé qui implique différents acteurs à la base :

- Les comités d'initiative et d'appui aux activités communautaires (CIAAC) ;
- Les agents de services à base communautaire (ASBC) ;
- Les relais religieux ;
- Les comités de maman/Badjènu Gox.

La quantification des effectifs des leaders à mobiliser et le suivi de l'évolution de tels effectifs n'ont pas été pris en compte dans le système de suivi.

Le tableau ci-après donne le nombre de ces différentes entités dans les régions de Saint Louis et Matam en 2014. Ces 02 zones étaient celles couvertes par l'ONG WHEPSA dont les données sont disponibles. Les données sur les autres sites n'étaient disponibles à la date de l'évaluation.

**Tableau 10** : Structures d'intervention mises en place dans les régions de Matam et Saint Louis en 2014

Désignation	Nombre	
	Matam	Saint Louis
Nombre de postes de santé couverts	51	42
Nombre de Comité d'Initiatives et d'Appui aux Activités Communautaires.	112	131
Nombre d'Associations de Services à Base Communautaire.	224	262
Nombre de comité des mamans.	224	262
Nombre de BadjènuGox.	78	195
Nombre de Relais religieux.	152	103

Source : WHEPSA, coordination de St Louis/Matam

Les activités menées grâce à la mise en place et l'animation des structures communautaires ont contribué à améliorer la santé à travers un recours accru aux soins d'urgence et un meilleur fonctionnement du système de

référence. Les résultats enregistrés concerne, entre autres, : (i) l'amélioration de la fréquentation des services de consultation pré et post natale dans les zones couvertes ; (ii) l'amélioration de l'utilisation des services de planification familiale dans les zones couvertes.

Le tableau ci-dessous présente l'évolution des cibles de la SR/PF au cours de la période 2012-2015.

**Tableau 11** : Situation des indicateurs de 2013 à 2015 dans la zone d'intervention de WHEPSA

Indicateurs	Baseline 2012	Cible 2013	Réalisation 2013	Cible 2014	Réalisation 2014	Cible 2015	Réalisation 2015	Performance Moyenne 2012-15
(a)Nombre de FAR parrainées par les comités de maman et référées vers les structures de santé (PF, CPN, Accouchement, CPON et IST.	2418	3143	2173	2824	2540	6096	1118	
Performance (a)			69%		90%		18%	59%
(b)Nombre de femmes, hommes jeunes référés vers les structures de santé (PF, CPN, Accouchement, CPON et IST) par les ASBC.	2792	3629	3008	3910	4109	ND	2672	
Performance (b)			83%		105%		ND	94%
(c)Nombre de plaquettes de pilules distribué (réapprovisionnement).	556	778	1749	2273	6277	2114	1246	
Performance (c)			225%		276%		59%	187%

Source : Coordination WHEPSA, Matam, 2015

NB/ la cible est « ND » lorsque l'indicateur n'est pas retenu dans les PTA.

Globalement, la performance est mitigée. Les cibles ne sont pas atteintes pour le tiers (1/3) des indicateurs. Sur les 3 indicateurs rapportés les taux de réalisation varient de 187% à 59%.

Le nombre de FAR parrainées par les comités de maman et référées vers les structures de santé, est resté inférieur aux cibles visées, pendant toutes les années de mise en œuvre, ainsi que le nombre de femmes, hommes jeunes référés vers les structures de santé, sauf en 2014, où le taux de réalisation a été de 105,1%.

Seul le nombre de plaquettes de pilules distribué a été en augmentation constante, avec un taux de réalisation de 224,8% en 2013 et 276,2% en 2014.

Ce dernier résultat, qui porte sur l'utilisation des pilules, est à mettre en lien, d'après les acteurs de terrain rencontrés, avec l'implication importante des leaders religieux qui a permis l'intégration des messages de planification familiale, ainsi que l'offre de services SR/PF aux populations, comme le souligne un Imam «...*la stratégie communautaire nous a permis de mieux comprendre les problèmes de santé et de nous impliquer dans la gestion de la santé de nos femmes et de nos enfants..... elle nous a permis de nous organiser entre imams des villages et discuter de la planification familiale et des mariages/grossesses précoces* ».

Même si les taux de référencement sont en deçà des cibles, il convient de noter que, du point de vue des répondants, la mise en place des caisses de solidarité villageoises a permis la prise en charge immédiate de l'évacuation des femmes pour des complications liées à la grossesse, à l'accouchement et au post-partum. Elles ont également permis, du même point de vue, aux membres des comités de maman de bénéficier de



financements pour le développement d'activités génératrices de revenus. Ce qui pourrait contribuer à renforcer leur pouvoir économique, ainsi que le leadership féminin.

La mise à disposition de « charrettes SR » aux femmes, d'après les acteurs rencontrés, est une autre innovation importante. Celles-ci sont équipées, aménagées et utilisées pour assurer dans les zones éloignées et/ou enclavées l'évacuation des femmes vers la case ou le poste de santé.

**Tostan, dans un programme conjoint UNICEF-UNFPA**, intervient sur le renforcement des capacités des communautés (PRCC). Ce Programme met en œuvre des activités participatives relatives au renforcement de capacités et de l'engagement communautaire dans la promotion des droits humains et des comportements favorables à la santé de la reproduction. Les résultats obtenus, présentés dans le tableau ci-après indiquent une importante activité de promotion de la santé.

**Tableau 12** : Bilan des activités réalisées par Tostan dans le cadre du programme

Indicateurs	Cible 2012	Réalisation 2012	Cible 2013	Réalisation 2013	Cible 2014	Réalisation 2014	Performance moyenne
(a) Nombre d'acteurs formés sur l'approche droits humains	150	450	450	556	450	621	
Performance(a)		300%		124%		138%	187%
(b) Nombre de rencontres inter villageoises	20	4	32	9	Pas de cible	6	
Performance (b)		20%		28%		ND	24%
(c) Nombre d'émissions radio	Pas de cible	164	Pas de cible	72	Pas de cible	108	
Performance (c)		ND		ND		ND	ND

**Sources** : PTAs 2012/2014 de TOSTAN, Rapports annuels 2012/2014 du Programme conjoint accélération de l'abandon de l'excision, 2012/2014, Rapport final d'activités, activités de mobilisation sociale pour l'accélération de l'abandon de l'excision au Sénégal, 15 Juillet 2013, Tostan

Entre 2012 et 2014, sur la base des données partielles disponibles sur les cibles et les réalisations, sur les 3 indicateurs renseignés, 2 ont atteint une performance de 187% et de 144%. Les données de l'année 2015 n'ont pas été disponibles<sup>26</sup>.

*La stratégie de l'Ecole Des Maris par l'ASBEF a été mise en œuvre pour impliquer les hommes dans la promotion de la Santé Sexuelle et Reproductive au Sénégal, en partenariat avec UNFPA, comme le souligne des acteurs :*

*« ... Notre rôle c'est de faire de sorte que l'école des maris ou maris modèles puissent servir d'exemple à la communauté de s'impliquer davantage dans le cadre de la santé de la reproduction...c'est pourquoi lors des focus groupes, nous essayons de changer les comportements des hommes pour qu'ils fassent comme nous et prennent leurs femmes par la main pour les emmener dans les structures de santé ».*

*: « ...là on sait que la grossesse n'est pas seulement pour la femme, elle doit être portée par tous les deux, ...on peut alléger les travaux de la femme...on voit que le genre d'équité est observé... ».*

L'ASBEF s'est inspirée de l'expérience du Niger, et a démarré dans le district sanitaire de Maka-Colibantang, avant d'être étendue au niveau des districts de Goudiry et Koumpentoum. Le partenariat avec l'ASBEF, sur la

<sup>26</sup> Il faut noter qu'au moment de la collecte des données (août-septembre 2015), les résultats de 2015 n'étaient pas disponibles pour la quasi-totalité des indicateurs. Certains partenaires déroulaient leurs activités au moment où l'équipe d'évaluation était sur le terrain.

conception et la mise en œuvre de la stratégie de l'école des maris, a fait l'objet de recherches, notamment un mémoire soutenu sur cette stratégie.

- **Un renforcement de la stratégie d'offre de services PF**

**Maries Stopes International** (MSI), dans le cadre de ses activités de stratégies avancées pour l'offre de méthodes contraceptives et sensibilisation, a contribué à l'augmentation de l'offre de services de SRAJ dans les zones d'intervention ciblées.

En 2014, à Saint Louis 8 000 jeunes ont été touchés par les messages sur la santé sexuelle et reproductive. Sur une cible de 5340 jeunes, près de 3500 d'entre eux ont bénéficié des services générant 1 400 CAP (Couple année protection) sur une cible de 1000 CAP. Parmi les jeunes qui ont bénéficié des services du centre, on enregistre :

- Un peu plus de 700 filles qui ont adopté une méthode contraceptive, avec 31% ayant choisi une méthode de longue durée d'action ;
- Un peu plus de 400 personnes qui ont bénéficié du traitement contre les IST ;
- Près de 50 000 préservatifs qui ont été distribués sur une cible de 20000 ;
- Près de 800 tests VIH qui ont été effectués (avec 0 cas positif).

- **Une solution pérenne aux problèmes de ruptures de stocks**

L'opérationnalisation du plan national de sécurisation des produits SR/PF a contribué de manière importante à résoudre les problèmes de ruptures de stock (Source : Evaluation de la Situation des Produits et Services de Santé de la Reproduction dans les Structures Sanitaires au Sénégal, Ministère de la Santé et de l'Action Sociale/UNFPA, 2014 (Résultats des entretiens des évaluateurs avec les prestataires). Il faut y ajouter la mise en œuvre d'un plan de sécurisation des produits SR/PF opérationnel et une plateforme nationale placée sous la coordination de la Direction de la Santé de la Reproduction, chargée de suivre et d'évaluer les questions relatives à la sécurisation.

Pour mieux gérer les ruptures de stock dans les Points de Prestation de Services (PPS), le programme, sous la coordination de la Direction de la Santé de la Reproduction et de la Survie de l'enfant (DSRSE), a mis en place un logiciel dénommé « CHANNEL » au niveau de toutes les régions de la zone d'intervention, comme dispositif de gestion des produits contraceptifs. Ce dispositif a été installé au niveau de la Pharmacie Nationale d'Approvisionnement (PNA), de dix (10) Pharmacies Régionales d'Approvisionnement (PRA) et de 76 Districts Sanitaires.

L'opérationnalisation de ce dispositif a contribué à la sécurisation des produits SR/PF et a diminué considérablement les ruptures de stock, qui ont été pendant longtemps un des défis majeurs à relever dans l'offre de services SR/PF (Source : Résultats des entretiens des évaluateurs avec les prestataires). Selon les résultats de l'Enquête Sécurisation des produits de SR menée en 2014, le pourcentage de Points de prestations de service sans rupture de stock de produits contraceptifs (moment de l'enquête) est de 61%. (Source : Evaluation de la Situation des Produits et Services de Santé de la Reproduction dans les Structures Sanitaires au Sénégal, Ministère de la Santé et de l'Action Sociale/UNFPA, 2014).

**Tableau 13:** Résultat atteint en 2014 et cibles 2012-2016 sur l'indicateur du produit 2 (Proportion de districts appuyés par les initiatives communautaires d'accroissement de la demande de SR/PF dans les zones d'intervention de l'UNFPA)

Indicateurs	2013 Baseline	Cible 2014	Cible 2015	Cible 2016	Cible atteinte en 2014	Performance en 2014
<b>Proportion de districts appuyés par les initiatives communautaires d'accroissement de la demande de SR/PF dans les zones d'intervention de l'UNFPA</b>	60%	90%	95%	100%	95%	106%

Source : Résultats des entretiens avec les partenaires, Cadre de résultats 2015-2016

**Produit 3 :**

**Les capacités nationales sont renforcées pour concevoir et mettre en œuvre au sein de la communauté et à l'école des programmes d'éducation sexuelle complète qui promeuvent les droits humains, l'égalité des sexes pour les jeunes/adolescents, y compris les plus marginalisés et les filles exposées aux risques de mariage d'enfants**

**Constats/Résumé de la réponse à la question de l'efficacité (QE2) sous le produit 3**

L'engagement des acteurs, les pairs-éducateurs notamment, est réel et déterminant dans la réalisation du produit 3. Les stratégies avancées au niveau des villages, menées en équipe pluridisciplinaire, contribuent à la réalisation des cibles, en permettant d'offrir des services de proximité aux adolescents/jeunes ruraux. Par exemple à Tambacounda, le nombre d'adolescents et de jeunes (15-24 ans) dépistés au VIH est passé de 6718 en 2012 à 12249 en 2014.

La création de clubs de jeunes filles dans les quartiers, pour promouvoir la santé de la reproduction et lutter contre les VBG, constitue une bonne approche pour impliquer et motiver davantage de jeunes dans les activités de SRAJ.

La double approche, combinant la formation technique et la sensibilisation sur les thématiques de santé de la reproduction, utilisée par les centres de formation professionnelles (CFP), est une stratégie novatrice, qui pourrait servir de modèle et être répliquée. Cette stratégie permet à un grand nombre de filles de sortir du cycle de la pauvreté. Elle permet également aux jeunes filles bénéficiaires de la formation de mener des activités de sensibilisation auprès de leurs pairs dans leurs communautés respectives, selon les données disponibles<sup>27</sup>.

La performance moyenne sur les différents indicateurs se situe en dessous des prévisions, dans l'intervalle 91,6% à 96,3% pour les cas documentés. Autrement, certaines cibles n'ont pas été précisées dont le cas du renforcement du leadership des jeunes.

Les activités réalisées dans le cadre du programme sont pertinentes et suffisamment structurantes pour que le produit 3, contribue effectivement à l'effet du Programme pays : "La priorité accordée aux adolescents, en particulier les jeunes filles, dans les politiques et programmes nationaux de développement, notamment à travers la disponibilité accrue de l'éducation sexuelle, complète et l'offre de santé sexuelle et reproductive, renforcée". Cependant, les insuffisances dans la détermination des cibles et le renseignement des réalisations compromettent une appréciation rigoureuse des progrès et de l'efficacité des interventions du produit 3 à terme.

**Evolution du produit 3**

Le produit 3 de la composante SR du cadre de résultats 2015-2016, a connu de légères modifications de contenu. Il est plus complet dans sa nouvelle formulation, en ce sens qu'il intègre toutes les cibles, les groupes vulnérables et les structures partenaires potentielles.

**Indicateurs**

Trois indicateurs ont été retenus pour apprécier la réalisation du produit :

- Indicateur 1 : Nombre de curricula sur l'éducation sexuelle complète alignés sur les standards internationaux. Situation de référence =2 ; cible=2 ;
- Indicateur 2 : Nombre de centres de santé et de postes de santé offrant des services intégrés de SSR et de lutte contre le VIH/Sida adaptés aux besoins des jeunes dans la zone d'intervention du Programme. Situation de référence =7 ; cible=12 en 2014, 17 en 2015.
- Indicateur 3 : Nombre de jeunes dépistés dans le cadre des CDV (CCA, EJ) dans les zones d'intervention. Situation de référence =21654 ; cible=35000 en 2014, 37000 en 2015.

Les indicateurs du cadre de résultats de 2015-2016, retenus, ont l'avantage d'être plus précis dans leur formulation et disposent aussi de données de base et des cibles à atteindre.

<sup>27</sup> Source : Entretiens évaluateurs et Publication sur les bonnes pratiques à travers les CRETF

## Partenariat

Le produit 3 a été exécuté par plusieurs partenaires : la Direction de la Santé de la Reproduction et de la Survie de l'Enfant (DSRSE), à travers les régions médicales de la zone d'intervention (Tambacounda, Saint Louis, Louga et Matam) ; le Projet de Promotion des Jeunes (PPJ) ; le Groupe pour l'Etude et l'Enseignement de la Population (GEEP) ; l'Association Sénégalaise pour le Bien-Etre Familial (ASBEF), le Centre de Formation Professionnelle (CFP, ex CRETF), Maries Stopes Internationale (MSI), Espace Jeune de St Louis.

## Stratégies d'intervention

Plusieurs stratégies ont été développées :

- Le renforcement des capacités des structures de santé de la reproductive et de lutte contre le VIH/Sida ;
- La promotion des initiatives visant le renforcement des capacités d'insertion sociale et professionnelle des adolescents/jeunes ;
- Le renforcement de l'offre de services d'informations et de conseils aux adolescents/jeunes dans le système éducatif formel et non formel, y compris par le biais d'organisations et réseaux communautaires.

## Réalisations pour l'atteinte des résultats

Les activités et les stratégies développées ont contribué à l'atteinte de ce produit :

- ***Le renforcement du leadership des jeunes et la participation au dialogue politique et à la programmation***

Plusieurs documents de référence mettent l'accent sur les questions liées à la santé sexuelle et reproductive des adolescents-tes/jeunes : le Plan stratégique National de Lutte contre le VIH-SIDA du Secteur Jeunesse élaboré sous l'égide du PPJ ; la Nouvelle Politique Nationale de l'Emploi (NPNE), l'Initiative Sénégalaise pour la Participation et le Développement des Adolescents Défavorisés (ISPAD) ; le Programme de Renforcement des Actions de Promotion de la SRAJ(PRAPSRAJ), initié par le PPJ.

Grâce à l'appui de l'UNFPA, les Educateurs pairs ont reçu un renforcement de capacités en leadership, plaidoyer et réseautage.

Pour augmenter les possibilités de prise en charge des adolescents/jeunes, les structures de santé, avec l'appui de l'UNFPA, aménagent des espaces jeunes qui offrent des services adaptés aux jeunes. Actuellement, on compte cinq (5) espaces adolescents au sein des structures de santé à Dagana et dans la région de Tambacounda (Sources : Entretiens évaluateurs ; Publication bonnes pratiques sur les CRETF). Les cibles du renforcement du leadership des jeunes n'ont pas été précisées. L'on ne peut apprécier le taux de réalisation de l'action.

- ***Le renforcement des capacités des jeunes filles issues de milieux défavorisés***

Il s'agit de la mise en œuvre du partenariat avec les Centres Régionaux d'Enseignement Technique Féminin (CRETF) dénommés Centres de Formation Professionnelle (CFP) pour la formation qualifiante des jeunes filles issues de milieux défavorisés. Cinq (5) formations ciblées sont celles des métiers de coiffure, de couture et de restauration. Sur une cible 190, un effectif de 183 de jeunes filles a été formé, soit un taux de réalisation de 96,3%. Le contenu des formations intègre les compétences de vie courante (CVC) enseignées aux jeunes filles. Durant les formations, les jeunes filles sont encouragées à mettre en place un club EVF (éducation à la vie familiale) au niveau de l'école et à l'animer. En plus du matériel didactique et des équipements offerts pour les besoins de la formation en appui aux centres, l'UNFPA met en place une pharmacie d'urgence qui contient des médicaments pour la contraception d'urgence (pilule du lendemain).

La plus-value d'une telle approche pour cette cible vulnérable est l'encadrement des apprenants dans le domaine de la santé de la reproduction. Ceci permet d'élargir l'expérience des jeunes filles à leurs pairs au niveau de l'école. Comme l'a affirmé un Directeur d'établissement visité « on a constaté une réduction des grossesses non désirées et des mariages d'enfants ».

La formation qualifiante a concerné une deuxième vague composée de trois (3) cohortes de quatre-vingt-dix (90) jeunes filles issues des milieux défavorisés, en partenariat avec les CFP de Saint Louis, Thiès et Matam. Par rapport aux CFP de St Louis et Matam, la formation qualifiante sur trois ans des 50 jeunes filles défavorisées a été achevée en 2012. Au bout des trois années de formation, il a été noté 4 désistements, soit un taux d'achèvement de 92 %. Les 46 restantes (100%) ont réussi leurs examens de sortie et sont en cours d'insertion, avec l'appui de l'école et d'autres partenaires comme le BIT et le PNUD.

- **L'appui à l'offre de services intégrés de SR/IST/VIH.**

Un autre résultat qui concourt à la réalisation de ce produit est lié à l'offre aux jeunes des services d'information sur la Santé de la Reproduction et le VIH. Plusieurs centres de santé et postes de santé des districts de la zone d'intervention disposent d'une salle ou espace jeunes pour la SRAJ. Le tableau ci-après donne un aperçu sur les résultats des activités de dépistages des CCA.

**Tableau 14** : Nombre de jeunes 15-24 ans couverts par le dépistage volontaire du VIH par les CCA dans la zone d'intervention entre 2012 et 2014

Sites	Réalisation 2012	Réalisation 2013	Cible 2014	Réalisation 2014	Performance 2014
Bakel	2064	1970	2500	2355	94,2%
Kolda	ND	ND	4500	5072	112,7%
Louga	2698	2605	5500	2445	44,5%
Matam	495 <sup>28</sup>	1026	2000	767	38,4%
Mbour	4258	5260	8000	6359	79,5%
Tamba	6718	10206	10500	12249	116,7%
Vélingara			2000	2801	140,1%
<b>TOTAL</b>	<b>16233</b>	<b>21067</b>	<b>35000</b>	<b>32048</b>	<b>91,6%</b>

Source : Direction Nationale PPJ

Le programme n'a pas déterminé les cibles pour les années 2012 et 2013. Les résultats de 2015 et les cibles ne sont pas disponibles non plus. En ce qui concerne l'an 2015, le passage de l'évaluation en cours d'année (Aout-Septembre) a eu lieu pendant que certains partenaires déroulaient encore leurs activités. Si dans l'ensemble, la performance ou taux de réalisation de 91,6% est en deçà des attentes, dans les sites de Kolda et de Tamba, il est respectivement de 112,7% et de 116,7%. Ces données qui n'intègrent pas les activités menées par les Espaces Jeunes dans les zones d'intervention et les structures de santé, montrent que le taux de réalisation pourrait être atteint en 2015, si des efforts additionnels sont fournis. Ainsi, si l'on se réfère au rapport de progrès de la région médicale de Saint Louis en 2014, près de 800 jeunes ont été dépistés pour cette année.

Il faut cependant retenir qu'avec l'absence des données réelles des Espaces Jeunes, il est urgent de mettre en place un mécanisme ou un dispositif opérationnel de suivi-évaluation qui permette de renseigner tous les indicateurs et de mesurer le degré de réalisation du produit. Il faut également souligner le fait que de leur propre aveu, les responsables des structures de mise en œuvre (CCA et Espaces Jeunes) ne maîtrisent pas toujours le poids réel de la cible de la zone, ni l'origine de la clientèle (adolescents et jeunes). Ce qui ne permet pas de bien mesurer avec certitude l'impact des interventions.

<sup>28</sup> Le CCA de Matam a fonctionné pendant un semestre en 2012.

**Tableau 15** : Indicateurs de résultats du produit 3 (cibles de 2014 à 2016 et résultat 2014)

Indicateurs	2013 Baselin e	Cible 2014	Cible 2015	Cible 2016	Cible atteinte en 2014	Performa nce en 2014
Nombre de curricula sur l'éducation sexuelle complète alignée sur les standards internationaux.	1	2	2	2	2	100%
Nombre de Centres de Santé et de Postes de Santé offrant des services de SSR et de lutte contre le VIH/SIDA adaptés aux besoins des jeunes dans la zone d'intervention du programme.	7	12	17	22	24	200%
Nombre de jeunes dépistés des CDV (CCA EJ) dans les zones d'intervention.	21654	35000	37000	40000	32048	92%

#### 4.2.2 Genre et droits humains

**Produit 4:** "Les capacités nationales sont accrues pour faire progresser l'égalité des sexes, les droits reproductifs et pour remédier à la VBG et aux pratiques néfastes, y compris dans les situations d'urgence humanitaire."

#### Constats/Résumé de la réponse de l'efficacité (QE2) sous le produit 4

La stratégie de renforcement des capacités utilisée par la composante Genre pour soutenir la promotion de l'égalité des sexes et la lutte contre les VBG/MGF est pertinente. Elle est à l'origine d'une meilleure compréhension des interrelations entre santé, contexte socioculturel et genre.

Il apparaît ainsi qu'une bonne prise en charge de la santé de la reproduction des femmes et des adolescent-e-s requiert de soutenir les changements de mentalité et de comportement, ce qui passe par la sensibilisation et la formation des acteurs et des cibles.

Les réalisations dépassent les cibles sur la période 2012-2014, avec des scores généralement supérieurs à 100% sur les extrants. En revanche, les VBG persistent, notamment les MGF avec une prévalence de 13% chez les moins de 15 ans en 2014.

Compte tenu de l'amélioration des compétences, des mutations dans l'environnement politique et juridique et de la tendance vers l'acquisition des attitudes favorables au genre, on peut affirmer que le produit 4 a contribué à l'effet 3 du Programme pays : "Les progrès en matière d'égalité des sexes, d'autonomisation des femmes et des filles, de droit en matière de reproduction, y compris les plus vulnérables et marginalisés réalisés."

#### **Evolution du produit**

Le produit 4 de la composante Genre est la fusion des produits 4 et 5 du cadre des résultats du CPAP 2012-2016. La reformulation s'est faite au moment du réajustement du cadre des résultats du 7<sup>ème</sup> programme, conformément à la directive du siège demandant aux Bureaux-Pays de s'aligner sur le Plan stratégique de l'UNFPA 2014-2017 et les nouvelles orientations définies dans le nouveau cadre de développement économique et social du Sénégal, dénommé Plan Sénégal Emergent (PSE). Le programme a ainsi adopté un cadre de résultats pour la période 2015-2016 qui servira de référence pour la présente évaluation.

Le produit 4 adresse particulièrement le renforcement des capacités en genre et droits humains des acteurs, parties prenantes du Programme, pour une meilleure connaissance et prise en charge des incidences du genre sur les interventions menées en vue de réduire la mortalité maternelle, ainsi que les VBG.

## Indicateurs

Les indicateurs proposés dans le cadre des résultats révisés (2015-2016) pour mesurer et apprécier le niveau d'atteinte du produit 4 sont au nombre de trois (3) :

- Indicateur 10 (Produit) : Nombre d'organisations de la société civile appuyées ayant soutenu l'institutionnalisation de programmes d'implication des hommes et des garçons pour l'égalité de genre (y compris la violence basée sur le genre), la santé sexuelle reproductive et les droits en matière de reproduction. Situation de référence 2013 : 5 ; Cibles : 2014 (5) ; 2015 (5) ; 2016 (5).
- Indicateur 11 (Produit) : Nombre d'institutions nationales, y compris les ONG outillées pour le plaidoyer en faveur de l'application des accords internationaux et des lois, et pour la formulation et la mise en œuvre de politiques pour l'égalité des sexes. Situation de référence 2013 (14) ; Cibles : 2014 (14) ; 2015 (14) ; 2016 (14).
- Indicateur 12 (Produit) : Nombre de communautés appuyées par UNFPA ayant procédé aux déclarations d'abandon de MGF/Excision. Situation de référence 2013 (5814) ; Cibles : 2014 (5914) ; 2015 (6014). A partir de la Situation de référence de 5814 communautés, une cible de 100 communautés par an a été fixée, laquelle a été systématiquement atteinte.

Les indicateurs sont en lien avec les résultats visés par le produit à savoir le renforcement des capacités des acteurs dans les domaines du genre, des droits humains et des VBG pour soutenir la promotion et la participation équitable des femmes, des adolescentes et des jeunes filles à la gestion de leur communauté et pour leur garantir la pleine jouissance de leurs droits reproductifs. Ils sont en mesure de permettre d'apprécier les résultats atteints en termes de produit. Cependant, la constance des objectifs cibles (2014, 2015, 2016), à l'exception de l'indicateur 12, limite l'appréciation de la dynamique de progrès attendu d'une année à une autre.

## Stratégies d'exécution

Le produit 4 de la composante Genre doit être atteint à partir des stratégies suivantes :

- a) renforcement de l'application des accords internationaux, des lois et politiques nationales de soutien à l'égalité des sexes et aux droits en matière de procréation ;
- b) renforcement des capacités des prestataires et des leaders pour la prise en compte des facteurs socioculturels dans l'offre de services SR/PF et SRAJ ;
- c) plaidoyer et sensibilisation pour renforcer la lutte contre les violences basées sur le genre et autres pratiques préjudiciables, notamment les mutilations génitales féminines.

## Partenariat :

Plusieurs catégories d'acteurs ont été associées à l'exécution du produit 4 durant 7<sup>ème</sup> Programme.

- La Direction de la Santé de la Reproduction et Survie de l'Enfant (DSRSE) ;
- Les Régions médicales de Tambacounda, Saint Louis, Matam et Louga ;
- Les Centres Conseils Ado (CCA) ;
- Les Associations, ONG et Réseaux : Association Sénégalaise pour le Bien-être de la Famille (ASBEF), Association des femmes juristes du Sénégal (AJS), WHEPSA, AMREF, TOSTAN et GEEP, Réseau Siggil Jiggen, Fédération nationale des groupements féminins (FNGPF) ;
- Les leaders communautaires et religieux ;
- Les Femmes Parlementaires ;
- Les leaders Jeunes ;
- Les partenaires techniques et financiers : Luxdev et UNICEF.

Les organisations communautaires intervenant dans les domaines de la santé de la reproduction et du genre, notamment les groupements de femmes, les OCB, ASBC, les Badjènu Gox, les pairs éducateurs et les pairs Marisont été activement impliqués par les partenaires d'exécution.

## Réalisations pour l'atteinte des résultats

L'atteinte du produit 4 est analysée à partir des trois stratégies de mise en œuvre retenues au niveau de la composante Genre ci-dessus rappelées.

### a) Plaidoyer pour l'application des accords internationaux, des lois et politiques nationales de soutien à l'égalité des sexes et aux droits en matière de procréation.

La cible de l'indicateur « nombre d'institutions nationales, y compris les ONG outillées pour le plaidoyer en faveur de l'application des accords internationaux et des lois, et pour la formulation et la mise en œuvre de politiques pour l'égalité des sexes » a été réalisée en 2014 avec 20 institutions sur une cible de 14 (source : Rapport standard de progrès 2014, Ministère en charge de la Famille).

Entre 2012 et 2014, le Programme a soutenu auprès du Parlement, des institutions publiques et de la société civile, l'effectivité des engagements pris sur les plans social, juridique et économique en faveur de l'égalité des sexes et du respect des droits des femmes et de leur application à travers le renforcement des capacités des décideurs politiques (parlementaires, acteurs des institutions publiques, OSC et réseaux, sources : Rapport standard de progrès 2014, Ministère en charge de la Famille ; Revue à mi-parcours de la mise en œuvre de la SNEEG publiée en 2013 par Ministère en charge de la Famille et UNFPA ; Rapports de suivi de PTA 2012/2014, entretiens avec la Directrice pour l'équité et l'égalité de genre, staff UNFPA).

Suffisamment outillés, les Parlementaires ont élaboré un plan d'action pour soutenir, par un plaidoyer constant auprès des autorités, la protection des droits des femmes et des petites filles, la lutte contre les VBG et la promotion de l'équité et l'égalité homme-femme. Ce plaidoyer concerne aussi leur prise en compte dans les budgets des ministères sectoriels. Les Parlementaires descendent également sur le terrain, à l'occasion des missions de suivi de la DEEG, pour sensibiliser les populations sur les effets positifs de la PF et ceux de l'abandon des VBG, sur la santé de la femme.

La disponibilité de compétences en genre dans les institutions publiques (MFFE, MFA, MSAS), a également permis d'améliorer la prise en compte du genre dans la formulation et la mise en œuvre des politiques et programmes, le dialogue politique avec les partenaires au développement. Les agents des services du développement communautaire s'impliquent davantage dans l'information et la mobilisation sociale pour l'accroissement de la demande en SR/PF et l'identification des porteuses de fistules obstétricales, etc. En 2014, le nombre de prestataires et agents communautaires formés en genre et SR/PF » est passé à 175 sur une cible de 118 (source : Rapport standard de progrès 2014, Ministère en charge de la Famille/UNFPA).

Un engagement plus soutenu des hommes et des garçons dans les zones visités. Ceux-ci, à travers des initiatives qu'ils développent, parviennent à mobiliser et à sensibiliser les communautés sur la promotion de l'équité de genre, particulièrement dans la santé sexuelle et reproductive des femmes et des adolescents/jeunes, la lutte contre les VBG/excision, les IST/SIDA, les mariages et grossesses précoces. (Source : Résultats des entretiens de l'équipe évaluation).

### b) Renforcement des capacités des prestataires et leaders communautaires pour la prise en compte des facteurs socioculturels dans l'offre de services SR/PF et SRAJ y compris en situation d'urgence.

Les capacités des prestataires et leaders communautaires ont été renforcées, sur la période 2012-2014 dans les zones d'intervention du Programme à travers :

- L'organisation d'ateliers de formation à l'intention des prestataires : (i) des infirmiers/ères chefs de Poste et sages-femmes en SR/PF/VBG/SRAJ ; (ii) des équipes cadres de district et de région en genre et SR. L'indicateur y afférent est "Nombre de prestataires formés en genre et SR/PF" est passé de 27 à 143.
- L'organisation d'ateliers de formation pour les Pairs éducateur-trice-s des CCA et les Maris pairs de Maka-Colibantang (22) et de Méréto et Diaglè Sine (Koumpentoum) (25) en genre et SR/PF ; (iv) des membres de l'Union des radios communautaires (34) sur le genre (URC), la SR/PF, les droits humains et les VBG (y compris les mariages des enfants) pour la mise en œuvre de programmes d'information.



- La production et la diffusion de supports de formation (module de formation multigrade genre, SR et PF, guides sur la prévention et la prise en charge des VBG, le genre et les droits humains) et de sensibilisation (film documentaire sur le genre et la SR, émissions télé, dépliants T-shirt contre les mariages d'enfants, brochures contre l'excision). Tous ces supports ont été conçus et vulgarisés auprès des partenaires d'exécution.

Le renforcement des capacités en genre et SR (175 prestataires et agents communautaires formés sur une cible de 118 en 2014) a contribué à accroître la sensibilité des prestataires de santé et des leaders communautaires des zones d'intervention du Programme aux questions de genre et aux effets néfastes des VBG sur la santé des femmes et des filles. (Résultats des entretiens avec les prestataires).

Les prestataires de santé comprennent mieux les effets du genre sur la demande et l'offre de services. Toutefois, les prestataires ont souhaité une consolidation des connaissances acquises par des sessions de recyclage, pour garantir une meilleure prise en charge des questions de genre dans leur relation avec les facteurs socioculturels dans la demande et l'offre de services SR/SRAJ (Source : Résultats des entretiens avec les prestataires).

Les communicateurs traditionnels bénéficiaires des sessions d'orientation, sont activement impliqués dans la sensibilisation des populations sur l'égalité hommes-femmes, les méfaits des violences basées sur le genre et les pratiques culturelles néfastes (excision, mariages d'enfants etc.) sur la santé des femmes et des petites filles. Ceci est visible par les messages délivrés dans les médias et à l'occasion des cérémonies familiales (Sources : entretiens avec les prestataires). En outre, les animateurs de radios communautaires ont élaboré un plan d'action permettant développer un programme de sensibilisation sur les différentes problématiques du genre et la SR/PF/MGF.

### **c) Plaidoyer et sensibilisation pour renforcer la lutte contre les violences basées sur le genre et autres pratiques préjudiciables notamment les mutilations génitales féminines.**

Les progrès enregistrés dans le domaine des MGF concernent :

- la mise en œuvre du Plan d'action national pour l'abandon de l'excision 2010-2015 ;
- la mise en place d'un cadre commun d'intervention du SNU et l'élaboration d'un programme conjoint « éradication des VBG et promotion des droits humains » (UNFPA, ONUFEMMES ? HCDH, UNICEF) ;
- la vulgarisation au sein des communautés de la loi interdisant la pratique de l'excision avec la formation des professionnels de la justice et des Officiers de Police Judiciaire ;
- la production et diffusion de l'argumentaire médical sur l'excision et d'autres outils de sensibilisation et de plaidoyer pour l'accélération de l'abandon de l'excision ;
- la publication du curriculum et du manuel de référence sur les MGF ;
- la publication de l'argumentaire médical sur l'excision ;
- les publications en langues nationales et en français en vue de la vulgarisation de la loi interdisant l'excision au Sénégal ;
- la publication de « Le Sénégal s'engage pour la tolérance zéro violence d'ici à 2015 » ;
- la publication du plan d'action national pour l'accélération de l'abandon de l'excision : les communautés s'engagent ;
- la publication du rapport national sur l'élimination et prévention des Violences faites aux femmes et aux filles ;
- la publication du guide d'autoévaluation au niveau communautaire sur les VBG ;
- la confection de dépliant « Je veux participer pleinement au développement de mon pays, laissez-moi à l'école », en vue de la campagne contre les mariages d'enfants et les pratiques néfastes ;
- la confection de 500 brochures sur la résolution A/RES/67/146 du 20 décembre 2012 de l'assemblée générale des Nations unies ;
- l'intensification de l'action mondiale visant à éliminer les mutilations génitales féminines ;
- publication du bulletin « vision » sur l'abandon de l'excision ; production musicale : « non à l'excision avec Mama Sadio » ;
- la production en français, wolof, anglais du film « Sénégal en route vers zéro excision » ;
- la production musicale « Paix et sécurité », avec « Sister Fa ».
- la vulgarisation par le GEEP du curriculum à travers l'organisation de sessions éducatives pour 113 clubs EVF, l'éducation sexuelle, la SRAJ, les violences, les MGF, les grossesses précoces et non désirées ;

- l'organisation de podiums d'animation communautaire sur les MGF avec l'appui du GEEP (Le GEEP<sup>29</sup> a réalisé les sessions sur l'ES-SRA, les violences, les MGF, les grossesses précoces et non désirées pour 113 clubs EVF des régions de Saint-Louis, Matam, Tambacounda, Kolda et Sédhiou) ;
- le développement d'un programme de renforcement des capacités communautaires ;
- la mobilisation sociale en faveur des déclarations publiques d'abandon de l'excision, des mariages forcés en coopération avec Tostan.

(Sources : Rapports annuels du Programme conjoint UNFPA/UNICEF, 2012/2014 ; Résultats des entretiens de l'équipe d'évaluation avec les bénéficiaires ; Matériaux de plaidoyer/sensibilisation),

La mise à contribution des Pairs Maris, expérience pilote<sup>30</sup>, un an après sa mise en œuvre, a permis de constater leur engagement effectif dans plusieurs activités de sensibilisation ayant permis de noter une réduction non négligeable des accouchements à domicile, des mariages précoces, ainsi que l'amélioration du taux de prévalence de la PF à Maka, qui est passée de 0,76 % en 2011 à 1,89% en 2012, soit à un peu plus du simple au double.

Au niveau des jeunes, il y a lieu de noter la constitution d'une masse critique de jeunes (filles et garçons), outillés en genre, leadership transformationnel et techniques de communication. En 2014, 113 clubs EVF (sessions éducatives), 30 jeunes filles (média sociaux) ont bénéficié de renforcement de capacité et se sont engagés à sensibiliser leurs pairs sur les problématiques liées à la SRAJ, aux IST/VIH/SIDA, à l'excision. (Source : Rapport annuel 2014 du programme conjoint abandon de l'excision).

Enfin, l'on note l'émergence d'un mouvement de transformation sociale autour des comités de gestion communautaires dans les villages, en vue de l'éradication de l'excision. En 2014, 121 nouvelles communautés dans deux départements de forte résistance ont déclaré publiquement avoir abandonné les pratiques néfastes, notamment l'excision sur une cible annuelle de 100.

Ainsi, 433 communautés ont procédé à des déclarations d'abandon sur période la 2012-2014, pour une cible de 300, soit un taux de réalisation de 144,3% (Sources : Rapports annuels du programme conjoint abandon de l'excision, 2012/2014).

En revanche, la prévalence des VBG, notamment celle des MGF (13% chez les filles de 0-15 ans en 2014) reste un défi. Les mécanismes de coordination de la lutte contre les MGF restent faibles. En outre, les acquis doivent être consolidés dans les domaines du plaidoyer et du renforcement de capacité pour accélérer l'abandon des MGF.

### 4.2.3 Population et développement

L'UNFPA au Sénégal apporte son appui à la collecte, à l'analyse des données et à leur utilisation, pour répondre aux besoins de planification du développement, de la définition des politiques et des programmes et de leur suivi-évaluation. Ces données servent aussi à mettre en évidence les inégalités sociales et de genre, à fournir des indicateurs clés sur la santé de la reproduction et le VIH/SIDA. C'est dans ce cadre qu'avait été prévue la mise en place des bases de données, en lien avec le renforcement des capacités des cadres du système statistique national.

**Produit 5 : Les capacités nationales sont renforcées pour la disponibilité et l'utilisation des données en vue de suivre et évaluer les politiques et programmes dans les domaines de la dynamique de la population, de la santé sexuelle et génésique et droits de reproduction, du VIH, des adolescents et jeunes et de l'égalité des sexes, y compris dans les contextes humanitaires**

<sup>29</sup>Rapports annuels du Programme conjoint UNFPA/UNICEF, 2014 ; entretiens de l'équipe d'évaluation avec les bénéficiaires.

<sup>30</sup>Étude de l'ASBEF sur l'expérience pilote ; entretiens avec les prestataires de santé à Maka.

### Constats/Résumé de la réponse à la question de l'efficacité (QE2) sous le produit 5

A travers cette composante *Population et Développement*, l'UNFPA a accompagné le Gouvernement dans la collecte, l'analyse et la diffusion des données démographiques désagrégées ; et contribué à la mise à disposition des données fiables pour le suivi et l'évaluation des politiques et programmes de développement. Parmi les résultats majeurs on doit souligner l'appui à la réalisation du RGPHAE, de l'EDS-Continue ; la contribution à la production et à la mise à disposition des documents de base permettant les travaux de cartographie ; le renforcement de l'expertise de l'ANSD, qui est devenue un centre d'excellence en matière de recensements ; l'adoption d'une feuille de route pour la capture du dividende démographique.

Ces résultats auraient été plus complets, si l'intégration des questions de population dans la planification du développement avait été réussie.

La performance en matière de réalisation des prévisions varie entre 99,6% et 300% pour les trois indicateurs du produit 5, soit une atteinte effective et un dépassement des cibles.

Compte tenu des résultats obtenus, on peut dire que le produit 5 a contribué à l'effet du programme pays : "Les agendas des politiques de développement nationales et internationales, grâce à l'intégration des dynamiques de populations et leurs liens avec le développement durable, la santé sexuelle et reproductive, les droits en matière de reproduction, le VIH et l'égalité des sexes, renforcés."

#### Indicateurs du produit 5 :

- Nombre de bases de données avec des données de base sur la population accessibles aux utilisateurs à travers des plateformes web facilitant le mapping des disparités socio-économiques et démographiques. (Situation de référence : 1 en 2013 ; Cible 1 en 2014, 2 en 2015, et 3 en 2015).
- Nombre de staff du système statistique national formé sur la collecte, l'analyse et l'utilisation des données désagrégées sur a) adolescents et jeunes et b) violence basée sur le genre. (Situation de référence : 19735 en 2013 ; Cible 19835 en 2014, 19935 en 2015 et 20035 en 2016).
- Nombre d'analyses de situation de population (PSA) et autres analyses approfondies/études réalisées pour identifier les priorités et formuler des politiques et programmes (Situation de référence : 5 en 2013, cible 7 en 2014, 9 en 2015 et 11 en 2015).

Le niveau de réalisation de ces indicateurs tend à montrer que ce qui avait été prévu a été globalement atteint. En 2014, les réalisations suivantes ont été enregistrées : (i) 3 bases de données sur la population accessibles aux utilisateurs à travers des plateformes web facilitant le mapping des disparités socio-économiques et démographiques disponibles sur une cible de 1 (performance de 300%) ; (ii) 19755 staffs du système statistique national formés sur la collecte, l'analyse et l'utilisation des données désagrégées sur a) adolescents et jeunes et b) violence basée sur le genre (Performance de 99.60%) ; (iii) 14 analyses de situation de population (PSA) et autres analyses approfondies/études réalisées pour identifier les priorités et formuler des politiques et programmes sur une cible de 7 (Performance de 200%) ; (source : Cadre de résultats 2015-2016, Rapports annuels UNFPA 2014, Rapports d'études).

#### Stratégies d'intervention :

Dans le CPAP, le produit susmentionné devait être atteint à travers les deux axes d'intervention suivants:

#### a) Le renforcement des capacités nationales pour la production et la diffusion de données statistiques désagrégées par sexe et âge. Il s'agissait de :

- soutenir la production et la diffusion des données sociodémographiques à travers le RGPHAE, les EDS (y compris les EDS continues) ;
- promouvoir le partenariat sud-sud pour le renforcement des capacités dans la production des données ;

- promouvoir la prise en compte de l'égalité de genre et les besoins des adolescents/jeunes dans la production des données;
- appuyer le développement des systèmes d'informations et des bases de données à travers une expérience pilote d'enregistrement des décès maternels au niveau communautaire.

**b) Le renforcement des capacités nationales d'analyse des données sociodémographiques dans la perspective de la prise de décisions et de la formulation et le suivi des politiques visant l'amélioration des conditions de vie des femmes, des adolescents et jeunes et la réalisation des buts de la CIPD et de l'OMD 5.** Il s'agissait :

- d'appuyer l'analyse approfondie des données relatives à la SR, à l'égalité de genre et aux besoins des jeunes issues du RGPHAE et des EDS, y compris les EDS continues ;
- de soutenir l'utilisation des données relatives à la santé sexuelle et reproductive, l'égalité entre les sexes et les jeunes dans la formulation et le suivi des politiques de développement.

### Évolution du produit

Le produit 5 du cadre des résultats 2015-2016 (avec les indicateurs ci-dessus) est une reformulation presque totale du contenu du produit 6 du CPAP, signé en 2012, qui ne portait pas sur la disponibilité et de l'utilisation de données, la dynamique de la population, les droits en matière de santé de la reproduction, le VIH, ni sur les questions humanitaires. Le produit 6 se limitait seulement à trois éléments : production, analyse, et diffusion de données.

Les trois indicateurs du CPAP n'avaient pas de données de référence. Un effort a donc été fait en 2013, pour résoudre ce problème dans le cadre des résultats 2015-2016.

### Partenariat

Durant ce 7<sup>ème</sup> cycle de programmation, le produit 5 a été exécuté par la Direction de la Population et de la Planification du Développement Humain (DPPDH), l'Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD). Tous ces partenaires nationaux ont été, de près ou de loin, impliqués dans l'atteinte de ce produit 5.

### Réalisations pour l'atteinte des résultats

#### a) Renforcement des capacités nationales pour la production et la diffusion de données statistiques désagrégées par sexe et âge

Sur les quatre (04) années examinées, les réalisations du produit 5 ont été substantielles. L'UNFPA a accompagné le processus du recensement général de la population (RGPHAE, 2014), jusqu'à la publication des résultats officiels.

En 2012, dans le cadre de la coopération sud-sud, le Sénégal, grâce à l'appui de l'UNFPA, a fait appel à l'expertise du Brésil dont le savoir-faire dans le domaine des recensements généraux de la population est mondialement reconnu.

Un prêt<sup>31</sup> de 20 200 PDA du Brésil au Sénégal a permis d'éviter des lourds investissements financiers qu'exigent les RGPHAE classiques et d'économiser plus de 10 millions de \$US. Outre cet avantage financier, l'expérience brésilienne a permis d'améliorer considérablement la qualité des données collectées, de réduire les marges d'erreurs opérationnelles, ainsi que les délais de publication des résultats. A l'appui de l'Institut Brésilien de Géographie et de Statistique (IBGE), s'est ajouté celui de l'Institut Capverdien de Statistique (ICS). Tous deux avaient pour mission de former les cadres nationaux à l'utilisation des technologies modernes de cartographie et de collecte des données au moyen d'ordinateur de poche (PDA). Ce qui a fini par donner naissance au projet de

<sup>31</sup> Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie/UNFPA, *Coopération Sud-Sud entre le Sénégal, le Brésil et le Cap Vert dans le cadre de l'introduction des ordinateurs de poche (PDA) dans le Recensement Général de la Population, de l'Habitat, de l'Agriculture et de l'Élevage (RGPHAE) : Expérience du Sénégal*, 8p ; 2014

RGPHAE et à en faciliter la mise en œuvre. Un conseiller technique recruté par l'UNFPA était appelé à assurer la mise en œuvre du projet RGPHAE et à contribuer au renforcement des capacités.

Cette coopération sud-sud, entre l'ANSD et l'IBGE, a permis au Sénégal de réaliser un recensement général de la population et de l'habitat, avec une économie de coût en temps et argent. Cette expérience inédite montre combien l'introduction des nouvelles technologies peut révolutionner la collecte et l'analyse des données des recensements. C'est un exemple de coopération sud-sud qui permet à ceux qui le suivent d'organiser désormais régulièrement les opérations de collecte de grande envergure dans de courts intervalles (0-5 ans).

Entre 2013-2014, le processus du RGPHAE s'est poursuivi avec l'appui de l'UNFPA à l'Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD), qui a permis la formation du personnel appelé à prendre part aux recensements : superviseurs, contrôleurs, agents recenseurs, etc. La formation portait, entre autres, sur l'utilisation des ordinateurs de poche (PDA). Au total, 17 000 agents recenseurs ont été formés ; une assistance technique (un expert) a été maintenue et mise au service de l'ANSD. La première phase de l'Enquête Démographique et de Santé Continue, appuyée par l'UNFPA, venait de s'achever. Le Sénégal est devenu l'un des rares pays africains à réaliser des EDS-continues. Celles-ci ont le grand avantage de fournir chaque année des informations relatives aux principaux indicateurs de l'OMD 5.

Dans le cadre du renforcement des capacités nationales, le programme a pris en charge, chaque année, un certain nombre de Sénégalais pour la formation à l'IFORD. Cinq (05) étudiants boursiers de l'UNFPA ont été formés dans cette institution en année 2012, deux (02) en 2014. La décision du gouvernement d'envoyer chaque année avec l'appui de l'UNFPA, 2 ou trois cadres sénégalais en formation à l'IFORD (institution sous régionale) entre parfaitement dans la vision d'une intégration régionale souhaitée par les Etats. Le programme a aussi permis la participation de fonctionnaires de l'ANSD à des rencontres internationales pour renforcer leurs capacités d'analyse et de formulation des politiques. Toutefois, la formation des démographes et statisticiens en grand nombre reste un défi à relever (Sources : Résultats des entretiens avec Staffs Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie, UNFPA ; Rapports de suivi de PTA Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie, 2012/2014).

S'agissant de l'EDS-Continue, les salaires de 41 personnes ont été pris en charge en 2014, grâce à l'appui de l'UNFPA : informaticiens, superviseurs, chefs d'équipe, enquêteuses, chauffeurs, agents d'appui, etc. A ceux-là se sont ajoutés plusieurs milliers d'agents de veille cartographique et agents recenseurs du RGPHAE formés (cf. le cumul de 19755 staffs du système statistique national formés sur la collecte, l'analyse et l'utilisation des données désagrégées en 2014).

Le processus de production de données s'est poursuivi avec l'actualisation de la base de sondage des enquêtes (mise à jour des districts de recensement (DR) du RGPHAE) ; la formation des agents et la collecte des données de l'EDS Continue ; la collecte, le traitement et l'analyse des données de l'EDSC ; l'élaboration de la méthodologie de l'enquête budget-Temps, et de la Banque de données des indicateurs sociaux. Dans cette longue série, la seule activité qui n'a pas encore été réalisée, est la confection des plaquettes et dépliants sur le RGPHAE/Enquêtes, pour la communication et la diffusion de données.

## **b) Renforcement des capacités nationales d'analyse des données sociodémographiques**

Le programme a également apporté un appui en matière de suivi et évaluation, études/recherches, entre autres, l'élaboration des rapports régionaux de l'EDS-MICS, les analyses approfondies des données de l'EDS-MICS (adolescents et jeunes, PF, santé de la mère, etc.), auxquelles il faut ajouter une étude sur l'excision dans les zones de résistance et des études approfondies sur l'excision à partir des résultats de l'EDS/MICS 2010-2011 : (i) *Pratique des mutilations génitales féminines chez les filles au Sénégal, déterminants, dynamique de baisse et sources de changement entre 2005 et 2010*, publiée en 2014 par Ministère l'Economie, des Finances et du Plan/UNFPA ; (ii) *étude d'impact des déclarations d'abandon de l'excision au Sénégal* réalisée en 2015 par UNFPA ; (iii) *étude de base de la 2ème phase du Programme conjoint UNFPA-UNICEF pour l'accélération de l'abandon des MGF/E (2014-2017)* en cours de finalisation.

Au niveau du plaidoyer et du dialogue de politique, des réunions du Groupe des PTF d'appui à la Statistique co-présidé par UNFPA et la BAD sont organisées régulièrement, ainsi que la Journée Africaine de la Statistique (JAS). Ces activités ont facilité le financement du RGPHAE 2013 et les enquêtes (notamment EDS-Continue

2012-2017, source : Comptes rendus de réunion du Groupe des PTF d'appui à la statistique, Entretiens avec staffs ANSD et UNFPA, Rapport de suivi de PTA de ANSD 2012/2014).

Dans ce domaine particulier, le programme a atteint l'essentiel des objectifs fixés :

- Il a mis en place des outils techniques et des mécanismes qui permettant de suivre et d'encadrer plus efficacement les activités préparatoires du RGPHAE et de l'EDS Continue, ainsi que les méthodes d'analyse qui découlent de l'exploitation des données.
- Il a contribué à renforcer les capacités des agents de l'ANSD sur plusieurs aspects : techniques de collecte, d'analyse et d'évaluation des données d'enquête et de recensement ; méthodologie de cartographie censitaire ; élaboration des outils et des mécanismes de mise en œuvre des projets, etc.
- Il a permis une utilisation accrue par les partenaires au développement, la société civile, les chercheurs, de données du recensement et d'autres opérations de grande envergure ;
- Il a contribué à l'application ces données, ainsi que celles provenant d'autres sources dans l'analyse de la contraception, la fécondité des adolescentes, la santé des enfants, la santé maternelle, l'excision et les relations de genre, etc. (Source : Entretiens avec Staffs ANSD et UNFPA ; Rapport diagnostic pour l'élaboration de la nouvelle stratégie nationale de développement de la statistique pour la période 2014-2019).

### **c) Déroulement de la feuille de route pour la capture du Dividende démographique (DD)**

En 2015, la mise en œuvre de la feuille de route sur le Dividende démographique a été entamée. Elle s'accompagne d'une série d'activités dont certaines ont déjà été réalisées : présentation d'une Note explicative au Ministre de l'Economie des Finances et du Plan ; atelier de lancement du processus d'élaboration du document « Capture du Dividende Démographique pour un Sénégal Emergent » (CDDSE) ; recrutement d'un consultant pour l'élaboration de la stratégie de communication sur le dividende démographique ; audience du Représentant avec le MEFP ; finalisation de l'arrêté mettant en place le Comité National de Pilotage et le Comité Technique Restreint ; constitution d'une liste d'experts nationaux devant contribuer à la mise en œuvre de la Feuille de route ; établissement du contrat avec AFIDEP grâce à l'appui du Bureau Régional de Johannesburg ; procédure de mise à disposition de l'appui de 5 000 000 FCFA pour le SYSDAK/FIISDAK ; Film OFDB et stratégie de communication sur le Dividende démographique ; note conceptuelle élaborée par AFIDEP, etc.

L'équipe d'évaluation a tenu à présenter dans les détails ces activités importantes qui devraient traduire dans les faits le processus du dividende démographique et mettre en évidence tous les efforts déployés par la composante population et développement pour rendre possible la mise en œuvre du DD. Tel que l'a si bien présenté la DDCH, ce processus a été planifié pour 2015, selon les étapes suivantes : (i) étape préparatoire ; (ii) établissement du bilan diagnostic ; (iii) détermination des axes prioritaires/ orientations stratégiques, et des objectifs opérationnels ; (iv) élaboration d'un plan d'action ; (v) élaboration d'un dispositif de suivi évaluation de la mise en œuvre de la CDDSE ; (vi) mobilisation des ressources ; (vii) lancement de la mise en œuvre de la CDDSE.

### **d) Autres activités de Plaidoyer**

En population et développement, les activités de plaidoyer et de dialogue ont été menées particulièrement au cours de l'année 2012, relatives à la SR en général, et à la Santé sexuelle et de reproduction des adolescents/jeunes et à l'égalité entre les sexes en particulier.

Des émissions radiophoniques et télévisuelles sur les questions de SR et d'égalité entre les sexes ont été réalisées avec des spécialistes (membres de réseaux, société civile), avec l'objectif de provoquer des changements de comportement souhaités. Les données sur les prévisions et réalisations ne sont pas disponibles pour permettre d'apprécier les progrès.

Ces activités de plaidoyer et de sensibilisation qui semblent de prime abord anodines, ont une grande influence sur les comportements des ménages et des familles, avec pour objectif la réduction de la taille des ménages, qui s'explique en partie par la baisse de la fécondité (Source : Entretiens et discussions de groupe des évaluateurs avec les bénéficiaires).

Cette composante du programme vient en appui au processus du dividende démographique, parce qu'on ne peut influencer la pyramide des âges sans un minimum de changement de comportements démographiques. Ainsi, la vulgarisation du modèle RAPID actualisé et du modèle REDUCE revêt dans ce programme une importance certaine.

En outre, le dividende démographique nous situe dans le champ de la démo-économie. En effet, les interrelations entre la population et l'économie restent d'actualité. Elles doivent être prises en compte dans toute planification du développement. Il revient à la DDCH le rôle de promouvoir l'intégration des questions de population dans les politiques et programmes sectoriels de développement ; rôle qu'elle n'a malheureusement pas pu jouer par les activités de plaidoyer, de sensibilisation et de prise en compte des questions de populations dans les politiques sectorielles et de coordination après 2012 (Données collectées par les évaluateurs lors des entretiens).

L'intégration des questions de population dans les politiques et programmes sectoriels de développement n'a pas été satisfaisante. Les stratégies de plaidoyer, de sensibilisation et de prise en compte des questions de populations dans les politiques sectorielles ont été insuffisamment mises en œuvre, selon les informations collectées.

#### 4.2.4 Réponse à la question de coordination et de suivi

**Question d'évaluation 3 :** Dans quelle mesure le dispositif de coordination et de suivi a-t-il eu des effets sur la réalisation des activités et l'atteinte des résultats ? [QE3]

##### Constats/Résumé de la réponse à la sous question de la coordination (QE3)

L'exécution nationale (NEX) est une modalité d'exécution des politiques et programmes de développement qui répartit les responsabilités entre Gouvernement et partenaires au développement, dans la mise en œuvre de ces politiques et programmes, selon la déclaration de Paris. Elle est la principale modalité d'exécution du programme. Sa mise en œuvre reste tributaire des difficultés notées dans la coordination et le suivi du 7<sup>ème</sup> programme. Les mécanismes de coordination du 7<sup>ème</sup> programme sont peu fonctionnels ou peu efficaces, du fait du faible niveau de représentation des structures au sein du comité de pilotage, d'un manque et de supervision/suivi par les instances de coordination.

De façon globale, des efforts restent à faire pour prendre systématiquement en compte la Gestion axée sur les résultats (GAR) dans la planification stratégique et opérationnelle, ainsi que la mise en œuvre et le suivi du CPAP. La mise en œuvre du Plan de suivi-évaluation, y compris le reporting, reste déficiente. La formation sur la GAR a été insuffisante. En l'absence de données de routine de qualité, les rapports annuels ne sont pas axés sur les résultats pour induire des changements réels dans les conditions de vie des populations cibles. Les risques et hypothèses sont insuffisamment pris en compte dans la planification.

Dans la ligne des limites suscitées, le suivi n'a pu que partiellement permettre de rendre compte de la performance du 7<sup>ème</sup> programme de pays UNFPA/Sénégal et d'identifier les facteurs de réussite et contraintes de l'implémentation.

##### 4.2.4.1. Coordination du programme

Le 7<sup>ème</sup> programme de coopération a été géré selon la modalité de l'exécution nationale :

- transfert de fonds sur un compte bancaire du partenaire d'exécution ;
- remise d'espèces directement au partenaire d'exécution avant ou après la réalisation des activités planifiées et justifiées ;

- paiement direct aux fournisseurs ou à des tierces parties au titre d'obligations encourues par le partenaire d'exécution, sur la base de demandes approuvées par le responsable du projet et le Représentant de l'UNFPA ;
- demandes d'avance.

En ayant opté pour l'exécution nationale, l'UNFPA et le gouvernement répondaient à l'une des exigences de la Déclaration de Paris. L'un des objectifs prioritaires du NEX, est de renforcer la responsabilité mutuelle et la transparence concernant l'utilisation qui est faite des ressources affectées au programme. C'est également un moyen de rallier l'adhésion de toutes les parties prenantes aux produits et stratégies du programme définis de commun accord.

Au cours de ce 7<sup>ème</sup> programme de coopération, l'UNFPA a produit et mis à la disposition de tous les partenaires d'exécution un manuel NEX, qui a fait l'objet de plusieurs ateliers de formation. Mais l'utilisation de ce manuel n'a pas porté tous les fruits attendus, compte tenu de du fait que certaines mauvaises pratiques de gestion persistent.

La signature des PTA fait partie des engagements que prennent le gouvernement et l'UNFPA, tous deux conscients de la nécessité d'une transparence et d'une reddition de comptes renforcées sur l'utilisation des ressources tant internes qu'externes.

### ➤ **Schéma de coordination du 7<sup>ème</sup> Programme**

Tel que stipulé dans le Programme Pays UNFPA 2012-2016, le Ministère de l'Economie et des Finances est l'autorité gouvernementale qui assure la coordination du Programme pays UNFPA. Celle-ci est déléguée à deux structures : (i) la Direction Générale de la Planification et des Politiques Economiques qui a la responsabilité de la coordination technique à travers le Comité de pilotage (Organe de coordination du Programme Pays) ; (ii) la Direction de la Coopération Economique et Financière (DCEF), responsable de la coordination générale des cadres de coopération entre le Sénégal et le Système des Nations Unies.

### ➤ **Rôles et responsabilités des différents niveaux de coordination**

#### **Coordination stratégique**

Le Comité de pilotage assure la coordination stratégique du programme. Il a pour mandat de procéder à l'examen des rapports analytiques des progrès, en vue de mesurer les résultats atteints par les différents produits du programme et de définir les nouvelles orientations stratégiques. Il lui revient de rendre compte, chaque année, au Ministre de l'Economie, des Finances et du Plan, des décisions arrêtées. La DDCH assure le Secrétariat du Comité de Pilotage.

#### **Comité technique régional (CTR)**

Au niveau régional, la coordination de l'exécution du Programme est assurée par le Gouverneur à travers le comité technique régional regroupant les services techniques régionaux et les partenaires intervenant dans la région. Le Service Régional de la Planification assure le Secrétariat du comité.

Le schéma institutionnel de coordination ainsi défini, semble approprié pour faciliter la bonne exécution du 7<sup>ème</sup> Programme. Mais, selon la majorité de nos interlocuteurs, la coordination est le maillon faible du 7<sup>ème</sup> Programme et ce, tant au niveau stratégique qu'au niveau technique. Parmi les raisons invoquées, il convient de noter :

#### *(i) Rencontres irrégulières du comité de pilotage*

Le Comité de pilotage a pour mandat de valider les PTA des composantes du Programme, de faire le bilan de l'exécution du Programme et de veiller à la mise en œuvre des orientations y relatives.

La chronologie des réunions durant la période du 7<sup>ème</sup> Programme est rapportée dans le tableau ci-dessous.



**Tableau 16** : Chronologie des réunions du comité de pilotage

Dates de réunion								Observations
2012		2013		2014		2015		
1 <sup>er</sup> sem.	2 <sup>ème</sup> sem.	1 <sup>er</sup> sem.	2 <sup>ème</sup> sem.	1 <sup>er</sup> sem.	2 <sup>ème</sup> sem.	1 <sup>er</sup> sem.	2 <sup>ème</sup> sem.	
02 mars	14 sept.	31 janv.	-	27 fév.	-	22 juin	-	En 2012, le comité de pilotage s'est réuni deux fois dans l'année.

Il est à noter une *rupture dans la chaîne de coordination*, du fait de l'irrégularité des réunions du comité de pilotage prévues deux (2) fois par an, par la stratégie de coordination du CPAP. La principale raison, évoquée est d'ordre organisationnel et financier.

*(ii) Supervision et suivi faiblement assurés par la partie nationale*

La DDCH, responsable du secrétariat du Comité de pilotage, assure difficilement ses missions de supervision et de suivi de la mise en œuvre du Programme, à cause des défaillances dans la mise en œuvre du schéma de coordination notamment l'absence de rapports techniques au niveau de la DDCH, l'irrégularité des missions conjointes de supervision. Les parties prenantes reconnaissent le non-fonctionnement des mécanismes de coordination et de suivi, tel que prévu par le cadre institutionnel de mise en œuvre du CPAP 2012-2016. Il en est de même pour les comités techniques régionaux qui ne sont pas tenus régulièrement depuis 2013.

*(iii) Faible niveau de représentation des structures au sein du comité de pilotage*

Le niveau de représentation des structures du comité de pilotage ne facilite pas une prise de décision lorsque le niveau de responsabilité des participants reste faible. Les participants aux réunions du comité de pilotage viennent de tous les projets du programme.

**4.2.4.2. Suivi du programme**

L'examen du système du suivi du 7<sup>ème</sup> programme a été fait à travers les points suivants :

- Cadre des résultats ;
- Suivi des intrants et activités ;
- Suivi des produits et des effets ;
- Suivi des hypothèses et risques ;
- Renforcement des capacités nationales.

• **Cadre des résultats**

La Gestion Axée sur les Résultats (GAR) est inscrite dans le CPAP 2012-2016, accompagné d'un cadre de résultats et ressources, avec des effets de l'UNDAF, du Plan stratégique 2014-2017 de l'UNFPA, des produits et de leurs indicateurs, ainsi que le partenaire d'exécution et les montants alloués.

Le Plan d'Action 2012-2016 est l'outil d'opérationnalisation du Programme Pays. Il montre la contribution du programme aux effets du PNUAD 2012-2016. En 2014, le cadre de résultats du Plan d'action 2012-2016 a été revu pour son alignement aux priorités nationales et au Plan stratégique 2014-2017 de l'UNFPA. Le cadre de résultats 2015-2016 révisé, maintient les effets du plan stratégique 2014-2017. Il présente l'avantage de définir la situation de référence et les cibles annuelles 2015 et 2016 du plan stratégique UNFPA et les sources de vérification pour chaque indicateur retenu.

En outre, le Programme dispose d'un Plan de Suivi-évaluation mis à jour, suite à l'exercice d'alignement au plan stratégique 2014-2017 et aux priorités nationales. Ce plan précise les rôles et responsabilités des acteurs, définit

le cycle complet de suivi, les activités du suivi, de reporting, d'évaluation du programme, les sources de données et les outils afférents, y compris la matrice de planification pour le suivi et l'évaluation.

La présence d'un chargé de programme en suivi-évaluation au Bureau de l'UNFPA traduit la volonté de l'UNFPA de développer une culture des résultats chez le personnel de l'UNFPA et chez les partenaires nationaux.

Cependant, les ressources humaines qualifiées en S&E semblent faire défaut au niveau de la plupart des partenaires de mise en œuvre.

En outre, les données de routine n'ont pas permis de suivre à temps la mise en œuvre du cadre de résultats.

- **Suivi des intrants et des activités**

Le suivi des intrants et des activités constitue l'essentiel des tâches auxquelles s'attèlent tous les jours le staff du Bureau de l'UNFPA. A ce niveau tout se déroule généralement bien, malgré le nombre important des dossiers financiers à traiter. Ce suivi se fait à travers un certain nombre de documents financiers ou de rapports :

- PTA, rapports financiers, ATLAS, rapports annuels de progrès, rapports d'activités, etc. ;
- Tenue des réunions entre l'UNFPA et les partenaires d'exécution et autres parties prenantes concernées ;
- Rapports des missions sur le terrain ;
- Revues conjointes ;
- Audits annuels, etc.

Les revues annuelles des produits du CPAP sont systématiquement organisées pour faire un bilan exhaustif de l'état d'avancement des activités réalisées dans l'année, par rapport aux cibles définies.

- **Suivi des produits et des effets**

Il s'agit ici d'un suivi axé sur les résultats, c'est-à-dire que toutes les activités de suivi devraient être basées sur l'observation des résultats, en tenant compte de l'ensemble de la chaîne des résultats, depuis les contributions ou moyens mis en œuvre, en passant par des activités liées aux produits, puis des produits aux effets, et des effets à l'impact. Car, il ne faut pas se contenter de ce qu'on a obtenu, mais de savoir quels sont les changements qui ont été induits par ce qui a été fait.

L'insuffisance de la qualité des données provenant des partenaires de la santé (notamment leur faible complétude) et le retard accusé dans leur transmission entachent la réalisation de cette vision. En l'absence de données complètes, les partenaires se focalisent davantage sur les intrants et les activités dans le reporting, alors que la GAR est une approche qui se concentre de façon systématique sur les résultats, plutôt que sur la réalisation d'activités déterminées, en optimisant l'utilisation des ressources humaines et financières.

En revanche, les enquêtes et études réalisées (Enquête Démographique et de Santé-MICS 2010/2011, EDS Continue 2012/2013, EDS Continue 2013/2014, Enquêtes SPSR 2014, Enquête SOU 2014, Enquête SPSR 2014, etc.) ont permis de mesurer les progrès relatifs à certains indicateurs de résultats dans le cadre de l'évaluation du Programme.

- **Suivi des hypothèses et des risques**

Il faut se rappeler que l'environnement dans lequel évolue un programme change constamment et peut être instable ; que des facteurs externes peuvent influencer sur l'atteinte des résultats. Lors de la conception du programme, il faut déterminer les conditions nécessaires (hypothèses) pour que se réalise comme prévue la relation de cause à effet, entre les différents niveaux de résultats. Ces hypothèses incluent des conditions internes et externes au programme.

Ces hypothèses et risques, nécessaires à développer dans le cadre d'un programme pour mettre en place des stratégies contribuant à réduire les risques d'échec, n'ont pas été appréhendées dans ce 7<sup>ème</sup> programme, même si les risques au niveau des produits sont faibles en raison du niveau élevé de contrôle des facteurs internes et externes déterminant l'atteinte des résultats. Ces hypothèses et risques paraissent importants pour la théorie du changement dans lequel s'inscrit le Programme.

- **Renforcement des capacités nationales**

Dans le cadre du renforcement des capacités en suivi et évaluation, des ateliers de formation ont été organisés à l'intention des partenaires d'exécution sur la gestion et le suivi de la mise en œuvre des activités du PTA au niveau des régions d'intervention.

En 2012, 17 points focaux suivi-évaluation des institutions partenaires de mise en œuvre et 8 staffs avaient été formés sur le suivi/reporting selon une approche GAR.

En 2013, le bilan suivant est noté :

- 105 partenaires d'exécution formés sur la complétude des pièces justificatives nécessaires pour chaque type d'activité, ainsi que sur les différents outils et méthodologies de gestion (FACE, Rapports de suivi du PTA, etc.) des Plans de Travail Trimestriels (PTT) sur la base des politiques et procédures de l'UNFPA et des procédures du code des marchés publics du Sénégal ;
- Guide NEX actualisé, disponible et vulgarisé au niveau de tous les partenaires d'exécution afin de servir de référence pour la mise en œuvre du programme ;
- Résultats et conclusions de l'audit NEX 2012 partagés et corrections aux erreurs et dysfonctionnements apportées ;
- Plus de 41 missions de pré-audit, de formation et de supervision réalisées au niveau des partenaires d'exécution pour renforcer leurs capacités en matière de procédures et de la mise en jour des indicateurs du PTA.

Les informations recueillies par l'équipe d'évaluation révèlent que des formations véritablement dédiées à la GAR ont été rares. Celles-ci ont surtout porté sur les plans de travail et les diverses procédures administratives et financières et font une part excessivement restreinte au suivi de la mise en œuvre et à l'évaluation des résultats.

#### 4.3. REPONSE A LA QUESTION SUR L'EFFICIENCE

**Question d'évaluation 4:** Dans quelle mesure les mécanismes administratifs et financiers et l'utilisation des ressources ont-ils permis l'atteinte des résultats attendus dans le cadre des trois composantes du programme ? [QE4]

##### **Constats / Résumé de la réponse à la question de l'efficience (QE4)**

Le programme a investi suffisamment de ressources pour réaliser les activités planifiées dans les trois domaines programmatiques (SR, Genre, P&D) : 32.314.399 USD, dont 13.872.161 USD de fonds propres et 18.442.239 USD de fonds mobilisés sur la période 2011-2015. Les niveaux des taux d'exécution financière sont relativement bons pour Population et développement (87%) et Management (85%), plus faibles pour la santé de la reproduction (71%) et pour le Genre (68%). Le taux d'exécution financière global se situe à 74%. (Source : Atlas, septembre 2015)

Les causes évoquées pour expliquer le niveau relativement moyen des taux d'utilisation budgétaire relèvent de nombreuses contraintes : planification insuffisante, procédures trop lourdes, retards récurrents dans la mise en œuvre des activités, faible maîtrise des procédures par la partie nationale, changements d'orientation au cours de la mise en œuvre du programme. Les données ont fait défaut pour apprécier la qualité de la dépense en termes d'authenticité, de rationalité et de parcimonie/austérité. Le niveau de renseignement des données de performance (prévisions et réalisations) n'a pas permis de déterminer le rapport coût-efficacité du programme.

La question de l'efficacité est liée à l'utilisation optimale et adéquate des ressources humaines, logistiques et financières. La question est de savoir si les produits ont été réalisés avec un bon rapport coûts/bénéfices. Malheureusement cette analyse n'a pas pu être faite à cause de l'indisponibilité des données appropriées.

L'efficacité a donc été appréhendée par l'analyse des mécanismes administratifs et financiers, la disponibilité des ressources fournies en temps opportun (ou non) et la qualité des services offerts.

- **Adéquation entre ressources et résultats**

L'UNFPA a mis à la disposition du programme (voir structure financière du programme, chapitre 3, paragraphe 3.5) des moyens financiers appropriés et des ressources humaines pour que les activités planifiées soient réalisées en temps opportun, en vue d'atteindre les résultats.

Les taux d'utilisation budgétaire qui traduisent le lien entre ressources et activités réalisées, indiquent une exécution budgétaire pas assez satisfaisante, et variable d'une des 3 composantes du programme à l'autre: 87% pour population et développement ; 71% pour la santé de la reproduction ; 68% pour le Genre, et 85% pour le Management. Il est de 74% pour l'ensemble du programme.

D'autre part, 64% des dépenses sont imputées à la composante santé de la reproduction, 8% au Genre et 11% à Population et développement sur la période 2012-2015. Sur la période 2012-2015 on note une baisse des dépenses imputées à Population et développement.

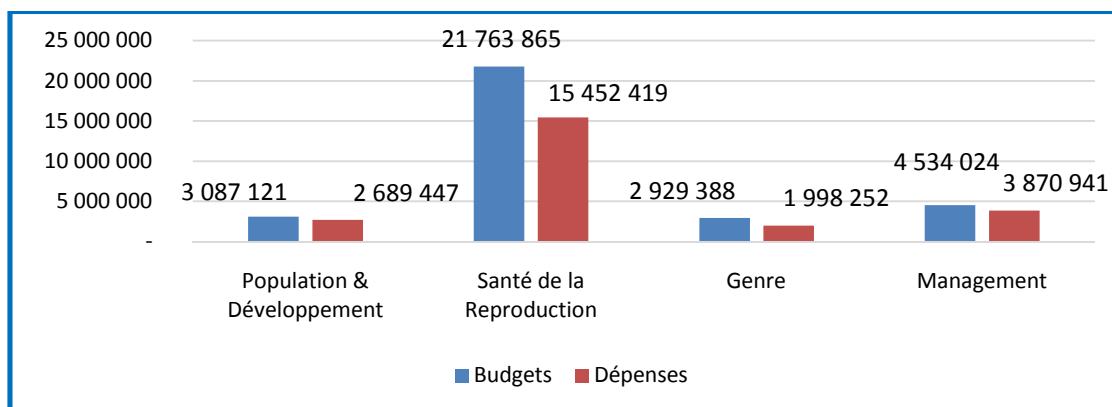
**Tableau 17** : Dépenses par composante (budget utilisation) entre 2012 et 2015

Composantes	2012	TAUX	2013	TAUX	2014	TAU X	2015	TAU X
	Montant	%	Montant	%	Montant	%	Montant	%
<b>Santé de la reproduction</b>	2 975 600	55%	3 818 561	64%	4 304 847	63%	4 353 412	74%
<b>Genre</b>	409 138	8%	418 018	7%	671 524	10%	499 571	9%
<b>Population &amp; développement</b>	896 677	17%	759 110	13%	654 944	10%	378 717	6%
<b>Coordination et assistance</b>	1 081 438	20%	1 002 853	17%	1 166 480	17%	620 169	11%
<b>Total</b>	5 362 853	100%	5 998 542	100%	6 797 795	100%	5 851 869	100%

Source : Atlas, 2012-2015, septembre 2015

Le graphique ci-après indique des écarts importants entre le budget et les dépenses par composante. L'écart est plus important dans la composante santé de la reproduction que dans les deux autres composantes.

**Figure 4** : Ecart entre budget disponible et budget effectivement utilisé



Source : Atlas, 2012-2015, septembre 2015

Cette sous-utilisation générale du budget (74%) est due à plusieurs raisons évoquées par la plupart des partenaires rencontrés :

- **Des problèmes d'appropriation des procédures UNFPA**

Les personnes interrogées tant au niveau central que régional jugent les procédures de l'UNFPA lourdes et même plus rigoureuses que celles des autres agences et ONG internationales. Mais les analyses orientent davantage le problème vers un manque d'appropriation des procédures, des problèmes de planification et de coordination. Ce qui est à l'origine des retards récurrents dans la mise en œuvre des activités du 7<sup>ème</sup> programme.

Parmi les problèmes majeurs de planification et de coordination, on peut citer :

- des questions d'organisation et d'harmonisation entre les cycles UNFPA et les cycles nationaux ;
- la difficulté de la partie gouvernementale et des partenaires à s'approprier les outils de gestion
- la planification tardive des activités dont le cycle n'est pas le même que celui du gouvernement ;
- la signature tardive des plans de travail (PTA) due en partie à l'instabilité institutionnelle, car la date de signature d'un PTA dépend de la disponibilité du Ministre concerné ;
- une préparation des demandes d'avances de fonds qui prend parfois beaucoup de temps parce que les dossiers sont mal composés (FACE, qualité des fiches d'activités, plan de travail, rapport de suivi du PTA, etc.) ; même lorsque les FACE sont bien remplis, ils parviennent souvent aux services financiers tard, par exemple au mois de mai au lieu du 05 avril, pour la demande du 2<sup>ème</sup> trimestre.

- **Une faible maîtrise des procédures par les partenaires d'exécution, l'insuffisance de ressources humaines qualifiées**

Malgré toutes les formations reçues sur les procédures de l'UNFPA et l'utilisation du Guide NEX, les documents financiers comportent souvent, chaque année, les mêmes erreurs. Un même dossier peut faire l'objet de plusieurs rejets à cause du non-respect des normes de présentation. Parmi les facteurs de contrainte, certains partenaires d'exécution ont aussi évoqué la grande mobilité du personnel de l'administration. Les personnels formés ou rompu aux procédures sont souvent affectés à d'autres postes. Les mécanismes de gestion financière mis en place pour faciliter les décaissements sont entravés par les lourdeurs administratives et l'insuffisante maîtrise des règles et procédures par la partie nationale, tant au niveau central que régional.

- **Des dysfonctionnements dans le processus de planification**

A partir de 2014, le processus de planification a connu une modification, du fait de l'abandon des ateliers de planification conjointe avec les partenaires. La non-tenu de ces ateliers de planification aurait pour conséquence un retard dans la finalisation et signature des PTA (arbitrage/négociation).

- **Existence d'un draft de plan de mobilisation de ressources**

Il existe depuis 2012, un draft de plan de mobilisation des ressources qui doit être actualisé en 2015. C'est ce draft qui permet à l'UNFPA d'identifier les potentiels donateurs.

#### 4.4. REPONSE A LA QUESTION SUR LA DURABILITE

**Question d'évaluation 5** : Dans quelle mesure la durabilité des résultats du programme sera-t-elle assurée après le retrait de l'assistance extérieure ? [QE5]

##### **Constats / Résumé de la réponse de la durabilité (QE5)**

Globalement, le programme a généré des facteurs de durabilité, grâce : au renforcement des capacités nationales, techniques et institutionnelles ; à l'implication des parties prenantes concernées dans les diverses activités ; à la prise en main du programme par les structures gouvernementales.

**Dans le domaine de la santé de la reproduction** : les résultats acquis ont de fortes chances de perdurer au-delà de la fin du 7<sup>ème</sup> programme, étant donné que les effets mêmes du programme sont définis et orientés sur les effets des documents stratégiques du Ministère de la santé et de l'action sociale (tels que le PNDS) et donc sur les priorités nationales. Il convient d'ajouter que les acquis en termes d'équipement des structures de référence en SONU, de gestion des ressources et soins, etc., auront un effet considérable de réplique des activités et interventions à haut impact.

**Dans le domaine du Genre et droits humains** : Des facteurs favorisant la durabilité des acquis dans la composante Genre existent, mais ils s'avèrent encore fragiles, car menacés par un contexte socioculturel comprenant des contraintes qui rendent précaires les changements et progrès obtenus en matière d'équité et d'égalité de genre.

L'appropriation des stratégies et des outils en matière de genre et de plaidoyer par les partenaires, grâce au renforcement des capacités techniques et institutionnelles, sont les fondements réels de la durabilité. La pérennisation des résultats dans le domaine du genre doit s'inscrire dans un long processus de transformation structurelle. L'évolution positive des indicateurs de santé et de santé de la reproduction en dépend.

**En Population et Développement** : L'analyse des informations recueillies sur la durabilité révèle que cette composante du programme (P&D) véhicule des éléments importants de pérennisation. Elle constitue un véritable instrument pour accompagner en permanence le gouvernement dans la résolution de certains problèmes spécifiques liés à la dynamique démographique, à la collecte des données et à la prise en compte des questions de population dans la planification du développement. Cette composante est devenue un outil indispensable pour le pays, qui permet de pallier d'une manière continue les carences en données statistiques fiables et actualisées, lesquelles permettent de concevoir, mettre en œuvre et évaluer les politiques de réforme économique, puis d'en mesurer l'impact sur le plan social.

La durabilité des résultats du programme a été appréhendée par les évaluateurs à travers : (i) le renforcement des capacités ; (ii) l'implication de la société civile et des communautés dans les activités du programme et (iii) l'appropriation des résultats du Programme par le Gouvernement lui-même.

##### **4.4.1. En matière de santé de la reproduction**

###### ➤ **Renforcement des capacités**

Les formations à l'intention du personnel de santé, animateurs de relais communautaires et sages-femmes sont portées essentiellement sur les SONU et la PF/méthode longue durée. Les connaissances acquises dans tous ces aspects sont utilisées et auront un impact de longue durée.

De même, la sensibilisation des populations et la diffusion de l'information à l'intention des leaders religieux et autres responsables locaux ont permis de véhiculer des messages qui ont atteint les différentes couches de la société. Ce processus de transmission de l'information sur les questions de population à travers des multiples canaux traditionnels, les organisations de la société civile, les groupements féminins et même les autorités administratives, peut contribuer à changer durablement les mentalités sur ces questions.

➤ **Un engagement des parties prenantes**

Les parties prenantes interrogées sont désireuses de poursuivre le programme, y compris en l'absence de l'appui de l'UNFPA. Elles reconnaissent qu'un transfert de compétences acquises pendant les cinq années du programme peut leur permettre de prendre en main le programme. La participation et l'implication du Ministère de la santé et de l'Action Sociale aux activités du programme et à leur financement, la mobilisation des médias, etc., s'inscrivent dans ce long processus de pérennisation.

#### 4.4.2. En matière de Genre et Droits humains

La présente évaluation a permis d'identifier quelques facteurs favorisant la pérennisation des interventions et la durabilité des résultats dans les zones d'intervention du 7<sup>ème</sup> Programme :

➤ ***Le renforcement des capacités techniques en genre des institutions publiques, des ONG et des prestataires de santé***

Globalement, les partenaires cibles de la composante Genre, outillés en genre, santé de la reproduction et violences basées sur le genre, sont aujourd'hui en mesure de mener des actions autonomes de sensibilisation et de plaider pour soutenir l'application des lois et plus particulièrement les droits en matière de santé de la reproduction en faveur des femmes et des adolescent-es-s/jeunes et la mise en œuvre de politiques et programmes intégrant le genre.

➤ ***L'engagement actif des Parlementaires, des leaders communautaires et des communicateurs traditionnels***

Les actions de sensibilisation et le plaidoyer de ces acteurs clés pour le respect des droits des femmes et des filles ; l'abandon des mariages d'enfants et les incidences négatives des VBG sur la SR ; les actions visant à promouvoir l'égalité homme-femme, sont *un gage d'appropriation et de durabilité important*.

➤ ***L'implication des hommes et des adolescent-e-s/jeunes***

Le fait que les hommes et les garçons soient davantage actifs dans la gestion de la santé et de la santé de la reproduction au sein du ménage et au niveau de la communauté, de même, le fait qu'ils soient davantage visibles dans les zones d'intervention de l'UNFPA, sont *des garants de durabilité dans le domaine du genre*.

#### 4.4.3. En matière de Population et Développement

➤ ***Renforcement des capacités***

Grâce aux multiples activités de formation réalisées dans le cadre de la collecte et de l'analyse de données, de formation aux interrelations entre la population et le développement, les cadres de l'ANSD et des ministères sectoriels pérennisent les acquis du programme. Les connaissances et compétences acquises permettent de réaliser des opérations d'envergure nationale en recourant très peu à l'assistance technique extérieure et d'intégrer les questions de population dans la planification du développement. La masse critique des démographes et statisticiens formés qui prend chaque année de l'envergure, est un signal d'appropriation et de durabilité dans un pays qui aspire à l'émergence dans les deux décennies à venir.

➤ ***Programme dans l'agenda du gouvernement***

Le programme de coopération Sénégal-UNFPA est avant tout un programme du gouvernement sénégalais auquel l'UNFPA n'apporte que son appui. Ce qui le fonde dès le départ sur la nécessité d'une appropriation nationale et une implication totale de toutes les parties concernées. En population et développement, les institutions nationales telles que l'ANSD ou la Direction générale de la planification, sont des garants solides de la durabilité, parce qu'elles continueront à développer même sans appui extérieur, des compétences et des



connaissances en matière de collecte et d'analyse de données, d'intégration des questions de population dans la planification du développement.

➤ **Forte implication de la société civile et des communautés**

Les organisations de la société civile, en particulier les organisations religieuses, sont impliquées et dans la sensibilisation des populations en vue de l'adoption des comportements favorables à la maîtrise de la fécondité et à l'adoption de la planification familiale, comme facteurs importants de lutte contre la mortalité maternelle. Cette sensibilisation, appuyée par le modèle RAPID, est un gage de durabilité.

#### 4.5. REPONSES SUR LE POSITIONNEMENT STRATEGIQUE DE L'UNFPA

**Question d'évaluation 6** : *Quels ont été les avantages comparatifs de l'UNFPA dans les domaines de la santé sexuelle et reproductive, l'égalité des sexes et la production de données et l'UNFPA est-il resté en conformité avec l'UNDAF, a-t-il favorisé les complémentarités et évité la duplication d'activités au sein des NU? [QE6]*

##### Constats/Résumé des réponses à la question du positionnement stratégique (QE6)

L'UNFPA a joué un rôle actif au sein de la coordination des agences du Système des Nations Unies au Sénégal, au niveau stratégique et opérationnel. Il a établi des partenariats utiles avec d'autres agences onusiennes, mais est aussi allé au-delà avec des partenaires techniques et financiers (PTF).

La valeur ajoutée du Fonds est liée à son mandat. Toutes les parties interrogées reconnaissent que celui-ci a une grande expertise et un leadership dans les domaines, la collecte et l'analyse des données, la santé de la reproduction, la lutte contre les inégalités de genre, notamment contre les violences sexuelles et basées sur le genre.

L'organisation des Nations Unies au Sénégal compte une cinquantaine de Fonds, programmes et agences, y compris des représentations régionales qui couvrent plusieurs pays d'Afrique centrale et de l'Ouest. Elle se caractérise par une grande diversité des mandats qui se renforcent mutuellement dans la complémentarité de la coopération inter agences. L'UNFPA joue un rôle important au sein de l'Equipe pays des Nations Unies au Sénégal, et collabore étroitement avec les autres agences, notamment avec le PNUD, l'UNICEF, l'OMS, ONUFEMMES, HCDH, UNESCO, le BIT, etc.

➤ **Au niveau stratégique**

Sur l'initiative du Coordinateur Résident, l'ensemble des agences collabore étroitement avec le Gouvernement du Sénégal dans le cadre de l'UNDAF, dans le but d'assurer, d'une part, l'adéquation entre l'assistance fournie et les priorités de développement du pays, et d'autre part, la coordination des actions du système des Nations Unies avec celles d'autres bailleurs de fonds. L'UNFPA a contribué non seulement à l'élaboration de l'UNDAF, mais aussi au suivi de sa mise en œuvre.

L'appui de l'UNFPA au Plan Sénégal Emergent (PSE) positionne le Fonds au niveau stratégique. En effet, l'UNFPA et le PNUD ont apporté au Gouvernement une contribution financière de 868 millions FCFA, destinée au programme d'appui au suivi du Plan Sénégal émergent (PASSE). Ces fonds permettront, en particulier, de renforcer les capacités du secteur public à délivrer des projets et à soutenir des réformes prioritaires déclinées dans le PSE.

Avec l'ensemble de la cinquantaine Partenaires Techniques et Financiers (PTF) présents au Sénégal, l'UNFPA est resté très actif dans le domaine du dialogue de politique et de plaidoyer avec le Gouvernement, sur les thèmes critiques tels que la gouvernance, la protection sociale, etc.



## ➤ **Au niveau opérationnel**

L'UNFPA est membre actif de certains groupes thématiques ou en assure la présidence :

- L'UNFPA appuie le volet suivi et évaluation dans le programme d'appui au PSE ;
- Le comité des programmes est présidé par le Représentant Adjoint de l'UNFPA ;
- L'UNFPA coordonne le programme conjoint Gouvernance et statistique.
- L'UNFPA participe au programme conjoint sur l'emploi des jeunes regroupant plusieurs partenaires ;
- L'UNFPA assure la co-présidence du groupe Suivi-évaluation du PNUAD.

Cette collaboration s'étend à l'élaboration de certains instruments de collecte et d'analyse de données, permettant le suivi et l'évaluation des programmes et de mieux appréhender statistiquement des phénomènes tels que la pauvreté ou le dividende démographique. Elle va encore plus loin dans le cadre des programmes conjoints :

1. Programme conjoint UNFPA-UNICEF sur les mutilations génitales féminines /excision (MGF/E). Ce programme vise à contribuer à une réduction de 40% de cette pratique chez les filles âgées de 0-15 ans ;
2. Promotion de l'emploi des jeunes intégrant la variable migratoire. C'est un programme conjoint, initié par le BIT, UNIDO, UNFPA, UNDP, UNCDF, OIM et UNESCO. Il prend en compte la variable migratoire ;
3. Appui au système statistique national et au renforcement des capacités en matière de planification, de suivi et évaluation des politiques publiques. Programme initié par l'UNFPA, BIT, UNICEF, PNUD visant à améliorer le système statistique national ;
4. Eradication des violences basées sur le genre et promotion des droits humains. Programme initié par UNWOMEN, UNFPA, HCDH et UNESCO ;
5. Programme Intégré Santé Education Nutrition (PISEN) : Appui à la réduction des inégalités dans l'amélioration de la santé et de la qualité de vie des femmes et des enfants dans 4 régions du Sénégal (Sédhiou, Kolda, Kédougou et Dakar Banlieue) ;
6. Programme conjoint avec la Coopération luxembourgeoise, pour la promotion de la santé maternelle sur l'axe nord (Saint Louis, Louga, Matam).

### • **Delivering as One (Unis dans l'action)**

L'UNFPA a joué un grand rôle au sein de la coordination pour contribuer à la réalisation du "ONE UN", mais aussi il a été à l'avant-garde du plaidoyer en faveur des programmes conjoints.

L'UNFPA a multiplié les partenariats avec les autres bailleurs de fonds et la partie nationale en s'ouvrant sur la société civile et le secteur privé. Peu à peu, le Fonds a créé un réseau assez large de partenaires nationaux et internationaux aux mandats et capacités complémentaires.

Les partenaires rencontrés par la mission d'évaluation souhaitent que toutes les agences du système des Nations Unies au Sénégal s'inscrivent dans la mouvance du Plan Sénégal Emergent (PSE) qui ouvre au pays des perspectives nouvelles, avec des nouveaux défis.

L'UNFPA travaille toujours dans des domaines où il possède des avantages comparatifs (ou une valeur ajoutée) :

- intervention dans le domaine de la santé de la Reproduction SR/VIH, SSR chez les jeunes et adolescents, planification familiale ;
- Réponse et prévention des violences sexuelles et violences basées sur le genre (VBG) ;
- Collecte et analyse des données ;
- Plus récemment, les situations d'urgences humanitaires.

Pour tous ces aspects présentés ci-dessus, les personnes interrogées tant au niveau central que régional, y compris les agences du SNU et autres partenaires au développement apprécient la valeur ajoutée qu'apporte l'UNFPA dans ses différentes interventions.

### • **En matière de santé sexuelle et reproductive :**

L'UNFPA au cours de ce 7<sup>ème</sup> programme, a fait partie des pionniers de la lutte contre la mortalité maternelle et néonatale dans les régions de Louga, Matam, Saint-Louis et Tambacounda. Ce rôle lui est reconnu par l'ensemble des partenaires et des populations rencontrés. Plus que toute autre institution internationale, il a

activement soutenu les efforts du gouvernement dans la réduction du taux de mortalité maternelle. Ce soutien se traduit par la mobilisation de cinq (5) millions de dollars, par an, pour renforcer le système de santé du Sénégal, grâce à la mise en place des programmes de Sécurisation des Produits de Santé de la Reproduction, y compris les produits sanguins, les actions de rénovation/équipements des Centres de santé. D'autres ressources financières sont mobilisées dans le cadre des accords bilatéraux avec par exemple, la coopération luxembourgeoise pour promouvoir la santé maternelle.

- **En matière de genre :**

La valeur ajoutée de l'UNFPA est aussi reconnue et appréciée par les partenaires et les populations bénéficiaires, dans la lutte contre les violences sexuelles et basées sur le genre. Le Fonds, en partenariat avec le Ministère en charge de la femme et les autres départements ministériels compétents, y compris la société civile et les ONG, a engagé des actions relatives aux droits humains, et à la création d'un environnement social, politique, réglementaire et législatif favorable à l'égalité et à l'équité de genre, à la lutte contre les violences basées sur le genre, les mutilations génitales féminines (MGF) et les mariages précoces.

Toutefois, vu l'apport du genre à l'atteinte des résultats significatifs obtenus en SR /SRAJ et VBG, il y a lieu de renforcer cette valeur ajoutée pour soutenir la durabilité des changements obtenus et rendre davantage visible la position de l'UNFPA dans ce domaine.

- **En matière de population et développement :**

S'il y a un domaine dans lequel l'UNFPA excelle et que les partenaires unanimement reconnaissent comme sa première valeur ajoutée, c'est bien la collecte, le traitement et l'analyse des données.

L'UNFPA est la première institution onusienne à introduire les nouvelles technologies au Sénégal dans la collecte des données de recensement avec l'utilisation des PDA, qui ont marqué la fin d'une époque où les recensements de population en Afrique, très coûteux, se déroulaient tous les 10 ans ou plus avec les questionnaires papiers.

Les données recueillies révèlent des caractéristiques qui fournissent des informations sur l'emploi, l'éducation, les services de santé, la croissance de la population, les migrations, les pyramides d'âges, les niveaux de pauvreté, l'urbanisation, la répartition spatiale de la population, etc.

## CHAPITRE V : ENSEIGNEMENTS ET CONCLUSIONS

---

### 5.1. LECONS APPRISES

1. L'absence d'experts de l'UNFPA dans certaines zones d'intervention et d'une assistance technique adéquate rend difficile la mise en œuvre du programme et ne permet pas une grande visibilité du Fonds sur le terrain ;
2. L'absence d'un dispositif de coordination fonctionnel, au niveau stratégique et opérationnel, constitue un obstacle majeur à l'atteinte des résultats du programme et une source de malentendus entre parties prenantes ;
3. L'insuffisance des données de routine pour la situation de référence peut être cause d'incohérences entre les activités, les objectifs poursuivis et les résultats à atteindre ;
4. La promotion de la coopération sud-sud ouvre des perspectives nouvelles au programme et lui permet de s'ouvrir, par exemple, aux nouvelles technologies ;
5. La prise en compte du contexte socioculturel dans les zones d'intervention et l'implication des communautés de base dans certaines activités grâce à des stratégies participatives, est un gage de durabilité des résultats du programme ;
6. L'implication de porteurs de voix (Parlementaires, autorités administratives, communautaires et religieuses, communicateurs traditionnels, Badjènu Gox) est une bonne option stratégique, car elle a permis de renforcer la sensibilisation et le plaidoyer pour une adhésion effective des populations à la promotion de la SR/PF et à l'éradication de la pratique des MGF et des mariages d'enfants.

### 5.2. LEÇONS A RETENIR COMME MODELES

☞ *Contribution des universités et instituts de recherche au débat sur les questions de population au Sénégal.*

Face aux défis et enjeux actuels liés aux tendances démographiques du Sénégal, le programme a eu l'idée d'impliquer les universités sénégalaises et les instituts de recherche dans les débats sur les questions de population et développement, en vue de situer la réflexion à un niveau élevé. L'enjeu d'une telle initiative dans le contexte actuel où le dividende démographique apparaît comme un nouveau levier du développement, invite les universités du Sénégal à jouer un rôle majeur.

☞ *Prise en compte du contexte socioculturel du pays*

Le 7<sup>ème</sup> programme a montré l'importance de l'intégration de la dimension socioculturelle dans les stratégies d'intervention à la base et son effet d'entraînement sur l'adhésion des communautés et la mise à contribution de leurs aptitudes et compétences dans la prise en charge de leurs problèmes de santé et de développement.

☞ *Coopération sud-sud en matière de recensement général de la population*

L'exemple du Sénégal est particulièrement à saluer : pour la première fois dans un pays africain, les données préliminaires d'un recensement général de la population sont disponibles en l'espace de trois mois. Cette rapidité dans le traitement des données a été rendue possible grâce à l'utilisation des ordinateurs de poches (PDA) obtenus auprès du Brésil, avec l'appui du Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA).

### 5.3. CONCLUSIONS

Le 7<sup>ème</sup> programme de coopération entre l'UNFPA et le gouvernement du Sénégal montre à différents niveaux, une excellente capacité à réaliser les cibles, même si certaines contraintes ont été signalées.

Les conclusions auxquelles l'analyse est parvenue sont présentées ci-dessous. Ladite analyse donne une présentation matricielle des forces, faiblesses, opportunités et menaces.

#### FORCES ET FAIBLESSES OPPORTUNITES ET MENACES

**Tableau 18** : Forces, Faiblesses, Opportunités et Menaces

AU NIVEAU STRATEGIQUE	
Forces	Faiblesses
Point fort 1 Prise en compte des priorités nationales dans le 7 <sup>e</sup> programme au niveau stratégique, programmatique et opérationnel.	Faiblesse 1 Les mécanismes de coordination fonctionnent avec beaucoup de difficultés et ne permettent pas, dans ces conditions, d'atteindre les résultats attendus.
Point fort 2 Participation active de l'UNFPA dans la coordination du système des Nations Unies au Sénégal ; Contribution au développement des synergies utiles autour du PNUAD 2012-2016, dans la perspective du « ONE UN »	
Point fort 3 Grande capacité de dialogue et de plaidoyer de l'UNFPA sur les questions liées à la santé de la reproduction, la lutte contre la mortalité maternelle, le genre et droits humains, le dividende démographique...	
Point fort 4 Prise en compte des besoins des jeunes et adolescents dans le 7 <sup>e</sup> programme, dont témoigne l'intérêt accordé aux Centres de conseils pour les adolescents et les jeunes (CCA), les Espaces jeunes implantés dans les zones d'intervention.	
Point fort 5 Intégration au premier plan du 7 <sup>e</sup> Programme, de la lutte contre la mortalité maternelle et les violences basées sur le genre.	
Opportunités	Menaces
Opportunité 1 Existence d'un partenariat stratégique avec le Gouvernement.	Menace 1 Dans contexte socioculturel et religieux dans lequel évolue le programme, il faut une grande habilité pour faire passer le message.
Opportunité 2 Existence de partenariats fonctionnels avec des partenaires techniques et financiers, d'autres agences des Nations Unies, des partenaires d'exécution, les leaders sociaux, traditionnels, et religieux...	
Opportunité 3 Choix de partenaires efficaces. Les partenariats établis par exemple avec WHEPSA, TOSTAN, ASBEF, AMREF, GEEP, Marie Stopes International, etc. ont permis d'atteindre les populations cibles à la base, contribuant aux changements de comportements, grâce à des stratégies fondées sur l'approche communautaire.	
Opportunité 4 Grande capacité de mobilisation de fonds ayant permis d'atteindre un niveau d'exécution élevé des activités et une performance satisfaisante du programme.	
AU NIVEAU PROGRAMMATIQUE	
SANTÉ DE LA REPRODUCTION	
Forces	Faiblesses

Point fort 6 Emphase du 7 <sup>e</sup> programme sur santé de la reproduction, notamment des jeunes, ainsi que la mortalité maternelle, néonatale et infantile. On a enregistré à cet égard une évolution des indicateurs. Evolution légère entre 2012 et 2014 du taux de prévalence contraceptive moderne (prévalence de 20,3% contre 20% attendu en 2014).	Faiblesse 2 L'on observe également que les taux de consultations prénatales (CPN4) sont très faibles dans toutes les régions d'intervention et n'atteignent pas 40%. Cette situation pourrait s'expliquer par le démarrage tardif des consultations et/ou les difficultés de suivi.
Point fort 7 Importance des ressources investies dans la lutte contre la mortalité maternelle et néonatale, dans les principales zones d'intervention du programme, en particulier dans les zones enclavées et difficiles d'accès.	Faiblesse 3 Le taux de prévalence contraceptive moderne reste encore faible dans la zone de concentration
Point fort 8 Amélioration du plateau technique et de la prise en charge de la Fistule obstétricale	Faiblesse 4 La couverture en CPN4 est en deçà des cibles dans la plupart des régions de la zone de concentration du programme
	Faiblesse 5 Quoique des mesures aient été prises en termes de prévention et de traitement, la Fistule obstétricale (FO) demeure un grand problème de santé publique dans la plupart des régions couvertes par la stratégie (Tamba, Kolda, Matam, etc.).
	Faiblesse 6 Le volet « urgences humanitaires » n'a pas été suffisamment développé dans ce 7 <sup>ème</sup> programme
<b>Opportunités</b>	<b>Menaces</b>
Opportunité 5 L'on note un dynamisme particulier des CCA des et des Espaces jeunes appuyés par l'UNFPA dont le rôle est manifeste sur les progrès enregistrés en SSR chez les jeunes et adolescents.	
Opportunité 6 Inflexion marquée des pratiques de mutilation génitale, par rapport aux indicateurs de base (5935 communautés appuyées par UNFPA ont procédé aux déclarations d'abandon de MGF/Excision, contre 5914 attendus en 2014).	
<b>GENRE ET DROITS HUMAINS</b>	
<b>Forces</b>	<b>Faiblesses</b>
Point fort 9 Prise en compte de la vulnérabilité spécifique des adolescentes et jeunes filles en SR et VBG. Le 7 <sup>e</sup> programme a contribué l'amélioration du cadre juridique et institutionnel, visant l'application des accords internationaux et des lois, le renforcement des capacités en genre et SR et le plaidoyer et une meilleure prise en charge institutionnelle de la santé/santé de la reproduction des jeunes et adolescentes.	Faiblesse 7 Les mécanismes de coordination du programme de lutte contre les MGF sont peu fonctionnels (Conseil national, sur les MGF, comités régionaux, etc.)
Point fort 10 Le 7 <sup>ème</sup> programme a contribué au renforcement des capacités nationales et des organisations de la société civile sur le genre et les violences basées sur le genre (VBG).	
<b>Opportunité</b>	<b>Menaces</b>
Opportunité 7 Cadre légal et réglementaire en place, ainsi qu'un partenariat multi acteurs sur la question.	Menace 2 Les résultats enregistrés dans la mise en œuvre du 7 <sup>ème</sup> Programme en matière de Genre et VBG montrent que celles-ci persistent, notamment concernant les mutilations génitales féminines.
<b>POPULATION ET DEVELOPPEMENT</b>	
<b>Forces</b>	<b>Faiblesse</b>
Point fort 11 Appui du 7 <sup>e</sup> programme à la réalisation du recensement général de la population de 2013,	Faiblesse 8 On note une faible intégration des questions de population dans la planification du développement.
Point fort 12	

Introduction des nouvelles technologies dans les opérations de collecte de grande envergure.	
Point fort 13 Appui au plaidoyer et dialogue relatif au dividende démographique ayant permis une prise de conscience nationale des enjeux de la dynamique de la population.	
Point fort 14 Appui au renforcement de la coopération sud-sud (entre le Sénégal et le Brésil) par l'UFNPA au cours du 7 <sup>e</sup> programme.	
Point fort 15 Appui par le 7 <sup>e</sup> programme à l'introduction de nouvelles technologies dans les opérations des recensements, collecte et analyse des données.	
<b>PLANIFICATION, SUIVI-EVALUATION</b>	
<b>Forces</b>	<b>Faiblesses</b>
Point fort 16 Appui par le 7 <sup>e</sup> programme à l'amélioration de la qualité des données et au renforcement du suivi et évaluation dans les politiques de développement (PSE).	Faiblesse 9 La mise en œuvre des activités du 7 <sup>e</sup> programme n'obéit pas suffisamment à la logique de la gestion axée sur les résultats. L'on observe des défaillances dans la planification stratégique et le suivi des interventions.
	Faiblesse 10 Dans la pratique, les ateliers annuels de planification sont irréguliers et n'enregistrent pas une large participation.
	Faiblesse 11 Le programme a opté pour la gestion axée sur les résultats (GAR) mais cette option n'est pas traduite dans les faits : la plupart des rapports consultés sont axés sur les activités.
	Faiblesse 12 L'on observe des défaillances dans la planification stratégique et le suivi, qui affectent la qualité des données, tout comme la gestion axée sur les résultats (en l'absence de données de routine de qualité). De plus, les capacités des ressources humaines des partenaires sont insuffisantes pour mener normalement le suivi axé sur les résultats.
	Faiblesse 13 Insuffisance/incomplétude des données de routine pour rendre compte régulièrement des résultats.
<b>Opportunités</b>	<b>Menaces</b>
Opportunité 8 Existence d'une coopération renforcée avec le Brésil.	
Opportunité 9 Amélioration de la qualité des données issues des enquêtes (EDS Continue, enquête SPSR, etc.) et recensement (RGPHAE)	
Opportunité 10 Amélioration de l'environnement de collecte des données et de la qualité des données, par la mise en place d'une assistance technique et l'acquisition de compétences d'outils et technologies permettant à échéance courte de faire des RGPHAE, et des EDS-Continues.	
Opportunité 11 Existence d'un système d'information intégré fonctionnel (DHIS2) au niveau du ministère de la santé	

**Conclusion 1 : La fonctionnalité et l'efficacité des mécanismes de coordination du programme sont limitées :**

La coordination fonctionne avec beaucoup de difficultés. Le niveau de représentation des structures dans de comité de pilotage ne facilite pas la prise de décision.

**Conclusion 2 : La performance reste à améliorer sur divers résultats :**

- (a) Le taux de prévalence contraceptive moderne reste encore faible, malgré l'évolution de 16 à 20% de 2013 à 2014.
- (b) La couverture en CPN4 qui est faible dans toutes les régions d'intervention et n'atteint pas 40%. Cette situation pourrait s'expliquer par le démarrage tardif des consultations et/ou les difficultés de suivi de toute la série par les femmes.
- (c) Le développement du volet humanitaire dans le programme est insuffisant.
- (d) Le nombre de jeunes de 15-24 ans couverts par le dépistage volontaire anonyme du VIH évolue mais reste en deçà des cibles.

**Conclusion 3 : La Fistule obstétricale demeure un grand problème de santé publique**

Des efforts importants sont faits dans la coordination des interventions pour la lutte contre la fistule obstétricale mais les cibles fixées et le nombre de cas opérés est assez modeste par rapport à l'ampleur du phénomène estimée au Sénégal.

**Conclusion 4 : Les acquis en matière de Genre et VBG, y compris ceux en faveur de la lutte contre les mutilations génitales féminines, doivent être consolidés**

Des résultats importants ont été enregistrés dans le renforcement de capacités des acteurs. En revanche, ceux-ci montrent que les VBG persistent, notamment les mutilations génitales féminines.

**Conclusion 5 : L'intégration des variables démographiques dans les documents cadres de développement est faible**

Les variables démographiques sont citées dans la plupart des documents cadres de développement, notamment le Plan Sénégal Emergent, mais l'intégration de ces variables dans les documents cadres est faible.

**Conclusion 6 : Le programme a contribué significativement à la disponibilité de données de qualité à travers l'EDS Continue et le recensement général de la population**

A travers le programme, l'UNFPA a accompagné le Gouvernement dans la collecte, l'analyse et la diffusion des données démographiques désagrégées (EDS Continue 2012-2016, Recensement général de la population, de l'habitat, de l'agriculture et de l'élevage). Le programme a contribué à la mise à disposition des données fiables pour le suivi et l'évaluation des politiques et programmes de développement.

**Conclusion 7 : L'opérationnalisation de la culture de gestion axée sur les résultats est insuffisante**

Dans le CPAP 2012-2016, le programme a opté pour la gestion axée sur les résultats (GAR) mais cette option n'est pas traduite dans les faits. La mise en œuvre des activités du 7<sup>e</sup> programme n'a pas suffisamment obéi à la logique de la gestion axée sur les résultats. La plupart des rapports consultés sont axés sur les activités.

**Conclusion 8 : La planification stratégique et opérationnelle, ainsi que le suivi du programme présentent des limites**

L'on observe des défaillances dans la planification stratégique et le suivi du programme, qui affectent la qualité des données, tout comme la gestion axée sur les résultats (en l'absence de données de routine de qualité). En outre, les capacités des ressources humaines des partenaires sont insuffisantes pour mener normalement le suivi et l'évaluation axés sur les résultats.

L'analyse FFOM (Forces, Faiblesses, Opportunités et menaces) a mis en évidence des risques/menaces (socioculturels, physiques, politiques, institutionnels) qui compromettent, l'effectivité, la qualité et la performance des interventions.



## CHAPITRE VI : RECOMMANDATIONS AUX NIVEAUX STRATEGIQUE ET PROGRAMMATIQUE

Les recommandations sont présentées aux niveaux stratégique et programmatique. L'essentiel des recommandations, en réponse aux conclusions, a été organisé par niveau de priorité. La priorisation a surtout été organisée sur les critères d'urgence, d'écart par rapport aux gaps.

CONCLUSIONS	RECOMMANDATIONS	PRIORITE	CIBLE
<b>Niveau stratégique</b>			
<u>Conclusion 1</u> La fonctionnalité et l'efficacité des mécanismes de coordination du programme sont limitées.	<u>Recommandation 1</u> <u>Domaine SR, P&amp;D et Genre</u> Renforcer la fonctionnalité et l'efficacité de la coordination du programme à travers : (i) Une redéfinition des mécanismes de coordination pour prendre en compte le nouvel environnement (Plan Sénégal Emergent, ODD, « Delivering as one ») ; (ii) Un relèvement du niveau de représentativité du comité de pilotage du programme pour une meilleure efficacité des mécanismes mis en place	1	BP UNFPA
<b>Niveau opérationnel</b>			
<u>Conclusion 2</u> La performance reste à améliorer sur divers résultats : (i) La prévalence contraceptive évolue faiblement ; (ii) Les taux de consultations prénatales (CPN4) restent faibles ; (iii) Le développement du volet humanitaire dans le programme est insuffisant ; (iv) Le nombre de jeunes de 15-24 ans couverts par le dépistage volontaire anonyme du VIH évolue mais reste en deçà des cibles.	<u>Recommandations 2</u> <u>Domaine SR</u> Améliorer de manière significative la prévalence en matière de planification familiale et de consultation prénatale (CPN4) dans la zone de concentration, ainsi que l'intégration de la SR dans les plans de contingence : - La promotion des stratégies novatrices pour aider le Gouvernement à améliorer la disponibilité des produits et à relever la prévalence contraceptive moderne (cliniques mobiles, implication des hommes, injectables communautaire ou Sayana, Implication des Champions et célébrités, Implication des jeunes à travers le CCA et réseaux sociaux) ; - Le renforcement des services à base communautaire en appui à la SR/PF (utilisation des ASBC, Bajenu Gox, matrones, Comités de maman, leaders religieux) ; - Le renforcement du plaidoyer pour une plus grande intégration de la SR dans le Plan national de contingence ; - Le renforcement des capacités des partenaires (ministères de l'intérieur et santé, ONGs, CL, EHP) sur l'intégration de la SR dans les plans de contingence et en situation d'urgence.		
<u>Conclusion 3</u> La Fistule obstétricale demeure un grand problème de santé publique.	<u>Recommandation 3</u> <u>Domaine SR</u> Réduire l'importance de la Fistule obstétricale (FO) au moyen d'une lutte efficace basée sur : - (i) une connaissance approfondie de la Fistules obstétricale et de son contexte socioculturel, économique et social, à travers les études et recherches ; - (ii) un renforcement de la plateforme de coordination des interventions pour la prévention, l'identification, le traitement et la réinsertion.	2	BP UNFPA
<u>Conclusion 4</u> Les acquis en matière de Genre et VBG, y compris ceux en faveur de la lutte contre les mutilations génitales féminines doivent être consolidés	<u>Recommandation 4</u> <u>Domaine Genre</u> Réduire substantiellement les VBG, en plus des activités pertinentes en cours, il conviendra de: - Faciliter le renforcement des compétences des institutions nationales, de la société civile et des leaders	2	BP UNFPA

CONCLUSIONS	RECOMMANDATIONS	PRIORITE	CIBLE
	<p>communautaires en matière de genre et droits ;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Appuyer la mise en œuvre d'activités de plaidoyer dans le cadre des programmes conjoints de lutte contre l'excision et de VBG/promotion des DH</li> <li>- Appuyer la mise en œuvre des mécanismes de coordination (Comité national multisectoriel sur les VBG, Comité technique national, Comités régionaux et Conseil national sur les MGF).</li> <li>- Mobiliser des ressources additionnelles pour la promotion du genre et la lutte contre les VBG.</li> </ul>		
<p><u>Conclusion 5</u></p> <p>L'intégration des variables démographiques dans les documents cadres de développement est faible</p>	<p><u>Recommandation 5</u></p> <p><u>Domaine P&amp;D</u></p> <p>Appuyer la capture du dividende démographique à travers l'utilisation des outils et méthodes (modèles Demdiv, NTA) dans la mise en œuvre des Documents cadres de développement (PSE, Programmes/politiques sectorielles)</p>	2	BP UNFPA
<p><u>Conclusion 7</u></p> <p>L'opérationnalisation de la culture de gestion axée sur les résultats est insuffisante</p> <p><u>Conclusion 8</u></p> <p>La planification stratégique et opérationnelle, ainsi que le suivi du programme présentent des limites</p>	<p><u>Recommandation 6</u></p> <p><u>Domaine SR, P&amp;D et Genre</u></p> <p>Appuyer l'appropriation par les partenaires des principes et outils en matière de suivi-évaluation axés sur les résultats, à travers les mesures suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Renforcer la formation des partenaires sur les principes et l'utilisation des outils (outil de suivi du PTA axé sur les résultats, théorie du changement, respect des engagements de la LOU) ;</li> <li>- Prendre en compte les risques et hypothèses dans la planification et la mise en œuvre des interventions ;</li> <li>- Assurer une plus grande harmonisation et intégration de la programmation du programme avec la planification régionale et les revues ;</li> <li>- Améliorer le suivi des indicateurs du programme ;</li> <li>- Etablir un partenariat avec la Direction de la Planification, de la Recherche et des Statistiques/MSAS pour faciliter l'accès en temps réel aux données de routine et le suivi des interventions (DHIS2) ;</li> <li>- Redéfinir le rôle et les responsabilités du Groupe d'appui au programme pour le renforcement des capacités des partenaires et l'assurance qualité ;</li> <li>- Appuyer la réalisation des études et recherches pour obtenir des évidences et renforcer les performances du programme.</li> </ul>	1	BP UNFPA