

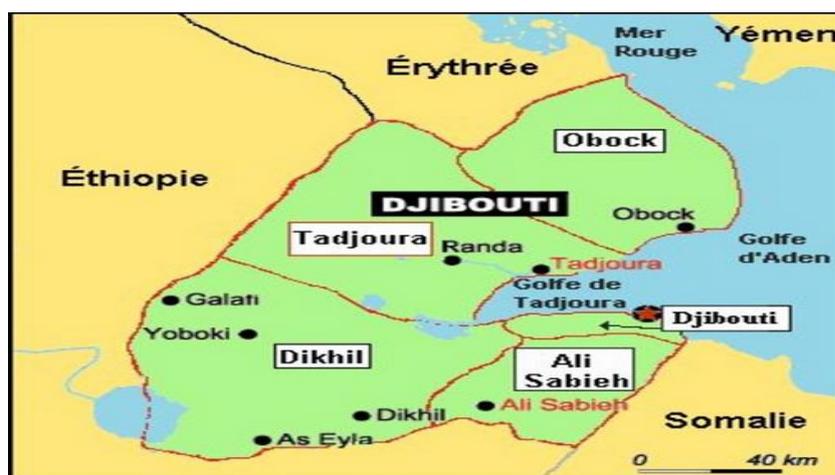


**REPUBLIQUE DE DJIBOUTI**  
*Unité, Égalité, Paix*



Fonds des Nations Unies  
pour la Population

## **EVALUATION DU 4<sup>ème</sup> PROGRAMME DE PAYS UNFPA/DJIBOUTI RAPPORT FINAL**



Consultants:  
Tiburce NYIAMA;  
Silah-Eddine Abdoul SAMAD

Mai 2017

## **TABLE DES MATIERES**

<b>TABLE DES MATIERES</b> .....	<b>2</b>
<b>LISTE DES TABLEAUX</b> .....	<b>6</b>
<b>LISTE DES GRAPHIQUES</b> .....	<b>6</b>
<b>ABREVIATIONS ET ACRONYMES</b> .....	<b>7</b>
<b>RESUME ANALYTIQUE</b> .....	<b>9</b>
<b>CHAPITRE I : INTRODUCTION</b> .....	<b>16</b>
1.1.1. Raison d’être de l’évaluation .....	16
1.1.2. Objectifs de l’évaluation du 4è programme de pays UNFPA/Djibouti .....	16
1.3.1. Critères et questions d’évaluation .....	18
1.3.2. Choix des questions d’évaluation .....	19
1.3.3. Méthodes pour la collecte et l’analyse des données .....	19
1.3.4. Méthodes pour la collecte et l’analyse des données .....	21
1.4. Sélection de l’échantillon des parties prenantes et bénéficiaires .....	22
1.4.1. Cartographie des parties prenantes et bénéficiaires.....	22
1.4.2. Cartographie des structures de prestation des services du 4è PP (FOSA, Centres VFG, CDC, Associations) .....	22
1.4.3. Échantillon de l’évaluation du 4è PP UNFPA/Djibouti .....	23
1.5. Appréciation de l’évaluabilité, limites et risques .....	24
1.5.1. Déficits de données.....	24
1.5.2. Mesures déployées pour compenser les déficits de données .....	24
1.5.3. Impact négatif des déficits de données insolubles sur la validité et la crédibilité de l’évaluation.....	25
<b>CHAPITRE II : CONTEXTE DU PAYS</b> .....	<b>26</b>
2.1- Défis du Développement et Stratégies Nationales .....	26
2.1.1- Population et Développement .....	26
2.1.2- Situation sanitaire .....	28
2.1.3- Situation du Genre et des Droits .....	29
2.1.4- Situation des Adolescents(es) et Jeunes.....	32
2.2- Le Rôle de l’Assistance Externe .....	33
<b>CHAPITRE III : REPONSE DU SYSTEME DES NATIONS UNIES/UNFPA ET STRATEGIES DU PROGRAMME</b> ....	<b>36</b>
3.1- Réponse des Nations Unies et de l’UNFPA .....	36

3.1.1- Orientation stratégique.....	36
3.2- Réponse de l'UNFPA à travers le Programme de Pays.....	36
3.2.1- Brève Description de la Stratégie, des Objectifs et des Réalisations du Cycle précédent de l'UNFPA.....	36
3.2.2- Programme de Pays actuel de l'UNFPA.....	37
3.2.3- La Structure Financière du Programme .....	46
<b>CHAPITRE IV: Résultats—Réponses aux Questions d'Evaluation.....</b>	<b>48</b>
4.1. Réponse à la Question d'évaluation <b>1 sur la Pertinence</b> .....	48
4.1.1 Analyse des besoins .....	48
4.1.2. Couverture des besoins .....	49
4.1.3. Besoins des groupes vulnérables.....	49
4.1.4. Prise en compte des priorités nationales et stratégies UNFPA .....	49
4.1.5 Alignement des interventions avec les priorités nationales et stratégies UNFPA .....	49
4.2. Réponse à la Question d'évaluation <b>2 sur la Réactivité</b> .....	50
4.2.1 Changements majeurs durant la mise en œuvre du programme, affectant les besoins des populations cibles .....	51
4.2.2. Ajustement de la planification pour intégrer les changements survenus .....	51
4.2.3. Interventions spécifiques mise en œuvre pour faire face aux changements survenus .....	51
4.2.4. Pertinence (qualité/quantité) des interventions mise en œuvre face aux changements survenus.....	52
4.2.5. Continuité des interventions de routine du programme/intégration de la population riveraine dans le service aux groupes en crise .....	53
4.3. Réponse à la Question d'évaluation 3 sur l'Efficience: .....	54
4.3.1. Alignement entre l'investissement (qualité/quantité) des ressources humaines et le niveau d'atteinte des résultats (adéquation des effectifs ; compétence, assiduité des agents).....	55
4.3.2. Alignement entre l'investissement (qualité/quantité) des ressources matérielles et le niveau d'atteinte des résultats (qualité des intrants, complétude des intrants, célérité/disponibilité continue).....	56
4.3.3. Alignement entre l'investissement (qualité/quantité) des ressources techniques et le niveau d'atteinte des résultats (mobilisation des connaissances et expertises nécessaire : complétude, promptitude).....	58

4.3.4. Alignement entre l'investissement (qualité/quantité) des ressources financières et le niveau d'atteinte des résultats (Taux de mobilisation, Taux d'exécution, célérité dans la mise à disposition des ressources, validité de la dépense).....	59
4.3.5. Adéquation du niveau d'intégration des services.....	60
4.3.6. Adéquation des stratégies utilisées pour maximiser l'efficacité .....	60
4.3.7. Degré d'harmonisation des outils et approches.....	62
4.3.8. Capitalisation des opportunités de partenariat et de synergie .....	63
4.4. Réponse à la Question d'évaluation 4 sur l'Efficacité .....	65
4.4.1. Progrès et performance réalisés sur le produit 1 du CP4 (SONU/FO Améliorés).....	65
4.4.2. Progrès et performance réalisés sur le produit 2, CP4 (Intégration SSR/SSP):	70
4.4.3. Progrès et performance réalisés sur le produit 3, CP4 (Initiatives communautaires Améliorées-PF,EMM,VFG) .....	73
4.4.4. Progrès et performance réalisés sur le produit 4, CP4 (Services conviviaux Ado-Jeunes) .....	77
4.4.5. Progrès et performance réalisés sur le produit 5 (Données & Plan Dev améliorant SSR) .....	82
4.4.6. Synthèse de la performance .....	85
4.4.7. Adéquation des indicateurs de suivi du CP4.....	86
4.5. Réponse à la question d'évaluation 5 sur la Durabilité.....	92
4.6. Réponse à la question d'évaluation 6 sur la Coordination UNCT .....	93
4.7. Réponse à la question d'évaluation 7 sur la Valeur ajoutée UNFPA (1 page) .....	94
<b>CHAPITRE V: Conclusions.....</b>	<b>96</b>
5.1. Conclusions au niveau stratégique .....	96
5.2. Conclusions au niveau programmatique .....	96
<b>CHAPITRE 6: Recommandations.....</b>	<b>101</b>
6.1. Recommandations pour conclusion(s) stratégique(s) .....	101
6.2. Recommandations pour conclusions au niveau programmatique .....	101
<b>ANNEXES .....</b>	<b>104</b>
Annexe 1 : Termes de Référence .....	104
<b>TERMES DE REFERENCE POUR L'EVALUATION FINALE.....</b>	<b>104</b>
1. INTRODUCTION .....	105
2. CONTEXTE.....	105
3. OBJECTIVES DE L'EVALUATION.....	109
4. QUESTIONS ET CRITERES DE L'EVALUATION .....	110

5. METHODOLOGIE ET APPROCHE DE L'EVALUATION .....	111
6. PROCESSUS DE L'EVALUATION .....	112
7. PRODUITS LIVRABLES .....	114
8. CALENDRIER INDICATIF DE L'EVALUATION .....	115
9. COMPOSITION DE L'EQUIPE DE L'EVALUATION/ ROLE et RESPONSABILITE.....	115
10. PROFIL DES CONSULTANTS DE L'EVALUATION .....	116
11. GESTION ET CONDUITE DE L'EVALUATION .....	118
<b>ANNEXES .....</b>	<b>119</b>
2. Liste des Plans de Travail Annuels par composante du programme.....	119
4. Modèle de matrice de l'évaluation .....	120
6. Format du rapport final de l'évaluation .....	122
7. Grille d'examen de la qualité des rapports d'évaluation (EQA).....	123
Overall Evaluation Quality Assessment.....	127
Annexe 2 : Liste des personnes/institutions rencontrées.....	128
Annexe 3 : Liste des Documents Consultés .....	133
Annexe 4 : La Matrice d'Evaluation .....	136
Annexe 5 : Outils Méthodologiques .....	140

## **LISTE DES TABLEAUX**

Tableau 1.1 : Champ de l'évaluation selon les aspects couverts

Tableau 1.2. : Questions d'évaluation de l'évaluation de l'EPP, formulation initiale et finale

Tableau 1.3. : Types et procédés d'analyse des données

Tableau 1.4. : Echantillon des Entretiens (EIA, EI, EG)

Tableau 2.1. : Programmes d'Investissement Public (PIP) en millions de FDJ

Tableau : Logique d'intervention

Tableau 3.1. : Structure financière du Programme

Tableau 3.2 : Taux de mobilisation

Tableau 3.3 : Taux d'exécution

Tableau 4.n : Support de Communication produits/ distribués/utilisés par le Y-Peers de 2013 à 2016

Tableau 4.1. : Analyse statistique de la Performance du CP4

Tableau 4.2. : Synthèse de la performance du CP4 de 2013 à 2016

## **LISTE DES GRAPHIQUES**

*Graphique 4.1a : Progrès relatifs au Produit 1*

*Graphique 4.1b : Performance relative au Produit*

*Graphique 4.2a : Progrès relatifs au Produit 2*

*Graphique 4.2b : Performance relative au Produit 2*

*Graphique 4.3a : Progrès relatifs au Produit 3*

*Graphique 4.3b : Performance relative au Produit 3*

*Graphique 4.4a : Progrès relatifs au Produit 4*

*Graphique 4.4b : Performance relative au Produit 4*

*Graphique 4.5a : Progrès relatifs au Produit 5*

*Graphique 4.5b : Performance relative au Produit 5*

## ABREVIATIONS ET ACRONYMES

APD	Aide Publique au Développement
ASRO	Bureau Régional de l'UNFPA pour les pays arabes
BP	Bureau Pays
CCA	Common Country Assessment ou Bilan Commun de Pays
CDC	Centre de Développement Communautaire
CEIO	Cellule d'écoute, d'information et d'orientation des femmes victimes de violence
CIPD	Conférence Internationale sur la Population et le Développement
CMH	Centre Médico Hospitalier
CNDH	Commission Nationale des Droits de l'Homme
COGES	Comité de gestion sanitaire
CPAP	Country Program Action Plan
CPD	Country Program Document
CPE	Country Program Evaluation
CPN	Consultation Périnatale
CPoN	Consultation Post Natale
DSME	Direction de la Santé Mère et Enfant
DSSR	Droits relatifs à la Santé Sexuelle et Reproductive
EDAM-IS	Enquête Djiboutienne Auprès des Ménages – Indicateurs Sociaux
EG	Entretien de groupe
EIA	Entretien Individuel Approfondi
FGD	Focus Group Discussion
FOSA	Formation sanitaire
GRE	Groupe de Référence de l'Evaluation
IDH	Indice de Développement Humain
INDS	Initiative Nationale de Développement Social
ISSS	Institut Supérieur des Sciences de la Santé
IST	Infection Sexuellement Transmissible
JMP	Joint Monitoring Program
MAECI	Ministère des Affaires Étrangères et Coopération Internationale
MAMCBW	Ministère des Affaires Musulmanes, de la Culture et des Biens Waqfs
MENSUR	Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche
MEO	Mise en œuvre opérationnelle
MEFI	Ministère de l'Economie et des Finances chargé de l'Industrie
MGF	Mutilations Génitales Féminines
MFF	Ministère de la Femme et de la Famille
MICS	Enquête à Indicateurs Multiples
MS	Ministère de la Santé
OD	Observation Directe
ODD	Objectifs de Développement Durable

OIM	Organisation Internationale pour les Migrations
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA	Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
OSC	Organisation de la Société Civile
P&D	Population et Développement
PF	Planning Familial
PIP	Programme d'Investissement Public
PNDS	Plan national de Développement de la Santé
PNG	Politique Nationale Genre
PNUAD	Plan cadre des Nations Unies pour l'Aide au Développement (UNDAF)
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PP	Programme Pays
PPS	Point de Prestation de Services
PS	Poste de santé
PTME	Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant
PVVIH	Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant
SIGL	Système d'Information de Gestion Logistique
SR	Santé de la Reproduction
SCAPE	Stratégie de Croissance Accélérée et Promotion de l'Emploi
SEJS	Secrétariat d'État à la Jeunesse et aux Sports
SMN	Santé maternelle et néonatale
SMNI	Santé maternelle et néonatale et Infantile
SNIS	Système National d'Information et de la Statistique
SNU	Système des Nations Unies
SSRAJ	Santé Sexuelle et Reproductive des Adolescents et Jeunes
SSR	Santé sexuelle et reproductive
UNCT	Equipe Pays des Nations Unies
UNESCO	Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la Culture
UNFD	Union Nationale des Femmes Djiboutiennes
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
UNHCR	Haut-Commissariat aux Réfugiés des Nations Unies
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
UNOPS	Bureau des Nations Unies pour les Services d'appui aux Projets
VFG	Violences Fondées sur le Genre

## RESUME ANALYTIQUE

### —Processus de l'évaluation et contexte pays—

Une évaluation indépendante du 4<sup>ème</sup> programme de pays (4<sup>ème</sup> PP ou CP4) de l'UNFPA/Djibouti, a été menée par une équipe de consultants international et national entre Mars et Avril 2017. L'exercice visait d'une part à déterminer l'adéquation de la mise en œuvre du programme et le niveau d'atteinte des objectifs ; et d'autre part, à informer et orienter la conception du 5<sup>ème</sup> PP. Pour ce faire, il a été question de renseigner 6 questions d'évaluation conçues pour mesurer respectivement : (1) la pertinence du programme ; (2) sa réactivité face aux crises humanitaire; (3) son efficience ; (4) son efficacité ; (5) sa durabilité ; (6) la qualité de la participation de l'UNFPA à la coordination UNCT dans le cadre du programme ; (7) la valeur ajoutée du CP4.

*La méthodologie* de l'évaluation a été essentiellement qualitative. Les quelques investigations quantitatives ont porté sur l'analyse des données de l'efficacité et de l'efficience. Quatre techniques de collecte ont été utilisées dont la revue documentaire, l'observation de site, les entretiens (individuels, de groupe, formels ou informels) et les focus group discussion (FGD).

L'approche d'échantillonnage a été qualitative reposant sur la stratification des répondants et des sites. La stratification des répondant(e)s, a permis d'inclure toutes les 5 catégories de parties prenantes (SNU, Administrations Publiques, Société Civile, Sites/Agents de Prestation des services du 4<sup>ème</sup> PP et les bénéficiaires). A l'intérieur de chaque catégorie, le choix des répondant(e)s était raisonné sur la base de leur capacité respective à renseigner l'une ou l'autre des dimensions de la mise en œuvre et des résultats. La stratification des sites a pris en compte la différenciation entre Djibouti ville et l'Intérieur du pays. Puis l'intérieur du pays a été sous-segmenté en parties nord et sud. L'assignation des techniques de collègues a été faite selon leur adéquation classique à la catégorie de participant(e)s et à la nature des données recherchées. Au final la stratification, la sélection et l'assignation des techniques ont permis de réaliser 5 FGD respectivement avec des Femmes traitées pour fistules, Sages-femmes formées en échographie (ASF) ; Animatrices communautaires PF, MGF ; Leaders: notables, présidentes COGES ; Femmes 15-49ans, Réfugiées ; 24/32 entretiens prévus et 2 observations de site sur 10. Le taux de couverture de l'échantillon a été affecté par l'impossibilité d'obtenir une autorisation/permission d'investigation dans les formations sanitaires et les CDC. Les profils des bénéficiaires rencontrés incluent : les Femmes de 15-49ans; les Ado/Jeunes; Les femmes Césariées; les femmes Victimes VFG; Les Réfugiées et les Sages-femmes formées. **Les 7 localités visitées sont : Djibouti ; Balbala ; Obock ; Dalai Af ; Indai ; Dikhil et Kontali.**

**Le contexte pays** caractérisé par une insécurité notable (conflit frontalier, afflux de réfugiés, installation de bases militaires contre le terrorisme), la récurrence des catastrophes naturelles, la

priorisation par l'Etat du développement de l'infrastructure au détriment du social, le classement du pays par le FMI dans la catégorie d'économie à revenu intermédiaire induisant le retrait de certains financements humanitaires, le déficit en ressources humaines qualifiées, la difficulté à mobiliser des fonds à l'intérieur du pays ont contraint le financement et l'implémentation du 4<sup>e</sup> PP.

*Le 4<sup>ème</sup> Programme de Pays (2013-2017)* a été bâti sur 5 composantes : i) la santé maternelle et néonatale ; ii) la santé reproductive et planning familial ; iii) les initiatives communautaires ; iv) la santé sexuelle reproductive des jeunes ; et v) la disponibilité et analyse des données pour l'élaboration de plans et programmes de développement. *Les 5 produits du programme devant matérialiser la réalisation des dites composantes et contribuer à aux effets correspondant du Plan Stratégique 2014-2017 de l'UNFPA (PS2014-2017) sont respectivement : l'Output 2:* Le paquet minimum de services de santé reproductive est disponible dans les centres de soins de santé primaires ; *l'Output 1:* Les conditions d'accouchement et d'urgences obstétricales sont sensibles aux droits humains et sont améliorées au niveau de 6 maternités ; *l'Output 4:* Des services d'écoute, de prise en charge et soutien de qualité, sensibles au genre et aux droits de l'homme, répondent aux besoins des adolescents et des jeunes ; *l'Output 3:* Les initiatives communautaires pour la promotion du planning familial, l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et la lutte contre les violences fondées sur le genre sont améliorées ; *l'Output 5:* La contribution des plans et programmes de développement à la santé maternelle, y compris les questions du genre et des jeunes, est améliorée.

Les résultats obtenus sur les 5 outputs du CP4 sont censés contribuer aux 4 effets suivants du PS2014-2017 de l'UNFPA: (1) l'outcome 1 : *La disponibilité et l'utilisation des services intégrés de santé sexuelle et reproductive (y compris la planification familiale, la santé maternelle et le VIH) qui sont sensibles au genre et répondent aux normes des droits de l'homme pour la qualité des soins et de l'équité dans l'accès accru ;* (2) l'Outcome 2: *Une priorité accrue sur les adolescents, en particulier sur les très jeunes adolescentes, dans les politiques et programmes nationaux de développement, notamment la disponibilité accrue de l'éducation à la sexualité et la santé sexuelle et reproductive ;* (3) l'Outcome 3: *égalité avancée du sexe, des femmes et de l'autonomisation des filles et des droits en matière de reproduction, y compris pour les femmes les plus vulnérables et marginalisés, les adolescents et les jeunes ;* et l'Outcome 4: *Renforcement des politiques nationales et programmes internationaux de développement grâce à l'intégration de l'analyse factuelle sur la dynamique des populations et de leurs liens avec le développement durable, la santé sexuelle et reproductive et les droits en matière de reproduction, le VIH et l'égalité des sexes.*

### —Résultats de l'évaluation—

**Réponse à la question d'évaluation 1 : EQ1 :** *Dans quelle mesure le Programme Pays adresse-t-il les besoins de la population à l'échelle pays (en particulier ceux des groupes vulnérables) et a-t-il été aligné pendant toute la période du programme avec les priorités du Gouvernement et avec les stratégies de l'UNFPA ?* La pertinence du 4<sup>ème</sup> CP a été globalement satisfaisante compte tenu de l'ensemble des constats sur les sous-critères d'appréciation. De fait, (1) l'analyse des besoins a été effective (étude de base, réunions des parties prenantes...) ; (2) la couverture des besoins n'a pas été exhaustive, du fait des gaps tels que l'absence de système structuré de prise en charge (PEC) des fistules obstétricales (FO), des couvertures partielles en PF, CPN et accouchements assistés... ; (3) la prise en compte des besoins des groupes vulnérables (nomades, déplacés, migrants, enfants de la rue, LGBTI) a été insuffisante ; (4) la prise en compte des priorités nationales a été modérée du fait du fondement du CP4 sur les plans sectoriels santé, femme/famille, jeunesse (...), laquelle a été ultérieurement

contrariée par les nouvelles priorités définies par la vision 2035, qui ne privilégient pas le développement social ; (5) le CP4 a été, à suffisance, aligné sur les stratégies de l'UNFPA, les approches genre et droits humains, promotion de la SSR et de la SSRAJ, prise en compte des jeunes et des données de population dans les efforts de développement, etc., ayant été planifiées et continuellement promues sur la base des prévisions du PS2014-2017.

**La question d'évaluation 2 (EQ2)** porte sur la réactivité et consiste à savoir : « *Comment le bureau de pays a-t-il su s'adapter à l'évolution des besoins des populations cibles (Adolescents/jeunes et femmes) dans la planification et la mise en œuvre de toutes les interventions appuyées dans le cadre du Programme ?* ». Il est apparu que le bureau de pays a quasi-suffisamment su s'adapter à l'évolution des besoins des populations cibles (Adolescents/jeunes et femmes) dans la planification **et la mise en œuvre de toutes les interventions appuyées dans le cadre du Programme. En effet, du point de vue positif**, les interventions de crise ont été planifiées, des interventions spécifiques ont été déployées (bloc opératoire CMH d'Obock, promotion préventions et premiers soins SSR et CEIO dans le camp des réfugiés...) correspondants à divers besoins des réfugiés et déplacés. De même les populations riveraines ont eu accès aux services adressés aux groupes en crise et la routine des services du programme a continué dans les régions de l'intérieur du pays. Par contre, il a manqué un certain nombre de services clés dont des- prestations conviviales pour les jeunes des groupes en crise, la prise en charge de l'évacuation des complications obstétricales, la réponse à certaines crises dont les déplacés de Dikhil, l'autonomisation économique des femmes réfugiées, la continuité des services réguliers du CP4 à Djibouti-ville...

**La question d'évaluation 3 (EQ3) porte sur l'efficacité, critère qui interroge** : « *Dans quelle mesure l'utilisation des ressources, techniques et approches a-t-elle contribué à l'atteinte des résultats poursuivis par le 4<sup>ème</sup> Programme de Pays ? Quelle est la contribution de l'utilisation des ressources humaines, matérielles, techniques et financières disponibles à l'atteinte des résultats? Dans quelle mesure la combinaison d'outils et d'approches a-t-elle contribué aux résultats du PP?* ». Les constats ont montré que l'efficacité a été modérée. De fait, la vérification de l'hypothèse 1 indique que « l'utilisation des ressources humaines, matérielles, techniques et financières disponibles a modérément contribué à l'atteinte des résultats » ; tandis que la vérification de l'hypothèse 2 de l'efficacité indique que « La combinaison d'outils et d'approches a modérément contribué aux résultats du Programme de Pays ».

Concrètement, la lisibilité du critère d'efficacité a été entravée par le choix d'une majorité d'indicateurs d'extrant au lieu d'indicateurs de produit, durant la planification du 4<sup>ème</sup> Programme de Pays (CP4). Ainsi, l'utilisation des ressources, techniques et approches ; la combinaison des outils et des approches et la stratégie de partenariat n'ont pas assez été en lien de contribution avec les résultats du CP4. De fait les résultats documentés du CP4 (7/9 indicateurs) ont été majoritairement (5/7) excédentaires, posant un problème de rationalité de la planification et d'influence d'autres paramètres que ceux inclus dans les prévisions financières. Par suite, le lien de l'implémentation en termes d'investissements du programme, de développement des stratégies, de mobilisation du partenariat avec les résultats n'est pas évident. L'on observe que l'alimentation effective des interventions par les ressources et approches a été

généralement en dessous des prévisions/attentes ou du minimum nécessaire. Les résultats du CP4, davantage excédentaires, ont ainsi été en contraste avec les déterminants suivants: 1) Un investissement en RH plus ou moins suffisant (effectif et qualité insuffisant, malgré le supplément en gynécologue de l'UNFPA), (2) Un investissement en ressources matérielles modéré (médicaments et équipements injectés mais insuffisance et ruptures de stocks) , (3) Un investissement en ressources techniques important, mais partiellement exploités pour l'atteinte des résultats, (4) Un investissement modique en ressources financières (40% du budget) ; (5) Un partenariat inclusif mais faible en synergie; (6) une combinaison d'outils et d'approches marquée par une intégration des services modérément adéquate, les limites surpassant les avancées ; (7) Une adéquation modérée des stratégies quant à la maximisation de l'efficacité du programme (stratégies de proximité, de rationalisation/minimalisation de la dépense et de réinvestissement des marges favorisant l'efficacité, mais entravée par les dysfonctionnements de la participation sectorielle et communautaire; (8) Un « mode d'engagement » ambigu du siège de l'UNFPA contraignant l'action du BP dans un contexte pays défavorable à la levée de fonds ; (9) Une harmonisation des outils et approches insuffisante, malgré des efforts vers l'amélioration du M&E, entravés par la faiblesse des systèmes sectoriels.

La question d'évaluation 4 (EQ4) porte sur l'efficacité. Pour évaluer ce critère, elle interroge : « Dans quelle mesure les produits du Plan d'action du Programme Pays (CPAP) ont été atteints et comment ils ont contribué à la réalisation des résultats du PS2014-2017 de l'UNFPA? ». La performance globale du CP4 s'est située dans un intervalle de 0% à 291,67% pour les 9 indicateurs suivis. La médiane de la performance a été de 86%. La majorité des indicateurs a été soit de performance excédentaire (5/9 des cas), les autres ont été en contre-performance (4/9 des cas). Par produit et par indicateur, l'on a observé les résultats suivants. Sous le produit 1(P1-SONU/FO Améliorés), Les performances des indicateurs ont été de 0% (0/65%) pour l'indicateur 1-Proportion de femmes référées et correctement prises en charge par le système ; de 3,64% (6/165) pour l'indicateur 2- Nombre de cas de fistules traitées (6/165). Sous le produit 2 (P2-Intégration SSR/SSP), l'indicateur 3- Nombre de centres de santé de base qui intègrent le paquet minimum complet d'activités en santé de la reproduction a présenté une performance de 78,87% (112/142). Sous le produit 3 (P3-Initiatives communautaires Améliorées-PF, EMM, VFG) ; les performances ont été de 158,89% (143/90) pour l'indicateur 4- Nombre de leaders communautaires formés en santé reproductive y compris la VFG et la détection des grossesses à risque et de 143,75% (115/80) pour l'indicateur 5-Nombre de femmes référées aux services de **planning familial**.

Sous le Produit P4-(Services selon besoins Ado-Jeunes), les performances respectives enregistrées sont de 15,38% (2/13) pour l'indicateur 6 - Nombre de centres amis des jeunes fonctionnels et de 176,67% (4240/2400) pour l'indicateur 7-Nombre de jeunes pairs éducateurs formés. Enfin, concernant le produit 5 (P5-Données/Plan Dev. améliorent SSR) les performances des indicateurs ont été les suivantes : 291,67% (35/12) pour l'indicateur 8-Nombre de personnes formées à l'utilisation de données pour informer les décisions et 114,29% (8/7) pour l'indicateur 9-Nombre d'enquêtes / études soutenues.

La contribution du CP4 aux effets du PS-2014 s'est avérée peu lisible. En effet le CP4 ne s'est pas suffisamment doté d'indicateurs pertinents, capables de mesurer les progrès des produits seulement 3 sur les 9 indicateurs retenus donnait une mesure de produit. Parmi les 6 autres on comptait 5 extrants et un effet, ne pouvant pas rendre compte des produits. Les progrès sur les produits étant mal déterminé dans les 2/3 des cas, la contribution desdits produits aux effets correspondant est globalement restée indéterminée. Par ailleurs différents problèmes d'alignement entre les indicateurs de produits du CP4 et lesdits produits, puis entre les produits du CP4 et les effets du PS2014-2017 contraignent la lecture de la contribution du programme aux effets dudit plan stratégique. Cependant, parmi le 1/3 des indicateurs pertinents du CP4, les performances enregistrées ont concouru à l'amélioration de la situation sur les effets, en particulier pour les questions de SSR.

**La question d'évaluation 5 (EQ5)** porte sur la durabilité et consiste à savoir : « *Dans quelle mesure les interventions financées par UNFPA, après l'arrêt du financement, peuvent continuer, en particulier, leur résistance face aux risques ? Dans quelle mesure UNFPA a-t-elle appuyé les partenaires dans le développement des capacités et l'établissement des mécanismes d'appropriation interne ? Dans quelle mesure l'UNFPA a-t-elle renforcé la résilience de la partie nationale face aux risques ?* ». Les constats faits indiquent une durabilité insuffisante des interventions. En effet l'on a relevé une évolution ambiguë, dans laquelle les déficits ont prédominés au détriment des avancées. Ainsi l'analyse des besoins à satisfaire pour garantir la durabilité des interventions du CP4 a fait défaut. L'adéquation de l'appui au développement des capacités vis-à-vis des besoins pour la durabilité des interventions a été modérée. En effet, Les capacités des parties prenantes (équipements, produits, compétences, infrastructure—comme la mise en place du bloc opératoire d'Obock) ont été renforcées pour porter les interventions après l'arrêt du financement. Cependant les capacités de gouvernance pour initier et maintenir le cap des résultats font défaut. La mise en place des mécanismes d'appropriation interne vis-à-vis des interventions a été modérée. Cela est dû, au dualisme de l'évolution observée. D'une part l'on a observé une approche permettant par exemple l'appropriation du système LMD pour sages-femmes en milieu universitaires entre autres ; et d'autres part le déficit en renforcement de la capacité de mobilisation des ressources pour les interventions et l'insuffisance de l'encrage des interventions proposées dans les domaines et modes opératoires traditionnel des OSC/ONG a fait défaut. Par ailleurs l'on a noté l'absence d'une analyse des risques et enfin l'absence de plan de contingence.

La question d'évaluation 6 (EQ6) porte sur le critère de coordination UNCT et consiste à savoir : « *Dans quelle mesure UNFPA a été un membre actif et contributeur aux mécanismes de coordination existants (UNCT, Groupes Thématiques) ?* ». Les résultats ont montré que l'UNFPA a été actif et contributeur de manière quasi-suffisante aux mécanismes de coordination existants (UNCT, Groupes Thématiques). Malgré la régularité très variable des réunions de coordination d'un mécanisme de coordination à l'autre au sein de l'UNCT, le niveau de participation de l'UNFPA a été exhaustif (100% des rencontres). L'UNFPA tient une position de leadership technique ou institutionnel dans 6 mécanismes de coordination de l'UNCT. L'intensité et la qualité de la contribution de l'UNFPA à la coordination est remarquable par les idées, les stratégies et la fourniture des données pour l'analyse du développement ; mais butte sur les limites imposées par la petite taille du bureau. Ce handicap a par exemple empêché la présence de l'UNFPA sur le terrain à Obock, ou l'organisation aurait pu mieux coordonner avec le HCR pour mieux encadrer le camp des réfugiés dans ses domaines stratégiques.

**La question d'évaluation 7 (EQ7)** porte sur la valeur ajoutée UNFPA et consiste à savoir : « *Quel est l'apport spécifique ou additionnel (actions, avantages) du programme pays de l'UNFPA par rapport aux interventions des autres acteurs du développement ?* » Les données ont permis de constater que l'apport spécifique ou additionnel du programme pays par rapport aux interventions des autres acteurs du développement a été modéré . En effet, d'une part il existe des interventions spécifiques, mais qui le sont d'une manière relative. Ainsi des actions dans les domaines classiques de l'UNFPA (SSR, genre et droit, population & développement) sont aussi déployées par d'autres acteurs (DRC, UNFD...). Mais certaines réalisations de l'UNFPA ont été uniques (bloc opératoire gynéco-obstétrique d'Obock etc.). D'autre part, il existe des approches spécifiques (un plaidoyer adapté aux situations les plus désespérées, la délégation des tâches pour combler la rareté de l'expertise gynécologique etc.), avec des avantages comparatifs (culture de maximisation des résultats avec peu de ressources etc.). Mais les apports sont limités par des obstacles tels la difficulté à motiver les acteurs communautaires.

### —Principales conclusions et recommandations—

Principales Conclusions	Principales recommandations
<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Le leadership coordination</b> a été défaillant quant à : (1) la rigueur de la planification du programme ; (2) l'adéquation de la mobilisation des ressources ; (3) la mobilisation des ressources humaines, matérielles et techniques ; (4) l'optimisation de l'efficacité des stratégies</li>   <li>● <b>La pertinence du CP4</b> a été plus satisfaisante au niveau institutionnel que communautaire. L'avènement de la vision 2035 a relativisé cette adéquation institutionnelle. Parmi les déficits au niveau communautaires, les jeunes, des groupes vulnérables dont nomades et enfants de la rue restent à prendre/mieux en compte, les besoins non satisfaits en matière de PF nécessitent une action.</li> <li>● <b>L'efficacité du CP4</b> a été peu lisible d'une présence majoritaire d'indicateurs d'extrants au lieu de produit. L'apport et l'utilisation des ressources, techniques et approches ; la combinaison des outils et des approches et la stratégie de partenariat n'ont pas assez été en lien de contribution avec les résultats du CP4. Des résultats excédentaires s'associaient à des investissements insuffisant et vice-versa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Mettre en œuvre</b> un plan de renforcement intersectoriel des systèmes/institutions portant les interventions y compris le bureau pays UNFPA et de facilitation de l'environnement. Le plan visera (1) l'efficacité dans la conception des programmes, la mobilisation des ressources et l'atteinte des résultats ; (2) la participation de toutes les parties prenantes à travers des cadres fonctionnels de coordination ; (3) des partenariats formels décentralisés ; (4) des mécanismes d'incitation et de renforcement de la qualité et des résultats.</li> <li>● <b>Améliorer</b> la prise en compte des priorités nationales, des besoins des bénéficiaires et l'exhaustivité de la MEO.</li>   <li>● Mobiliser une expertise de suivi-évaluation en vue d'une logique d'intervention et d'un cadre des résultats suffisamment pertinents et rigoureux. Le renforcement des capacités et le suivi de l'approche GAR devront être déployés pour aligner les efforts et les résultats.</li> </ul>

- **L'efficacité du CP4** a été excédentaire ou déficitaire et plus ou moins lisible selon l'indicateur, mais généralement exprimé en extrants. Des gaps ont affecté les capacités de conception de programme, les compétences d'implémentation de suivi des résultats, la gestion des obstacles, l'adéquation du partenariat, la fonctionnalité des points de prestations des services, l'implémentation de certains volets : Genre, VFG, SSRAJ, P&D).
- **La durabilité des interventions du CP4** a été insuffisante du fait d'une absence de stratégie appropriée. L'on a observé la faible capacité de collecte de fonds, d'autonomie programmatique chez les partenaires d'exécution et d'intégration des interventions dans l'existant chez les acteurs, le déficit de l'implication communautaire ; l'absence d'analyse des risques et de plan de contingence.
- **Renforcer** l'intégration des projections démographiques dans les plans et programmes de développement du pays dans le cadre d'un effort conjoint/harmonisé intersectoriel
- **Renforcer** les capacités de collecte de fonds et l'autonomie programmatique à tous les niveaux et passer à l'échelle la participation du niveau communautaire

## CHAPITRE I : INTRODUCTION

### 1.1. Raison d'être et Objectifs de l'Évaluation du Programme de Pays

#### 1.1.1. Raison d'être de l'évaluation

Trois motivations sont à la base de l'évaluation du 4<sup>ème</sup> programme de l'UNFPA en République de Djibouti. **La première motivation** est l'obligation de respecter la politique 2013 d'évaluation de l'UNFPA, qui exige que la coopération avec le pays soit évaluée au moins une fois tous les deux cycles de programmation. De fait, une seule évaluation a été conduite au cours de 3 précédents cycles de coopération. **La deuxième motivation** est la nécessité d'améliorer la redevabilité du Bureau de Pays de l'UNFPA à Djibouti vis-à-vis du Bureau Régional de UNFPA pour les pays arabes (ASRO) et du siège de l'UNFPA, ainsi que des donateurs, les partenaires au développement et des parties prenantes gouvernementales et de la société civile. Ainsi, ces vis-à-vis seront renseignés sur les réalisations et la performance du 4<sup>ème</sup> programme. Ceci leur donne l'opportunité d'une prise de décision ou d'une action ultérieure éclairée. Enfin, **la troisième motivation**, quant à elle, est le besoin de disposer d'une base objective et des orientations fondées sur les évidences pour planifier judicieusement le 5<sup>ème</sup> cycle de coopération entre l'UNFPA et l'Etat de Djibouti et contribuer à informer une mise œuvre concluante du Plan d'Action de la CIPD.

#### 1.1.2. Objectifs de l'évaluation du 4<sup>ème</sup> programme de pays UNFPA/Djibouti

L'évaluation du 4<sup>ème</sup> programme de pays UNFPA/Djibouti vise à atteindre un but, un objectif général et trois objectifs, tels que libellés ci-après.

- **Le but** est d'« améliorer la redevabilité du Bureau de pays vis-à-vis de l'UNFPA, des donateurs et des parties prenantes et informer la planification et l'engagement des décideurs vis-à-vis du prochain cycle de programme. »
- **L'objectif général** de l'évaluation est de fournir au Bureau de Pays de l'UNFPA à Djibouti et aux parties prenantes du programme, une évaluation indépendante de la période 2013-2016 du 4<sup>ème</sup> Programme de Pays de l'UNFPA informant judicieusement la préparation du prochain cycle de programmation
- **Objectifs spécifiques :**
  - Apprécier les progrès réalisés vers l'atteinte des résultats attendus du 4<sup>ème</sup> programme de pays pour la période 2013-2016 en termes de pertinence, efficacité, efficience et durabilité ;
  - Apprécier le positionnement du Bureau de Pays au sein des partenaires nationaux et internationaux de développement, en termes de valeur ajoutée aux résultats de développement du pays durant la période 2013-2016 ;
  - Proposer des recommandations stratégiques en vue du 5<sup>ème</sup> cycle de programmation sur la base des conclusions et des leçons clés relatives au 4<sup>ème</sup> cycle de programmation.

### 1.2. Champ de l'évaluation

L'évaluation indépendante du 4<sup>ème</sup> programme UNFPA/Djibouti couvre la période de mise en œuvre allant de Janvier 2013 au 31 Décembre 2016. Les deux composantes du programme sont adressées soient la Santé Sexuelle et Reproductive (SSR) et la problématique Population et Développement (P&D). A travers ces deux

composantes, les approches ou thématiques genre (VBG), droits humains et jeunesse sont prises en compte. Les investigations de l'évaluation portent sur les dimensions programmatiques (cibles, produits, interventions, activités) et stratégiques (coordination, positionnement). Elles seront menées auprès de toutes les catégories de parties prenantes et de bénéficiaires selon le tableau ci-dessous indiqué.

**Tableau 1.1 : Champ de l'évaluation selon les aspects couverts**

Aspects couverts	Eléments concernés
<b>Dimension Programmatique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Santé Maternelle et Néonatale</li> <li>- Planning Familial</li> <li>- Santé sexuelle et reproductive des jeunes et éducation à la sexualité</li> <li>- Genre et Droits Humains</li> <li>- Population et Développement</li> </ul>
<b>Dimension Stratégique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alignement et le positionnement stratégique,</li> <li>- La gestion et le suivi-évaluation</li> </ul>
<b>Envergure territoriale :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'ensemble du pays pour les 5 produits poursuivis par le programme.</li> </ul>
<b>Aspects conceptuels :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La dynamique programmatique : pertinence, efficacité, durabilité, valeur ajoutée et efficacité;</li> <li>- La logique d'intervention du programme (théorie du changement) : cohérence par rapport aux résultats escomptés et observance durant l'implémentation ;</li> <li>- La dynamique institutionnelle : montage institutionnel, pyramide d'intervention et coordination/synergie des partenaires.</li> </ul>
<b>Les Parties prenantes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'UNFPA : porteur de programme</li> <li>- Parties prenantes stratégiques : Etat, SNU, OSC</li> <li>- Les Partenaires d'Implémentation (PI) : MFF ; MS, MAMCBW, SEJS; DISED ; Direction de la Population, MEFI, MENSUR, ONGs</li> <li>- Partenaires opérationnels : Conseils Régionaux, ONG/associations (UNFD, ...) ; MC, CDC et Lycée.</li> </ul>

### 1.3. Méthodologie et Processus

#### 1.3.1. Critères et questions d'évaluation

Des critères d'évaluation au nombre de 6 ont été retenus. Il s'agit de 4 critères d'évaluation programmatique, notamment (1) la pertinence, (2) l'efficacité, (3) l'efficacité et (4) la durabilité d'une part. D'autre part, 2 critères stratégiques d'évaluation seront investigués, soit (1) la coordination avec l'Equipe du Pays des Nations Unies(UNCT) et (2) la valeur ajoutée de UNFPA. En vue de renseigner ces critères, 6 questions d'évaluation ont proposées (cf.4.1.2 ci-dessous). Les questions d'évaluation ont été finalisées (cf. tableau 1.2.) par l'équipe d'évaluation en concertation avec le Bureau Pays (BP) et le Groupe de Référence de l'Evaluation (GRE).

**Tableau 1.2. : Questions d'évaluation de l'évaluation de l'EPP, formulation initiale et finale.**

Critères	Questions Proposées	Questions finales
<b>Pertinence</b>	EQ1 : Dans quelle mesure les objectifs du programme pays correspondent-ils aux besoins de la population au niveau pays (en particulier ceux des groupes vulnérables), et ont été alignées pendant toute la période du programme avec les priorités du Gouvernement et avec les stratégies d'UNFPA.	EQ1 : Dans quelle mesure le programme pays adresse-t-il les besoins de la population à l'échelle pays (en particulier ceux des groupes vulnérables), et a été aligné pendant toute la période du programme avec les priorités du Gouvernement et avec les stratégies d'UNFPA.
<b>Efficacité</b>	EQ2 : Dans quelle mesure le Bureau de Pays a-t-il fait bon usage de ses ressources financières, humaines, matérielles et techniques et a utilisé une combinaison appropriée d'outils et d'approches dans la réalisation des résultats définis dans le Programme de Pays?	EQ2 : Dans quelle mesure l'utilisation des ressources, techniques et approches a-t-elle contribué à l'atteinte des résultats poursuivis par le 4��me Programme de Pays ? Quelle est la contribution de l'utilisation des ressources humaines, matérielles, techniques et financières disponibles à l'atteinte des résultats? Dans quelle mesure la combinaison d'outils et d'approches a-t-elle contribué aux résultats du PP?
<b>Efficacité</b>	EQ3 : Dans quelle mesure les produits du Plan d'action du Programme Pays (CPAP) ont été atteints et comment ils ont contribué à la réalisation des résultats du CPAP ?	EQ3 : Dans quelle mesure les produits du Plan d'action du Programme Pays (CPAP) ont été atteints et comment ils ont contribué à la réalisation des résultats du CPAP ?
<b>Durabilité</b>	EQ4 : Dans quelle mesure les interventions financées par UNFPA, après l'arrêt du financement, peuvent continuer, en particulier, leur résistance face aux risques ? Dans quelle mesure UNFPA a été capable d'appuyer les partenaires dans le développement des capacités et l'établissement des mécanismes d'appropriation interne ?	EQ4 : Dans quelle mesure les interventions financées par UNFPA, après l'arrêt du financement, peuvent continuer, en particulier, leur résistance face aux risques ? Dans quelle mesure UNFPA a-t-elle appuyé les partenaires dans le développement des capacités et l'établissement des mécanismes d'appropriation interne ? Dans quelle mesure l'UNFPA a-t-elle renforcé la résilience de la partie nationale face aux risques ?
<b>Coordination</b>	EQ5 : Dans quelle mesure UNFPA a été un membre actif et contributeur aux mécanismes de	EQ5 : Dans quelle mesure UNFPA a été un membre actif et contributeur aux mécanismes

UNCT	coordination existants (UNCT, Groupes Thématiques)	de coordination existants (UNCT, Groupes Thématiques)
Valeur Ajoutée	EQ6 : Dans quelle mesure le programme pays de l'UNFPA apporte des avantages spécifiques et complémentaires aux résultats d'autres interventions des acteurs du développement ?	EQ6 : Quel est l'apport spécifique ou additionnel (actions, avantages) du programme pays de l'UNFPA par rapport aux interventions des autres acteurs du développement ?

### 1.3.2. Choix des questions d'évaluation

L'élaboration initiale des questions d'évaluation s'est inspirée des documents référence en la matière soient : (1) le « Handbook how to design and conduct a country programme evaluation at UNFPA » ; (2) le Rapport d'évaluation du 3<sup>e</sup> Programme de pays UNFPA/Djibouti ; (3) le Management Response des recommandations de l'EPP3, les rapports annuels du 4<sup>e</sup> PP, la documentation sur le contexte national, en particulier la « Vision Djibouti 2035 » de 2013 et sur le contexte international, y compris les rapport annuels des organisations du SNU sur les indicateurs de développement ( en l'absence du Rapport OMD final) et les Directives relatives au ODD. Le processus d'élaboration des questions d'évaluation du 4<sup>e</sup> programme UNFPA/Djibouti mené par l'équipe d'évaluation du Bureau Pays a bénéficié de l'appui du Bureau Régional (ASRO) et du Siège de UNFPA à New-York. Le « Handbook how to design and conduct a country programme evaluation at UNFPA », a fourni les modèles de questions, parmi lesquels le choix a été opéré. Ledit choix a été orienté par les remarques et résultats des rencontres des acteurs durant la MEO du 4<sup>e</sup> programme et le suivi des recommandations du Management Response. Compte tenu de la durée de la période à évaluer (4 ans), le délai d'applicabilité de l'évaluation de l'efficacité (3.5 ans de MEO) est atteint ; d'où l'inclusion d'une question d'investigation à ce propos. La procédure pour affiner les questions, en proposant des indicateurs pour leur renseignement a inclus les efforts suivants :

- Revue du « Handbook how to design and conduct a country programme evaluation at UNFPA » pour exploiter les orientations et exemples;
- Etude structurale des questions respectives chaque question pour déterminer les différents informations, faits, et actions visés, constituant les différents points ou étapes (indicateurs) vers le renseignement complet recherché ;
- Réunion d'analyse, d'ajustement et de validation de l'équipe d'évaluation ;
- Partage avec l'équipe UNFPA et le GRE et intégration de leurs apports.

### 1.3.3. Méthodes pour la collecte et l'analyse des données

#### 1.3.3.1 Méthodes de collecte

- L'approche

Une observation combinée associant 4 techniques de collecte a permis d'adresser la diversité des sources et la nature des données, puis de compenser les limites spécifiques aux techniques respectives de collecte. Cette approche a permis de collecter les données primaires et secondaires, de rendre compte de l'ensemble des sources existantes (documents, institutions, prestataires, communautaires) et de rassembler des données pertinentes et inclusives qui se recoupent. Les 4 techniques comprennent : (1) La Revue documentaire ; (2) Les Entretien (de groupe, individuels, informels) ; (3) les Discussions de Groupe Dirigées ou Focus Groups Discussions (FGD) ; (4) L'observation directe des sites de prestation des services. La combinaison des

techniques a reposé sur le principe de triangulation, aboutissant à l'amélioration de la fiabilité et de la complétude des données. Cet effet a été induit par *les fonctions de rapprochement et de complémentarité de la triangulation*. La fonction de rapprochement compare les différentes perspectives d'observation apportées par les techniques respectives. Précisément, cette fonction croise des déclarations ou observations issues des différents répondant(e)s ou sources et compare les différentes descriptions et dimensions des mêmes faits issues d'approches de collecte respectives. La fonction de complémentarité de la triangulation rassemble les similitudes, les différences et les dimensions spécifiques captées par les techniques respectives de collecte pour rendre une présentation inclusive des différentes phases du programme (planification, MEO, résultats, perspectives). La triangulation a ainsi assuré la complémentarité entre les données disponibles dans les documents, les données de routine et de suivi disponibles chez les parties prenantes, et enfin les réponses des bénéficiaires (perceptions, appréciations, expérience vécue...).

- **Les techniques et outils de collecte :**

- a) **La Revue documentaire**

Approche	<b>La revue documentaire a compulsé la documentation sur la base de la grille de collecte intégrée de l'évaluation, avec extraction des informations sur le 4<sup>e</sup> programme selon les indicateurs de la matrice d'évaluation. Les données extraites ont été assorties des référence(s) bibliographique(s).</b>
Outil	<b>La grille de revue documentaire consistait dans les items à source documentaire de la grille de collecte de l'évaluation. Elle a renseigné les données quantitatives et qualitatives. Les critères d'évaluation assortis de questions ont constitué les rubriques de l'outil. Les indicateurs répondant à la question d'évaluation pour chaque critère, ont servi d'items de collecte. Ces items ont documenté les résultats, le processus et la logique des interventions, les leçons apprises, les bonnes pratiques, les forces, faiblesses, opportunités et menaces et leurs évolutions dans le temps.</b>
Sources et Données	Les données ont été extraites de 4 catégories de documents figurant dans la liste des documents consultés (cf. Annexes) soit: (1) <i>Les documents de programmes (plans, rapports)</i> ; (2) <i>Les documents de politique, de stratégies, de normes (pays et coopération)</i> ; (3) <i>Les études et recherches</i> ; (3) <i>Autres rapports thématiques touchant le mandat de UNFPA.</i>

- b) **Les Entretiens (individuels, collectifs, formels ou informels)**

Approche	<b>Cette technique a été appliquée aux parties prenantes et bénéficiaires, avec des entretiens trois ordres : individuels approfondis, de groupe approfondis et informels.</b>
Outil	L'outil intégré de collecte pour l'évaluation a été appliqué. Selon le type d'entretien), le contenu pertinent sera appliqué au(x)/à la répondant(e), ou alors les techniques d'animation de groupe seront appliquées. La flexibilité de l'application du type d'entretien (individuel, groupe, informel) dépendra de la disponibilité des répondants, de la faisabilité, du besoin en information et du niveau d'implication dans la mise en œuvre.
Sources et Données	Les sources des entretiens sont les parties prenantes. Les données à collecter sont leurs descriptions, analyses, perceptions et suggestions d'amélioration relatives aux interventions concernant le 4 <sup>e</sup> PP ainsi les préparatifs pour le 5 <sup>e</sup> PP.

- c) **Les Focus Group Discussion (FGD)**

Approche	<b><i>Les FGD ont renseigné : (1) l'expérience, l'appréciation et la satisfaction des bénéficiaires vis-à-vis des services offerts par le 4<sup>e</sup> PP UNFPA/Djibouti et (2) les suggestions desdits bénéficiaires en vue du prochain PP. Des séances spécifiques ont eu lieu selon les catégories de bénéficiaires (cf. « Sources et Données »). Chaque FGD a été tenu par un(e) animateur/trice et un modérateur/trice, assistés d'un traducteur/trice le cas échéant, avec 10 participantes dans un site où les interférences sociales et physiques étaient minimisées.</i></b>
----------	--

Outil	Le guide de FGD comprenait des items d'application variable selon la cible. Des thématiques spécifiques (traitement FO, animation communautaire, formation en écographie, services aux réfugiées...) ont été appliquées aux groupes concernés. Les questions transversales (efficacité, valeur ajoutée, urgences humanitaires etc.) ont été posées à tous les profils de bénéficiaires du programme.
Sources et Données	Les sources des données des FGD ont été des : femmes de 15-49 ans/réfugiées, des femmes traitées de fistule, des leaders et agents communautaires, des sages-femmes formées à l'échographie. Les données ont été le déclaratif et les expressions non verbales durant le FGD.

#### d) L'Observation Directe (OD)

Approche et Outil	<i>L'OD a investigué l'opérationnalité de la fourniture et la qualité des services. Une grille d'observation simplifiée avec des rubriques d'observation sur les intrants, les services et la procédure qualité a été appliquée par les évaluateurs qui en combinant l'utilisation des sens et le dialogue avec prestataires et usagers.</i>
Sources et Données	Les sources étaient les sites de prestation des services aux bénéficiaires (FOSA, Centre d'écoute, CEIO, Agents communautaires...). Les données concernaient : (a) les intrants : nature, qualité, conditions de conservation, procédures de rotation des stocks, ruptures (intrants concernés, durée, fréquence) (b) le service : les modalités d'accueil ; l'effectivité des services (type de services déclarés ; type de service presté (cas enregistrés, soins enregistrés dans les outils de gestion ; entretiens « intercept » pour confirmation avec 5 bénéficiaires) ; (c) l'existence d'une procédure qualité ; d'outils d'assurance qualité (normes/standard ; directives) ; l'effectivité de la supervision/revue/feedback/sanction sur la qualité des services

### 1.3.4. Méthodes pour la collecte et l'analyse des données

#### 1.3.4.1 Méthodes d'analyse des données

Trois types d'analyse ont été déployés dont l'analyse descriptive, l'analyse des déterminants et l'analyse projective des tendances futures, selon les spécifications du tableau 1.3 ci-après. L'analyse de contenu a renseigné les indicateurs qualitatifs à partir des données de la même nature. Quant aux indicateurs quantitatifs, ils ont été informés sur la base d'opérations faites sur les données de la même nature. La statistique descriptive sous le logiciel Microsoft Excel a été appliquée à la base des données, son formatage, le calcul des indicateurs et la représentation tabulée ou graphique.

**Tableau 1.3. : Types et procédés d'analyse des données**

Type d'analyse	Procédés d'analyse
Description	La connaissance sur les critères d'évaluation sera produite par la description des indicateurs renseignant les questions d'évaluation en termes de situation, de variations selon les profils d'acteurs, les sites et les années.
Déterminants	L'analyse thématique de la survenue permettra ensuite de lier ces constatations aux déterminants sous-jacents.
Projection	Analyse prospective permettant d'anticiper les évolutions possibles vers de meilleurs résultats à l'avenir. Elle déterminera lesdites évolutions sur la base des leçons apprises et de manière systémique par les options de modulation ou équilibres les plus fécond(e)s des forces, faiblesses, opportunités et menaces du 7 <sup>ème</sup> PP.

## 1.4 Sélection de l'échantillon des parties prenantes et bénéficiaires

### 1.4.1. Cartographie des parties prenantes et bénéficiaires.

Les acteurs du 4<sup>ème</sup> programme de pays de l'UNFPA à Djibouti sont identifiés sur un tableau de cartographie. Cet outil prévoit des colonnes indiquant les résultats poursuivis (Effets, produits du PS/2014-2017 de l'UNFPA, produits du CP4), les sous-composantes du programme qui contribuent aux produits, les partenaires par sous-composantes (partenaires d'exécution et autres partenaires), puis la colonne sur les partenaires sélectionnés pour les entretiens. A la suite de cette colonne de l'échantillon retenu, les colonnes suivantes décrivent respectivement l'instance où d'affiliation du partenaire à rencontrer, la strate géographique au niveau de laquelle il est inclus (centrale, régionale, communale...). Ensuite le profil des répondants (noms de personnes et fonctions) est indiqué. Les colonnes suivantes donnent les circonstances de la collecte (type de technique, effectif des séances de collecte, critères d'éligibilité pour les FGD). Le fichier « CARTOGRAPHIE DES PARTIES PRENANTES DU 4<sup>è</sup> PP UNFPA/DJIBOUTI » y afférent est à consulter en annexe.

### 1.4.2. Cartographie des structures de prestation des services du 4<sup>è</sup> PP (FOSA, Centres VFG, CDC, Associations)

- **Stratification pour l'inclusion des structures de prestation des services du 4<sup>è</sup> PP**

Trois régions ont été retenues pour rendre compte de la diversité des expériences ayant caractérisé l'implémentation du 4<sup>è</sup> PP et du milieu physique et humain du pays. Il s'agit de la région d'Obock au Nord, de Dikhil à l'Ouest/Sud et de Djibouti-ville à l'Est (cf. fig.1 ci-dessous). Sur la base de choix de région, l'on a pu inclure la variété des situations des paramètres déterminants suivants :

- (1) géographie (Nord, Sud, Est)
- (2) résidence (Urbain, Rural) ;
- (3) économie (pauvreté plus ou moins marquée) ;
- (4) impact des crises humanitaires (plus ou moins affecté) ;
- (5) niveau du système sectoriel devant porter les interventions (niveau central, régional, local),
- (6) paquet des services du programme (paquet plus ou moins complet),
- (7) sort des interventions (plus ou moins performant ; plus ou moins satisfaisant).

- **Listes de référence pour la sélection des structures de prestation des services**

Cinq listes ont été rassemblées aux fins d'effectuer le choix raisonné des FOSA, des centres de prise en charge des VFG, des CDC, des agents communautaires et des associations et réseaux de jeunes visités par la mission d'évaluation. Les listes suivantes, insérées en annexes, ont été rendues disponibles par le Bureau Pays de l'UNFPA et exploitées pour la sélection :

- 1) Liste complète des 54 FOSA impliquées dans la mise en œuvre par sous-produit (54 CMH et 49 CSC) ;
- 2) Liste des Centre de Prise en Charge des VFG ;
- 3) Liste complète des ONG/associations impliquées dans la mise en œuvre par sous-produit et par localité ;
- 4) Liste des agents communautaires par sous-produit et par localité ;
- 5) Liste des associations des jeunes et réseaux des pairs-éducateurs (SSRAJ/IEC) ;

### 1.4.3. Échantillon de l'évaluation du 4è PP UNFPA/Djibouti

Le tableau 1.4. indique la répartition des différents types d'entretien selon le secteur des parties prenantes, l'institution, l'unité concernée de l'institution, le produit ou sous-produit du programme, la catégorie d'acteur, le type et le nombre d'entretien.

**Tableau 1.4. : Echantillon des Entretiens (EIA, EI, EG)**

Secteur	Institution	Unité	Produit/Sous-Produit							catégories			Type d'entretien	#			
			SMN	SPSR	PE	SR/AF	VfG/Droits	SR/MGF/Droit	Décisions selon données Genre, SM, Jeunes	Plans Dév selon Genre, SM, Jeunes	Etudes selon Genre, Jeunes, Mort Mater.	PE			AP	Presta-taire	
Gouvernement	PRIMATURE	DISED								•	•	•				EG	1
	MS	SG	•		•		•			•	•					EIA	1
	MS	DSME	•	•	•	•	•	•	•	•	•					EG	1
	MS	DMPL		•												EG	1
	MS	DRS	•	•	•	•	•	•	•	•	•					EG	1
	MS	CNR-SR	•	•	•	•	•	•			•					EG	1
	MS	UGP/FBR	•	•	•	•	•	•								EG	1
	MS	CMH/PH-CMH	•	•	•	•	•	•								EG	3
	MS	CSC	•	•	•	•	•	•								EG	1
	MS	<u>P.Santé</u>	•	•	•	•	•	•								EIA	2
	MFF	Cabinet	•			•	•	•								EIA	1
	MFF	DE						•								EG	1
	MFF	DAS	•		•											EG	1
	MFF	DPG					•	•		•	•					EG	1
	MFF	BRG	•		•	•	•	•		•						EIA	1
	MAM	DAM						•								EG	1
	MENSUR	ISSS	•								•					EG	1
		Intérieur	Préfecture	•				•	•							EIA	1
	SEJS	DJ				•			•	•	•				EIA	1	
SNU	UNFPA		•	•	•	•	•	•	•	•	•					EG	1
	UNICEF							•				•				EG	1
	UNHCR		•				•	•				•				EG	
	UNAIDS					•						•				EG	
	OMS		•									•				EG	
OSC/ONG		UNFD/CEIO			•			•					•			EG	1
		Association locale/MGF						•					•			EG	1
		ASF/COGES	•		•			•					•			EG	1
	Pair-Educateurs	RJPE				•							•			EG	1
COMMUN AUTE	Associations de jeunes	Bureau				•							•			EG	2
	CDC	Bureau				•			•				•			EG	1
	Mutuelles	Bureau	•						•				•			EG	1

Le tableau 4.3.3 propose la distribution séances de FGD selon le profil du groupe, le sous-produit, le nombre de séances et la localité hôte.

**Tableau 1.5. : Echantillon des FGD**

Groupe	SM N	SPS R	P F	SRAJ	VFG/Droit s	SR/MGF/Dr oit	#	Localité
1.Femmes post fistules	•					•	1	Obock
2.Sages-femmes formées en échographie (ASF)	•	•					1	Djibouti
3.Animatrices communautaires PF, MGF	•	•	•		•	•	1	Dikhil
4.Leaders: notables, présidentes COGES	•	•	•	•	•	•	1	Djibouti /Balbala
5.Femmes 15-49ans, Réfugiées	•	•	•	•	•	•	1	Obock
<b>TOTAL</b>	•	•	•	•	•	•	5	

## 1.5. Appréciation de l'évaluabilité, limites et risques

### 1.5.1 Déficiences de données

Les principaux déficits relevés sur les données sont :

- Insuffisance des données de base et de suivi des effets
- Absence de données sur le suivi des deux indicateurs du produit 1-SR (Proportion de femmes référées et correctement prises en charge par le système et Nombre de cas de fistules traitées)
- Année 2014 non renseignée pour l'indicateur 1 de produit 2 « Nombre de centres de santé de base qui intègrent le paquet minimum complet d'activités en santé de la reproduction » ;
- L'insuffisance de la participation des cibles de l'échantillon aux investigations

Transversalement, l'absence d'un système d'assurance qualité des données a été notée. Ceci relativise la fiabilité des données rapportées dans le cadre du 4<sup>ème</sup> programme de pays de l'UNFPA à Djibouti. Cependant l'UNFPA fait des efforts pour améliorer la qualité des données. Ainsi :

- depuis 2014, au nom du système des Nations Unies, l'UNFPA est dans le comité de pilotage du Ministère de la Santé sur un projet de la Banque Mondiale – Financement basé sur la Performance. Le BP est présent à deux niveaux : Co-présidence avec le Secrétaire Général du Ministère de la Santé et Comité Technique avec la Direction de l'Unité de Gestion du Ministère de la Santé.
- En 2016 une formation diplômante en recherche épidémiologique payé par le BP, incluant la collecte des données a réuni, sur 3 mois, les cadres du Ministère de la Santé, de la Direction des Statistiques et Etudes démographiques.

### 1.5.2 Mesures déployées pour compenser les déficiences de données

En vue d'atténuer l'impact des déficiences de données sur la lecture des progrès, il a été suggéré au BP de combler les manques en collaboration avec les PPS, les administrations et les OSC par rapport aux PTA du MS, du MFF et du SEJS. Cet effort était dû dans les 10 jours consécutifs à la fin de la collecte, pour ne pas compromettre le calendrier d'analyse et de rapportage final. Les indicateurs à définition SMART (spécifique, mesurable, réalisable, réaliste avec un délai d'atteinte fixé) avec gap, étaient la cible. La disponibilité des paramètres desdits indicateurs dans le circuit des données devait être vérifiée. L'équipe des évaluateurs a apporté le conseil technique nécessaire.

Concernant spécifiquement l'indicateur relatif à la Proportion de femmes référées et correctement prises en charge par le système, le BP a appliqué les critères suivants pour documenter les données manquantes :

- (1) Toutes les femmes qui ont accouché dans les structures de santé ;
- (2) Toutes les femmes (enceintes ou en train d'accoucher) qui ont été référées des centres de santé de l'intérieur vers Djibouti ville avant février 2016 (mise en place centre de référence d'Obock) ;
- (3) Toutes les femmes, toute origine, ayant visité Dar El Hanan ou la maternité de Balbala pour soin d'urgence ou programmé.

En ce qui concerne l'insuffisance de la participation des cibles sélectionnées et visitées aux investigations. L'équipe des consultants a consenti à continuer la collecte durant la phase d'analyse et de rapportage. A cet effet, les évaluateurs ont requis du BP l'effort de surmonter les refus du MS et du SEJS pour investiguer dans les FOSA et les CDC. Les mesures de compensation visant à améliorer la complétude et la qualité des données du programme et de l'évaluation ont décalé de 5 jours ouvrables le calendrier d'analyse et de rapportage du CPE.

### 1.5.3. Impact négatif des déficits de données insolubles sur la validité et la crédibilité de l'évaluation

**Les déficits insolubles auraient l'impact suivant sur la validité et la crédibilité de l'évaluation :**

- Le produit 1 serait non évaluable du tout entraînant le rétrécissement du champ programmatique de l'évaluation.
- La faible participation des PPS à l'évaluation, avec restriction des investigations par l'observation directe limiterait la lecture croisée et donc la crédibilité des données d'entretien et documentaires portant sur l'effectivité et la qualité des services, ainsi que la disponibilité et l'état des intrants.
- En définitive les constats, les conclusions et recommandations de l'évaluation relatifs aux produits et indicateurs concernés par les déficits ci-dessus reposeraient sur des évidences d'une solidité relative.
-

## CHAPITRE II : CONTEXTE DU PAYS

La République de Djibouti est située dans la Corne de l'Afrique à l'entrée sud de la Mer Rouge et au Nord-Ouest de l'Océan Indien au niveau du détroit de Bab-El-Mandeb entre la Péninsule Arabique et les côtes de l'Afrique de l'Est. Cette position à la croisée de deux continents lui confère un statut géostratégique exceptionnel. Le pays couvre une superficie de 23.200 km<sup>2</sup> et partage ses frontières avec l'Ethiopie, l'Erythrée et la Somalie. Il dispose de 372 km de côtes et d'un espace maritime de 7.200 km<sup>2</sup>. En plus de Djibouti-ville, la capitale, le pays compte 5 autres régions (Ali-Sabieh, Dikhil, Tadjourah, Obock, et Arta). La sous-région de la Corne d'Afrique est toutefois caractérisée par une instabilité politique, économique et sociale (conflits armés, migrations non contrôlées et insécurité transfrontalière), et depuis 2008 Djibouti est lui-même en conflit frontalier dans le nord du pays avec l'Erythrée. Cette situation génère de nombreux défis (réfugiés et personnes déplacées, dégradation de l'environnement, criminalité, trafic de drogues et sexe transactionnel). De plus, avec l'avènement du terrorisme international<sup>1</sup> et de la piraterie maritime, Djibouti occupe une place stratégique à l'échelle régionale et internationale accueillant plusieurs bases militaires (française, américaine, européenne, japonaise...). C'est dans ce cadre que Djibouti a adopté « l'Agenda 2063, l'Afrique que nous voulons » où tous les Etats Africains se sont engagés à instaurer une culture universelle de bonne gouvernance, de valeurs démocratiques et à assurer l'égalité entre les sexes, le respect des droits humains et un Etat de droit».

### 2.1- Défis du Développement et Stratégies Nationales

Malgré la situation d'instabilité sous régionale, Djibouti a connu de longues périodes de stabilité qui lui ont permis de se focaliser sur sa croissance, ainsi que sur son développement. Mais en dépit du redressement constaté à partir de 2005, l'Indice de développement humain (IDH) de Djibouti demeure encore faible (0,470 en 2014) classant le pays à la 168<sup>ème</sup> position sur 188 pays dans le monde<sup>2</sup>. Le pays reste toujours dans la catégorie des pays à revenu faible pour les Nations Unies mais à revenu intermédiaire pour le FMI. Malgré la mise en œuvre de nombreux programmes publics visant à améliorer l'accès des populations aux services sociaux de base, le rythme de progression des indicateurs n'a pas permis à Djibouti d'atteindre en 2015 les cibles fixées par les OMD. Par ailleurs, la revue à mi-parcours du Plan cadre des Nations Unies pour l'aide au développement (PNUAD/2013-2017) a révélé que les résultats enregistrés dans la mise en œuvre du Plan au cours de 4 dernières années sont très inégaux d'un produit à l'autre et ne sont pas suffisamment couverts par les interventions.

#### 2.1.1- Population et Développement

En 2009, selon le recensement général de la population et de l'habitat, Djibouti comptait 818.159 habitants dont 46,2% de femmes. Au rythme d'une croissance démographique de 2,8%, le pays enregistre en moyenne 22.908 habitants supplémentaires par an. Selon les projections du FMI, la population devrait atteindre 1.053.000 habitants en 2019. Les données disponibles mettent en exergue la jeunesse de la population. La structure par âge montre que 38,5% de la population a moins de 15 ans et près de 73,5% a moins de 35 ans, alors que 6,5% seulement a 55 ans et plus. L'âge médian de la population se situe autour de 23 ans. L'espérance de vie à la naissance est de 52,9 ans (soit 51,8 ans pour les hommes et 54,1 ans pour les femmes). L'indice synthétique de fécondité est de 2,9. Le taux brut de natalité se situe autour de 39,0‰. La taille moyenne par ménage est de l'ordre 5,8 personnes.

<sup>1</sup>Présence du mouvement islamiste 'Al Qaida' au Yémen et du groupe islamiste somalien 'Al-Shabab' en Somalie et dans la sous-région.

<sup>2</sup>D'après le Rapport de Développement Humain 2015 du PNUD.

Près de 80% de la population du pays vit en milieu urbain et pour l'essentiel dans Djibouti-ville la capitale qui regroupe à elle seule 82% de la population urbaine<sup>3</sup>. Les autres villes ou chefs-lieux des régions sont de taille limitée et servent de centres administratifs où sont concentrés les services sociaux offerts aux populations rurales qui sont souvent dispersées, difficiles d'accès et fragilisées du fait de la sécheresse exceptionnelle et récurrente qui sévit dans le pays.

Djibouti subit aussi d'une manière endémique les effets dévastateurs des catastrophes naturelles, telles que les sécheresses et les inondations. Les déplacements internes des populations dus à ces phénomènes contribuent à la création d'îlots de pauvreté dans les régions de l'intérieur et à la périphérie de Djibouti-ville.

La population particulière<sup>4</sup>, avec près d'un sixième de la population totale, est une spécificité de la démographie du pays qui s'explique par l'importance de l'immigration des populations de la sous-région en proie à la guerre et à des difficultés économiques. Les flux migratoires<sup>5</sup> occupent en effet une place importante à Djibouti qui accueille depuis de longue date les réfugiés<sup>6</sup> et les migrants de la sous-région. Le pays constitue ainsi un point d'établissement<sup>7</sup> pour des populations des pays voisins et un point de passage des migrants qui transitent par Djibouti pour se rendre vers les pays arabes. Djibouti a été aussi le seul pays de la région à avoir accepté d'accueillir des réfugiés<sup>8</sup> yéménites depuis que la crise politique a éclaté au Yémen en mars 2015.

L'enquête djiboutienne auprès des ménages réalisée en 2012 (EDAM-IS2) avait révélé que la pauvreté s'était généralisée à toutes les couches sociales et dans toutes les régions du pays et avait relativement progressé au sein de la population par rapport à 2002. Toutefois, le nouveau profil de pauvreté établi par la DISED en 2014 a montré que l'incidence de la pauvreté extrême sur l'ensemble du pays a atteint 23,0% en 2013 contre 24,1% en 2002 pour un seuil de pauvreté extrême estimé à 98.709 FDJ<sup>9</sup>. S'agissant de l'incidence de la pauvreté globale, elle a atteint 40,8% de la population totale en 2013 contre 46,7% en 2002 pour un seuil de pauvreté globale estimé à 147.936 FDJ<sup>10</sup>.

Au vu de cette situation, le Gouvernement a adopté en mars 2014 un nouveau cadre de référence sur le long terme appelé « *Vision, Djibouti 2035* » dont la Stratégie de croissance accélérée et Promotion de l'Emploi (SCAPE) constitue la première déclinaison à moyen terme pour la période 2015-2019. Ces deux documents ont pour objectif principal à court terme de faire face à la pauvreté et au chômage, et à long terme de faire de Djibouti une plateforme d'échanges et de services à l'échelle de la sous-région, afin de faire passer le pays au statut de pays émergent à l'horizon 2035. Les consultations sur les aspirations de la population, organisées lors de l'élaboration de la « *Vision, Djibouti 2035* » ont permis d'identifier les

<sup>3</sup> La République de Djibouti serait le deuxième pays d'Afrique le plus urbanisé avec un taux d'urbanisation de 78%, après la Libye (85%).

<sup>4</sup> La population particulière est composée des personnes vivant dans des ménages collectifs, c'est-à-dire un ensemble de personnes, souvent sans lien de parenté, vivant en communauté (internat, orphelinat, prison, caserne militaire, hôpital, hôtel, chantiers etc.) et de personnes de statut particulier (sans abris, réfugiés et migrants illégaux)

<sup>5</sup> Les mouvements migratoires notamment en provenance de l'Éthiopie et de la Somalie sont importants. En 2010, les migrants ont été estimés à 114.000 et selon l'OIM, ils seraient de plus en plus nombreux en 2016.

<sup>6</sup> Selon les données du HCR de septembre 2016, Djibouti a accueilli 17.092 réfugiés et 4.024 demandeurs d'asile soit un total de 21.116 personnes parmi lesquelles on compte 10.180 femmes et 10.936 hommes dont 9.849 enfants filles et garçons confondus de 0 à 17 ans. Cette population était composée en majorité de somaliens (12.779 personnes), d'éthiopiens (3.773 personnes), des yéménites (3506 personnes) et érythréens (1007 personnes). Les réfugiés somaliens, éthiopiens et érythréens résident pour la plupart dans le camp d'Ali-Addeh et dans celui de Holl-Holl tous deux situés dans la région d'Ali-Sabieh. Les yéménites sont abrités au camp de Markazi dans la région d'Obock.

<sup>7</sup> Un nombre important de réfugiés sans statut et des migrants illégaux vivent aussi dans la clandestinité dans la capitale et parmi eux de nombreux enfants de rue.

<sup>8</sup> Selon les statistiques de l'OIM et du gouvernement djiboutien près de 33.340 personnes de nationalités mixtes sont arrivés à Djibouti depuis le début de la crise dont 57% des yéménites, 37% de migrants en transit et 6% de rapatriés djiboutiens.

<sup>9</sup> Sur la base de 177 FDJ = 1\$US, le seuil de pauvreté extrême est à 1,53 \$ par jour.

<sup>10</sup> Sur la base de 177 FDJ = 1\$US, le seuil de pauvreté globale est à 2,30 \$ par jour.

principaux défis liés au développement. Il s'agit de : a) l'eau, la soif et la sécheresse; b) la santé et les déchets solides ; c) la gouvernance et confiance ; d) l'économie; e) le chômage et l'exode rural ; f) la formation ; g) l'électricité ; h) les pistes rurales et accessibilité ; i) l'inflation et la hausse des prix.

Aussi, tout en prenant en compte les acquis des plans nationaux de développement précédents dont la Stratégie de réduction de la pauvreté (DSRP/2002-2006) et l'Initiative nationale de développement social (INDS/2008-2012), la SCAPE/2015-2019<sup>11</sup> s'inscrit dans la continuité et la consolidation de certains programmes et réformes en cours et s'appuie sur une croissance économique accélérée, plus équilibrée et créatrice d'emplois. Elle intègre les défis liés à la demande sociale, aux droits humains et à l'effet des changements climatiques et s'aligne dans la perspective des ODD à l'horizon 2030.

En matière de données relatives à la population, Djibouti a réalisé son premier recensement général en 1983 et le deuxième en 2009. Les résultats préliminaires du RGPH-2009 ont été publiés en mars 2010.

### 2.1.2- Situation sanitaire

De grands progrès ont été accomplis ces dix dernières années dans le domaine de la santé et notamment en matière de santé maternelle et infantile. Des réformes et de nouveaux outils de gestion ont été introduits dans le cadre des Plans nationaux de développement de la santé qui se sont succédé. Les capacités d'offre de services de santé ont été renforcées par la mise en place de nouvelles infrastructures sanitaires<sup>12</sup>. Des services de santé maternelle et néonatale ont été créés dans tous les centres de santé. Une deuxième maternité de référence a été mise en place pour désengorger la seule maternité de référence existante. Un centre national de référence en santé reproductive assurant la promotion des méthodes contraceptives de longue durée a été créé avec l'appui technique et financier de l'UNFPA. Une stratégie de communication sur le planning familial a été élaborée puis amendée par la suite, et une politique et stratégie nationale et multisectorielle de planification familiale a été également adoptée en octobre 2016 avec le soutien de l'UNFPA. La couverture contraceptive a plus que doublé en une décennie passant de 11,9% en 2002 à 19% en 2012. L'accessibilité géographique des établissements sanitaires a été sensiblement améliorée. Des équipes mobiles ont été mises en place à Djibouti-ville et dans les régions de l'intérieur. Deux hôpitaux régionaux ont vu également le jour, l'un dans la région d'Arta et l'autre dans la région d'Ali-Sabieh. Avec l'arrivée des médecins cubains en 2016, les effectifs de médecins généralistes et des spécialistes, ainsi que des infirmiers et des sages-femmes d'État dans le secteur public de la santé ont connu un accroissement continu. La fonction médicale et paramédicale a été revalorisée avec l'octroi de prime d'éloignement aux paramédicaux affectés dans les zones rurales nécessiteuses et enclavées. Une loi protégeant les droits des personnes vivant avec le VIH et des orphelins du SIDA a été également promulguée. L'Assurance maladie universelle<sup>13</sup> a été mise en vigueur en 2014.

Ces évolutions positives résultent certes d'un engagement élevé du Gouvernement en matière de santé, mais plusieurs défis restent encore à relever pour poursuivre l'amélioration de l'accès aux soins de santé des populations particulièrement dans les régions rurales et les zones urbaines désavantagées. Le rayon moyen d'action d'une infrastructure est en moyenne de 12 km ce qui dépasse largement l'accessibilité physique acceptable qui est de l'ordre de 5 km. La couverture sanitaire reste en fait concentrée sur l'agglomération de Djibouti-ville qui dispose d'un médecin pour 10.500 habitants contre un pour 74.500 habitants en moyenne dans les régions. En fait, les régions intérieures sont moins dotées en ressources

<sup>11</sup> L'objectif global de la SCAPE est d'assurer un développement assis sur une croissance économique soutenue, durable et inclusive à moyen terme et drainant les politiques de promotion de l'emploi. La stratégie vise dix objectifs majeurs de développement : 1) accélérer la croissance ; 2) réduire le chômage; 3) limiter la pauvreté extrême ; 4) créer les conditions d'un hub régional ; 5) mieux éduquer et former ; 6) garantir une couverture généralisée des soins de santé essentiels ; 7) réduire les inégalités selon le genre ; 8) résoudre la question prégnante de l'eau ; 9) lutter contre le logement précaire ; 10) se préparer aux changements climatiques.

<sup>12</sup>Le nombre de centres de santé de base est passé de 35 à 54 et celui des pharmacies communautaires de 5 à 19.

<sup>13</sup>L'Assurance Maladie Universelle ou AMU vise à améliorer l'état de santé de la population dans son ensemble en assurant sans exclusion la disponibilité de soins et l'accessibilité financière de tous aux structures de santé publique.

humaines et en équipements, ce qui aggrave les inégalités d'accès aux soins de santé. Les équipes mobiles de santé ne sont pas toujours opérationnelles faute de moyens logistiques.

Ainsi, sur la base des estimations<sup>14</sup> de l'OMS de 2015, le taux de mortalité maternelle reste encore élevé soit 229 décès pour 100.000 naissances vivantes. Le taux de mortalité néonatale est de 33,4 pour 1.000 naissances vivantes et celui de la mortalité infanto-juvénile de 65,3 pour 1.000 naissances. Il y a lieu de noter aussi que le taux de mortalité attribuée à l'absence d'eau, d'hygiène et d'installations sanitaires sûres est de 26,4% et le taux de mortalité attribuée à la pollution de l'air intérieur et extérieur de 40,5%. Le taux de naissances assistées par du personnel de santé qualifié est de 87,4%. La proportion des femmes en âge de procréation (15-49ans) dont les besoins en matière de planification familiale sont satisfaits par des méthodes modernes est de 51,6%. Le taux de natalité des adolescentes se situe autour de 20,6 pour 1.000 femmes âgées de 15-19 ans. Les comportements à risque des adolescents (es) et des jeunes<sup>15</sup> sont accentués par l'absence de l'offre de services en Santé Sexuelle et Reproductive adaptés aux besoins spécifiques des adolescents et jeunes. La prévalence du VIH est de 1,6% selon les estimations ONUSIDA. Le nombre de nouvelles infections par le VIH sur 1.000 personnes non infectées est de 1,1. L'incidence de la tuberculose par 1.000 habitants est de 378 et celle du paludisme par 1.000 habitants de 25,0.

Par ailleurs, dans le budget de l'Etat, incluant le financement extérieur, la part de la santé a baissé en allant de 12,6% en 2007 à 10,7% en 2008 pour passer à 8,3% et 8,9% en 2012 et 2013 respectivement. Ces taux sont loin des 15% correspondant à l'engagement pris par les Etats Africains dans le cadre de la Déclaration d'Abuja en 2001. Enfin, le système sanitaire n'est pas encore en mesure de mettre en place le cadre institutionnel des comptes nationaux de santé<sup>16</sup> et encore moins celui des comptes nationaux de santé maternelle, néonatale et infantile.

Le système d'information sanitaire (SNIS) n'arrive toujours pas à assurer le suivi périodique des données sur la mortalité maternelle et néonatale.

### 2.1.3- Situation du Genre et des Droits

La volonté nationale de promouvoir la participation de la femme au développement au développement s'est traduite en 2002 par l'adoption d'une Stratégie Nationale d'Intégration de la Femme dans le Développement. Suite à cette stratégie, une Politique Nationale du Genre<sup>17</sup> (2011-2021) a été adoptée. Elle constitue désormais le cadre d'intervention de tous les acteurs en matière d'intégration du genre dans les programmes de développement. Dans le cadre de cette politique et grâce à une mobilisation accrue de la société civile et des pouvoirs publics, la situation des femmes a connu une amélioration notable particulièrement en matière d'accès aux services de santé (voir ci-dessus) et d'éducation.

Dans le secteur de l'éducation, la parité filles/garçons a évolué rapidement avec un ratio de 0,86 dans l'enseignement primaire et de 0,80 dans l'enseignement moyen en 2015. Mais l'accès des filles reste encore en-deçà de celui des garçons dans l'enseignement moyen et l'enseignement secondaire surtout dans les régions de l'intérieur. Plusieurs programmes d'alphabétisation ont été mis en œuvre mais les écarts hommes/femmes de 15 ans et plus, constatés dans les taux d'alphabétisation, demeurent importants, soit 60,1% chez les hommes et 39,5% chez les femmes.

<sup>14</sup>Source : Global Health Observatory Data Repository / Extrait du Bilan Commun de Pays (CCA/2016)

<sup>15</sup>Plusieurs facteurs, dont en premier lieu le chômage, la difficulté de trouver un emploi décent auquel s'ajoutent l'analphabétisme, l'échec et l'abandon scolaire, ainsi que le manque de formation et de qualification, y compris le manque de loisirs, incitent les adolescents et jeunes à s'adonner à des comportements à risques, tels que la toxicomanie, la violence et la délinquance.

<sup>16</sup>Les Comptes Nationaux de Santé permettent un contrôle systématique, exhaustif et cohérent des flux financiers dans le système de santé d'un pays pendant une période donnée. Ils ont été mis en place par arrêté n°2010-454/PR/MS mais ne sont pas encore opérationnels.

<sup>17</sup>La Politique Nationale Genre s'appuie sur une intégration renforcée du genre dans l'ensemble des politiques publiques. Elle vise à réduire les inégalités de genre, à améliorer la protection de la femme et de l'enfant et à promouvoir le rôle social et économique des femmes.

L'adoption du Code de la famille adopté en 2002 devrait contribuer à la baisse de la proportion des filles qui se marient avant l'âge légal de la majorité à 18 ans. Cependant, il n'en demeure pas moins que des cas de mariage arrangés des adolescentes, suite à une grossesse non désirée, persistent.

En ce qui concerne les VFG, une évaluation des femmes survivantes de violence au sein de la CEIO<sup>18</sup> conduite par l'UNFPA en 2014 en partenariat avec l'UNFD a révélé que les VFG<sup>19</sup> existent dans le pays et dans ces différentes formes<sup>20</sup>. Les problèmes de la pension alimentaire, l'abandon de foyer, la violence physique et morale constituent les formes qui suscitent le plus de demandes d'assistance au sein de la cellule. Les problèmes liés au non enregistrement de l'acte de mariage et des actes de naissance pour les enfants rendent toute démarche juridique complexe. De même, en cas de violence sexuelle, l'absence de test d'ADN rend la confirmation de l'auteur du viol quasi impossible.

Par ailleurs, une étude<sup>21</sup> sur la vulnérabilité des adolescentes et jeunes filles de 13-24 ans en difficulté face au VIH/SIDA a révélé aussi que des filles font l'objet de violences sexuelles, mais aucune d'entre elles ne signale l'existence d'un service de recours. L'étude a révélé aussi l'existence du phénomène de grossesse non désirée qui est de plus en plus fréquente et en augmentation dans le pays. En fait, les stratégies de communication particulièrement adaptées aux groupes les plus à risque n'existent pas et le système d'information accuse de grandes lacunes.

S'agissant des MGF, un engagement politique ferme et des efforts de sensibilisation soutenus ont permis de réduire le taux de prévalence des MGF chez les femmes âgées de 15 à 49 ans à 78,4% (PAPFAM 2012). De même, les enquêtes scolaires basées sur l'Observation Directe menées par l'UNFPA ont révélé une prévalence encore plus faible chez les fillettes de 5 à 10 ans (60% en 2010). La promulgation des lois, amendées en 2009 et relatives à la capacité d'ester en justice des associations de défense des droits de la femme en cas de violences à l'égard des femmes et notamment des MGF, a contribué aussi à protéger le droit à la santé des femmes. Par ailleurs, les résultats d'une évaluation<sup>22</sup> rétrospective de la stratégie nationale d'abandon de toute forme d'excision ciblant l'ensemble des interventions du gouvernement et de la société civile ont montré que des avancées notables ont été enregistrées en termes d'amélioration des connaissances de la population<sup>23</sup> sur les méfaits des MGF et les droits des femmes et filles à l'intégrité physique. Cette évaluation a révélé une réduction de la prévalence des MGF qui avoisinerait autour de 71,05%<sup>24</sup> en 2015 mais avec une tendance persistante de la forme la moins sévère communément appelé « Sunna ». En ce sens, l'enquête relative aux zones de résistances effectuée en 2016 par UNFPA a démontré qu'il existe des défis pour l'abandon total des MGF. Certaines communautés résistent au changement social surtout dans les zones rurales. Toutefois, la mise en place des comités de veille ont permis d'avoir des données sur le nombre de filles à risques et de les sauver de l'excision à travers des stratégies de communication diversifiées adaptées aux réalités des communautés.

---

<sup>18</sup>La CEIO, mise en place en 2007, tente de répondre aux plaintes des femmes (dans plus de 90% des cas) mais ses actions restent limitées par le nombre réduit de son personnel, le manque de moyens financiers, le manque de formation et d'encadrement. Actuellement, la CEIO assure essentiellement le conseil juridique. Elle joue le rôle d'intermédiaire entre la femme et les instances judiciaires. L'accompagnement psychosocial est quasi-absent Le volet IEC n'est pas développé. Les supports de formation, même s'ils existent, ne sont pas disponibles au sein de la cellule. Un système de référence et des mécanismes pour l'orientation existent principalement avec les structures juridiques.

<sup>19</sup>Les déterminants les plus relevés sont économique (la précarité) et les facteurs socioculturels (autorité de l'homme sur la femme, la consommation du khat), religieuse (devoir d'obéissance) et l'analphabétisme qui sévit surtout dans les zones rurales. Les auteurs de violences sur les femmes sont surtout les époux mais aussi des membres de la famille de l'époux.

<sup>20</sup> D'après les statistiques de la CEIO de janvier 2014, le nombre de cas reçus de femmes victimes de violence sont allées en augmentant de 2007 (784 cas) jusqu'en 2012 (soit 1500 cas), puis ont baissé de plus de la moitié en 2013 (604 cas). Sur les 604 femmes accueillies en 2013, il y avait 92% de cas de femmes mariées, 5% de filles mères célibataires et 3% de divorcées. La majorité d'entre elles étaient sans emploi et analphabètes ou d'un niveau scolaire très bas. 61% d'entre elles ont été victimes de violence conjugale ; 22% de violence morale ; 9% de violence physique ; 5% de filles mères ; 2% de cas d'ordre économique ; 1% de violence verbale et 1% de viol.

<sup>21</sup> Etude conduite par l'UNICEF en 2011

<sup>22</sup> Evaluation réalisée par le Ministère de la Femme appuyé par l'UNICEF

<sup>23</sup>Les jeunes couples en discutent et résistent de plus en plus à la pression des familles et donc les MGF ne constituent plus un tabou et font l'objet de discussions en famille.

<sup>24</sup> Ce taux a été obtenu par un calcul de projection à partir des données EDIM/MICS 2006 et EDSF/PAPFAM/2012

En matière de prise de décision, la situation de la femme n'a pas suffisamment changé. Les indicateurs de genre donnent 3 femmes membres du Gouvernement et 9 députés femmes sur 65 en 2016. Au sein du système judiciaire, seulement 30 magistrats sur 94 sont des femmes et les ratios sont de 7 femmes sur 17 à la Cour Suprême et 1 femme sur 6 à la Cour constitutionnelle. Au niveau de l'administration publique, les femmes occupent globalement, 25 postes de directeurs sur un total de 93 et ne représentent que 20% des cadres de la fonction publique.

S'agissant de l'autonomisation et de la réduction de la pauvreté des femmes, l'analyse des statistiques de création de nouveaux emplois indique que sur un effectif de 9.806 employés, les femmes représentent 19% contre 81% pour les hommes. Divers programmes ont permis cependant de promouvoir l'accès des femmes aux services de microcrédit. Plus de 12.500 femmes ont bénéficié au total d'un montant de plus de 500 millions de FDJ avec un taux de recouvrement à hauteur de 85%. Le développement de la micro finance a contribué ainsi à encourager l'entrepreneuriat féminin mais n'a pas permis d'infléchir significativement le taux de chômage des femmes qui reste encore très élevé (67%). Malgré les progrès observés, les inégalités liées au genre perdurent encore. La participation des femmes au processus de développement reste donc limitée, ce qui a pour corollaire d'entraver le processus d'autonomisation des femmes.

Sur le plan de Droits humains, la réforme juridique et judiciaire engagée par le Gouvernement sur la période 2012-2016 pour une justice efficace, efficiente, respectueuse des Droits de l'homme et au service du développement a donné des résultats satisfaisants sur le plan institutionnel et en matière de renforcement des capacités. Parmi les actions marquantes on peut citer la ratification de la plupart des conventions internationales et régionales ainsi que des accords et protocoles additionnels, la révision de la majeure partie des textes de lois en rapport avec la justice, l'amélioration de l'accès à la justice<sup>25</sup>, la création de cellules spécialisées dans le domaine des droits de l'homme au sein de la police et de la gendarmerie et la création d'une administration carcérale avec un corps de surveillants pénitenciers formés aux droits de l'homme.

De son côté, la CNDH<sup>26</sup> a participé à l'élaboration de plusieurs rapports périodiques et à celui de l'Examen périodique universel (EPU) en collaboration avec le Comité Interministériel chargé de la rédaction de tous les rapports périodiques relatifs aux Conventions internationales ratifiées par le pays. Le Gouvernement s'est conformé par ailleurs aux recommandations faites lors de l'exercice de l'EPU en 2009. Le rapport initial concernant le Pacte international relatif aux droits civils et politiques et le rapport initial et deuxième rapport périodique concernant le pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels ont été examinés par le Comité des droits de l'homme des Nations Unies respectivement le 23 octobre et le 18 novembre 2013. Une loi portant Code de Protection juridique des mineurs a également vu le jour en mai 2015.

S'agissant des droits à la santé sexuelle et reproductive (DSSR) une étude réalisée par l'UNFPA en septembre 2016 a montré que l'Etat djiboutien a promulgué un ensemble de textes de lois et de décrets consacrant et organisant un ensemble de DSSR<sup>27</sup>. En ce qui concerne l'avortement, le seul cas de figure autorisé est celui de l'avortement effectué à des fins thérapeutiques. La législation nationale ne donne aucune précision supplémentaire. Le viol conjugal ou le viol entre époux n'est pas reconnu par la

---

<sup>25</sup> Un bureau d'aide judiciaire a été en 2011 auprès de la Cour Suprême (loi n° 136/AN/11/6<sup>ème</sup> L relative à l'aide judiciaire) et un Service d'accueil, d'information et d'orientation des justiciables a été créé en 2012 au sein de la Direction des services judiciaires (loi n°178/AN/12/6<sup>ème</sup> L). Des audiences foraines sont organisées chaque année dans les régions de l'intérieur pour rapprocher la justice des justiciables.

<sup>26</sup>Le Gouvernement a adopté en juillet 2014 une loi portant organisation et fonctionnement de la Commission nationale des droits de l'Homme (CNDH) qui a abrogé le décret du 23 avril 2008 qui régissait la Commission jusqu'avant 2014. Le nouveau texte de loi a même été soumis à l'expertise du Haut Commissariat de Droits de l'Homme et ses suggestions et recommandations ont été prises en compte par le pays.

<sup>27</sup>Les DSSR ne font pas l'objet d'une Convention internationale propre mais un ensemble de leurs composantes font partie de différents instruments régionaux et internationaux qui sont ratifiés par la République de Djibouti. Parmi ces textes, on peut citer la loi portant orientation de la politique de santé (loi n° 48/AN/99/4<sup>ème</sup> L), la loi portant création de l'Institut national de santé publique de Djibouti (loi n° 99/AN/10/6<sup>ème</sup> L) et la loi (n° 106/AN/10/6<sup>ème</sup> L) portant création d'un centre national de références en santé reproductive « Housseina ».

législation Djiboutienne et de ce fait ne constitue pas une infraction. La lutte contre les violences fondées sur le genre reflète un contraste assez ambigu. Malgré la dimension pénale qui demeure protectrice des femmes et des enfants contre les violences, le droit de la famille reste toutefois discriminatoire à l'égard des femmes et des filles et constitue ainsi un fief de discrimination légale.

Il y a lieu de noter cependant qu'en matière de justice, trois droits prévalent dans le pays (le droit moderne, le droit traditionnel/coutumier et la charia). La charia<sup>28</sup> s'applique à toutes les questions relatives à la famille, le mariage, le divorce, la garde des enfants, la succession, la tutelle. Le droit traditionnel s'applique à des affaires de moindre importance (problèmes de voisinage, loyers des maisons en planches, dettes dérisoires...) et il est appliqué parfois en cas de crime ou de viol, malgré l'existence du droit moderne. Il y a lieu de noter aussi que des points de divergence persistent entre le droit de la charia et les dispositions du Pacte international relatif aux droits civils et politiques en ce qui concerne la succession, la polygamie ou l'adoption<sup>29</sup>.

### 2.1.4- Situation des Adolescents(es) et Jeunes

Djibouti possède une population très majoritairement jeune qui constitue un atout pour le développement national, mais cette jeunesse fait face à de multiples contraintes dont l'accès à l'éducation<sup>30</sup>, la qualité de l'enseignement, le déphasage entre les contenus de formation et les profils et connaissances exigées sur le marché du travail, la limitation des dispositifs d'accompagnement à l'insertion professionnelle, le chômage<sup>31</sup> consécutif très élevé et l'accès limité aux sports et loisirs.

Ainsi, plusieurs facteurs, dont la difficulté de trouver un emploi décent, l'analphabétisme, l'échec et l'abandon scolaire, le manque de formation et qualification et le manque de loisirs, incitent les jeunes à s'adonner à des comportements à risques, tels que la toxicomanie (consommation du khat, du tabac, de l'alcool et des drogues), la violence, la délinquance et la prostitution qui les exposent aux maladies sexuellement transmissibles dont le VIH/SIDA. Ces comportements à risque s'expliquent entre autres par l'absence d'écoute, de conseils et de soutien au niveau des quartiers, mais aussi par l'insuffisance de l'offre de services sanitaires et d'information aux jeunes. Par ailleurs, les soins hospitaliers sont payants et chers et donc peu accessibles aux jeunes. En matière de sexualité et de VIH/SIDA, l'enquête CAP<sup>32</sup> a révélé que la proportion des jeunes qui sont sexuellement actifs est de 29% soit 25% chez les filles et 33% chez les jeunes garçons (33%). En matière de connaissances relatives au VIH/SIDA, 8 jeunes sur 10 en ont déjà entendu parler. Peu de jeunes connaissent un endroit qui offre le dépistage du VIH (38%), avec une disparité entre la capitale (46%) et les régions (29%). Plus de 93 jeunes sur 100 ne connaissent pas leur statut sérologique par rapport au VIH. Sur le plan de connaissance et d'utilisation des méthodes contraceptives 35.6% des jeunes dans l'ensemble connaissent les moyens pour éviter une grossesse non désirée, soit 34% de garçons et 38% de filles.

---

<sup>28</sup> La justice de la charia rendue autrefois par des magistrats non professionnels a été abrogée et remplacée par des juridictions dans lesquelles siègent des magistrats professionnels.

<sup>29</sup> Source : Réponses de Djibouti au Comité des Droits de l'Homme du 8 octobre 2013.

<sup>30</sup> Malgré l'élargissement de la période scolaire obligatoire jusqu'à seize ans, beaucoup d'adolescents (es) de 13 à 18 ans n'accèdent pas à l'enseignement moyen et sont majoritairement déscolarisés. Le taux brut de scolarisation au primaire qui est de l'ordre de 80% chute à 60% au niveau du moyen. Le taux d'abandon pour une grande majorité se situe au niveau des classes de CM2 et du collège. Malgré plusieurs années de scolarité, ils n'acquiescent pas les compétences minimales requises pour pouvoir travailler. Ils représentent ainsi une part importante des adolescents inactifs, tant en zone urbaine qu'en zone rurale.

<sup>31</sup> Le marché du travail dans le pays présente des contraintes structurelles conduisant à un taux de chômage élevé qui était de 48% en 2012 et atteignant 60% dans les zones rurales. Trois cinquième des femmes et des jeunes sont touchés par ce défi au développement. De plus, environ 40% des femmes contre 26% des hommes occupés sur le marché du travail sont dans des emplois précaires (indépendants, aides familiales et assimilés. Vu leur niveau d'employabilité, la moitié des femmes et la moitié des jeunes salariés de 16-24 ans sont dans le secteur privé non structuré contre au total une proportion moyenne de 33% de salariés du secteur structuré. (Source : Bilan commun de pays-2016)

<sup>32</sup> Enquête réalisée conjointement par le Secrétariat d'Etat à la Jeunesse et aux Sports (SEJS) et l'UNICEF en 2010

L'Etat a cependant beaucoup investi ces dix dernières années pour faire des Centres de développement communautaire (CDC) un véritable levier du développement local et pour prévenir et lutter contre la délinquance juvénile. Mais une étude<sup>33</sup> sur l'état des lieux des CDC réalisé en 2014 a révélé qu'en dépit de nombreux efforts déployés par le Gouvernement, les capacités des CDC<sup>34</sup> demeurent faibles par rapport aux exigences d'efficacité auxquels ces dispositifs sont soumis. Leurs interventions sont homogènes et disparates selon le milieu. En zone urbaine, les CDC délivrent un paquet de services standard composé des jeux de société, de sports collectifs, de matériels et équipement audiovisuel et informatique avec accès à Internet, de mini bibliothèque, ainsi que des formations en couture, cuisine, informatique. Mais ce paquet se trouve limité en zone rurale. Les principales contraintes des CDC sont marquées par l'insuffisance de ressources humaines, matérielles et surtout financières. Ils ne bénéficient d'aucun appui financier des partenaires techniques et financiers à l'exception de l'UNFPA et de l'UNICEF. Une étude d'évaluation rapide conduite par l'UNFPA en 2013 a révélé qu'il était possible d'intégrer des « services amis des jeunes en matière de SSR » au sein des CDC<sup>35</sup>.

## 2.2- Le Rôle de l'Assistance Externe

L'Aide Publique au Développement (APD) prévisionnelle pour 2015 se chiffrait à 448,2 millions USD soit environ 70% du budget de l'Etat<sup>36</sup>. L'aide a été en progression de 87% par comparaison à 240 millions USD en 2014, due principalement à 2 mégaprojets financés par la Chine (le chemin de fer reliant Djibouti à Addis-Abeba en Ethiopie et l'adduction d'eau potable depuis l'Ethiopie à Djibouti). Le décaissement de ces 2 projets pour 2015 a été estimé à 219 millions USD. En ce qui concerne les PIP ou Programmes d'investissement public, le tableau ci-dessous donne les totaux par année de 2010 à 2014 en millions de Francs Djibouti et montre qu'ils sont en constante progression, tant au niveau des prêts que celui des dons. Les données « Affaires sociales, Education, Santé et Environnement » sont donnés à titre indicatif pour l'intérêt de l'évaluation du 4<sup>ème</sup> programme pays.

**Tableau 2.1. : Programmes d'Investissement Public (PIP) en millions de FDJ**

---

<sup>33</sup> Etude sur l'état des lieux des CDC réalisée par le Secrétariat d'Etat à la Jeunesse et aux Sports (SEJS) en partenariat avec l'UNICEF.

<sup>34</sup> Les CDC représentent en fait le fer de lance du SEJS pour la mise œuvre des programmes au niveau local. Ils ont pour principale mission d'offrir un espace de concertation entre les populations et les pouvoirs publics et de contribuer avec l'Etat au développement économique, social, éducatif et culturel de la population et notamment des adolescents (es) et jeunes.

<sup>35</sup> L'étude a révélé en fait que les CDC sont accessibles aux jeunes des quartiers pendant toute la journée et même pendant une bonne partie de la nuit et le Secrétariat à la jeunesse et aux sports est favorable à cette idée et s'engage même à relancer les points de santé jeunes dans les CDC sous formes de services de prévention et de prise en charge.

<sup>36</sup> D'après la loi des finances du 31 décembre 2014, le budget de l'Etat pour 2015 a été présenté en équilibre et arrêté en recettes et en dépenses à un total de 127.139.417.000 de Francs Djibouti.

PIP	2010	2011	2012	2013	2014
<b>TOTAL</b>	<b>17 296</b>	<b>20 894</b>	<b>25 499</b>	<b>21 392</b>	<b>47 108</b>
<i>Prêt</i>	6 606	10 176	6 990	10 999	38 252
<i>Don</i>	10 690	10 718	18 509	10 393	8 856
<b>Affaires Sociales</b>	<b>174</b>	<b>3 492</b>	<b>5 081</b>	<b>5 058</b>	<b>5 282</b>
<i>Prêt</i>	19	136	270	1 625	2 433
<i>Don</i>	155	3 356	4 811	3 433	2 849
<b>Education</b>	<b>2 452</b>	<b>2 348</b>	<b>2 347</b>	<b>1 343</b>	<b>1 027</b>
<i>Prêt</i>	665	1 506	813	574	121
<i>Don</i>	1 787	842	1 534	769	906
<b>Santé</b>	<b>1 470</b>	<b>1 801</b>	<b>3 694</b>	<b>1 770</b>	<b>2 208</b>
<i>Prêt</i>	579	583	479	253	921
<i>Don</i>	891	1 218	3 215	1 517	1 287
<b>Environnement</b>	<b>0</b>	<b>8</b>	<b>198</b>	<b>440</b>	<b>155</b>
<i>Prêt</i>	0	0	0	0	0
<i>Don</i>	0	8	198	556	155

(Source : Direction du Financement Extérieur / Extrait de l'Annuaire statistique de la DISED-2015)

La coopération entre la République de Djibouti et le Système des Nations Unies est fondée sur le Plan Cadre des Nations Unies pour l'Aide au Développement (PNUAD). Les ressources nécessaires prévues entre 2013 et 2017 se situent à 96.534.000 USD, réparties en 3 axes comme suit : Axe 1 (Gouvernance et Développement économique : 18,5%) ; Axe 2 (Accès aux Services sociaux de base : 48,5%) ; Axe 3 (Résilience des populations face aux aléas naturels et à l'insécurité alimentaire : 33%). L'analyse financière lors de la revue à mi-parcours du PNUAD/2013-2017 en avril 2016 a révélé une bonne capacité de mobilisation de ressources. Cette contribution substantielle en ressources traduit la volonté du SNU de soutenir les efforts du Gouvernement dans l'atteinte des ODD. Il convient de noter que plus de 48% de ces ressources sont consacrées aux secteurs sociaux.

Djibouti est par ailleurs un pays très endetté. La dette publique<sup>37</sup> est en hausse depuis des années ce qui pourrait représenter un autre défi majeur dans la mesure où elle pourrait engendrer une baisse de financement des partenaires au développement. Le FMI a déjà attiré l'attention des autorités sur le risque d'explosion de la dette qui pourrait se situer à un taux d'endettement estimé à 80% à l'horizon 2020, ce qui placerait Djibouti en risque élevé de surendettement<sup>38</sup>.

Cependant, un Cadre de dialogue<sup>39</sup> entre le Gouvernement et les Partenaires au développement a été officiellement mis en place en décembre 2015. Il traduit la volonté politique de l'Etat d'associer les Partenaires techniques et financiers aux orientations stratégiques du Gouvernement. Sa raison d'être est de faciliter la mobilisation, la coordination et l'utilisation efficace de l'Aide extérieure, en vue du renforcement d'une croissance durable et inclusive. Des mesures ont été proposées par ailleurs en novembre 2016 pour le fonctionnement du dispositif et sur l'action attendue de part et d'autre du Gouvernement et des Partenaires au développement. Le dispositif est composé de 4 Groupes consultatifs

<sup>37</sup> D'après la Direction du Financement Extérieur, le stock de la dette publique est passé d'un peu plus de 112 milliards de FDJ en 2010 à près de 150 milliards en 2014.

<sup>38</sup> D'après le rapport du Bilan Commun de Pays (CCA-2016)

<sup>39</sup> Le cadre respecte les principes de la Déclaration de Paris (2005) et de l'Accord de Partenariat de Busan (2011)

qui correspondent aux 4 axes stratégiques de la SCAPE respectivement : i) croissance économique, compétitivité et rôle moteur du secteur privé ; ii) développement du capital humain ; iii) gouvernance publique et renforcement de capacités institutionnelles ; iv) pôles de développement régionaux et développement durable.

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

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

#### 3.1.1- Orientation stratégique

Le Programme de Pays UNFPA (2013-2017) s'aligne sur les priorités de développement sectorielles dont notamment celles inscrites dans le Plan national du développement de la santé (PNDS/2013-2017), la Politique nationale Genre (PNG/2011-2021), le Plan stratégique national pour l'enfance à Djibouti (PASNEP/2011-2015), ainsi que le Plan d'action de la Jeunesse et des Sports (PAJS/2011-2015). Il repose en particulier sur les recommandations issues du Bilan Commun de la République de Djibouti (CCA) et des priorités stratégiques inscrites dans le Plan cadre des Nations Unies pour l'Aide au Développement (PNUAD/2013-2017). Le programme s'aligne aussi avec le cadre du Plan Stratégique de l'UNFPA (2014-2017). Il s'appuie sur les leçons apprises du Programme de pays passé (2008-2012) et adopte une démarche intersectorielle et pluridisciplinaire focalisée sur la problématique de la santé maternelle visant en particulier l'ODM 5. Il tient compte de la problématique de la santé sexuelle et reproductive des adolescents (es) et jeunes et de la dimension genre. Il intègre l'approche basée sur les droits humains et oriente les interventions basées sur les évidences. Il vise à développer les capacités nationales. Il favorise enfin le partenariat et privilégie le développement des actions conjointes avec les Agences des Nations Unies à Djibouti pour une meilleure cohérence et synergie des interventions.

### 3.2- Réponse de l'UNFPA à travers le Programme de Pays

#### 3.2.1- Brève Description de la Stratégie, des Objectifs et des Réalisations du Cycle précédent de l'UNFPA

Le 3<sup>ème</sup> Programme de Pays a mis l'accent sur trois priorités, à savoir l'accès aux services de santé reproductive, le renforcement des capacités pour l'intégration des données sur la population dans les plans et programmes de développement et la lutte contre la violence fondée sur le genre (VFG). Les stratégies adoptées, les réalisations enregistrées, les ressources mobilisées, les leçons tirées et les bonnes pratiques enregistrées apparaissent dans le tableau ci-dessous :

Le 3 <sup>ème</sup> Programme de Pays (2008-2012)			
<b>Trois Priorités visées</b>	1- Augmentation de l'accès et de la demande des services de santé reproductive aux populations les plus vulnérables en particulier celles des zones rurales et les jeunes	2-Renforcement de capacités pour l'intégration des données sur la population dans les plans et programmes de développement	3-Renforcement de capacités du gouvernement et de la société civile dans la lutte contre la violence fondée sur le genre (VFG).
<b>Stratégies adoptées</b>	- Renforcement de capacités; - Information et Communication à l'intention des groupes vulnérables;		

	- Renforcement des partenariats.		
<b>Réalisations enregistrées</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>i) Augmentation de l'accès et de la demande par la mise en place d'une deuxième maternité de référence ;</li> <li>ii) Création d'un centre national de référence en santé reproductive assurant la promotion des méthodes contraceptives de longue durée ;</li> <li>iii) Appui aux équipes mobiles de santé dans 75 localités rurales pour la référence des cas de complications obstétricales ;</li> <li>iv) Formation de 103 agents de santé communautaires dans la notification des décès maternels</li> <li>v) Formation des prestataires dans les régions pour la planification décentralisée des activités de santé maternelle ;</li> <li>vi) Renforcement des réseaux de pairs éducateurs ;</li> <li>vii) Mise en place d'un « centre ami des jeunes » au sein de l'UD</li> </ul>	Appui apporté à la production des statistiques de routine en santé maternelle, en planning familial et en matière d'IST/VIH/Sida en collaboration avec d'autres partenaires au développement.	<ul style="list-style-type: none"> <li>i) Capacités de plusieurs intervenants dans la lutte contre les VFG et les MGF effectivement renforcées.</li> <li>ii) Statuts des ONG coopérant avec le BP révisés.</li> <li>iii) Des lois sur la violence à l'égard des femmes dont les MGF amendées.</li> <li>iv) Une deuxième cellule d'écoute des femmes victimes de violences mise en place.</li> <li>v) Capacités en plaidoyer des leaders religieux (hommes et femmes) renforcées.</li> <li>vi) Un guide juridique de VGF à l'intention des OPJ conçu et diffusé.</li> <li>vii) Appui au Gouvernement pour l'élaboration du 1<sup>er</sup> rapport périodique relatif à la mise en œuvre de la CEDEF</li> </ul>
<b>Ressources mobilisées</b>	Le programme a effectivement mobilisé 7.900.000 USD dont 3.900.000 USD issus d'autres ressources, particulièrement de fonds thématiques (santé maternelle, sécurisation des produits de santé reproductive et mutilations génitales féminines).		
<b>Leçons tirées</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Faible convergence entre les différentes parties du programme ;</li> <li>- Faible capacité de coordination et d'exécution du programme par la partie nationale ;</li> <li>- Centralisation de la gestion des programmes</li> </ul>		
<b>Bonnes pratiques enregistrées</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mise en place du centre hospitalier de référence à Balbala<sup>40</sup> en partenariat avec le Ministère de la Santé ;</li> <li>- Expérience de la cellule d'écoute conduite en partenariat avec le Ministère des affaires musulmanes pour la lutte contre les VGF et les MGF ;</li> <li>- Formation de femmes religieuses pour la sensibilisation aux droits des femmes en partenariat avec des ONG ;</li> <li>iv) Travail conduit avec les Parlementaires femmes dans le cadre de la dissémination de l'approche genre.</li> </ul>		

### 3.2.2- Programme de Pays actuel de l'UNFPA

Le 4<sup>ème</sup> Programme de Pays (2013-2017) actuel s'articule autour de 5 composantes : i) la santé maternelle et néonatale ; ii) la santé reproductive et planning familial ; iii) les initiatives communautaires ; iv) la santé sexuelle reproductive des jeunes ; et v) la disponibilité et analyse des données pour l'élaboration de plans et programmes de développement. Il vise l'obtention de 5 produits globaux qui se déclinent en 19 sous-produits.

Le 4<sup>ème</sup> Programme s'inscrit dans la continuité du programme précédent et, pour rester en conformité avec le Plan stratégique UNFPA/2013-2017, il se concentre sur la santé maternelle et néonatale, la santé

<sup>40</sup>Balbala est la troisième commune de Djibouti-ville qui concentre une majorité de la population pauvre et vulnérable du pays.

sexuelle et reproductive, la planification familiale, les questions du genre et des jeunes, ainsi que sur la disponibilité des données pour informer les décisions. Il met également l'accent sur la promotion des droits en matière de reproduction et à l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale et la lutte contre les violences fondées sur le genre.

La logique d'intervention du 4<sup>ème</sup> programme s'aligne parfaitement avec 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 c'est à dire le plaidoyer, le renforcement des capacités, l'offre de services et la gestion des connaissances comme l'indique le tableau ci-dessous.

Par ailleurs, la stratégie adoptée par l'UNFPA pour la mise en œuvre du 4<sup>ème</sup> Programme vise le renforcement du partenariat, en vue d'enrichir et de contribuer au processus de développement à travers la coordination, la programmation conjointe, le partage des coûts, la mise à disposition d'expertise et d'assistance technique, ainsi que par des projets pilotes novateurs qui pourront permettre aux partenaires nationaux de travailler pour des résultats communs.

**Tableau : Logique d'intervention**

Logique d'intervention du Programme de Pays					
Effets/Produits	Objectifs stratégiques	Stratégies d'intervention selon les modes d'engagement			
		Plaidoyer	Renforcement de capacités	Offre de services	Gestion de connaissances
<b>Effet 1 : L'accès et l'utilisation des services de santé maternelle et néonatale de qualité sont accrus</b>					
<b>Produit 1 :</b> Les conditions d'accouchement et d'urgences obstétricales sont sensibles aux droits humains et sont améliorées au niveau de 6 maternités	Appliquer les normes et critères essentiels aux SONU et prendre en charge la fistule		Formation des prestataires de santé		Elaboration du guide sur les normes et critères essentiels
	Améliorer les pratiques professionnelles des médecins et des sages-femmes en soins prénatals, post-partum et accouchement y compris l'humanisation des conditions d'accouchement		-Renforcement du plateau technique des structures conforme aux normes -Renforcement de capacité des prestataires de santé y compris sages-femmes, médecins et agents de santé communautaire sur l'ABDH et le genre		Mise en place d'un mécanisme de supervision intégrant l'ABDH et le genre
	Améliorer l'audit des décès maternels ainsi que le système d'information sur les grossesses et naissances dans les hôpitaux		Renforcement du système d'informations sanitaires		- Institutionnalisation de l'audit de décès maternels - Mise en place d'un mécanisme intersectoriel d'information (décès maternels, grossesses et naissances)
	Rendre fonctionnels les services de prise en charge et d'IEC en SR y compris les soins postabortum en particulier pour les jeunes		-Renforcement de capacités des sages-femmes et médecins dans la prise en charge des soins post-abortum chez les jeunes filles	Amélioration de l'offre SONU et services IEC en SR y compris soins post-	

	filles			abortum des jeunes filles dans de 10 structures ;	
	Instaurer un système de référence pour les complications de grossesses, les cas de fistules et des IST/SIDA				Evaluation et mise à jour du mécanisme de référence et de contre référence

Logique d'intervention du Programme de Pays					
Effets/Produits	Objectifs stratégiques	Stratégies d'intervention selon les modes d'engagement			
		Plaidoyer	Renforcement de capacités	Offre de services	Gestion de connaissances
<b>Effet 2 : L'accès et l'utilisation des services de planning familial de qualité aux couples et individus à des fins reproductives sont accrus</b>					
<u><b>Produit 2</b></u> Le paquet minimum de services de santé reproductive au niveau de soins de santé de base est disponible	Mettre en place un paquet de services SR au niveau des soins de santé de base selon les normes internationale			Intégration d'un paquet minimum complet d'activités en SR dans les CS de base	-Evaluation de l'intégration des activités SR dans les centres de santé de base - Révision des modules de formation de base et de formation continue
	Mise en place d'un mécanisme opérationnel et efficace de sécurisation des produits SR		Mise en place d'un système informatique de gestion des produits	Développement d'un plan de sécurisation des produits SR	-Evaluation de la stratégie de sécurisation des produits SR
	Promouvoir des méthodes appropriées de PF auprès des prestataires et de la communauté		Mise en place d'un mécanisme communautaire de promotion du PF		-Evaluation besoins non satisfaits en SR -Elaboration d'un manuel d'IEC sur la promotion des méthodes de planification
<u><b>Produit 3</b></u> Les initiatives communautaires pour la promotion du planning familial, l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et la lutte contre les violences fondées sur le genre sont améliorées.	Développer un système de détection et de référence des complications de grossesses, des cas de fistules et des MGF impliquant les hommes et les jeunes garçons		Renforcement de capacités des leaders communautaires		
	Mise en place d'un mécanisme de réapprovisionnement en préservatifs (masculins et féminins) et en fer foldine et distribution à base communautaire			Mise en place de stocks autonomes dans 2 régions de l'intérieur du pays	

	Renforcer les capacités des leaders communautaires sur la notification des décès maternels et des naissances et sur l'utilisation du DMU	Plaidoyer pour un partenariat entre les collectivités locales et le ministère de la santé	Renforcement de capacité pour la mise en place du dispositif minimum d'urgence ou DMU		
	Développement des actions communautaires de proximité en SR et VGF/MGF/VIH et la détection des grossesses à risque	Plaidoyer auprès des partenaires pour la contribution au plan de réinsertion des femmes en situation de précarité	Formation des leaders communautaires issus des ONG des quartiers et des régions sur les guides ONG et CCC	Mise en place de cellules d'intervention communautaires au sein des ONG	-Elaboration d'un plan de réinsertion des femmes en situation de précarité) - Guide d'organisation structurelle des ONG - Guide CCC d'intervention communautaire

Logique d'intervention du Programme de Pays					
Effets/Produits	Objectifs stratégiques	Stratégies d'intervention selon les modes d'engagement			
		Plaidoyer	Renforcement de capacités	Offre de services	Gestion de connaissances
<b>Effet 3 : La santé sexuelle et reproductive ainsi que l'éducation sexuelle des jeunes est améliorée</b>					
<b>Produit 4</b> Des services d'écoute, de prise en charge et de soutien de qualité, sensibles au genre et aux droits de l'homme, répondent aux besoins des adolescents et des jeunes.	Renforcement des réseaux de pairs éducateurs pour l'engagement civique et la prévention des comportements à risques, particulièrement le VIH	Plaidoyer auprès des collectivités locales	-Recruter un accompagnateur jeune du réseau national -Renforcer les capacités du réseau et des partenaires et l'élaboration		Opérationnalisation d'un plan de communication pour le plaidoyer  Validation et dissémination des manuels de formation
	Promotion d'intégration IEC en SSR au sein de programmes de participation civique dans deux centres de santé	Plaidoyer pour l'élaboration d'un programme conjoint Jeunes ;			Intégration d'un module sur l'éducation sexuelle et le concept des droits dans les curricula de formation de l'enseignement de base
	Rendre disponible un paquet de services pour VIH, grossesses précoces, droits des filles et MGF			Mise à disposition d'un paquet de services « ami des jeunes » dans 2 CDC et les lycées	Elaboration d'un guide pratique de normes et critères du Centre ami des jeunes

Logique d'intervention du Programme de Pays					
Effets/Produits	Objectifs stratégiques	Stratégies d'intervention selon les modes d'engagement			
		Plaidoyer	Renforcement de capacités	Offre de services	Gestion de connaissances
<b>Effet 4 : Les données relatives à la santé maternelle, le genre et les jeunes sont disponibles et analysées pour informer les décisions</b>					
<b>Produit 5</b> La contribution des plans et programmes de développement à la santé maternelle, y compris les questions du genre et des jeunes, est améliorée	Renforcer les capacités nationales pour l'utilisation des données démographiques et de santé, et des données de routine pour mieux informer les décisions sur les prestations de santé et leur organisation		-Renforcer les capacités techniques en matière d'utilisation des données -Renforcer les capacités des institutions produisant les données démographiques et de santé et de routine		
	Analyser et disséminer les résultats du recensement de la population, désagrégés selon le sexe et l'âge				-Diffusion d'un rapport d'analyse des données du recensement -Mise en place d'un mécanisme multisectoriel opérationnel
	Mise en place d'un mécanisme pour la revue des programmes et plans de développement à travers le prisme de la santé maternelle, le genre et les jeunes				
	Production des études et recherches sensibles au genre sur les jeunes et les				Produire et diffuser des enquêtes et études

	déterminants sociaux de la mortalité et morbidité				
	Développement des argumentaires basés sur les évidences pour les décideurs et des partenaires nationaux				<ul style="list-style-type: none"> <li>-Développer un plan de communication interne et externe</li> <li>-Production et dissémination d'argumentaires pour le plaidoyer au niveau décisionnel</li> </ul>

*(Voir aussi le diagramme de la chaîne des interventions et des résultats en annexe).*

### 3.2.3- La Structure Financière du Programme

Le Conseil d'administration de l'UNFPA a approuvé un engagement total de l'équivalent de 8.6 millions USD dont 3,9 millions USD sur les ressources ordinaires de l'UNFPA, sous réserve de la disponibilité des fonds. L'UNFPA devra rechercher un financement supplémentaire de 4,7 millions USD dénommé autres ressources pour la même période. La disponibilité de ces fonds fera l'objet d'intérêt des donateurs pour les projets proposés. Ces ressources se répartissent comme suit :

**Tableau 3.1. : Structure financière du Programme**

Composantes	Produits Attendus	Estimation des Ressources financières par année et en millions USD					
		2013	2014	2015	2016	2017	Total
1-Santé Maternelle et Néonatale	<b>Produit 1</b>	<b>Ressources régulières</b>					
	Les conditions d'accouchement et d'urgences obstétricales sont sensibles aux droits humains et sont améliorées au niveau de 6 maternités.	0.6	0.5	0.3	0.3	0.3	2.0
		<b>Autres ressources</b>					
		0.7	0.7	0.6	0.5	0.5	3.0
	<b>S/Total</b>	1.3	1.2	0.9	0.8	0.8	<b>5.0</b>
2-Santé Reproductive et Planning familial	<b>Produit 2</b>	<b>Ressources régulières</b>					
	Le paquet minimum de services de santé reproductive est disponible au niveau des centres de santé de base	0.3	0.2	0.2	0.2	0.1	1.0
	<b>Produit 3</b>	<b>Autres ressources</b>					
	Les initiatives communautaires pour la promotion du planning familial, l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et la lutte contre les violences fondées sur le genre sont améliorées.	0.3	0.2	0.2	0.2	0.1	1.0
	<b>S/Total</b>	0.6	0.4	0.4	0.4	0.2	<b>2.0</b>
3-Santé SR et Education sexuelle des Jeunes	<b>Produit 4</b>	<b>Ressources régulières</b>					
	Des services d'écoute, de prise en charge et de soutien de qualité sensibles au genre et aux droits de l'homme, répondent aux besoins des adolescents et des jeunes.	0.2	0.1	0.1	0.1	0.1	0.6
		<b>Autres ressources</b>					
		0.2	0.1	0.1	0.1	0.1	0.6
	<b>S/Total</b>	0.4	0.2	0.2	0.2	0.2	<b>1.2</b>
4 Disponibilité et Analyse des Données	<b>Produit 5</b>	<b>Ressources régulières</b>					
	La contribution des plans et programmes de développement à la santé maternelle, y compris les questions du genre et des jeunes, est améliorée	0.04	0.04	0.04	0.04	0.04	0.2
		<b>Autres ressources</b>					
		0.04	0.04	0.04	0.04	0.04	0.2
	<b>S/Total</b>	0.08	0.08	0.08	0.08	0.08	<b>0.4</b>
<b>Total Ressources Régulières</b>		1.14	0.84	0.64	0.64	0.54	4.0
<b>Total Autres Ressources</b>		1.24	1.04	0.94	0.84	0.54	4.6
<b>Total général</b>		2.38	1.88	1.58	1.48	1.28	8.6

L'on peut noter que globalement le budget du 4<sup>ème</sup> programme est légèrement en hausse (8,6 millions USD) par rapport au 3<sup>ème</sup> cycle de programmation (7,9 millions USD).

Le programme de coopération (2013-2017) a un budget estimé à 8,6 millions USD dont 4 millions USD en ressources propres ou régulières et 4,6 millions USD en autres ressources à mobiliser. Les ressources propres représentent 46,5% du budget total, et les autres ressources à mobiliser 53,5%.

La répartition des ressources par composante reflète une part importante attribuée à la Santé Maternelle et Néonatale (5 millions USD soit près de 58% du budget), suivi de la composante Santé Reproductive et Planning Familial y compris la composante genre du produit Initiative communautaire (2 millions USD soit 23%). La composante Santé Sexuelle et Reproductive et Education des sexuelle des Jeunes vient en troisième place avec 1,2 millions de UDS soit près de 14% et enfin la composante Disponibilité et Analyse des Données avec 0,4 millions USD soit 0,5% du budget.

Le tableau ci-dessous montre que le taux de mobilisation de ressources sur la période 2013 à 2016 a été de 40% ce qui est insuffisant.

**Tableau 3.2 : Taux de mobilisation**

Budget USD	Mobilisation	Taux
8.600.000	3.428.093	40%

Par contre, le taux d'exécution sur la période 2014-2016 a été de 97% soit quasi-suffisant comme l'indique le tableau suivant :

**Tableau 3.3 : Taux d'exécution**

Budget USD	Mobilisation	Taux
3.428.093	3.322. 325	97%

Il y a lieu de signaler cependant qu'il y a eu une réduction et/ou suspension de certains financements (MHTF) suite du classement de la République de Djibouti qui est passé de pays à revenus faible à pays à revenus intermédiaires en 2014.

En fait, Djibouti étant passé à un pays à revenu intermédiaire, suite à une croissance soutenue basée sur un développement des infrastructures économiques, le Business Model a reclassé le mode d'engagement du pays qui est passé à un pays « jaune » et ce malgré des niveaux d'indicateurs sociaux faibles et fortement dépendants de l'appui extérieur.

Le changement dans le mode d'engagement a ainsi conduit le Bureau Pays au désengagement dans les interventions de services et de renforcement de capacités, bien que les taux de mortalité maternelle et infantile soient élevés, la prévalence contraceptive faible et les différents taux de vulnérabilité de la population, tels que les taux de pauvreté et de chômage, importants. Ce qui place d'ailleurs, le Pays dans la catégorie de pays prioritaires pour des programmes thématiques, tels que UNFPA Supplies et le programme d'Accélération de l'Abandon des MGF.

De ce fait, plusieurs requêtes de financement soumises par le BP, notamment celles qui concernent les interventions en matière de VFG et des Jeunes, n'ont pas eu des suites positives.

Malgré cette suspension de financement, et avec peu de ressources, des résultats importants ont été obtenus par le BP sur la période évaluée 2013-2016.

## CHAPITRE IV: RESULTATS—REPONSES AUX QUESTIONS D’EVALUATION

Dans le chapitre 4 sont décrits les résultats des réponses aux questions d’évaluation. Les progrès sont présentés par indicateur, la performance correspondante est indiquée et les déterminants sous-jacents sont mis en évidence, selon les différentes sources. La vérification des hypothèses est faite et les conclusions sont esquissées en rapport aux questions d’évaluation.

### 4.1. Réponse à la Question d’évaluation 1 sur la Pertinence

La question d’évaluation 1 (EQ1) porte sur la pertinence et consiste à savoir :

EQ1 : Dans quelle mesure le Programme Pays adresse-t-il les besoins de la population à l’échelle pays (en particulier ceux des groupes vulnérables) et a été aligné pendant toute la période du programme avec les priorités du Gouvernement et avec les stratégies d’UNFPA.

L’EQ1 a été renseigné par la revue documentaire, les entretiens auprès des parties prenantes et des bénéficiaires, les FGD des bénéficiaires, ainsi que par le Groupe de Réflexion de l’Evaluation.

#### 4.1.1 Analyse des besoins

L’analyse des besoins avant la planification du 4<sup>ème</sup> Programme de Pays a été effective. Elle a notamment reposé sur les recommandations du Bilan commun de pays ou CCA réalisé par le SNU en 2011, ainsi que sur les résultats attendus et visés par les Plans nationaux de développement sectoriels dont entre autres le Plan National du Développement Sanitaire<sup>41</sup> (PNDS/2013-2017), la Politique Nationale Genre<sup>42</sup> (PNG/2011-2021), le Plan Stratégique National pour l’Enfance à Djibouti (PASNED/2011-2015), la Politique Nationale de la Jeunesse, des Sports et des Loisirs (2007-2016).

L’analyse des besoins s’est appuyée également sur les données des enquêtes EDAM-IS/2012 et de PAFAM/2012 qui ont eu lieu en 2012.

Toutefois, l’analyse des besoins s’est avérée être davantage institutionnelle et pas assez participative par rapport aux niveaux déconcentrés (à l’échelle des régions) et aux bénéficiaires (femmes, adolescents et jeunes). Des études, comme celle portant sur la situation des CDC (juin 2013), sur les zones de résistance aux MGF (avril 2016), l’état des lieux des mutuelles communautaires (2016) le renforcement du système djiboutien de suivi en matière de droits humains en lien avec les droits à la santé sexuelle et reproductive (septembre 2016) ont certes eu lieu, mais elles ont été réalisées en cours du 4<sup>ème</sup> Programme et non avant sa planification.

<sup>41</sup>La Composante Santé Maternelle et Néonatale du Programme est en cohérence avec les orientations nationales du Gouvernement qui sont déclinées dans le PNDS/2013-2017.

<sup>42</sup> L’UNFPA a effectivement soutenu les initiatives du gouvernement en faveur de l’équité et de l’égalité hommes-femmes en République de Djibouti au niveau stratégique (élaboration de la PNG/2011-2021) et au niveau institutionnel (renforcement de capacités du Ministère de la Femme et de la Familles dans la mise en place des Points Focaux et Cellules Genre et des Bureaux Régionaux Genre)

## 4.1.2. Couverture des besoins

L'ensemble des interventions prévues dans le CPD ont été certes déployées mais des gaps ont été cependant observés au niveau des activités dus à la diminution de ressources régulières (Core funds) de l'UNFPA pour Djibouti dès l'année 2014 par suite du classement du pays en catégorie de « pays à revenu intermédiaire » à laquelle s'est ajoutée la faisabilité limitée de la mobilisation des fonds locale (Fundraising). Des activités opérationnelles ont été ainsi compromises.

Il n'y a pas eu non plus de système structuré de prise en charge des fistules obstétricales mis en place (étude et formation), ce qui a induit des cas traités par certains personnels de santé. Cependant, un projet de mobilisation de fonds a été formulé par le Bureau Pays, endossé par le Bureau Régional depuis 2014. Ce projet consiste à dresser un état des lieux en vue d'une prise en charge globale planifiée. Les opportunités de financement sont en cours de prospection.

De même, des cibles n'ont pas été couvertes par les services de planning familial, de CPN et d'accouchements. La couverture d'adhésion à la CCC a été insuffisante ; des grossesses ont été non vues en CPN, même s'il y a eu une évolution positive en la matière<sup>43</sup> ; des grossesses ont été perdues de vue depuis la CPN1 ; des accouchements ont eu lieu à domicile.

## 4.1.3. Besoins des groupes vulnérables

Les besoins des nomades, des populations déplacées, des migrants étrangers, des enfants de rue, des LGBTI<sup>44</sup> n'ont pas été suffisamment pris en compte<sup>45</sup>. Il n'y a pas eu de stratégie ciblée, ni des mesures de prévention de la discrimination.

## 4.1.4. Prise en compte des priorités nationales et stratégies UNFPA

Les priorités nationales et les stratégies UNFPA ont été suffisamment prises en compte durant la planification du Programme Pays. Comme il a été mentionné plus haut, la planification du PP s'est faite sur la base des plans sectoriels et des séances de planification sectorielles d'une part, et les produits et interventions ont été identifiées sur la base du Plan stratégique de l'UNFPA/2014-2017 d'autre part. En effet, les 5 produits du CPAP/2013-2017 et leurs sous-produits respectifs (voir la logique d'intervention du PP en annexe) contribuent globalement aux 4 résultats et les 15 produits du PS/UNFPA (2014-2017).

## 4.1.5 Alignement des interventions avec les priorités nationales et stratégies UNFPA

L'alignement des interventions avec les priorités nationales a été modéré, mais il a été suffisant avec les stratégies UNFPA durant toute la période d'intervention.

Parmi les acquis, on peut citer les interventions mises en œuvre qui ont découlé de la planification sectorielle d'une part, et des interventions découlant des besoins réels d'autre part, comme par exemple la

---

<sup>43</sup>La couverture CPN est en effet passée de 78% à 95% entre 2012 et 2015

<sup>44</sup>LGBTI ou Lesbiennes, Gays, Bisexuels, Transgenres ou Inter sexes

<sup>45</sup>Le fait que le Programme Pays soit aligné avec l'objectif général 2 du PNDS (2013-2017) visant à « Assurer l'accès universel à des services de santé de qualité pour répondre aux besoins de la population » paraît certes être une évidence, mais il n'explique pas les besoins des populations vulnérables (populations déplacées, migrants, enfants de rue...).

délégation des tâches face au déficit des gynécologues, à travers la formation de sages-femmes en échographie sur la base du programme LMD et l'approche par les compétences.

La mise en oeuvre des interventions du Programme Pays a cependant été confrontée à des limites dûes à un manque d'appropriation du programme par les secteurs concernés de la partie nationale ainsi qu'à la faible capacité (humaine et technique) des institutions gouvernementales.

Par ailleurs, un changement de priorités nationales est intervenu en cours du Programme Pays. C'est le cas de la Stratégie de Croissance Accélérée et Promotion de l'Emploi (SCAPE<sup>46</sup>/2015-2019) qui met l'accent beaucoup plus sur la croissance économique et la création d'emplois que sur le volet social. D'où une discordance avec le mandat et les ressources de l'UNFPA.

De même, un changement institutionnel est survenu en avril 2016 (élection présidentielle), suivi d'une réorientation des priorités sectorielles (reconstitution et renouvellement des cabinets ministériels), ce qui a désorienté l'alignement continu aux priorités sectorielles initialement définies, lors de la formulation du CPD.

Mais malgré les changements de priorités au niveau de certains secteurs, les axes d'interventions initialement définies dans le CPD continuent de faire l'objet de plaidoyer pour leur prise en compte dans la planification sectorielle.

Enfin, des interventions sont restées cohérentes avec les approches classiques de l'UNFPA comme la transversalité du genre, l'approche droits humains, l'équité et des thématiques clés comme la Santé Maternelle et Néonatale, la Santé Sexuelle et Reproductive des Adolescents et des Jeunes, la disponibilité des données pour les plans de développement et la capitalisation de la dividende démographique.

\*En conclusion à l'EQ1, compte tenu des sous-critères de la pertinence relatifs à l'analyse des besoins (effective), à la couverture des besoins (non-exhaustive), à la prise en compte des besoins des groupes vulnérable (insuffisante), à la prise en compte des priorités nationales (suffisante) et des stratégies UNFPA (suffisante), ainsi qu'à l'alignement des interventions avec les priorités nationales (modéré) et avec les stratégies UNFPA (suffisant), la pertinence du 4<sup>ème</sup> Programme Pays a été globalement satisfaisante.

## 4.2. Réponse à la Question d'évaluation 2 sur la Réactivité

La question d'évaluation 2 (EQ2) porte sur la réactivité et consiste à savoir :

« Comment le bureau de pays a-t-il su s'adapter à l'évolution des besoins des populations cibles (Adolescents/jeunes et femmes) dans la planification et la mise en oeuvre de toutes les interventions appuyées dans le cadre du Programme ? »

L'EQ2 a été renseignée par la revue documentaire, les entretiens des parties prenantes et bénéficiaires et les FGD des bénéficiaires.

---

<sup>46</sup>La SCAPE s'articule autour de 4 axes stratégiques majeurs : i) croissance économique, compétitive et rôle moteur du secteur privé ; ii) développement du capital humain ; iii) gouvernance publique et renforcement de capacités institutionnelles ; iv) pôles de développement régionaux et développement durable.

### 4.2.1 Changements majeurs durant la mise en œuvre du programme, affectant les besoins des populations cibles

Sources documentaires (-Rapport(s) sur les changements survenus ;-Amendements du CPAP2013-2017 ; - Rapports des réunions de crise (ONARS, SNU, UNFPA) ; -Plans de contingence ; -Amendements UNDAF ; - Documents/mémos d'intervention ou de programmes communs ; -PTA2013 à 2016 ; -Extraits mass-média)

Les résultats de la collecte ont confirmé l'effectivité de changements majeurs durant le 4<sup>e</sup> PP, lesquels ont accru la vulnérabilité des populations cibles et augmenté les besoins en offre de service. Ces changements relevés par les sources documentaires (rapport UNFPA 2015 et 2016), les entretiens et FGD recouvrent principalement:

- L'afflux de réfugiés Yéménites depuis Mars 2015 pour remous sociopolitique dans leur pays;
- L'afflux de populations rurales et nomades déplacées par les effets de la sécheresse vers les zones périurbaines de Djibouti, d'Ali Sabieh et de Dikhil;
- L'afflux de réfugiés Ethiopiens suite au conflit intertribal (victimes: Oromos) depuis 2015.

### 4.2.2. Ajustement de la planification pour intégrer les changements survenus

Les sources documentaires dont le rapport annuel UNFPA 2015 et les entretiens des parties prenantes concordent sur l'effectivité de l'ajustement de la planification au niveau de l'UNFPA, pour intégrer les changements survenus en cours de programme. Selon le BP, la planification des interventions de crise a été partagée avec le siège de l'UNFPA à New-York. Le BP a élaboré un plan spécifique de réponse de l'UNFPA aux crises humanitaires, avec l'appui du bureau régional (ASRO). Le BP a par ailleurs contribué à l'élaboration des plans de réponse national et régional à l'urgence humanitaire face à l'afflux des réfugiés et des migrants en provenance du Yémen (rapport 2015, p38). L'une des dispositions de la planification ajustée a été la réallocation transitoire des ressources SSR destinées à Djibouti-ville vers Obock.

*En conclusion partielle*, l'on note que la vérification de la 1<sup>ère</sup> hypothèse du critère de la réactivité montre que « Le bureau de pays a suffisamment su s'adapter à l'évolution des besoins des populations cibles (Adolescents/jeunes et femmes) dans la planification du Programme » en ajustant la planification par l'introduction d'actions de renforcement de la préparation en vue des crises humanitaires, et l'organisation conceptuelle de la réponse dans les domaines de la SMNI, de la SSRAJ et de la lutte contre les VFG.

### 4.2.3. Interventions spécifiques mise en œuvre pour faire face aux changements survenus

Le BP a mis en œuvre et de façon prompte, selon les interviews des parties prenantes, des interventions spécifiques adressant les changements survenus durant l'exécution du CP4. Il s'est agi d'actions de renforcement de la préparation en vue des crises humanitaires, et de la réponse respectivement en matière de santé maternelle, de SSRAJ et de lutte contre les VFG.

*Concernant la préparation :*

- Un plan de réponse et la contribution à l'élaboration des plans de réponse national et régional à l'urgence humanitaire ont été réalisés par le BP face à l'afflux des réfugiés et des migrants en provenance du Yémen (rapport 2015, p38).
- Le BP en Collaboration avec l'UNHCR a fourni une assistance technique sur l'utilisation de données dans le cadre des activités des urgences humanitaires (rapport 2015)

- le BP a initié la mise en place d'un GBV sub-group afin de répondre aux besoins de formation sur le MISP et la prise en charge des cas de GBV (rapport 2015).

Quant à la réponse l'on note :

- Une analyse des besoins des réfugiées concernant le mandat de l'UNFPA réalisée ;
- Une (1) maternité, au CMH d'Obock, fournie en personnel spécialisé (1 gynécologue, 1 anesthésiste et 1 sages-femmes) équipement complet pour la pratique de SONUC (soins obstétricaux et néonataux d'urgence en 2015 (rapport annuel 2015, p1 ; « EmONC in the North of Djibouti, 2016, p1).
- **Deux (2) médecins et huit (8) Sages-femmes formés à la pratique de l'échographie à l'hôpital d'Obock**, dans le cadre d'un transfert de compétences déployé par l'assistance technique externe financée par UNFPA (rapport annuel 2015, p1)
- 120 examens échographiques par mois, en moyenne, réalisés par le personnel formé Pratique (rapport UNFPA 2015). Les bénéficiaires consécutifs sont : (1) la pratique régulière de l'échographie à Obock, au lieu des prestations irrégulières d'équipes mobiles venant de Djibouti-Ville ; (2) Le diagnostic et la prise en charge immédiate des cas d'urgences (grossesses molaires : 2 cas ; polyhydramios : 1 cas ; etc.).
- Un CEIO mis en place CEIO au niveau du camp des réfugiés de Markasi
- Des visites de personnel de santé du CMH d'Obock (une Sage-Femme et le Gynécologue) dans le camp des réfugiés de Markasi pour la promotion de SSR et SSRAJ intégrée au genre et droits humains, la surveillance/détection/PEC des urgences obstétricales et la promotion de l'utilisation des services du CMH ;
- 675 kits de dignité fournis aux femmes enceintes dans le camp Markasi ;
- Une campagne communication pour le changement de comportement effectuée par le réseau Y-Peers, ciblant les réfugiées en 2015 à Obock. Les séances de communication ont adressé la lutte contre les MGF, le VIH, la toxicomanie, les VFG et la promotion du PF. 10 séances ont été tenues pour 80 jeunes de 15 à 30 ans (Obockois et réfugiés sensibilisés)

**Malgré l'importance des interventions spécifiques en réponse aux urgences humanitaires, des limites ont été relevées dont essentiellement :**

- Une faible coordination dans le groupe de réponse de la santé a limité les capacités d'évacuations en cas de complications sur Djibouti malgré les efforts de l'UNFPA à assurer la disponibilité des soins d'urgence obstétricaux et néonataux d'urgence. L'absence de mesure pour prévenir la discrimination à l'endroit des réfugiées au CMH ;
- L'absence de disposition pour des services conviviaux pour jeunes réfugiés ;
- Une période de flottement d'un mois entre l'interruption du contrat UNFPA du premier gynécologue pour raison financière en Octobre 2016 et le deuxième, mobilisé par le MS. Cet incident de transition «... n'a pas (...) permis la réalisation des différentes activités prévues pour ce dernier trimestre » (Rapport Annuel DSME, 2016, p2) ;
- **L'insuffisance des ressources humaines (RH) pour maintenir** la qualité et la continuité des Soins Obstétricaux et Néonataux d'urgence, intégrés au CMH d'Obock. Un seul personnel est disponible par fonction (gynécologue, technicien anesthésiste) pour assurer les services de jour et les gardes (rapport annuel 2016 UNFPA, p1).
- L'absence d'intervention pour certaines crises humanitaires dont celles des déplacés de Dikhil et Djibouti, fuyant les désastres de la sécheresse (EIA, EG, FGD).

#### 4.2.4. Pertinence (qualité/quantité) des interventions mise en œuvre face aux changements survenus

La pertinence a été quasi-suffisante concernant la qualité et la quantité des interventions mises en œuvre face aux changements survenus durant le 4<sup>ème</sup> PP.

**La pertinence des interventions a reposé sur les facteurs d'adéquation suivants mis en évidence par les bénéficiaires, les prestataires, les parties prenantes et la documentation:**

- La couverture des besoins SSR des réfugiés grâce à une offre intégrée comprenant la SMNN (Suivi grossesse, SONUC, suivi des décès maternels, traitement de la fistule obstétricale, dépistage et PEC des cancers de l'utérus, PF, SSRAJ)
- La combinaison de la stratégie en poste fixe (soins complets au CMH) à la stratégie en poste avancé (services promotionnel, PF, surveillance, prévention et soins de base au camp de Markasi) ;
- L'instauration de la gratuité des soins pour une accessibilité financière universelle (EIA, EG, FGD) ;
- L'importance des risques gynéco-obstétriques chez les réfugiées yéménites dont l'âge au 1<sup>er</sup> mariage est déclaré précoce par les parties prenantes. L'âge légal du mariage est de 15 ans (le Parisien, 2015<sup>47</sup>). La presse internationale rapporte des cas de mariage à 8 ans (Figaro, avril 2008)<sup>48</sup>. Cet article du Figaro indique que « ... 52,1 % des filles yéménites sont mariées avant leur majorité(...) les filles continuent d'être mariées dès 8 ans dans certaines régions.»
- La résolution de diverses contraintes antérieures à l'accès aux soins (long délais de route, importante dépense, risques de mort de la mère/bébé) grâce au paquet de services SSR et en particulier la mise en place du bloc gynéco-obstétrique au CMH d'Obock;
- La satisfaction de certains besoins de protection des femmes réfugiées avec grande efficacité: « les maris n'osent plus nous déranger, ils savent que nous sommes protégées... » (femmes réfugiées, Markasi)
- La promotion du respect des droits des femmes réfugiées en sous-traitance avec des associations et l'ONG DRC en évitant le conflit d'intrusion dans le camp avec l'UNHCR.

**À l'opposé, les limites à la suffisance de la pertinence, associées à une perception des efforts de l'UNFPA chez les réfugiées ombragée par des gaps ne relevant pas toujours de son mandat, ont compris:**

- L'absence de réponse au «besoin majeur» déclaré par les réfugiées, soit la promotion de leur autonomisation économique;
- L'absence de protection des réfugiées contre les abus des forces de l'ordre, du milieu social environnant, des sites de services (FGD réfugiées);
- L'insuffisance de la protection des droits humains des réfugiées (ex: liberté de circuler, confinement dans le camp) ;
- La petite taille du BP de l'UNFPA ne permettant pas un MOU avec l'UNHCR pour un déploiement sur Obock en vue d'un meilleur encadrement/protection des réfugiées ;
- Des efforts de fundraising infructueux du BP pour adresser les VFG (proposals soumis avec d'autres acteurs)

#### **4.2.5. Continuité des interventions de routine du programme/intégration de la population riveraine dans le service aux groupes en crise**

Les résultats relatifs à l'indicateur sur la continuité des interventions de routine du CP4 et l'intégration des populations riveraines dans les services aux groupes cibles présentent des acquis et des limites.

**Comme acquis l'on a observé:**

- L'effectivité de la continuité des interventions du CP4 dans les régions de Dikhil, Ali Sabieh, Tadjourah, Arta. Le mode d'intervention du programme est resté national, incluant l'ensemble du

<sup>47</sup> <http://www.leparisien.fr/laparisienne/societe/yemen-le-fleau-des-mariages-precoces-14-01-2015-4446005.php>

<sup>48</sup> <http://www.lefigaro.fr/international/2008/04/19/01003-20080419ARTFIG00006-une-fille-de-8-ans-obtient-le-divorce-au-yemen-.php>

paquet des interventions prévues dans le CPD2013-2017. Les PTA des intervenants à couverture nationale et les rapports d'activité à cette échelle ont continué de porter l'ensemble des interventions. L'ensemble des parties prenantes rencontrées a déclaré la continuité des services, malgré une récession chez quelques-uns (MS, MAM) suite à la priorité donnée à la crise d'Obock.

- La couverture des populations d'Obock et Tadjourah par les services du bloc opératoire renforcé a été effective selon les entretiens et les FGD et les rapports annuels UNFPA (2015; 2016), le rapport annuel 2016 de la DSME etc.

#### Concernant les limites, il s'est dégagé:

- La mise en standby des interventions à Djibouti pour faire face à l'afflux des réfugiés à Obock. Il s'en est suivie une restriction de la fourniture des intrants SSR à Djibouti.
- Les visites de détection des urgences obstétricales en communauté assorties du déclenchement immédiat de la prise en charge (PEC), n'ont pas bénéficié aux populations riveraines du camp des réfugiés d'Obock.

La conclusion partielle 2 sur la vérification de l'hypothèse 2 révèle que « Le bureau de pays a modérément su s'adapter à l'évolution des besoins des populations cibles (Adolescents/jeunes et femmes) dans la mise en œuvre de toutes les interventions appuyées dans le cadre du Programme ». De fait, la continuité des interventions de routine du PP a été modérée, tandis que l'intégration de la population riveraine dans le service offert aux groupes en crise a été quasi-suffisante.

En conclusion à l'EQ2, il apparaît que le bureau de pays a quasi-suffisamment su s'adapter à l'évolution des besoins des populations cibles (Adolescents/jeunes et femmes) dans la planification **et la mise en œuvre de toutes les interventions appuyées dans le cadre du Programme**. En effet, du point de vue positif, les interventions de crise ont été planifiées, des interventions spécifiques ont été déployées (bloc opératoire CMH d'Obock, promotion préventions et premiers soins SSR et CEIO dans le camp des réfugiés...) correspondant à divers besoins des réfugiés et déplacés. De même les populations riveraines ont eu accès aux services adressés aux groupes en crise et la routine des services du programme a continué dans les régions de l'intérieur du pays. Par contre, il a manqué un certain nombre de services clés dont des prestations conviviales pour les jeunes des groupes en crise, la prise en charge de l'évacuation des complications obstétricales, la réponse à certaines crises dont les déplacés de Dikhil, l'autonomisation économique des femmes réfugiées, la continuité des services réguliers du CP4 à Djibouti-ville...

### 4.3. Réponse à la Question d'évaluation 3 sur l'Efficiences:

La question d'évaluation 3 (EQ3) porte sur l'efficiences, critère qui interroge :

« Dans quelle mesure l'utilisation des ressources, techniques et approches a-t-elle contribué à l'atteinte des résultats poursuivis par le 4<sup>ème</sup> Programme de Pays ? Quelle est la contribution de l'utilisation des ressources humaines, matérielles, techniques et financières disponibles à l'atteinte des résultats? Dans quelle mesure la combinaison d'outils et d'approches a-t-elle contribué aux résultats du PP? »

L'EQ3 a été renseignée par la revue documentaire et les entretiens des parties prenantes et bénéficiaires.

### 4.3.1. Alignement entre l'investissement (qualité/quantité) des ressources humaines et le niveau d'atteinte des résultats (adéquation des effectifs ; compétence, assiduité des agents)

L'investissement du CP4 en termes de ressource humaine a été insuffisant. De fait les constats en matière d'investissement en RH montrent une situation globalement déficitaire :

Les acquis, bien que louables sont relativement limités comparés aux défis. L'on citera :

- Le renforcement des compétences des RH:
  - (1) le relèvement des compétences des non spécialistes pour compenser la carence en spécialiste. Ainsi l'on a appliqué le task-shifting ou transfert des tâches entre Gynécologues d'une part et médecins généralistes et Sages-femmes d'autre part (formation des SF à l'échographie). Cette stratégie a contribué à compenser l'extrême carence en gynécologues (3 pour tout le pays).
  - (2) La formation de ressources humaines dans les différents secteurs impliqués dans les interventions ou bénéficiaires dont la santé (268, rapport DSME2016), l'éducation, les finances (DISED), la jeunesse (DJ),
  - (3) Le renforcement de la formation académique de base. Ceci a comporté entre autres, l'appui à la mise en place du système LMD (Licence, Master, Doctorat) à l'ISSS, l'introduction de la spécialité de l'échographie à l'école des sages-femmes, la formation des universitaires en matière de recherche et d'analyse approfondie des données, la formation de 35 enseignants de l'ISSS par l'ULB (convention ISS/ULB) sur l'épidémiologie, la bio-statistique, l'analyse statistique, la recherche bibliographique et l'élaboration de protocoles de recherche.
  - (4) Le renforcement des compétences des acteurs communautaires pour la promotion de l'offre de service du CP4 et la délivrance des services communautaires. Il s'est agi de xxx animateurs communautaires (dont 23 femmes relais communautaires) ; xxx animateurs des CDC ; 4240 pair-éducateurs ; 143 leaders communautaires/sensibilisateurs.
- Le renforcement des effectifs des RH: (1) la maternité d'Obock a été fournie en 3 personnels SSR compétents dont 1 Gynécologue, 1 sage-femme et 1 anesthésiste. Trois (3) Gynécologues ont été contractualisés par UNFPA dans les maternités de Djibouti-ville.

Les déficits ont prédominé, y compris :

- L'insuffisance des effectifs et de la compétence de la RH à tous les niveaux de la pyramide institutionnelle d'intervention. Ceci inclut :
  - (1) Des postes non ou tardivement pourvus au niveau du BP/UNFPA (Assistant de Programme, Chauffeur, Cadre S&E en poste à peine 1 an) ;
  - (2) Des effectifs insuffisants au niveau de certains points de prestation des services (Bloc opératoire CMH d'Obock fonctionnant sans staff de relais pour les 3 postes clés de Gynécologue, Anesthésiste et Sage-femme) ; et dans les systèmes sectoriels en général. Ainsi dans le secteur santé, l'on note une quasi-absence de gynécologues (3 pour 950 000 habitants), 1 médecin pour 16000 habitants ; 1 SF/7500 hbts en région et 6000hbts à la capitale, 1 Infirmier Diplômé d'Etat (IDE) pour 2400 hbts en région et 3400hbts à la capitale. Les normes OMS suggèrent 2,28 médecins, infirmières et sages-femmes pour 1000 habitants ([http://www.who.int/hrh/statistics/Spotlight\\_6\\_FR.pdf](http://www.who.int/hrh/statistics/Spotlight_6_FR.pdf)). Il n'y a aucun spécialiste en région, mis à part le gynécologue d'Obock.
  - (3) Des bénévoles ont démissionné parmi les acteurs communautaires pour déficit de motivation et de suivi par la supervision du programme.

- Déficit en compétence du personnel dans les secteurs : les capacités de planification et de suivi du processus de développement sur la base des évidences démographiques et statistique sont lacunaires (déficit des capacités d'analyse des résultats d'étude; d'utilisation de base de données électroniques ; de collecte et de traitement de données de qualité...); l'engagement du personnel administratif et sa productivité au travail sont déficitaires, ce qui induit de longs délais dans la production des résultats (EG parties prenantes); le personnel du CEIO n'est pas formé en PEC des VFG et ne dispose pas de compétence en suivi psychosocial (rapports Hela, 2014 et Carmen 2016).
- Assiduité du personnel à améliorer au niveau des systèmes administratifs. Les retards et absences intempestifs aux postes de travail ont amené le ministère de la santé à imposer une discipline drastique de gestion des heures d'ouverture et de fermeture du portail pour identifier et sanctionner les contrevenants.
- Forte rotation du personnel dans les administrations sectorielles y compris celui formé par le 4<sup>e</sup> PP.
- Mandat confus du staff dans différentes instances publiques. L'insuffisance de la définition des tâches du personnel induit une désorientation et une inertie quant à la direction à suivre et la prise d'initiative à leur poste de travail et dans l'interaction avec le programme.

**Concernant une majorité relative des indicateurs de performance du CP4 (5/9<sup>ème</sup>) l'investissement plus ou moins suffisant en RH, variant entre le déficit et l'adéquation s'est associé à une performance excédentaire.**

Il s'agit des indicateurs suivants : Nombre de leaders communautaires formés en santé reproductive y compris la VFG et la détection des grossesses à risque (168%) ; Nombre de femmes référées aux services de Planning Familial (115%); Nombre de jeunes pairs éducateurs formés (164%) ; Nombre de personnes formées à l'utilisation de données pour informer les décisions (367%) et Nombre d'enquêtes / études soutenues (129%). L'on note ainsi que les indicateurs à efficience sont ceux qui dépendent le moins de l'implication des systèmes sectoriels. Quant aux 4 autres indicateurs l'investissement en RH s'est associé à des résultats insuffisants, généralement compris entre 0% et 78%.

#### 4.3.2. Alignement entre l'investissement (qualité/quantité) des ressources matérielles et le niveau d'atteinte des résultats (qualité des intrants, complétude des intrants, célérité/disponibilité continue)

**Concernant une majorité relative des indicateurs de performance du CP4 (5/9<sup>ème</sup>) l'investissement plus ou moins suffisant en RH, variant entre le déficit et l'adéquation s'est associé à une performance excédentaire.**

Le niveau d'investissement des ressources matérielles a été **modéré**. Les acquisitions suffisantes en 2013 ont commencé à fléchir en 2014 suite au changement du mode d'engagement de l'UNFPA à Djibouti, du fait classement du pays comme économie à revenu intermédiaire. Ce classement plafonne plus bas les investissements de l'UNFPA en matière de prestation des services opérationnels, y compris l'acquisition des intrants. Le bureau de pays est interpellé à procéder à la mobilisation de telles ressources dans le pays et à travers un accompagnement du pays à trouver des financements alternatifs.

- **La Qualité des intrants** a généralement été satisfaisante. L'UNFPA a un mécanisme d'acquisition centralisé reposant sur le processus de l'exécution directe par contractualisation des fabricants ou magasins sous normes ISO au niveau international. Le système d'assurance qualité du principal bénéficiaire qu'est le MS indique les spécifications des intrants durant la planification et vérifie la

conformité par des experts nationaux bio techniciens et pharmaciens organisés en comité. Une supervision ultérieure est faite sur les sites. Le matériel acquis par l'UNFPA n'a jamais souffert d'une décision de proscription pour défaut de qualité ni de plainte du personnel utilisateur. En ce qui concerne les VFG les instruments ne sont toujours appropriés pour l'atteinte des résultats. Ainsi, le guide juridique pour VFG, n'est ni approprié pour conseiller la victime ni pour guider le prestataire, Rapport Hela, 2014, p.16). Il manque un précis de la pratique pour le prestataire en matière à extraire du « guide à l'usage des travailleurs sociaux accueillant les FVV (2008) ».

- **La Complétude des intrants a été modérée:**

Globalement, l'essentiel des intrants prévus a été fourni (UNFPA, fournir base de données des intrants). Cependant, quelques écarts ont été relevés dont :

- (a) L'absence de guides et des manuels de formation à la CEIO (rapport Hela, 2014, p18)
- (b) La réduction générale du flux des intrants consécutivement au plafonnement de la dotation du BP en ressources régulières par le siège de l'UNFPA, suite au changement du mode d'engagement. Ainsi, par exemple l'échographe prévu pour l'ISSS n'a pas été fourni. Il devait couvrir les besoins didactiques pour la formation des sages-femmes échographes.
- (c) Le déficit en mobilier et aménagement infrastructures pour assurer des conditions d'accueil et de service normal au niveau des CEIO. A la suite des rapports Hela 2014 et Carmen 2016, l'observation de site durant la collecte des données du présent CPE a constaté l'installation à même le sol des usagères et l'absence d'isoloir pour la confidentialité au CEIO de Djibouti-ville.
- (d) La restriction des intrants de routine du CP4 suite au transfert des ressources vers les zones de crise humanitaire. Les ressources destinées à Djibouti-ville en 2016 ont été transférées sur Obock pour répondre à l'urgence de l'afflux des réfugiés Yéménites en 2016 ; d'où une importante restriction de la fourniture en intrants de la capitale;
- (e) L'absence d'intrants (en particulier le matériel CCC) à certains PPS dont le CEIO et les acteurs communautaires selon animatrices SSR/Genre & Droit (agents relais communautaires);

- **La Célérité et la disponibilité continue des intrants ont été insuffisantes:**

- (a) La continuité dans la disponibilité des stocks a été déficitaire. Selon les rapports annuels du programme, la proportion des FOSA sans rupture de stock sur les 6 derniers mois a décliné de 52% en 2013 à <60% en 2014 puis à 30% en 2015 et 2016. Ces données discordent avec le contenu de l'entretien d'évaluation avec les hauts cadres du MS qui déclare une absence de rupture de stock dans les FOSA du fait d'un SIGL performant.
- (b) La promptitude de la disponibilité des intrants a été insuffisante. L'investissement du facteur temps par rapport à la disponibilité des intrants a été insuffisant. Des retards systématiques ont réduit la période d'intervention à un intervalle de 7 à 9 mois du fait d'un long processus des PTA (voir dates de signature des PTA). Ainsi, le taux d'investissement en temps a fait plafonner la promptitude de la disponibilité des intrants dans l'intervalle 58% à 75% par rapport à la période annuelle de travail.
- (c) L'amélioration de l'efficacité de la chaîne d'approvisionnement a été entamée grâce à l'appui de l'UNFPA au renforcement de la CAMME en 2016. Cette initiative concertée avec le MS d'autres bailleurs a permis de centraliser la chaîne d'approvisionnement des produits de santé en y intégrant les produits SSR antérieurement sous circuit vertical DSME. Le gaspillage des produits et de la logistique de leur gestion sont entrain d'être rattrapés.

En définitive, l'on retient qu'un investissement modéré des ressources matérielles s'est associé à une performance excédentaire sur 5 indicateurs de produit du CP4 ; une performance insuffisante sur 2 indicateurs et une performance non renseignée sur 2 indicateurs. Il s'ensuit un alignement modéré des investissements en ressources matérielles par rapport au niveau d'atteinte des résultats. Le rapport d'efficacité est favorable du fait qu'un investissement modéré s'associe à une performance positive en majorité relative.

#### 4.3.3. Alignement entre l'investissement (qualité/quantité) des ressources techniques et le niveau d'atteinte des résultats (mobilisation des connaissances et expertises nécessaire : complétude, promptitude)

Le CP4 a déployé un investissement important de ressources techniques en termes de connaissances et d'expertise pour améliorer les interventions et consécutivement l'efficacité.

- **La mobilisation des connaissances a été intensive. Sur l'essentiel l'on relèvera :**
  - (a) L'appui à la production des statistiques sectorielles y compris : l'analyse des données d'enquête nationale et de recensement ; la contribution aux données de l'annuaire statistique national ;
  - (b) La réalisation d'un nombre important d'études significatives et la production des résultats d'étude dont : l'étude sur les zones de résistances des MGF (avr.2016) ; l'étude sur le renforcement du système djiboutien de suivi en matière de droits humains en lien avec les droits à la SSR (sept.2016) ; l'évaluation CEIO/2014 (Rapport Hela) qui détermine le niveau d'opérationnalité de la réponse VFG et les pistes d'amélioration des solutions de prévention et de PEC y compris l'autonomisation économique (formation à la gestion, accès au financement AGR) des femmes vulnérables aux VFG, l'étude sur l'anémie chez la femme enceinte (2016) ; l'étude du petit poids de naissance(2016) ; l'enquête sur les décès maternels en milieu communautaire (2016) ; l'analyse des données d'enquête nationale.
  - (c) etc.
- La mobilisation de l'expertise pour le développement des politiques, des stratégies, des plans et de la compétence en vue du développement. L'on évoquera :
  - (d) L'appui au développement de la politique et de la stratégie de PF
  - (e) L'appui au développement des plans et programmes sectoriels (santé, éducation...)
  - (f) Le renforcement de la capacité des secteurs dans la production des données de développement
  - (g) La formation des sages-femmes échographistes

Il apparaît que l'investissement en ressources techniques était d'envergure à contribuer à la performance planifiée par le CP4. L'alignement a ainsi été satisfaisant entre l'investissement (qualité/quantité) en ressources techniques et la majorité des indicateurs renseignés 5/9<sup>ème</sup> de produit CP4. L'on peut ainsi conclure à un alignement général modéré entre la performance du CP4 et les investissements techniques.

#### 4.3.4. Alignement entre l'investissement (qualité/quantité) des ressources financières et le niveau d'atteinte des résultats (Taux de mobilisation, Taux d'exécution, célérité dans la mise à disposition des ressources, validité de la dépense)

Les résultats de l'évaluation indiquent un alignement suffisant entre l'investissement (qualité/quantité) des ressources financières et le niveau d'atteinte des résultats.

- Le taux de mobilisation des fonds a été insuffisant. Il s'est fixé à 40% suite à la mobilisation de 3 428 093 \$US pour un budget de 8 600 000\$US. Cette contreperformance managériale s'origine des facteurs tels : (a) Le non financement de plusieurs requêtes soumises par le BP auprès de divers bailleurs nationaux et internationaux (VFG, Jeunes) ;  
  
(b) La réduction, dès 2014, de la dotation en fonds réguliers issus du siège de l'UNFPA (« core fund ») consécutivement au classement de Djibouti comme pays à revenu intermédiaire. Les conséquences ont été directes en termes d'activités non réalisées ou d'initiatives partiellement exécutées dont l'exécution partielle du budget de 20 millions FDJ, pour manque de ressources au niveau de l'UNFPA.
- Le taux d'exécution des fonds mobilisés a été quasi-suffisant (période 2014-2016). Il a été de 97% au 31 décembre 2016, un montant de 3 322 325\$US ayant été mobilisé pour un budget de 3 428 093\$US.
- La célérité a été insuffisante en matière de disponibilité des fonds. Cette insuffisance est due à des retards dans la mobilisation des fonds thématiques ; au long processus des PTA retardant les décaissements du bureau de pays en faveur des partenaires de mise en œuvre ; à l'arrivée tardive des fonds d'urgence pour la crise liée aux réfugiés Yéménites ; à des délais d'exécution liés aux procédures administratives et financières de UNFPA.
- La validité de la dépense a été quasi-suffisante, malgré quelques débours inéligibles déclarées par les audits en 2013 et 2015. Parmi lesdites dépenses inéligibles l'on citera: 750 037.50 FDJ (MS, 2013); 658,600 FDJ (MS, 2015); \$ 28568.25 (MS, 2015)

En somme, l'on note que les résultats acquis par le programme l'ont été grâce à l'investissement de moins de 40% (97% d'exécution des 40% mobilisés) du budget prévu. En conséquence, l'efficacité financière est quasi-suffisante car elle s'avère effective pour 6/7<sup>ème</sup> des indicateurs documentés du CP4 à l'exception de l'indicateur « Nombre de centres amis des jeunes fonctionnels », dont la performance de 29% est bien plus basse que le taux d'exécution budgétaire (40%)

**La conclusion partielle 1 sur la vérification de l'hypothèse 1 indique que « l'utilisation des ressources humaines, matérielles, techniques et financières disponibles a modérément contribué à l'atteinte des résultats ».** Ceci découle des résultats obtenus sur l'évaluation des 4 paramètres de l'hypothèse. Primo, concernant une majorité relative des indicateurs de performance du CP4 (5/9<sup>ème</sup>) l'investissement plus ou moins suffisant en RH, variant entre le déficit et l'adéquation s'est associé à une performance excédentaire, pour une contribution modérée à la performance du CP4. Secundo, l'utilisation des ressources matérielles a modérément contribué aux résultats du CP4. Ainsi, le rapport d'efficacité relatif aux ressources matérielles est d'apparence favorable, du fait qu'un investissement modéré s'associe à une performance positive à la majorité relative. Tertio, la contribution de l'utilisation des ressources techniques aux résultats est modérée. D'important investissement en études et assistance technique ont été en équilibre avec les résultats excédentaires obtenus sur 5/9<sup>ème</sup> des indicateurs de produit du CP4. Cependant ces apports techniques n'ont pas toujours été utilisés pour booster les résultats. Quarto, l'efficacité financière est quasi-suffisante, s'observant sur 6/7<sup>ème</sup> des indicateurs documentés du CP4 pour moins de 40% d'investissement financier s'associant à une performance positive sur 6/7<sup>ème</sup> des indicateurs documentés.

L'hypothèse 2 relative à la vérification du critère de l'efficacité consiste à démontrer que « la combinaison d'outils et d'approches a suffisamment contribué aux résultats du Programme de Pays ». Les 4 paragraphes suivants décrivent les résultats obtenus sur les indicateurs de vérification de ladite hypothèse.

#### 4.3.5. Adéquation du niveau d'intégration des services

Le niveau d'intégration des services s'est avéré modérément adéquat, du fait de la dominance des limites sur les avancées observées.

- **Les avancées observées** comprennent : l'offre d'un paquet pluriel de service par les PPS du CP4, y compris les approches transversales (genre, droits humains). Ainsi, dans les CDC on retrouve des services de SSR (communication, orientation vers les FOSA), dans les FOSA des services SSR, DSSR, VFG et MGF/E.
- **Les limites observées à travers les entretiens, l'observation de site et la revue documentaires incluent** : (a) une faible synergie entre les PPS ; (b) un déficit de coordination entre les PPS, leurs options de référence pour services complémentaires ou plus avancés et les partenaires d'encadrement des PPS ; (c) un manque chronique de certains services ou modalités tel l'absence de PEC psychosociale au niveau du CEIO et de promotion des SSR ; l'absence des produits et dispositions d'accueil convenables (mesures de confidentialité, prestations non discriminatoires, prises en compte des sollicitations spécifiques) pour les jeunes dans les FOSA ; l'absence de prestations de services (distribution de préservatifs, de contraceptifs, la contraception d'urgence, prise en charge des IST, test du VIH) dans les CDC.

#### 4.3.6. Adéquation des stratégies utilisées pour maximiser l'efficacité

Les stratégies utilisées ont été d'une adéquation modérée par rapport à la maximisation de l'efficacité du programme.

- **Les avancées observées en matière de contribution des stratégies à l'efficacité du programme** comprennent:
  - (a) La stratégie des services de proximité. Cette approche s'est caractérisée par : (1) la mise en place d'un bloc opératoire gynéco-obstétrique en région et à proximité du camp des réfugiés d'Obock ; (2) l'offre de services promotionnels, préventifs et des soins primaires dans les camps de réfugiés/déplacés ; l'offre des services PF dans toutes les FOSA périphériques ; l'offre de la CCC en communauté, l'offre de la Pair-éducation en milieu jeunes.
  - (b) L'obtention d'effets bénéfiques sur la population nationale et les réfugiés. Parmi ces effets bénéfiques l'on relèvera : la suppression des coûts de la référence systématique vers Djibouti-ville pour toute complication gynéco-obstétrique, la prévention des décès materno-foetaux associés à ces transferts, la prévention des complications materno-foetal dans la population des réfugiées, la détection et la PEC prompte des risques/complications de la grossesse et de l'accouchement, la prévention des avortements et décès maternel par la PF...
  - (c) L'approche de rationalisation de la dépense dans le cadre du CP4. Cette approche a pris la forme de : (1) l'adoption de la modalité de gestion « paiement direct » par l'UNFPA ; (2) la

minimalisation des coûts par la recherche du meilleur rapport qualité prix ; (3) le partage des coûts avec les autres acteurs,

(d) L'obtention de bénéfices induits par la rationalisation de la dépense : (1) la minimalisation prévention des doublons de dépenses et des dépenses inéligibles ; (2) le dégagement de marges sur l'exécution des fonds mobilisés permettant une augmentation de la capacité d'investissement, l'intensification et la diversification des actions à travers le réinvestir les marges dégagées pour une meilleure efficacité.

- **Les limites à la maximisation de l'efficacité par les stratégies utilisées:**

(a) La mobilisation des systèmes sectoriels a été insuffisamment concluante du fait :

- des défaillances systémiques dont les lourdeurs administratives, la discordance entre politiques, stratégies et actions incluses dans les plans opérationnels et mises en œuvre ; l'inadéquation de la gestion RH (la définition tâches forte rotation du personnel); le dysfonctionnement du système de S&E ; l'insuffisance de l'intégration des Point Focaux genre des secteurs dans leurs administrations d'affectation.

- de la défaillance de la RH, y compris le déficit de la compétence en planification (forte dépendance vs AT pour la planification sectorielle et annuelle), de l'initiative et de l'appropriation et la maîtrise insuffisante des concepts opérationnels, en particulier les notions de Genre et droits SSR, interprétées à tort comme la promotion de la femme en opposition au statut de l'homme.

(b) La participation/engagement communautaire ont été insuffisants en raison de :

- l'absence d'un processus d'appropriation communautaire adéquat

- l'absence de mécanisme d'émulation pour fidéliser les bénévoles communautaires et renforcer les initiatives et pratiques prometteuses comme la prise en charges spontanée des frais de transport des femmes victimes de complications gynéco-obstétricales et référées par les associations des animatrices communautaires

- l'irrégularité de la supervision par les niveaux hiérarchiques supérieurs dont le BP.

- l'absence de renforcement institutionnel des associations communautaires qui leur aurait permis de mieux intégrer, promouvoir et pérenniser les interventions.

(c) La gestion de la contractualisation par PTA a été défavorable à la participation des acteurs périphériques (services déconcentrés, ONG/Associations...) du fait d'une centralisation les excluant. Ceci a défavorisé les actions communautaires, la connaissance des interventions du programme et la continuité de l'offre dans les régions de l'intérieur du pays.

(d) L'engagement de l'UNFPA à Djibouti s'est avéré paradoxal. Plusieurs modes d'engagement au lieu d'un seul ont été observés. Cette pluralité controversée a généré confusion/contradiction et a contraint la sérénité du BP et son action. Ainsi l'on a noté : (1) la cohabitation des modes d'engagement stratégiques et opérationnels et (2) le plafonnement bas des ressources régulières dans un contexte national faible en opportunités de fundraising. Plusieurs demandes de financement ont été soumises par le BP pour compenser, la réduction des « Core Funds » du siège. Mais le contexte défavorable du milieu national les a confiné à l'échec.

### 4.3.7. Degré d'harmonisation des outils et approches

L'harmonisation des outils et approches a été insuffisante malgré les efforts observés qui visaient à améliorer le suivi et évaluation. Les paramètres expliquant ce déficit relèvent du dysfonctionnement des systèmes sectoriels de suivi-évaluation.

- Les systèmes sectoriels en général mais en particulier ceux des secteurs clés du CP4 (Education, Santé, Femmes et Famille, Jeunesse et sport) sont en dysfonctionnement. Cette défaillance se matérialise par :
  - (a) La discordance des données d'un support à l'autre à l'intérieur des secteurs et au niveau des parties prenantes. Il s'en est suivi une interdiction du partage des données avec les partenaires au niveau du MS.
  - (b) La faible institutionnalisation du suivi-évaluation dans les administrations sectorielles entretenue par le peu d'intérêt pour le M&E. Le MS a ultérieurement fait un effort au 1<sup>er</sup> trimestre 2017 avec la création d'une Direction de l'Information Sanitaire (DIS). La situation est stationnaire dans les autres administrations partenaires du CP4.
  - (c) L'insuffisance de l'appui de la DISED aux secteurs en matière de planification et M&E. L'on relève entre autre l'absence d'une capacité autonome d'exploiter la base des données intersectorielle chez les fonctionnaires des secteurs partenaires....
  - (d) La verticalité reste intimement liée aux activités du suivi en l'absence de systèmes de routine fonctionnel dans les pyramides ministérielles. Ainsi, selon le programme l'on note des fiches spéciales de collecte. Pour illustration, le rapportage des activités des animatrices/relais communautaires du 4<sup>e</sup>PP repose sur une fiche qui ne fait pas partie des outils routiniers de rapportage du MFF). Aucune planification participative des activités de S&E, n'est faite avec les niveaux déconcentrés. Cette verticalité compromet l'intégration de la culture du M&E dans la pyramide d'intervention et la durabilité de l'approche.
  - (e) L'absence de mécanisme de coordination des acteurs sectoriels, lesquels offrent pourtant des services complémentaires aux mêmes usagers. Ainsi, la contre-référence et l'information sur la suite réservée à un cas transféré sont pratiquement inexistantes.
- Des efforts d'amélioration/harmonisation des systèmes sectoriels des données ont été déployés par le Bureau Pays UNFPA, parmi lesquels :
  - (a) Plusieurs formations similaires offertes aux cadres des différents secteurs partenaires du CP4 en matière de production des données, de leur analyse et de suivi ;
  - (b) Des bases de données intersectorielles dont DevInfo et IMIS ont mises en place pour la gestion et le partage des données en format homogène; les acteurs des secteurs sont orientés annuellement sur la définition des indicateurs à charger dans le site.
  - (c) La fourniture d'équipements informatiques aux ministères partenaires pour la gestion et la transmission des données à la DISED
  - (d) La mise à disposition de résultats d'analyse thématique du RGPH selon une élaboration et un format homogène pour les variables intéressant les secteurs respectifs.

### 4.3.8. Capitalisation des opportunités de partenariat et de synergie

Dans le cadre du CP4, la capitalisation des opportunités de partenariat et de synergie par l'UNFPA a été modérée.

- **La capitalisation des opportunités de partenariat s'est avérée quasi-suffisante** en raison des constats suivants :
  - (a) Les opportunités de partenariat ont été saisies dans tous les secteurs.
    - Dans le secteur public, au niveau national, 6 ministères ont été intégrés dans le partenariat dont le MS, le MEF, le SEJS, le MFF, le MAM et le MENSUR. Au niveau international avec le Ministère du Plan du Maroc. Le partenariat avec le secteur public a consisté en des PTA/Contrats/Entente écrites. Seul la DISED a fait exception avec un partenariat informel (plateforme de travail).
    - Dans le SNU, 2 institutions ont été impliquées à travers un partenariat formel. De fait, l'UNICEF a pris part à programme conjoint et UNOPS à un PTA. Par ailleurs 4 autres institutions ont été impliquées dans des partenariats informels de type plate-forme de coordination. Il s'agit de l'UNHCR, UNDP, OMS, ONUSIDA.
    - Dans la société civile, 4 institutions ont été impliquées dans des partenariats formels de type PTA/Contrats/Entente écrites. Il s'agit de l'UNFD, Y-Peers, ASFD et DRC. D'autres institutions de la société civile à base communautaire ont fait l'objet d'ententes informelles de travail ou plateformes de collaboration. Cette modalité de collaboration a concerné les associations de jeunes, les COGES et les associations de femmes.
    - Dans le milieu communautaire, les leaders traditionnels et religieux ont pris part à des mécanismes de collaboration non formels.
    - Quant au secteur privé, dans une collaboration informelle, les FOSA privées ont bénéficié des méthodes de PF. Une tentative de partenariat entre l'UNFPA et la société KAMAJ n'a pas abouti, en raison de la réticence du SEJS.
    - Dans le milieu communautaire, les leaders traditionnels et religieux ont pris part à des mécanismes de collaboration non formels.
- **La capitalisation des opportunités de synergie s'est avérée insuffisante** en raison des faits suivants :
  - (a) Des initiatives de capitalisation de la synergie possible ont été déployées dont :
    - L'élaboration de stratégies intersectorielles, portées par un acteur phare, interpellant des acteurs connexes (ex : stratégie nationale PF impliquant différents administrations dont le MFF et le MS,...) ;
    - L'intensification par le BP du partenariat avec la communauté pour compenser les difficultés opérationnelles avec certaines administrations. Ainsi, pour cause de statut juridique, de capacités institutionnelles limitées, d'incidents relationnels, les interactions avec certaines administrations sont restées embryonnaires (collaboration avec la DISED sans PTA, interaction minimale avec la DJ, limitée à 1 seul PTA). Quant au recours palliatif à la communauté, le déficit de formalisation a fragilisé l'engagement de ce palier.
  - (b) Par contre, la dynamique de la synergie a été lacunaire au vu des faits suivants sur lesquels les sources documentaires et les entretiens des partenaires concordent:
    - La coordination intrasectorielle est déficitaire : « Il n'y a pas une collaboration opérationnelle entre les bureaux régionaux genre et la cellule. » Rapport Hela, 2014, p16 ».

- La coordination entre les secteurs a été quasi-nulle de par l'absence de mécanisme de coordination ; d'analyse/solution des obstacles à la viabilité trans-sectorielle de l'offre de service...Ainsi, une mission de consultation a relevé qu' « Il y a un manque de travail intersectoriel » rapport Hela, 2014, p21. Le même document objecte l'absence de mécanismes de coordination intersectorielle avec une attribution des rôles complémentaires des partenaires et indexe l'« Absence de réunion périodique des acteurs du réseau de PEC des VFG (relai/CEIO/PPS (santé, police, justice, affaires sociales) »
- La coordination entre les secteurs et le BP est aussi déficitaire « La problématique majeure reste un déficit de coordination entre la DSME et le FNUAP d'une part et entre les consultants et la DSME. » (Rapport DSME2016, p6)
- L'implication de la communauté a été insuffisante du fait du déficit d'une stratégie de motivation des ARC et animateurs/trices, du déficit de renforcement institutionnel des associations/groupement en vue de l'appropriation et de la faiblesse de l'encadrement par les niveaux supérieurs);
- La résolution des obstacles à l'efficacité des interventions pâtit du déficit de la coordination. Pour illustration, l'on note qu'aucun mécanisme de synergie n'a été mis en place pour réduire la barrière du coût onéreux du certificat médical qui est déterminant dans la procédure de plainte et réparation judiciaire (entretiens et rapport Hela, p21).

*La conclusion partielle 2 sur la vérification de l'hypothèse 2 de l'efficience indique que « La combinaison d'outils et d'approches a modérément contribué aux résultats du Programme de Pays ».*

La lisibilité du critère d'efficience a été entravée par le choix d'une majorité d'indicateurs d'extrait au lieu d'indicateurs de produit, durant la planification du 4<sup>ème</sup> Programme de Pays (CP4). Ainsi, l'utilisation des ressources, techniques et approches ; la combinaison des outils et des approches et la stratégie de partenariat n'ont pas assez été en lien de contribution avec les résultats du CP4. De fait les résultats documentés du CP4 (7/9 indicateurs) ont été majoritairement (5/7) excédentaires, posant un problème de rationalité de la planification et d'influence d'autres paramètres que ceux inclus dans les prévisions financières. Par suite, le lien de l'implémentation en termes d'investissements du programme, de développement des stratégies, de mobilisation du partenariat avec les résultats n'est pas évident. L'on observe que l'alimentation effective des interventions par les ressources et approches a été généralement en dessous des prévisions/attentes ou du minimum nécessaire. Les résultats du CP4, davantage excédentaires, ont ainsi été en contraste avec les déterminants suivants: 1) Un investissement en RH plus ou moins suffisant (effectif et qualité insuffisant, malgré le supplément en gynécologue de l'UNFPA), (2) Un investissement en ressources matérielles modéré (médicaments et équipements injectés mais insuffisance et ruptures de stocks) , (3) Un investissement en ressources techniques important, mais partiellement exploités pour l'atteinte des résultats, (4) Un investissement modique en ressources financières (40% du budget) ; (5) Un partenariat inclusif mais faible en synergie; (6) une combinaison d'outils et d'approches marqué par une intégration des services modérément adéquate, les limites surpassant les avancées ; (7) Une adéquation modérée des stratégies quant à la maximisation de l'efficacité du programme (stratégies de proximité, de rationalisation/minimalisation de la dépense et de réinvestissement des marges favorisant l'efficacité, mais entravée par les dysfonctionnements de la participation sectorielle et communautaire; (8) Un «mode d'engagement » ambigu du siège de l'UNFPA contraignant l'action du BP dans un contexte pays défavorable à la levée de fonds ; (9) Une harmonisation des outils et approches insuffisante, malgré des efforts vers l'amélioration du M&E, entravés par la faiblesse des systèmes sectoriels.

#### 4.4. Réponse à la Question d'évaluation 4 sur l'Efficacité

La question d'évaluation 4 (EQ4) porte sur l'efficacité. Pour évaluer ce critère, elle interroge :

« Dans quelle mesure les produits du Plan d'action du Programme Pays (CPAP) ont été atteints et comment ils ont contribué à la réalisation des résultats du PS2014-2017 de l'UNFPA? »

L'EQ4 a été renseignée par la revue documentaire et les entretiens des parties prenantes. Afin de faciliter la référence du lecteur la codification et les abrégés suivants ont été affectés aux paramètres de mesure de l'efficacité :

INDICATEURS	PRODUITS	EFFETS
<b>Indicateur 1</b> : Nombre de centres de santé de base qui intègrent le paquet minimum complet d'activités en santé de la reproduction	<b>P1- SONU/FO améliorés</b>	<b>E1 : Utilisation de SSR de Qualité Accrue</b>
<b>Indicateur 2</b> : Nombre de cas de fistules traitées		
<b>Indicateur 3</b> : Nombre de centres de santé de base qui intègrent le paquet minimum complet d'activités en santé de la reproduction	<b>P2-Intégration SSR/SSP</b>	
<b>Indicateur4</b> : Nombre de leaders communautaires formés en santé reproductive y compris la VFG et la détection des grossesses à risque	<b>P3-Initiatives communautaires Améliorées-PF, EMM, VFG</b>	<b>E3 : Egalité genre, DSSR, autonomisation femmes vulnérables avancés</b>
<b>Indicateur 5</b> : Nombre de femmes référées aux services de planning familial		
<b>Indicateur 6</b> : Nombre de centres amis des jeunes fonctionnels	<b>P4-Services selon besoins Ado-Jeunes</b>	<b>E2 : Disponibilité SSRAJ de qualité accrue</b>
<b>Indicateur 7</b> : Nombre de jeunes pairs éducateurs formés		
<b>Indicateur 8</b> : Nombre de personnes formées à l'utilisation de données pour informer les décisions	<b>P5-Données/Plan Dev améliorent SSR</b>	<b>E4 : Efforts Dev durable renforcés par évidences démo/SSR</b>
<b>Indicateur 9</b> : Nombre d'enquêtes / études soutenues		

##### 4.4.1. Progrès et performance réalisés sur le produit 1 du CP4 (SONU/FO Améliorés)

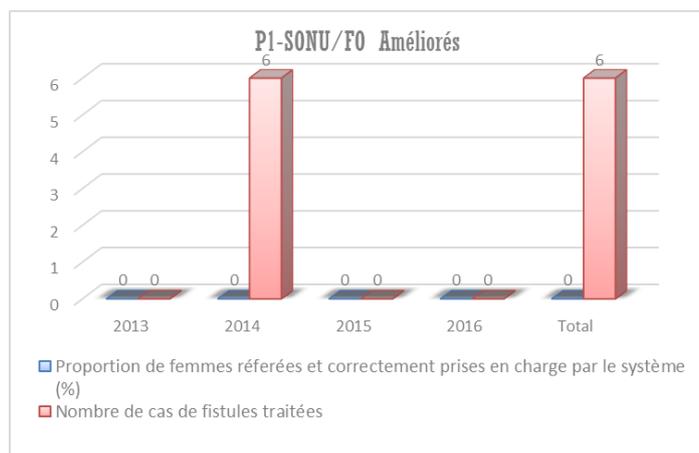
- **Evolution des résultats et de la performance du produit 1, CP4 (SONU/FO améliorés):**

Les progrès relatifs au produit 1 : « Les conditions d'accouchement et d'urgences obstétricales sont sensibles au droits humains et sont améliorées au niveau de 6 maternités » n'ont pratiquement pas été renseignés par le système de suivi-évaluation du CP4. Concernant l'indicateur 1 sur la « Proportion de femmes référées et correctement prises en charge par le système (%) » aucune donnée n'est disponible. Quant à l'indicateur 2, «Nombre de cas de fistules traitées », seule l'année 2014 est documentée. L'on relève l'absence des ressources, entretenue par le retour infructueux des demandes de financements soumises par l'UNFPA, concernant les 2 indicateurs d'une part. D'autre part les acteurs n'ont pas été assez outillés pour documenter l'indicateur 1. Ces facteurs ont alimenté le gap en réalisation et en progrès affectant le produit 2. Par suite, le taux de renseignement des indicateurs du produit 1 est de 12,5% (1/8<sup>ème</sup> des cas).

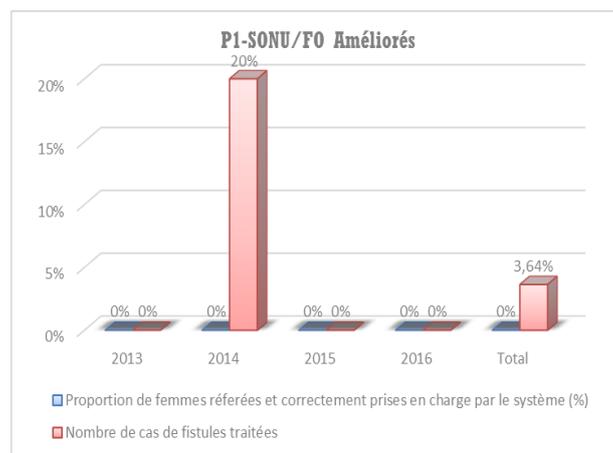
Les cibles prévues pour les 2 indicateurs de produits suivis sont les suivantes :

Indicateurs	2013	2014	2015	2016	2017	TOTAL
« Proportion de femmes référées et correctement prises en charge par le système (%) »	ND	0	0	0	0	0
Nombre de cas de fistules traitées	30	30	45	60	70	235

Les réalisations sont présentées dans le graphique 4.1.a ci-dessous. L'on note que la performance est restée inconnue concernant l'indicateur 1, elle a été de 20% en 2014, et de 3,64% sur les 4 ans de programme évalués quant à l'indicateur 2.



Graphique 4.1a : Progrès relatifs au Produit 1



Graphique 4.1b : Performance relative au Produit 1

Les résultats attendus au niveau du produit 1, sont portés par quatre sous-produits (SP) du CPAP dont : (1) Les normes et critères essentiels aux soins maternels et néonataux d'urgence, et la prise en charge de la fistule sont appliqués ; (2) Les pratiques professionnelles des médecins et des sages-femmes en matière de soins prénatals ; du post-partum et de l'accouchement, y compris l'humanisation des conditions d'accouchement sont améliorées ; (3) L'audit des décès maternels ainsi que le système d'information sur les grossesses et les naissances dans les hôpitaux sont améliorés et (4) Des services de prise en charge et d'IEC en SR y compris les soins post-abortum, en particulier pour les jeunes filles. Selon le CPAP, 9 activités constituent les piliers de l'atteinte des 4 sous-produits ci-dessus rappelés et derechef de la réalisation du produit 1. Le paragraphe ci-après, relatif aux déterminants des résultats et de la performance concernant le produit 1, analyse le niveau d'implémentation desdites activités.

- **Déterminants des résultats et de la performance du produit 1, CP4**

Plusieurs activités prévues pour induire l'atteinte des cibles du produit 1 ont été mise en œuvre. Mais les réalisations sont restées partielles, du fait d'un certain nombre de facteurs : (a) l'absence de ressource financières, particulièrement en matière de FO ; (b) L'insuffisance dans le déploiement de l'approche ABDH avec une introduction tardive (fin 2015) et un faible encrage communautaire ne facilitant pas l'appropriation/autonomisation nécessaire ; (c) l'insuffisance globale de la RH qui a fragilisé les efforts fournis en vue de services SONU/FO améliorés et compromis la durabilité ; (d) le caractère informel plusieurs

formations offertes avec un déficit en procédure d'assurance qualité. Les réalisations qui ont conditionné les résultats du produit 1 sont rappelées ci-dessous.

### **1) *Elaboration de guide sur les normes et critères essentiels(SP1) :***

Selon son rapport 2013, l'UNFPA a offert une assistance technique pour l'élaboration d'un plan unique de santé maternelle néo natale et infantile (*Plan d'Accélération de la Santé Maternelle Infantile 2013- 2015*). Selon le COAR 2013, p6), le ministère de la santé de Djibouti a mis en place des critères et normes de qualité de prestations, et le renforcement des compétences des personnels (SF, médecins) a suivi, pour leur application. Un document de normes et procédures en PF a été conçu et validé (Rapport DSME, 2016). Les entretiens des parties prenantes ont corroboré lesdites avancées.

### **2) *la formation des prestataires de santé (SP1) :***

La formation des prestataires de santé a été effective à tous les niveaux (FOSA primaire, secondaire et tertiaire). Selon les rapports annuels UNFPA 2013 et 2016, toutes les catégories de personnel ont été couvertes dont :

- 100ASC,
- 15 infirmiers en **prise en charge pédiatrique du VIH des SFE ;**
- 75 sages-femmes : 3 pour assistance à césarienne ; 23 pour échographie ; 13 pour l'AMIU<sup>49</sup> pour renforcer PEC complications post avortement ; 10 du CNR<sup>50</sup> pour insertion/retrait implants, 75 pour la santé néonatale, 35 en PEC VIH des SFE, 19 en IST/cancer col/sein),
- 37 médecins généralistes : 4 pour césariennes (1 à Obock, 3 à la maternité Dar El Hanan ; 2 pour échographie obstétricale ; 4 pour formation des formateurs PF, 3 pour formation des MG en SONU ; 37 pour Santé néonatale ; 15 pour **prise en charge pédiatrique du VIH des SFE**)
- 3 médecins spécialistes (Gynécologues).
- Cependant les effectifs visés n'étaient pas toujours couverts pour des raisons comme l'insuffisance de l'équipement. Ainsi, 15 personnels au lieu de 30 prévus, ont été formés sur l'échographie/césarienne.

### **3) *Le renforcement du plateau technique des structures conformes aux normes (SP2);***

Le renforcement du plateau technique des FOSA a été effectif et à la hauteur des prévisions en quantité et qualité (suffisant). Six maternités ont bénéficié d'un renforcement du plateau technique dans les régions d'Obock, de Tadjourah et de Djibouti-ville. Lesdites FOSA ont reçu des équipements et consommables pour des accouchements normalisés, et la gestion des urgences obstétricales. Les produits de santé fournis ont été soumis à la procédure de normalisation à deux niveaux dont le Ministère de la santé et l'UNFPA. Au niveau du MS une politique de normalisation des produits de santé est en vigueur. La procédure implique un travail concerté entre les demandeurs (FOSA) et ou les ordonnateurs (bailleurs), dont l'UNFPA dans le processus de la commande et de l'autorisation d'approvisionnement des FOSA à l'arrivée des produits au pays. Tous les produits entrants sont centralisés au niveau de la CAMME. Un comité d'experts bio-techniciens vérifie et déclare la conformité ou non des produits. Le Ministère de la Santé rejette ou autorise l'approvisionnement des FOSA sur base de cette expertise. Pour les produits arrivés dans le pays avant la formalisation des procédures de qualité, les missions de supervision logistique permettent de retirer ou de maintenir en utilisation les équipements présents dans les FOSA. Les officiels du ministère ont déclaré que le matériel du

<sup>49</sup> AMIU : aspiration manuelle intra utérine

<sup>50</sup> CNR *Centre National de référence*

CP4/UNFPA, soumis à la procédure de normalisation, n'avait pas connu de rejet d'équipement fournis. Au niveau de l'UNFPA, la procédure d'achat s'opère en exécution directe pour garantir l'application rigoureuse des procédures onusiennes d'acquisition d'intrants de qualité reposant sur la certification ISO des fournisseurs agréés.

*4) la mise en place d'un mécanisme de supervision intégrant l'ABDH<sup>51</sup> et le genre et le renforcement de capacité des prestataires de santé y compris sages-femmes et médecins ainsi que les agents de santé communautaire sur l'ABDH et le genre (SP2)*

Cette activité s'est matérialisée par la formation d'animateurs communautaires issus des associations des jeunes en 2015 (COAR 2015)...Données à compléter.

*5) l'institutionnalisation de l'audit de décès maternels (SP3),*

L'institutionnalisation de l'audit des décès maternels est effective mais à renforcer. L'audit des décès maternel n'a pas discontinué depuis son initiation par l'UNFPA au cours du CP3, en Janvier 2011. Les mécanismes suivants ont favorisé son institutionnalisation :

- l'intégration à la routine des activités des formations sanitaires ;
- l'intégration à la routine de la supervision ;
- la formation des acteurs communautaires (leaders, agents relais, ASC) ;
- la collaboration des personnels de santé et des acteurs communautaires ;

Cependant, l'institutionnalisation de l'audit des décès maternels est limitée :

- la pratique est très superficielle (mécanismes de surveillance et réponse pas suffisamment opérationnels/adéquats)
- La capacité technique et institutionnelle est défaillante

*6) La mise en place d'un mécanisme intersectoriel d'information, sur les décès maternels, les grossesses et les naissances (SP3),*

En rapport à cette activité, les avancées comportent :

- Une réunion de plaidoyer présidée par le Premier Ministre Djiboutien sous l'impulsion l'UNFPA (COAR 2013). Cette réunion de plaidoyer a abouti à l'engagement du PM à créer la Commission Nationale sur la Réduction de la Mortalité Maternelle composée des représentants des ministère en charge de Santé, Solidarité Nationale, Transport, Communication and Enseignement Supérieur, Femmes et famille (PF), Budget, Education, Jeunesse, Affaires Musulmanes, Intérieur (décentralisation) et Défense.... et présidée la Primature.
- **Jusqu'en 2015 le projet de mise en place d'un système de surveillance et de riposte de décès maternels n'a pas abouti** pour cause de contraintes budgétaires. L'UNFPA s'est engagé dans une stratégie de synergie avec l'OMS pour y pallier. Mais la matérialisation de la dynamique par un mémorandum commun signé (OMS, UNFPA, MS) a dû attendre l'an 2016.

*7) Le renforcement du système d'informations sanitaires (SP3)*

---

<sup>51</sup> ABDH : Approche Basée sur les Droits de l'Homme

Le renforcement du système d'information sanitaire est effectif mais pas optimal. Des données discordantes circulent encore, questionnant la fiabilité de l'assemblage, du traitement et du partage. La défiance vis-à-vis des données a amené le MS restreindre le partage des données avec les parties prenantes et usagers.

Cependant il y a eu des réalisations participant du renforcement du SNIS dans le cadre du CP4, parmi lesquelles : (1) l'appui de l'UNFPA, en 2013, au développement d'une base de données informatiques de suivi des informations sur le continuum de soins de chaque femme et enfants (grossesse, accouchement, post natal, planning familial ; soins liés au dépistage du VIH lors de la grossesse, survie de l'enfant), ainsi que la gestion logistique SPSR. Les avantages sont : la facilitation des prévisions des produits SR et la traçabilité des contre/références.

#### 8) *L'amélioration de l'offre SONU et les services d'IEC en SR y compris les soins post-abortum chez les jeunes filles dans 10 structures (SP4);*

Les réalisations sont partielles en matière d'amélioration de l'offre SONU, services d'IEC/SR. La couverture a été de 8/10 Structures (6 à Djibouti et 6 dans l'hinterland) et l'absence de personnel qualifié en périphérie limite l'extension. Le BP n'a pas pu trouver de financement pour une véritable mise en place du traitement chirurgical des FO (COAR2013, p7, COAR2014 à 2016)

Cependant, des efforts pour améliorer l'offre SONU et l'IEC/SR ont compris :

- La formation des acteurs IEC/SR personnels des 6 FOSA des régions de l'intérieur ; 5 élus locaux ; 5 leaders de l'intérieur) ;
- La mise à niveau de 5 centres de santé, sous appui direct UNFPA, qui répondent aux normes et critères essentiels aux soins maternels et néonataux d'urgence
- Une campagne de détection des cas de fistules obstétricales (FO) dans 48 sites ruraux hébergeant des mutuelles de santé communautaire et leur orientation vers des centres de réparations ;
- La formation des prestataires de soins sur les normes et procédures en SONU et SONUC et leur application (COAR 2016) ;
- Le recrutement par l'UNFPA de 3 Gynécologues pour l'offre des services SONU à Obock et Djibouti-ville ;
- Le transfert des compétences des gynécologues au SF et médecins généralistes afin d'améliorer et d'étendre les SONU à tous les districts de santé et les 2 camps de réfugiés ;
- L'acquisition, la fourniture et le renforcement du suivi logistique des produits de nécessaires pour les SONU.
- Le renforcement des capacités de 5 maternités/services (En régions : Obock, Tadjourah ; à Djibouti-ville ; Dar El Hanan, de Balbala et du Centre de Référence en Santé Reproductive Housseina) pour l'offre de services SONU de qualité/sécurisés. L'appui reçu a porté sur la mise en place d'un bloc opératoire au CMH d'Obock, avec mise en place de 3 personnels compétents sous contrat UNFPA (gynécologue, anesthésiste, SF). Quant à Djibouti-ville, 3 gynécologues sous contrat UNFPA ont été mis en place. Ils ont développé les services de SONUC, Planning Familial et GBV dans les 3 maternités. Les 3 maternités ont bénéficié d'un appui technique sur la conduite des audits des décès maternels grâce à la collaboration OMS, UNFPA et MS.
- La non réalisation de la **cartographie et la réparation des fistules obstétricales**. Les efforts de mobilisation de fonds (protocole écrit, soumission au bureau régional), ont été infructueux (COAR2015, p23 ; COAR2016).

- Le relèvement à 51% des PPS qui dispose de 7 médicaments vitaux pour la SSR, avec 57% au niveau primaire, 88% au secondaire et 100% au tertiaire (COAR2015,p41)

9) *le renforcement de capacités des sages-femmes et médecins dans la prise en charge des soins post-abortum chez les jeunes filles (SP4)*

Le renforcement de capacités pour les soins post-abortum a été effectif. Il s'est traduit entre autres par la formation de 5 SF des districts et 8 SF des deux camps des réfugiés sur l'AMIU (aspiration manuelle intra utérine) pour renforcer PEC complications post avortement, dès 2013, première année du CP4.

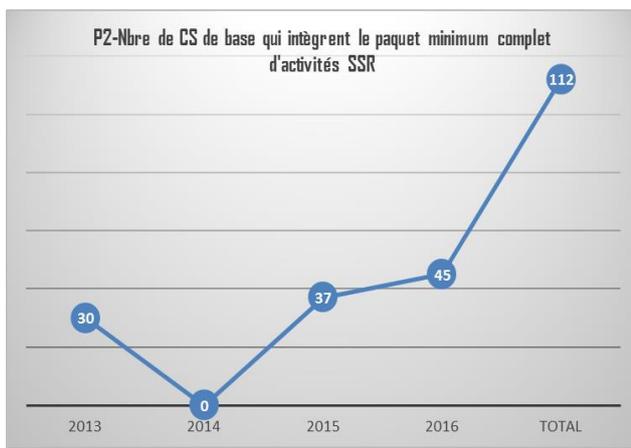
4.4.2. Progrès et performance réalisés sur le produit 2, CP4 (Intégration SSR/SSP):

• **Evolution des résultats et de la performance du produit 2, CP4 (Intégration SSR/SSP) :**

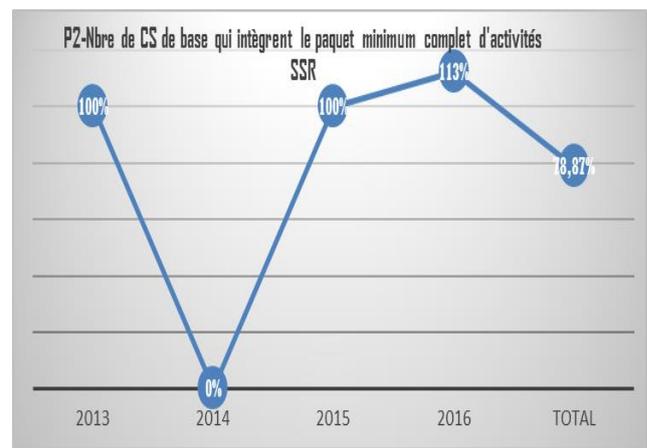
Les progrès concernant le produit 2: « Le paquet minimum de services de santé reproductive est disponible dans les centres de soins de santé primaires » ont présenté une tendance à la hausse entre 2013 et 2016. En effet l'indicateur 3 : « Nombre de centres de santé de base qui intègrent le paquet minimum complet d'activités en santé de la reproduction » ont augmenté de 30 en 2013 à 37 en 2015 puis à 45 en 2016. Aucune donnée n'a été fournie pour l'année 2014. Le taux de renseignement a été de 75% du fait des dysfonctionnements du SNIS. Les cibles prévues pour les progrès sont les suivantes :

	2013	2014	2015	2016	2017	Total	
Indicateur3	Prévisions	30	35	37	40	2	142

Le niveau de performance a été de 78,87% pour le Produit 2, entre 2013 et 2016. D'une année à l'autre la performance a évolué de 100% (2013) ; à 0% (2014) ; à 100% (2015), puis à 113% (2016) ; pour 78,87% au total. La défaillance du SNIS n'a pas permis de renseigner la performance pour l'année 2014. Les graphiques 2.1.a et 2.1.b ci-après, illustrent les tendances des progrès et de la performance.



Graphique 4.2a : Progrès relatifs au Produit 2



Graphique 4.2b : Performance relative au Produit 2

• **Déterminants des résultats et de la performance du produit 2, CP4 (Intégration SSR/SSP)**

— **Les activités relatives à l'indicateur 3 (performance : 78%) portaient sur l'intégration du paquet minimum complet d'activités SSR ont connu un niveau de niveau de réalisation partiel**

En vue d'atteindre le produit 2 « Le paquet minimum de services de santé reproductive est disponible au niveau des centres de santé de base », 4 sous-produits (SP) devaient être réalisés dont : SP1-Un paquet de services SR au niveau des soins de santé de base selon les normes internationales ; SP2-Un mécanisme efficace de sécurisation des produits SR est mis en place et opérationnel ; SP3-Les méthodes les plus appropriées de planification familiale auprès des prestataires et de la communauté sont promues ; SP4- Un système de référence pour les complications de grossesses, les cas de fistules et des IST/SIDA est instauré. Lesdits 4 sous-produits étaient censés être atteints par la réalisation des 10 activités dont la situation d'implémentation est présentée ci-dessous.

**1) L'intégration du paquet minimum complet d'activités en santé de la reproduction (PMC/SSR) dans les centres de santé de base(SP1)**

En dépit des efforts consentis par le CP4, l'intégration du PMC/SSR dans les centres de santé de base reste encore insuffisante. En effet, des efforts notables sont faits au niveau stratégique (PNDS) et de l'appui de l'UNFPA entre autres mais aussi au niveau opérationnel. Le PNDS a prévu une gestion centralisé/intégrée de l'approvisionnement en produits de santé. Parmi les avancées l'on citera :

- La mise en place par l'UNFPA du dispositif d'approvisionnement national centralisé de tous les MEG. Ce dispositif est opérationnel depuis 2016. L'on note que des mécanismes spécifiques d'intégration sont opérationnels. Les personnels de santé ont été formés dont les sages-femmes (75), les infirmiers et les Médecins Généralistes (MG).
- L'intégration de l'activité de gestion des produits SSR (*médicaments/contraceptifs*) dans la gestion des produits de santé des CS de base et pareillement pour les FOSA de niveau supérieur, au vu des opérations et données observées dans les FOSA (p8 COAR 2013). Ainsi, les produits SR sont intégrés dans la base des données logistique du MS. Les centres de santé, des hôpitaux régionaux et les maternités alimentent régulièrement cette base des données qui renseigne sur la disponibilité des produits, les besoins; les ruptures de stocks (p8 COAR 2013).
- La définition d'un paquet essentiel de services SSR y compris le planning familial au niveau des Soins de Santé de Base.
- La Révision/élaboration et de la validation des matériels IEC en SR/PF intégrés pour assurer la disponibilité d'un outil intégré de communication aux niveaux des centres de santé de base et des communautés.

Au niveau national, la quantification des besoins et la supervision logistique intègrent les CS de base. Le personnel observé dans les centres de santé à la base ; IDE, sages-femmes ou matrone, aide-soignant, la disponibilité des services de suivi de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum sont des indicateurs de l'intégration de la SR dans les SSP. Cependant, l'offre ne se présente pas encore en paquet complet. Cela est lié à l'absence d'une approche systématique combinée d'évaluation des besoins des Centre de Santé de base d'une part ; et de mise à niveau en matière d'intégration du paquet minimum complet d'autres part. L'inadéquation de la gestion du personnel (ex : pas de sages-femmes dans les postes de santé) ; l'insuffisance de l'équipement (lits, ventouses...) ; le déficit en formation et l'insuffisance de la demande des services SR dans la population cible des CS de base, compromettent l'effectivité du PMC/SSR.

**2) L'évaluation de l'intégration des activités SR dans les centres de santé de base (SP1);**

L'évaluation de l'intégration des activités SR dans les CS de base est effective mais modérée. La documentation des indicateurs clés y relatifs s'est faite dans le cadre d'enquête nationale à multiples indicateurs (EDSF/PAPFM : faite en 2012 ; prochain passage 2017) et des investigations plus spécifiques comme l'évaluation des SONU ou des enquêtes spécifiques à des fonctions SSR telle l'enquête SPSR 2013. En 2014,

dans 7 CSC et 1 maternité dans un quartier périphérique pauvre de Djibouti, un état des lieux a été fait sur la disponibilité des services SR/PF/VIH intégrés (P6 COAR2014). Cependant, il n'y a pas eu d'étude transversale nationale inclusive sur l'offre de la SSR dans les FOSa et en particulier dans les centres de santé de base.

### **3) la révision des modules de formation de base et de formation continue (SP1)**

La révision des modules de formation a été effective selon la documentation (les COAR, les supports de formation) les interviews des acteurs et les observations lors de la visite à l'ISSS. Sous l'angle de la formation de base, le BP de l'UNFPA a : (1) initié et appuyé l'introduction d'une filière de formation à l'école des sages-femmes sur l'échographie gynéco-obstétricale ; et appuyé la réforme du cursus universitaire à l'ISSS, en impulsant et accompagnant la mise en place du système LMD dans la formation des sages-femmes. Quant à la formation continue, l'on a observé entre autres : (1) l'Appui au développement d'un curriculum de formation sur l'amélioration des compétences essentielles en gestion logistique des produits SR ; (2) l'Appui à la revue des supports existants à Djibouti et leur actualisation en rapport au développement actuel de la gestion logistique ; (3) l'introduction des compétences de gynécologue dont les césariennes et l'échographie dans les modules de formation des médecins généralistes et des sages-femmes.

### **4) L'évaluation de la stratégie de sécurisation des produits de santé reproductive(SP2) ;**

Le suivi et l'évaluation de la stratégie SPSR ont été déployés par le MS avec l'appui de l'UNFPA. Les réalisations y afférant comportent : (1) l'Enquête SPSR 2013 ; (2) le suivi annuel des indicateurs SPSR dont en particulier l'absence de rupture des stocks dans les FOSA (COAR2013 à 2016) ...

Deux évaluations de la chaîne d'approvisionnement Nationale, ont été menées. La 1<sup>ère</sup> financée par USAID, en novembre 2015 (Draft PSN Approvisionnement, 2017) ; la 2<sup>ème</sup>, complémentaire en septembre 2016, dans le cadre de l'appui de l'UNFPA à la CAMME. Des consultations auprès des différents acteurs et de la chaîne d'approvisionnement. Ces investigations ont abouti à des priorités stratégiques du renforcement de la chaîne nationale d'approvisionnement.

### **5) Un système informatique de gestion des produits SR existe(SP2)**

Le système informatique de gestion des produits SR repose sur le logiciel de gestion « Relais SR » (dérivé de Channel) installé par l'UNFPA. Le matériel informatique a été renouvelé. Trente (30) personnes de 9 centres de santé de Djibouti -ville ont été formées à la gestion logistique informatisée (COAR2016, p4). Les CSC sont impliqués dans le système en disposant de ressources humaines formées qui alimentent les interfaces de fonctionnalité du logiciel en données logistiques et exécutent les commandes informatiques générant l'état des stocks, les quantités à commander etc. La fonctionnalité de système de gestion logistique informatisé est renforcée par l'accent particulier mis sur la supervision conjointe Ministère de la Santé et UNFPA, laquelle est orientée par un guide de supervision pertinent. Par ailleurs, un manuel de procédure sur le système d'approvisionnement et de gestion logistique à la CAMME a été développé (COAR2016,p6).

### **6) Le développement d'un plan de sécurisation des produits SR (SP2)**

Depuis 2015, un processus de développement du Plan Stratégique National d'Approvisionnement en Produits Pharmaceutiques est en cours au niveau du MS, avec l'appui de l'UNFPA et d'autres PTF. A la date de l'évaluation, un draft de ladite stratégie était disponible. L'une des dimensions de ce plan est la normalisation du circuit d'approvisionnement. L'UNFPA, de concert avec le MS et les partenaires au développement concernés a élaboré une stratégie de centralisation de la chaîne d'approvisionnement, en y intégrant les produits SSR antérieurement en circuit parallèle, en vue de la conformité aux normes internationales et d'une efficacité améliorée. Cette initiative menée par un consultant international a inclus le renforcement de la CAMME en 2016. Les parties prenantes sont unanimes sur la réduction du gaspillage des produits et de la logistique y afférent ; comme effet induit.

#### 7) L'évaluation des besoins non satisfaits en santé reproductive (SP3)

Des données de base ont été recherchées par voix documentaire au moment de l'élaboration du CPD. La source en est l'EDSF/PAPFAM, 2012.

#### 8) L'élaboration d'un manuel d'IEC sur la promotion des méthodes de planification(SP3) ;

L'élaboration d'un manuel d'IEC n'a pas été observée. Cependant quelques efforts concourant à une fin semblable ont été notés dont :

- La publication d'un guide informatif destiné à la communauté (COAR2014, p5).
- L'élaboration d'outils de communication à l'usage des religieux sur la SR/PF sketches et chants sur la SR/PF
- L'élaboration de la stratégie de communication et des outils IEC (COAR2016, p5)

#### 9) La mise en place d'un mécanisme communautaire de promotion du planning familial (SP3)

Le mécanisme communautaire est effectif. Il mobilise trois catégories d'acteurs dont les leaders communautaires, les ARC et les ASC. Les leaders ont été ciblés par le plaidoyer qui les a sensibilisés sur l'intérêt culturel et communautaire de la PF, avec l'intervention du ministère en charge des affaires musulmanes et de la culture. Ils ont été amenés à ouvrir un dialogue social sur la PF dans le cadre de leurs activités d'interaction avec la population (prédications, consultations, mobilisations...). Le mécanisme communautaire intervient par prêches, causeries et campagne éducatives, y compris des dialogues intergénérationnels. Dans ce cadre 3000 personnes (ruraux et périurbains) ont été couvertes en 2013). Les activités communautaires des Ministères partenaires (MS, MAM, MFF) stimulent, accompagnent et orientent cette dynamique communautaire. Cependant, selon la documentation et les interviews des parties prenantes, des réticences liées aux us, tabous et coutumes persistent et limitent l'effet des efforts.

#### 10) L'évaluation et la mise à jour du mécanisme de référence et de contre référence dans les centre de santé de base (SP4)

Les données d'entretien et le COAR 2016 (p.3) montrent qu'un système de suivi-évaluation, de référence et de contre référence opérationnel est en place. Mais aucune évidence n'est donnée quant l'effectivité de son évaluation et de sa mise jour. [Données à finaliser].

### 4.4.3. Progrès et performance réalisés sur le produit 3, CP4 (Initiatives communautaires Améliorées-PF,EMM,VFG)

L'EQ4 en matière d'efficacité en genre a été renseigné par la revue documentaire, les entretiens auprès des parties prenantes et des bénéficiaires, les FGD des bénéficiaires.

La composante Genre constitue un principe central des activités de l'UNFPA. Elle est à la fois un de ses domaines d'intervention prioritaires et une approche transversale qui influence toutes les interventions. Le Plan Stratégique (UNFPA/2014-2017) lui consacre spécifiquement le résultat 3 : « *Promotion de l'égalité des sexes, autonomisation des femmes et des filles et droits en matière de reproduction, notamment pour les femmes, les adolescents et les jeunes vulnérables et marginalisés* ».

Dans le 4<sup>ème</sup> Programme Pays (CPAP/2013-2017), la composante Genre est bien reflétée dans le produit 3 (Initiatives Communautaires), dans le produit 4 (Services Adolescents et Jeunes), ainsi que dans le produit 5 (Disponibilité et Analyse des données).

NB : Le produit 5 sera traité dans la section Population et Développement.

• **Evolution des résultats et de la performance du produit 3, CP4 (Initiatives communautaires Améliorées-PF,EMM,VFG) :**

Produit 3 : Les initiatives communautaires pour la promotion du planning familial, l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et la lutte contre les violences fondées sur le genre (VFG) sont améliorées.

Indicateur 3.1 : Nombre de leaders communautaires formés en santé reproductive y compris la VFG et la détection des grossesses à risque.

(Situation de référence 0 ; Cible prévues : 10 en 2013, 30 en 2014, 30 en 2015, 20 en 2016 ; 90 au total)

Indicateur 3.2 : Nombre des femmes référées aux services de planning familial

(Situation de référence 0 ; Cible prévues : 10 en 2013, 0 en 2014, 40 en 2015, 30 en 2016)

**Les progrès afférant au produit 3:** « Les initiatives communautaires pour la promotion du planning familial, l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et la lutte contre les violences fondées sur le genre sont améliorées » ont suivi une courbe à la croissance discontinue entre 2013 et 2016, globalement pour les deux indicateurs suivis (indicateur 4 : Nombre de leaders communautaires formés en santé reproductive y compris la VFG et la détection des grossesses à risque ; indicateur 5 : Nombre de femmes référées aux services de planning familial). Les cibles prévues pour les progrès sont les suivantes :

Le produit 3 du Programme Pays s'aligne avec le résultat et contribue globalement aux produits (9, 10 et 11)<sup>52</sup> du résultat 3 du Plan Stratégique UNFPA/2014-2017. Toutefois, l'aspect « vulnérabilité et marginalisation des femmes, adolescents et jeunes » ne ressort pas dans la formulation du produit 3.

Quant à l'indicateur 3.1 du produit 3, il n'est pas en cohérence avec le produit. Le produit 3 met particulièrement l'accent sur la lutte contre les VFG ; il porte par conséquent la communication et la sensibilisation sur les MFG en son sein, alors que l'indicateur de suivi 3.1 ne porte que sur la formation des leaders communautaires. Or de nombreuses campagnes de communication et sensibilisation mass-média sont déployées depuis plusieurs années contre les MGF, notamment dans le cadre du Programme Conjoint UNFPA-UNICEF sur les MGF/E : « Accélérer le changement ». L'indicateur 3.1 ne semble donc ne pas couvrir pas l'ensemble des efforts déployés en la matière, d'autant plus que la pratique des MGF, persiste toujours<sup>53</sup>. Cette incohérence d'ordre logique limite par conséquent l'appréciation de la dynamique du progrès attendu.

Par contre, l'indicateur 3.2 contribue logiquement à l'autonomisation des femmes dans la mesure où il vise le nombre de femmes référées aux services de planning familial.

Par rapport à l'indicateur 3.1, en 2013, 10 leaders communautaires ont été formés en santé reproductive y compris la VFG et la détection des grossesses à risque. Ils étaient 36 en 2014, 20 en 2015 et 77 en 2016. Les performances par année par rapport aux cibles prévues ont été respectivement de 100% en 2013, 120% en 2014, 67% en 2015 et de 385% en 2016 ; pour 158,89% dans l'ensemble.

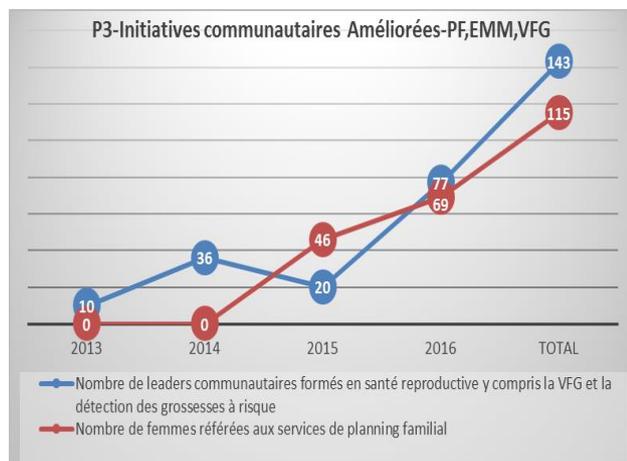
<sup>52</sup>Produit 9 : Renforcement des systèmes de protection internationaux et nationaux pour faire progresser les droits procréatifs, promouvoir l'égalité des sexes et la non-discrimination et répondre à la violence basée sur le genre ;

Produit 10 : Capacité accrue de prévenir la violence basée sur le genre et les pratiques nuisibles et de rendre possible la prestation de services multisectoriels, notamment dans les situations de crise humanitaire;

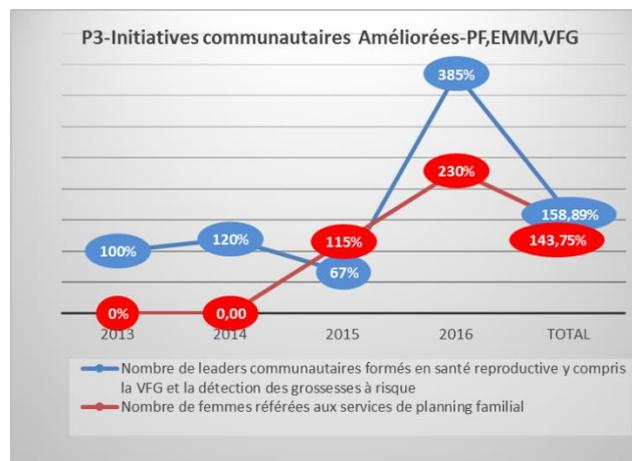
Produit 11 : Renforcement de l'engagement des organisations de la société civile à promouvoir les droits procréatifs et l'autonomisation des femmes ainsi qu'à faire face à la discrimination, notamment celle frappant les groupes marginalisés et vulnérables, les séropositifs et des groupes de population clés

<sup>53</sup> Etude sur les zones de résistance à l'éradication complète de toutes les formes de MGF à Djibouti/UNFPA-2016

Par rapport à l'indicateur 3.2, en 2013 et en 2014 aucune femme n'a été référée aux services de PF. Par contre en 2015, elles étaient 46 et 69 en 2016. Les performances par rapport aux cibles prévues ont été respectivement de 0% en 2013 et 2014 puis de 115% en 2015 et 230% en 2016 ; pour 143,75% dans l'ensemble.



Graphique 4.3a : Progrès relatifs au Produit 3



Graphique 4.3b : Performance relative au Produit 3

• **Déterminants des résultats et de la performance du produit 3, CP4 (Initiatives communautaires Améliorées-PF, EMM, VFG) :**

Les graphiques montrent que par rapport à l'indicateur 3.1, les progrès réalisés ont été continus et croissants sur la période évaluée et la performance a été excédentaire en 2014 et 2016. Par contre, s'agissant de l'indicateur 3.2, le progrès a été nul sur la période (2013-2014) et croissant sur la période (2015-2016), tandis que la performance a été nulle puis excédentaire sur les mêmes périodes respectivement.

Parmi les autres réalisations<sup>54</sup> qui ont contribué au produit 3 et par rapport à l'indicateur 3.1, on peut relever en 2013, la sensibilisation de plus de 3000 femmes pour la promotion du PF ; la sensibilisation de 88 chefs religieux (H/F) des régions d'Arta, Ali Sabieh, Dikhil, Tadjourah et Obock sur la SR/VFG/MGF ; la formation de 10 leaders communautaires sur la prévention des VFG issues des populations marginalisées dont les travailleuses du sexe ; la formation des prestataires de santé sur la prise en charge des jeunes filles dans les services de prévention en SR/PF et SONU ; l'introduction des soins post-abortum en faveur de jeunes filles en rapport avec les normes et protocole de SONU et SR. En matière de lutte contre les VFG, il y a lieu de noter l'intégration des aspects genre et les VGF dans la planification des plans et programmes des partenaires nationaux ; la mise à disposition d'un système de collecte de données VFG/MGF au sein des CSC ; l'appui à la restructuration de la CEIO, la dissémination d'un protocole national de référence relatif aux VGF et l'élaboration d'un module de prise en charge clinique et psychosocial des VFG y compris les MGF au niveau des centres de santé.

Par rapport à l'indicateur 3.2, le BP a contribué au renforcement de connaissance d'une centaine de femmes en matière de droits des femmes dans le cadre de la restitution des recommandations du premier rapport périodique de Djibouti relatif à la CEDEF.

En 2014, par rapport à l'indicateur 3.1, le BP a procédé à l'évaluation des capacités de prise en charge des VFG ; il a organisé une campagne de 7 jours des Sages femmes<sup>55</sup> contre les MGF et produit de supports de communication de masse. Il a également organisé des FGD entre 100 jeunes de l'Université de Djibouti et des religieux sur la SR/MGF ; 30 jeunes filles paires éducatrices ont été formées par le réseau Y-Peer pour l'abandon des MGF dans leurs communautés respectives.

<sup>54</sup> Source : Rapport annuels UNFPA et Revue documentaire.

<sup>55</sup> Les sages femmes ont fait une déclaration commune des sages-femmes pour leur engagement pour l'abandon des MGF

Par rapport à l'indicateur 3.2, on compte 120 jeunes déscolarisés du milieu associatif qui ont participé aux dialogues sur la SR/PF

En 2015, et par rapport à l'indicateur 3.1, il y a eu la sensibilisation de 1.240 femmes et hommes, jeunes filles et garçons des communautés sur la prévention des grossesses non désirées, les méthodes modernes de contraception et la prévention des MGF ; les capacités des points focaux genre ont été renforcées sur le PF ; 6 émissions et 3 argumentaires sur la VFG-MGF-SR ont été réalisés ; un CGC a été mise en place pour le recrutement et le suivi des femmes en PF ; 9 points focaux leaders d'associations de proximité ont été identifiés et formés sur les modalités d'accès au paquet essentiel de PF ; un comité de suivi constitué des associations de proximité a été mis en place dans 6 zones pour la distribution à base communautaire ; 20 professionnels des médias ont été formés sur la PF/SR/IST/VIH/SIDA ; une caravane des religieux, ainsi que des dialogues communautaires ont été lancé dans Djibouti-ville et les régions pour l'abandon des MGF ; ; un état des lieux sur les caractéristiques et besoins spécifiques des groupes vulnérables (« makalifs » ou travailleuses de sexe) a été réalisé. Cependant, l'école des maris n'a pu être réalisée.

Au sujet de l'indicateur 3.2, des dialogues communautaires des religieux sur l'utilisation de la PF/SR ont été lancés dans 33 sites ; les capacités des groupes parlementaires sur la PF ont été renforcées, et 10 émissions pour la promotion du PF ont été produites destinées aux communautés de la périphérie de Djibouti et des zones rurales.

En 2016, et s'agissant de l'indicateur 3.1, l'initiative communautaire a été renforcée selon une approche intégrée couvrant l'abandon des MGF, la lutte contre les VFG et les besoins en PF ; une experte internationale a été placée à l'UNFD pour la formation et l'encadrement du personnel de la CEIO en matière appui psychosocial et 25 personnels de la CEIO ont vu leurs compétences renforcées en appui psychosocial apporté aux survivantes des VFG/MGF ; un manuel de procédure, un protocole national de prise en charge et une convention du mécanisme de référence multisectoriel ont été élaborés ; un système de base de données informatisé a été développé et mis en place au sein de la CEIO pour un suivi performant des survivantes ; un appui a été à l'association des sages femmes pour contribuer à redynamiser des COGES ; 264 femmes des quartiers ont été mobilisé pour la prévention des MGF et la promotion des services SR dans les CSC ; 34 leaders communautaires des COGES ont bénéficié d'une formation des formateurs ; un état des lieux<sup>56</sup> sur l'accès aux services sociaux de base des femmes et adolescentes issues des 75 mutuelles de santé communautaire a été réalisé ; le BP a appuyé la création d'un réseau<sup>57</sup> national de 35 leaders religieux hommes et femmes pour l'abandon<sup>58</sup> des MGF ; les capacités de 15 Officiers de Police Judiciaire ont été renforcées sur les normes de la prise en charge judiciaire des VFG/MGF ; 77 leaders communautaires ont été formés en SR/VFG ; une charte sous régionale des sages femmes sur la pratique clandestine transfrontalière des MGF a été adoptée ; 42 membres de COGES et CGC ont été formés sur la prévention de MGF ; des ateliers de réflexion des leaders religieux ont été organisés sur les modalités d'application de la fatwa ; les capacités de 40 sentinelles communautaires ont été renforcées dans la surveillance et le suivi des cas MGF dans les localités éloignées des régions de l'intérieur ; un réseau de professionnels de la justice a été créé pour la diffusion des connaissances relatives aux lois ; 15 leaders de CGC et de COGES ont été formés sur l'orientation et la référence des MGF vers les services de santé ; et la CNDH a participé à la revue sur les outils de suivi et de reporting de la SSR

En ce qui concerne l'indicateur 3.2, il y a 238 femmes qui ont été référées par les CGC aux services de planning familial et 30 comités de gestion communautaire ont été impliqués dans la référence et le suivi des femmes aux services de PF. Enfin, une politique et stratégie nationale sur la PF a été élaborée.

---

<sup>56</sup>Cet état des lieux a utilisé comme point d'entrée, l'utilisation de services de planning familial et la pratique des MGF dans les communautés des mutuelles. Selon les résultats préliminaires, la communauté est en manque des besoins essentiels, tels que l'eau, l'assainissement, l'alimentation et en particulier la santé. Sur les 75 localités, seulement 2 localités ne pratiquent pas encore les MGF et c'est seulement un quart des mutuelles qui utilisent les services PF.

<sup>57</sup> Ce réseau est composé des religieux représentants le Ministère des Affaires Musulmanes, le Haut Conseil Islamique, des chercheurs ainsi que des membres du corps professoral. Les membres du réseau ont lancé les travaux de dialogue inter religieux sur la formulation de la Fatwa contre les MGF à Djibouti ville et dans les 5 régions de l'intérieur y compris les localités. Lors des dialogues, tous les religieux de base (Imams de mosquées) de localités se sont concertés sur la formulation de la Fatwa.

<sup>58</sup>Il y a eu une Déclaration d'abandon des (MGF/E) par 20 communautés

En somme, les réalisations accomplies dans l'atteinte du produit 3 sur la période évaluée semblent avoir efficacement contribué à l'atteinte du produit 3

#### i) Stratégie d'intervention

La stratégie de renforcement des capacités (éducation, formation, sensibilisation, communication) pour soutenir la promotion du planning familial, l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et la lutte contre les VFG est pertinente. Elle traduit une meilleure compréhension des interrelations entre santé, contexte socioculturel et genre. Une bonne prise en charge de la santé de la reproduction des femmes requiert en effet de soutenir les changements de mentalité et de comportement, ce qui passe par la sensibilisation et la formation des acteurs et des cibles.

#### ii) Partenariat

Plusieurs catégories de partenaires ont été associées à l'exécution du produit 3 : les partenaires d'exécution gouvernementaux (Ministères de la Femme et Famille, Affaires musulmanes, la CNDH, la Police, la Gendarmerie, des organisations de la société civile dont l'UNFD et la CEIO), des partenaires du Système des Nations Unies<sup>59</sup> (UNICEF, OMS, UNHCR, PNUD), ainsi que des partenaires bi et multilatéraux (USAID, Union Européenne<sup>60</sup>). Les partenaires d'exécution<sup>61</sup> ont apprécié en général l'appui technique et financier apporté par le BP, mais ont trouvé que les fonds octroyés dans le cadre des PTA sont des petits montants et par conséquent insuffisants et qui de plus sont gérés par le BP lui-même.

#### iii) Bénéficiaires

Les bénéficiaires<sup>62</sup> dont les leaders communautaires, les sages femmes, les femmes relais, les femmes survivantes de VFG au sein des comités et des associations, l'UNFD et la CEIO, ils ont tous manifesté leur satisfaction par rapport aux interventions du BP, mais l'appui technique et financier du BP qui leur a été apporté respectivement a été estimé insuffisant en général.

### 4.4.4. Progrès et performance réalisés sur le produit 4, CP4 (Services conviviaux Ado-Jeunes)

#### • **Evolution des résultats et de la performance du produit 4, CP4 (Services conviviaux Ado-Jeunes)**

Les progrès réalisés sur le **produit 4**, « Des services d'écoute, de prise en charge et soutien de qualité, sensibles au genre et aux droits de l'homme, répondent aux besoins des adolescents et des jeunes », ont été discordants entre les 2 indicateurs (6 et 7) censés les mesurer. En effet, les prévisions pour l'indicateur 6 : Nombre de centres amis des jeunes fonctionnels, étaient d'atteindre les cibles 1 (2013) ; 1 (2014) ; 4(2015) ; 7 (2016) et 10 (2017). Les réalisations respectives de 2013 à 2016 ont été de 1 ; 0 ; 0 et 1 soit une tendance systématique à la régression. Cependant, pour l'indicateur 7 : Nombre de jeunes pairs éducateurs formés ; par rapports aux cibles prévues : 150 (2013) ; 600 (2014) ; 750 (2015) ; 900 (2016) et 1200 (2017), les réalisations ont été

<sup>59</sup> Ce sont des partenaires traditionnels dans le cadre de la lutte contre la Violence Fondée sur le Genre

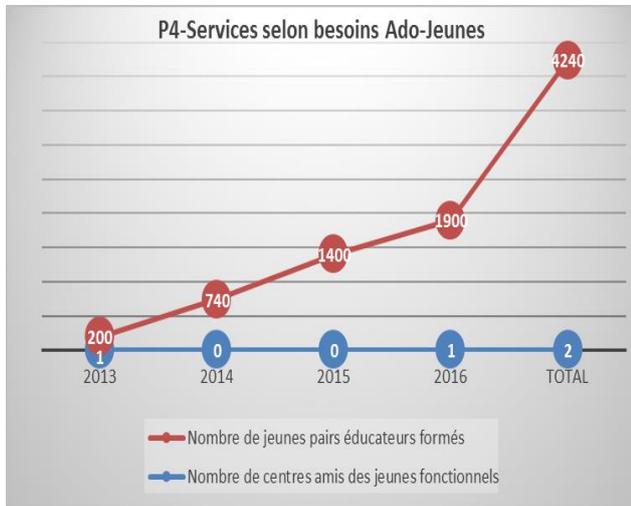
<sup>60</sup> L'Union Européenne est un partenaire potentiel dans les interventions.

<sup>61</sup> Source : Entretien de groupe

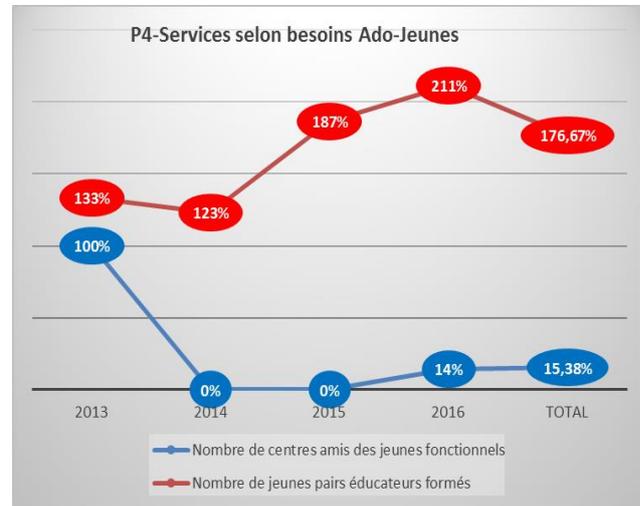
<sup>62</sup> Source : Entretiens de groupe, FGD et observation de la CEIO à l'UNFD.

respectivement de 200 ; 740 ; 1400 et 1900 de 2013 à 2016. Ainsi, la tendance des résultats est systématiquement croissante.

La performance globale par indicateur est de 29% et 164% respectivement pour l'indicateur 6 et l'indicateur 7. Les graphiques 4.4.a et 4.4.b ci-dessous présentent les réalisations et performances afférentes.



Graphique 4.4a : Progrès relatifs au Produit 4



Graphique 4.4b : Performance relative au Produit 4

- **Déterminants des résultats et de la performance du produit 4, CP4 (Services conviviaux Ado-Jeunes) :**

Selon la logique du CP4, l'atteinte du produit 4 est tributaire de l'accomplissement des trois sous-produits suivants : **Sous-Produit 1** : Les réseaux de pairs éducateurs pour l'engagement civique et la prévention des comportements à risques, particulièrement le VIH sont renforcés ; **Sous-Produit 2** : L'intégration de l'information, l'éducation et la communication en santé sexuelle et reproductive avec les programmes de participation civique dans deux centres de santé est promue ; **Sous-Produit 3** : Un paquet de services relatifs au VIH, aux grossesses précoces, aux droits des filles et aux MGF est disponible. L'atteinte desdits sous-produits est quant à elle assujettie à la réalisation suffisante de 8 activités clés. La réalisation desdites activités est décrite ci-après.

**Indicateur 6 :**

(1) *Le recrutement d'un accompagnateur jeunes du réseau national (SP1);*

Une accompagnatrice du réseau national a été recrutée et placée dans le bureau UNFPA. Elle assure l'encadrement continu du réseau et son interaction avec l'UNFPA.

(2) *La validation et dissémination des manuels de formation (SP1);*

Un paquet consistant de manuels de formation ont été élaborés et partagé avec plusieurs associations de jeunes. Ces supports couvrent la SSRAJ, les techniques et contenus d'animation en milieu jeune, les techniques de formation ; l'intégration de l'approche droit de l'homme; la connaissance de VFG et des MGF ainsi que de la réponse à ce phénomène à Djibouti ; Il s'agit de : (a) Manuel de formation et d'éducation des jeunes en santé sexuelle et de la reproduction—Guide pour les animateurs des CDC et Relais Communautaires, 2013 ; (b) Manuel de l'Atelier sur l'approche basée sur les Droits de l'Homme (ABDH) en liaison à la Santé et les Droits Reproductifs y compris les MGF(2015) ; (c) Education Par les

Pairs – Manuel de Formation des Formateurs et des formatrices ; (d) Les violences fondées sur le Genre – Violence contre les femmes ; (e) Manuel de formation de formateurs d'éducateurs pairs.

(3) *Le renforcement de capacités du réseau et des partenaires et l'élaboration (SP1);*

Le renforcement de capacités du réseau et des partenaires a été effectif mais limitée.

Les capacités renforcées au niveau du réseau a comprennent :

- (a) l'introduction à l'ABDH/droits sexuels et reproductifs auprès des Y-Peers ;
- (b) la mise en synergie des jeunes de la capitale et des régions de l'intérieur favorisant un partage édifiant sur les questions SSRAJ et civiques ;
- (c) Le renforcement des compétences de 10 associations de jeunes sur le réseautage et en services SSRAJ contre une prévision de 10 ;
- (d) L'appui à 5 associations de jeunes sur la formulation des projets sur une cible de 5
- (e) la formation de 25 principaux pairs éducateurs Y-Peer sur le module élaboré en droits sexuels et reproductif en lien avec les MGF et le recyclage de 10 point focaux Y-Peers (COAR 2015) ;
- (f) le recrutement de 56 pairs éducateurs comme points focaux Y-Peer ayant reçu une formation de formateurs renforcée sur la paire éducation en SSRAJ / MGF (COAR 2015) ;
- (g) la participation des pairs-éducateurs du réseau à diverses rencontres nationales et internationales renforçant leurs capacités dont : la formulation de la stratégie nationale sur la PF ; la revue des outils de suivis et de reporting de la SSR par la CNDH et la mise en place du réseau national des religieux qui lutte contre les MGF au pays; puis à l'étranger, la formation régionale sur le leadership en Jordanie en Sep. 2016 ; le forum marocain sur les jeunes et les adolescents pour l'atteinte des ODD au Maroc du 08 au 09 décembre 2016.
- (h) l'accès du réseau aux plateformes de communication internet : présence active des Y-Peer sur les réseaux Facebook/Twitter du réseau jeunes pairs éducateurs Y-PEER.DJIBOUTI ;
- (i) Le déploiement de ses capacités par le réseau visible grâce à des réalisations comme : ●la tenue de 25 sessions d'éductions couvrant 1400 jeunes touchés (756 hommes ; 644 femmes de 18-30 ans) issus de 14 associations de jeunes de Djibouti et Obock; ●la couverture de 1000 par les sessions d'éducation du réseau en 2015 ; ● la diffusion de 10 messages clés sur les MGF ; ● la publication d'articles par le réseau Y-Peers ; la mobilisation de 467 adhérents à la page Facebook Y-Peers...
- (j) La production et/ ou la fourniture du réseau en outils de communication et préservatifs pour la vulgarisation de la SSRAJ. Cet appui a permis au réseau Y-Peers de distribuer, de produire ou d'utiliser des milliers ou des centaines d'outils de communication et de préservatifs pour la SSRAJ selon la répartition figurant au tableau ci-dessous :

**Tableau 4.n : Support de Communication produits/ distribués/utilisés par le Y-Peers de 2013 à 2016**

Support	2013	2014	2015	2016	Total
Préservatifs	0	2700	2700	7250	12650
Dépliants	2000	750	2000	0	4750
Brochures	200	0	0	3000	3200
T-shirts	500	1480	550	1000	3530
Stikers	1000	0	1480	0	2480
Logo personnalisé (Y-PEER Djibouti)	0	1	1	0	2
CD/SSRAJ (VIH/SIDA,...)	500	0	0	0	500

Vidéo-clip SSRAJ	0	0	1	0	1
Groupe Face book des points focaux	1	0	1	0	2
Passages sur les antennes TV	++	++	++	++	++

Cependant, des limites importantes affectent la résilience et les capacités d'action du réseau Y-Peers dont :

- (a) L'absence de statut juridique et institutionnalisation insuffisante compromettant les opportunités partenariat formel ;
- (b) Le déficit en renforcement des capacités des associations partenaires du réseau ;
- (c) Un environnement pas assez favorable du fait de l'implication insuffisante du SEJS et du déficit en unités de services conviviaux pour les jeunes.
- (d) L'insuffisance de l'introduction de l'approche droits humains et SSRAJ pour jeunes, d'où un déficit de l'appropriation des actions SSRAJ/MGF.
- (e) L'absence d'une approche intergénérationnelle, d'où un déficit de l'implication des parents dans l'éducation sexuelle des adolescents/jeunes
- (f) L'insuffisance de la prise en compte des matériels et approches de communication adaptés aux jeunes (émissions radio/TV, concours...)
- (g) L'absence d'évaluation de l'accès, la disponibilité et l'utilisation des condoms (COAR2013, P11) ;
- (h) L'absence de renforcement des capacités pour la création de la demande en préservatifs ;
- (i) Le report ou la non réalisation de certaines activités pour difficultés de coordination avec la partie nationale (Jeunesse, éducation) ou autres partenaires (UNESCO,...) , pour défaut de financement, ou reconsidérations des priorités par la partie nationale. L'on citera : (1) le report de 2013 à 2014 de « L'intégration de l'information, l'éducation et la communication en santé sexuelle et reproductive avec les programmes de participation civique dans deux centres de santé ; (2) l'équipement d'un lieu de loisir et d'un club santé dans 1 CDC et 1 lycée en 2015.
- (j) L'attente non satisfaite de perdium par les jeunes impliqués dans les activités, laquelle affecte leur engagement ultérieure et la durabilité.
- (k) La durabilité limitée de la participation des associations mobilisées au réseau Y-Peers (Taux de rétention : 41,5% (17/41)

Participation au réseau Y-Peers	2013	2014	2015	2016	Somme des adhésions	Total retenu à la date de l'évaluation
Associations intégrant le réseau Y-Peers	7	12	12	10	41	17

(4) *L'opérationnalisation d'un plan de communication pour le plaidoyer (SP1) ;*

Les sources exploitées ne montrent pas d'élaboration d'un plan de communication pour le plaidoyer. Cependant, des activités relatives au plaidoyer en faveur de la SSRAJ ont été implémentées. En 2016 l'on relève :

- (a) la formation de 10 journalistes (p14, COAR 2015) ;
- (b) l'appui de l'UNFPA au SEJS pour la célébration de la Journée Internationale de la Jeunesse en 2016, laquelle a débouché sur l'engagement solennel de la représentante de l'UNFPA et du Ministre de la jeunesse en faveur de la thématique de la JIJ 2016 : "l'autonomisation des jeunes filles et des adolescentes: UNE PRIORITE". Plus de **1900 jeunes** ont été couverts par les activités d'animation

appuyées l'UNFPA. En 2013, les activités déployées ont été : (1) Un clip vidéo de sensibilisation sur la santé sexuelle et reproductive des jeunes ; (2) l'identification d'un ambassadeur de la jeunesse du réseau Y-PEER Djibouti ; (3 ) Diverses apparitions à la télévision nationale couvrant les grandes activités « jeunes » ; (4) De nombreux articles de presse (français et arabe) sur les activités « jeunes » ; (5 ) 3 articles dans le web : 2 articles en français dans le site web d'une ONG locale et un article en anglais dans le site web de Y-PEER international.

(5) *Le plaidoyer pour l'élaboration d'un programme conjoint Jeunes (SP2);*

Le plaidoyer pour un programme conjoint en faveur des jeunes n'a pas été mis en œuvre. Les difficultés d'interaction avec le SEJS ont contribué à cette situation.

(6) *L'intégration d'un module sur l'éducation sexuelle et le concept des droits dans le curricula de formation de l'enseignement de base(SP2) ;*

L'UNFPA est engagé dans un plaidoyer avec l'UNESCO auprès du Ministère en charge de l'Education depuis 2013. Cet exercice n'a pas abouti au résultat attendu (COAR2015, p42).

#### **Indicateur 7 :**

(7) *La mise à disposition d'un contenu d'un paquet de services ami des jeunes dans 2 centres de développement communautaire CDC (SP3) ;*

Des services ciblant les jeunes dans certaines unités (CDC, infirmerie scolaire/universitaire...) sans nécessairement bénéficier des conditions suffisantes de convivialité pour les jeunes. Les principaux services fournis sont :

- La distribution de condoms masculins et féminins (COAR2013, p12)
- L'offre de service combinés VIH/SSRAJ (PF, SM,SONU) pour jeunes (p10, COAR2013) ;
- Le développement des canaux d'information sur la santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes à travers le réseau national de pairs éducateurs Y-Peer.
- La vulgarisation de la SSRAJ dans les centres de développement communautaire et l'Université. A Djibouti-ville, 272 jeunes des quartiers ont été mis au courant du concept de SSR et de l'accès à la contraception chez les jeunes.
- Un club de santé a été initié à l'infirmerie de l'université qui informe en SSRAJ et MGF : 25 jeunes formés et informés sur la contraception pour jeunes et les MGF.

*Les limites ont compris :*

- L'important déficit en centres ami des jeunes. En 2015, l'on a noté des facteurs tels l'ajournement des activités de mise en œuvre pour collaboration peu concluante avec le Secrétariat d'Etat à la Jeunesse. Puis, en 2016, l'omission de l'activité pour réexamen des priorités, par la nouvelle équipe dirigeant suite à au remaniement ministériel de Mai 2016. Ainsi l'opérationnalisation d'un CDC comme centre ami des jeunes en 2015 a été ajourné en 2016. L'équipement des espaces amis des jeunes n'a pas été réalisé (COAR 2015, p13) ;
- L'insuffisance de la promotion de l'accès des jeunes aux CDC ;
- L'insuffisance de l'information et de la formation des intervenants membres des CDC ;
- La non-élaboration du module sur la prévention et la prise en charge du VIH des adolescents et des jeunes.

- L'absence de l'offre du paquet essentiel de services SR pour adolescents et de jeunes : aucun jeune/adolescent (0/100) n'a eu accès au paquet essentiel de services SR contre la prévision de 100.

(8) *L'élaboration d'un guide pratique de normes et critères du centre ami des jeunes (SP3).*

Le Bureau de pays a apporté l'appui nécessaire à l'élaboration du « Guide pratique de normes et critères du centre ami des jeunes pour le partenaire SEJ. Cet outil a été partagé aux parties prenantes et a servi entre autres d'instrument de travail dans le cadre des renforcements de capacités fait par le réseau Y-peer.

#### 4.4.5. Progrès et performance réalisés sur le produit 5 (Données & Plan Dev améliorant SSR)

##### Constat :

Le BP 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, plans et programmes et de leur suivi-évaluation. Ces données servent aussi à mettre en évidence les inégalités sociales, y compris les questions du genre et des jeunes et à fournir entre autres des indicateurs clés sur la santé de la reproduction.

Le produit 5 du Programme Pays contribue à la dimension Population et Développement.

**Produit 5 :** La contribution des plans et programmes de développement à la santé maternelle, y compris les questions du genre et des jeunes, est améliorée  
**Indicateur 5.1 :** Nombre de personnes formées à l'utilisation de données pour informer les décisions.  
 (Situation de référence : 0 ; Cibles prévues : 0 en 2013, 0 en 2014, 3 en 2015, 6 en 2016)  
**Indicateur 5.2 :** Nombre d'enquêtes/études soutenues  
 (Situation de référence : 0 ; Cible prévues : 0 en 2013, 1 en 2014, 3 en 2015, 2 en 2016)

La lecture du produit 5 permet de constater qu'il s'aligne avec le Résultat 4 du Plan stratégique UNFPA (2014-2017): *« Renforcement des politiques nationales et des programmes internationaux de développement par l'intégration d'une analyse de la dynamique de la population fondée sur les données et d'une analyse de ses liens avec le développement durable, la santé sexuelle et procréative et les droits procréatifs, le VIH et l'égalité des genres ».*

On constate cependant que les aspects relatifs aux disparités démographiques, aux inégalités socioéconomiques, à l'éradication de la pauvreté, au développement durable, aux droits procréatifs, au VIH et aux situations de crise humanitaire ne sont pas spécifiés en tant que tel dans le produit 5 du Programme Pays.

Le Produit 5 du Programme Pays contribue aussi aux 4 produits (12, 13, 14 et 15)<sup>63</sup> du Plan stratégique UNFPA (2014-2017).

<sup>63</sup> **Produit 12 :** Renforcement de la capacité nationale de production et de diffusion de données ventilées de qualité sur les problèmes de population et de développement, permettant ainsi de dresser la carte des disparités démographiques et des inégalités socioéconomiques, et de la capacité nationale de programmation dans les situations de crise humanitaire;

**Produit 13 :** Disponibilité accrue des données grâce à une analyse approfondie de la dynamique de la population, de la santé sexuelle et procréative, du VIH et de leurs liens avec l'éradication de la pauvreté et le développement durable;

**Produit 14 :** Renforcement de la capacité de formuler et appliquer des politiques fondées sur les droits (aux niveaux mondial, régional et national) qui intègrent les données relatives à la dynamique de la population, à la santé sexuelle et reproductive et au VIH, ainsi que leurs liens avec le développement durable

**Produit 15 :** Renforcement de la capacité nationale d'utiliser les données pour suivre et évaluer les politiques et programmes nationaux dans les domaines de la dynamique de la population, de la santé sexuelle et reproductive et des droits reproductifs, du VIH, des adolescents et des jeunes, et de l'égalité de genre, notamment dans les situations de crise humanitaire

Les indicateurs sont pertinents dans la mesure où ils mettent l'accent sur le développement des capacités pour l'indicateur 5.1 (formation des personnes à l'utilisation des données) et sur la gestion des connaissances pour l'indicateur 5.2 (conduite des études et enquêtes pour l'obtention des données). Il s'agit là en effet des stratégies pertinentes permettant d'atteindre le produit attendu. Toutefois, les deux indicateurs ne mettent pas explicitement l'accent sur les dimensions genre et jeune. Par exemple, l'indicateur 5.2 aurait pu être formulé : « Nombre d'études et enquêtes désagrégé en genre et jeunes par tranche d'âges ».

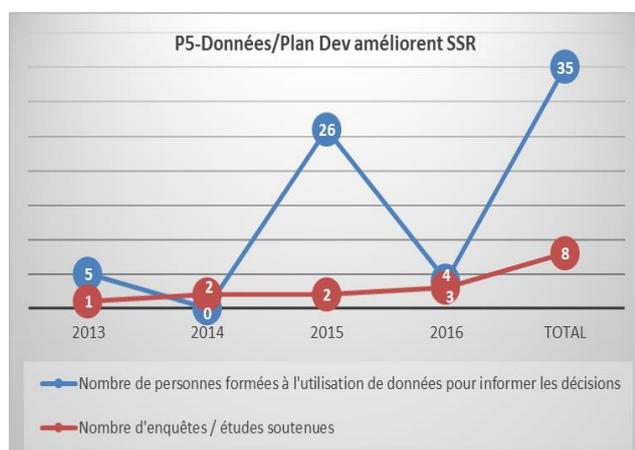
- **Evolution des résultats et de la performance du produit 5, CP4 (Données & Plan Dev améliorant SSR)**

- i) **Progrès et performance**

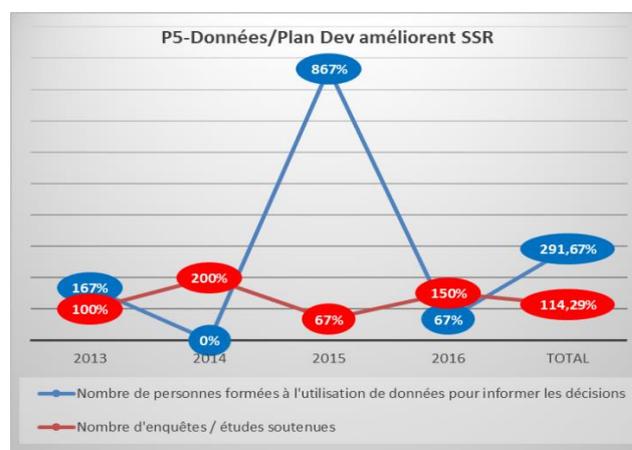
Relativement à l'indicateur 5.1, on compte 5 personnes formées à l'utilisation des données en 2013, 0 en 2014, 26 en 2015 et 4 en 2016. Les performances respectives réalisées ont été de 167% en 2013, 0% en 2014, 867% en 2015 et 150% en 2016 ; pour 291,67% dans l'ensemble.

Quant à l'indicateur 5.2, seule une enquête a été réalisée en 2013, 2 en 2014, 2 encore en 2015 et 3 en 2016. Les performances respectives ont été de 100% en 2013, 200% en 2014, 67% en 2015 et 150% en 2016, soit 114,29% dans l'ensemble.

Les graphiques 4.5.a et 4.5.b ci-dessous montrent respectivement que sur la période évaluée les progrès réalisés sont irréguliers pour l'indicateur 5.1. Ils sont continus et croissants pour l'indicateur 5.2, mais dans les deux cas la performance respective est excédentaire.



Graphique 4.5a : Progrès relatifs au Produit 5



Graphique 4.5b : Performance relative au Produit 5

- **Déterminants des résultats et de la performance du produit 5, CP4 (Données & Plan Dev améliorant SSR)**

Parmi les autres contributions et réalisations<sup>64</sup>, il y a lieu de mentionner en premier lieu que le Bureau de Pays a participé techniquement à la réalisation du Recensement général de la Population et de l'Habitat de (RGPH/2009) en 2009 et techniquement et financièrement à la réalisation de l'enquête EDSF/PAPFAM en 2012.

<sup>64</sup> Source : Cadre de résultats, PTA, Rapports annuels UNFPA, Revue documentaire

En 2013, par rapport à l'indicateur 5.1, le BP a participé indirectement l'évaluation de l'INDS<sup>65</sup> et a mené un plaidoyer auprès de l'UNCT et auprès des partenaires nationaux pour l'incorporation des projections de population dans la politique de développement (Vision, Djibouti 2035) et dans la stratégie de lutte contre la pauvreté (SCAPE).

En ce qui concerne l'indicateur 5.2, une enquête a été réalisée sur la disponibilité des produits de santé reproductive ; un Plan d'Accélération de la Santé Maternelle Infantile a été élaboré ; un appui au développement d'une base de données intégrée permettant d'avoir des informations fiables d'une part et de générer des recherches opérationnelles d'autre part a été également apporté par le BP.

En 2014, une base de données en santé maternelle/PF/VIH/MGF et son utilisation intégrée dans 3 centres de santé a été développée par rapport à l'indicateur 5.2 et un programme conjoint sur les statistiques avec un accent particulier sur le renforcement des capacités de la DISED en matière d'analyse approfondie des données et de projections démographiques a été élaboré.

En 2015, 26 personnes des institutions partenaires ont été formées au RBM en collaboration avec ASRO par rapport à l'indicateur 5.1.

En ce qui concerne l'indicateur 5.2, le BP a contribué à la revue du plan opérationnel de JUNTA<sup>66</sup>. Plusieurs études et enquêtes ont été réalisées (une étude sur l'utilisation des méthodes contraceptives de longue durée, une étude sur les besoins non satisfaits des femmes, une enquête sur les zones de résistance à l'abandon des MGF, une enquête sur les VFG). 3 argumentaires sur les MGF ont été publiés. Un documentaire sur l'utilisation des services PF a été réalisé. Le BP a apporté un appui technique et financier à la DISED pour l'élaboration d'un plan d'action en vue de renforcer les capacités de la DISED et pour mettre en place d'une unité de recherches démographiques pour le suivi des rapports nationaux OMD et CIPD, ainsi que la création d'une base de données relative aux thèmes de recherche notamment en SR avec la mise en œuvre d'un plan de recherche. Le BP a apporté une assistance à UNHCR sur l'utilisation de données dans le cadre des activités d'urgences humanitaires.

En 2016, s'agissant de l'indicateur 5.1, une unité de recherches sur les questions de population et développement a été mise en place et 17 cadres ont été formés aux techniques de recherches en population et développement. Un système d'archivage des bases de données du recensement a été également développé et les capacités de la DISED dans la production, l'analyse et la dissémination des données démographiques ont été renforcées.

Pour ce qui est de l'indicateur 5.2, la politique nationale de la PF appuyée par le BP a été institutionnalisée. Un appui a été apporté à l'élaboration d'un Plan stratégique multisectoriel quinquennal pour la mise en œuvre de la politique nationale PF à l'horizon de 2020 alignée aux indicateurs des ODD et aux principes de la CIPD. Un Plan d'action du Haut Conseil Islamique sur la promotion et le plaidoyer en PF a été élaboré. Un Plan d'action triennal multisectoriel de RHCS<sup>67</sup> a été développé. Plusieurs études et enquêtes ont été réalisées (une enquête sur les mutuelles communautaires, une étude sur l'identification des praticiennes et accoucheuses traditionnelles/sages femmes, une étude sur l'accès et l'utilisation du préservatif par les jeunes et une étude sur les connaissances, attitudes et pratiques des violences y compris les MGF, une étude portant sur les droits sexuels et reproductifs après une évaluation nationale du système de suivi et de reporting des droits sexuels et reproductifs). Enfin, la base des données DEVINFO a été mise à jour

En somme, le niveau de réalisation du produit 5 tend à démontrer que ce qui avait été prévu a été globalement atteint. Le BP a apporté une contribution efficace au niveau de la collecte, de l'analyse des données et de leur utilisation en vue de répondre aux besoins de la définition des politiques et des programmes de développement.

---

<sup>65</sup> INDS ou Initiative Nationale pour le Développement Social.

<sup>66</sup> JUNTA constitue le plan de réponse nationale et régionale à l'afflux de réfugiés yéménites dans le domaine de la santé maternelle, les violences fondées sur le genre et la santé sexuelle et reproductive des jeunes.

<sup>67</sup>Reproductive Health Commodity Security

### i) Partenariat

Plusieurs partenaires ont été associés dans l'atteinte du produit 5. Il s'agit des agences des Nations Unies<sup>68</sup> (PNUD, OHCHR, UNESCO, UNICEF, OMS), des départements gouvernementaux (Femme, Economie et Finances, Santé), de l'Assemblée nationale, de la CNDH, ainsi que des partenaires bilatéraux et multilatéraux (USAID, l'Union Africaine et le FMI). Il est à noter cependant que toutes les interventions au niveau de l'obtention du produit 5 ont été conduites par le BP en partenariat avec la DISED. Il y a lieu de noter que la DISED n'a bénéficié d'aucun PTA comme partenaire d'exécution sur la période évaluée 2013-2016, mais toutes les activités prévues ont été honorés. La DISED a estimé cependant que ses relations avec le BP sont timides et que les engagements du BP sont insuffisants par comparaison aux interventions de l'UNFPA dans d'autres pays. En fait, la DISED attend beaucoup plus et voudrait que le BP soit un partenaire leader en matière de programmes statistiques dans le pays.

### ii) Bénéficiaires

Les bases de données émanant de la DISED, qui est l'institution nationale de la statistique et des études démographiques dans le pays, ont été partagées avec les départements sectoriels, ainsi que les partenaires bilatéraux et multilatéraux.

## 4.4.6. Synthèse de la performance

Dans l'ensemble la performance du CP4 s'est située dans un intervalle de 0% à 291,67% pour les 9 indicateurs suivis. Selon le tableau ci-dessous, la médiane de la performance a été de 86%. La majorité des indicateurs a été soit de performance excédentaire (5/9 des cas), les autres ont été en contre-performance (4/9 des cas).

**Tableau 4.1. : Analyse statistique de la Performance du CP4**

Paramètre d'analyse	Score
Intervalle de variation de la performance	0% à 291,67%
Médiane de la performance	86%
indicateurs contre-performants [0%-79%]	4/9
Indicateurs performants [80%-100%]	0/9
Indicateurs à performance excédentaire [101% et+]	5/9

Le tableau 4.2 ci-dessous récapitule l'évolution de la performance entre 2013 et 2016 et indique le score d'ensemble par indicateur.

**Tableau 4.2. : Synthèse de la performance du CP4 de 2013 à 2016**

<sup>68</sup>Ce sont des partenaires traditionnels dans le cadre de la lutte contre la Violence Fondée sur le Genre

PRODUIT/INDICATEUR	2013	2014	2015	2016	Total
<b>P1-SONU/FO Améliorés</b>					
Proportion de femmes référées et correctement prises en charge par le système (%)	0%	0%	0%	0%	0
Nombre de cas de fistules traitées	0%	20%	0%	0%	3,64%
<b>P2-Intégration SSR/SSP</b>	2013	2014	2015	2016	Total
Nombre de centres de santé de base qui intègrent le paquet minimum complet d'activités en santé de la reproduction	100%	0%	100%	113%	78,87%
<b>P3-Initiatives communautaires Améliorées-PF,EMM,VFG</b>	2013	2014	2015	2016	Total
Nombre de leaders communautaires formés en santé reproductive y compris la VFG et la détection des grossesses à risque	100%	120%	67%	385%	158,89%
Nombre de femmes référées aux services de planning familial	0%	#DIV/0!	115%	230%	143,75%
<b>P4-Services selon besoins Ado-Jeunes</b>	2013	2014	2015	2016	Total
Nombre de centres amis des jeunes fonctionnels	100%	0%	0%	14%	15,38%
Nombre de jeunes pairs éducateurs formés	133%	123%	187%	211%	176,67%
<b>P5-Données/Plan Dev améliorent SSR</b>	2013	2014	2015	2016	Total
Nombre de personnes formées à l'utilisation de données pour informer les décisions	167%	#DIV/0!	867%	67%	291,67%
Nombre d'enquêtes / études soutenues	100%	200%	67%	150%	114,29%

#### 4.4.7. Adéquation des indicateurs de suivi du CP4

L'analyse de la nature des indicateurs de produit du CP4 révèle 3 natures différentes.

La 1<sup>ère</sup> nature rassemble 5 indicateurs dont les numéros sont le 4 ; le 5 ; le 7 ; le 8 ; et le 9. Ces indicateurs sont des extrants, résultats immédiats d'activité ponctuelles et non des produits (combinaison d'extrants constituant une amélioration du système de prestation des services). En tant que tel, lesdits indicateurs ne sont pas pertinents pour exprimer ou mesurer des progrès de la capacité des institutions, au 1<sup>er</sup> degré des produits, ou des systèmes au 2<sup>ème</sup> degré des produits.

La 2<sup>ème</sup> nature regroupe 3 indicateurs, soient le 2 ; le 3 et le 6. Ce triptyque est un ensemble d'indicateurs de produit mesurant la capacité du système de santé (le 2 et le 3) ou du sous-système des services SSRAJ (le 6). Ces 3 indicateurs sont les seuls véritablement éligibles au cadre de suivi d'un CP de l'UNFPA, selon le concept actuel de suivi de cette organisation.

La 3<sup>ème</sup> nature concerne l'indicateur 1 (Proportion de femmes référées et correctement prises en charge par le système (%)). Cet indicateur est une couverture et de qualité de service presté, soit un effet. L'option actuelle de l'UNFPA de mesurer la performance de ses programmes par des indicateurs de produit, rend ledit indicateur inéligible au cadre de suivi du CP4 comme de tout autre CP.

Le taux d'adéquation des indicateurs du CP4 est donc de 3/9<sup>ème</sup>, soit 33%. En conclusion, la lisibilité des résultats du programme, dont la planification et la mesure des résultats sont essentiellement basée sur les produits est par définition ou par conception insuffisante. L'évaluabilité des progrès et de la performance du CP4 est ainsi limitée.

#### **4.1.1. Contribution des produits du CP4 à la réalisation des résultats du PS2014-2017 de l'UNFPA**

La logique du programme prévoyait que les 5 produits du CP4 contribuent à 4 effets du PS2013-2017 de l'UNFPA. L'agencement de cette contribution des produits du programme pays aux effets du plan stratégique global de l'UNFPA se présente comme suit :

##### **4.1.1.1. Contribution du produit 1 du CP4 à l'effet 1 du PS2013-2017 de l'UNFPA**

Deux indicateurs ont été retenus pour mesurer les progrès réalisés sur le produit 1 (*Output 1: Les conditions d'accouchement et d'urgences obstétricales sont sensibles aux droits humains et sont améliorées au niveau de 6 maternités*). Il s'agit de l'indicateur 1 : « proportion de femmes référées et correctement prises en charge par le système (%) » et de l'indicateur 2 : « Nombre de cas de fistules traitées ». Au 31 décembre 2016, les niveaux de réalisations retenus pour une contribution significative du produit à l'effet 1 (*Outcome 1: La disponibilité et l'utilisation des services intégrés de santé sexuelle et reproductive (y compris la planification familiale, la santé maternelle et le VIH) qui sont sensibles au genre et répondent aux normes des droits de l'homme pour la qualité des soins et de l'équité dans l'accès accru*) sont de 65% des femmes pour l'indicateur 1 et 165 cas de fistules pour l'indicateur 2. Le système de suivi-évaluation en place n'a pas permis de renseigner les progrès réalisés sur l'indicateur 1. Quant à l'indicateur 2, les progrès se sont limités à 6 contre les 165 prévus. Ainsi, d'un point de vue quantitatif, la contribution du produit 1 à l'effet s'est avérée partiellement illisible (indicateur 1) et en partie, insuffisante pour l'indicateur documenté (indicateur 2).

Qualitativement, la contribution à l'effet 1 est modérée du fait d'un niveau d'atteinte modéré des sous-produits concourant au produit 1. Concrètement l'on relève que :

- (1) Les normes et critères essentiels aux soins maternels et néonataux d'urgence, et la prise en charge de la fistule ont connu une application insuffisante. La maîtrise des normes et critères a été promue par leur élaboration et des formations conséquentes importantes mais pas exhaustives ; mais la mise en place de l'initiative de PEC des fistules n'a pas abouti.
- (2) Les pratiques professionnelles des médecins et des sages-femmes en matière de soins prénataux ; du post-partum et de l'accouchement, y compris l'humanisation des conditions d'accouchement ont connu une amélioration modérée. Les pratiques professionnelles ont été adressées par les formations, mais l'évaluation de la mise œuvre n'est pas disponible; l'humanisation des conditions d'accouchement a été améliorée par la qualité en hausse du plateau technique et de l'accès aux soins de chirurgie obstétrique, mais la disponibilité des intrants, du personnel qualifiés, l'accessibilité pour les groupes enclavés, l'implémentation de l'ABDH etc. reste insuffisante.
- (3) L'audit des décès maternels ainsi que le système d'information sur les grossesses et les naissances dans les hôpitaux ont connu une amélioration modérée. L'audit des décès maternel est institutionnalisé mais la qualité de la mise en œuvre est insuffisante (pratique superficielle, capacité technique et institutionnelle insuffisante).

- (4) Les services de prise en charge et d'IEC en SR y compris les soins post-abortum, en particulier pour les jeunes filles ont connu une disponibilité accrue, mais modérée. La prise en charge de l'ensemble des femmes et des jeunes filles a été améliorée par le renforcement du plateau technique, la mise en place d'un bloc opératoire à Obock, la fourniture en médicaments, le renforcement des capacités du personnel. Cependant les progrès concernant l'offre des services SONU ont été partiels par rapport aux prévisions. Les activités d'IEC ont été promues par la mise en place et la formation des animatrices communautaires et du réseau Y-Peers, la mobilisation des associations des jeunes, des campagnes de communication. Cependant l'insuffisance de la couverture territoriale des services, du staff, et des efforts pour une approche adaptée aux jeunes restent des entraves majeures.

#### **4.1.1.2. Contribution du produit 2 du CP4 à l'effet 1 du PS2013-2017 de l'UNFPA**

Un indicateur a été retenu pour apprécier les progrès réalisés sur le produit 2 (*Output 2: Le paquet minimum de services de santé reproductive est disponible dans les centres de soins de santé primaires*). Il s'agit de l'indicateur 3 : « Nombre de centres de santé de base qui intègrent le paquet minimum complet d'activités en santé de la reproduction ». Au terme de la période évaluée (2013-2016), le niveau de réalisations dus pour une contribution significative du produit 2 à l'effet 1 (*Outcome 1: La disponibilité et l'utilisation des services intégrés de santé sexuelle et reproductive (y compris la planification familiale, la santé maternelle et le VIH) qui sont sensibles au genre et répondent aux normes des droits de l'homme pour la qualité des soins et de l'équité dans l'accès accru*) est de 142 Centres de soins primaires. Les progrès se sont limités à 112/142 (78,87%). Sur la base de l'analyse quantitative, la contribution du produit 2 à l'effet s'est avérée quasi-suffisante.

Sur la base de l'analyse qualitative, la contribution du produit 2 à l'effet 1 du PS2013-2017 de l'UNFPA a été modérée ceci est lié au niveau d'atteinte globalement modéré des sous-produits du produit 2.

- (1) Le sous-produit 1 ou SP1-Un paquet de services SR au niveau des soins de santé de base selon les normes internationales a connu une atteinte modérée. En dépit des efforts consentis par le CP4, l'intégration du PMC/SSR dans les centres de santé de base reste encore insuffisante. En effet, un dispositif centralisé d'approvisionnement est opérationnel depuis 2016, les produits SR sont intégrés dans la base des données logistique du MS pour le suivi, le paquet des services SR est défini pour les CS de base ; certains CS de base ont du personnel adéquat, des services de suivi de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum. Mais, le PMC/SSR (paquet complet) n'est pas encore en place, des compétences de gynécologie ont été vulgarisée par la stratégie délégation après formation aux médecins généralistes et sages-femmes. Les déficits restent prédominants dont : (1) le gap en personnel (pas de sages-femmes dans les postes de santé, effectifs insuffisants, etc.) ; (2) l'insuffisance de l'équipement (lits, ventouses...) ; (3) le déficit en formation et (4) l'insuffisance de la demande des services SR dans la population cible des CS de base de part une promotion insuffisante.
- (2) Le SP2-Un mécanisme efficace de sécurisation des produits SR est mis en place et opérationnel a enregistré une réalisation quasi-satisfaisante grâce à : diverses investigations évaluant la stratégie de sécurisation des produits SR et permettant d'identifier les priorités stratégiques du renforcement de la chaîne nationale d'approvisionnement ; l'existence d'un **système informatique fonctionnel de gestion des produits SR reposant sur le logiciel « Relais SR »** ; l'élaboration d'un draft de plan de sécurisation des Produit SR et une évaluation de besoins des besoins non satisfaits.
- (3) Le SP3 (Les méthodes les plus appropriées de planification familiale auprès des prestataires et de la communauté sont promues) a été de réalisation modérée. L'évolution ambiguë a présenté des besoins non satisfaits évalué uniquement par voie documentaire, l'absence de manuel d'IEC,

l'inclusion des acteurs initialement réticents (leader religieux et traditionnels) et le déploiement d'activités de communication et de mobilisation communautaire pas encore suffisamment l'efficacité. Au solde, les réticences liées aux us, tabous et coutumes persistent et limitent l'effet des efforts.

- (4) Le SP4- Un système de référence pour les complications de grossesses, les cas de fistules et des IST/SIDA est instauré a connu une réalisation modéré. Des cas ont été référés, mais le système ne permet pas encore de documenter de manière traçable la référence et la contre référence. L'évaluation et la mise à jour.

#### **4.1.1.3. Contribution du produit 3 du CP4 à l'effet 1 du PS2013-2017 de l'UNFPA**

Les progrès réalisés sur le produit 3 (*Output 3: Les initiatives communautaires pour la promotion du planning familial, l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et la lutte contre les violences fondées sur le genre (VFG) sont améliorées*) sont quantifiés par deux indicateurs dont : l'indicateur 4 : « Nombre de leaders communautaires formés en santé reproductive y compris la VFG et la détection des grossesses à risque. » et l'indicateur 5 : « Nombre de femmes référées aux services de planning familial ». Au terme de la période évaluée, les niveaux de réalisations attendus pour une contribution significative du produit à l'effet 3 (*égalité avancée du sexe, des femmes et de l'autonomisation des filles et des droits en matière de reproduction, y compris pour les femmes les plus vulnérables et marginalisés, les adolescents et les jeunes*) sont de 90 leaders communautaires formés pour l'indicateur 4 et 80 femmes référées pour l'indicateur 5. Les progrès réalisés ont été de 143 et 115 respectivement, soit un dépassement important. La nature de l'indicateur 4, un extrant, ne rend pas compte des progrès quantitatifs vers l'atteinte du produit. Par contre, l'indicateur 5, un produit, affecte logiquement l'accessibilité des services de PF pour les femmes. L'augmentation du nombre de femmes de 0 en 2013 à un total cumulé de 115 en 2016 traduit une contribution à l'avancement de l'accès aux droits reproductifs. Les progrès quantitatifs vers l'atteinte du produit étant tantôt indéterminés (indicateurs 4), tantôt effectif, la contribution quantitative du produit 3 à l'effet3 du PS est modérée. Cependant, la question résiduel est la significativité des avancées obtenues, les données n'étant pas rapportée à l'ampleur du besoin dans l'ensemble de la population.

Du point de vue qualitatif la contribution du produit 3 du CP4 à l'effet 3 du PS-2013-2017 de l'UNFPA s'est avérée quasi-suffisante. De fait les actions prévues pour avancer l'égalité de genre ont été réalisées en majorité, malgré certaines exceptions (écoles des maris) et les dysfonctionnements ou incomplétude et imperfection d'aucune (prise en charge des VFG, couverture des groupes vulnérables) ou les résistances communautaires contre d'autres (PF/MGF). En effet, la disponibilité et l'accessibilité des services de promotion du genre et du droit ont été renforcées, contribuant à l'avancement des égalités de genre attendues au niveau de l'effet 3 du PS2013-2017. La prise de conscience, les connaissances et la capacité de participer à la lutte contre les VGF et les MGF, à l'utilisation de la SR et au respect des droits des femmes et de la reproduction, ont été promues auprès des femmes, des membres de la communauté, des leaders communautaires, des institutions communautaires (sentinelles de surveillance, CGC, COGES, réseau de leaders communautaires), administratives (OPJ, personnel de justice, PF genre), sociaux (CEIO, ONG/associations), sanitaires (CSC, Hôpitaux) et médiatiques (organes de radio et TV). Des initiatives ont été mises en place pour l'abandon des MGF et l'optimisation de la SR/PF parmi les sages-femmes, dans les communautés (surveillance-réponse-référence, dialogues et caravanes des religieux), dans les centres de santé et sur les média urbains et communautaires. L'on relèvera la formation des prestataires sur la prévention/PEC des jeunes filles (PF, SR, SONU) et l'introduction des soins post-abortum en faveur de jeunes filles en rapport avec les normes et protocole de SONU et SR. La plupart des interventions ont eu une couverture nationale.

#### **4.1.1.4. Contribution du produit 4 du CP4 à l'effet 2 du PS2013-2017 de l'UNFPA**

L'indicateur 6 : «Nombre de centres amis des jeunes fonctionnels » et l'indicateur 7 : « Nombre de jeunes pairs éducateurs formés » étaient censés mesurer les résultats concernant le produit 4 (*Output 4: Des services d'écoute, de prise en charge et soutien de qualité, sensibles au genre et aux droits de l'homme, répondent aux besoins des adolescents et des jeunes*). Les cibles fixées pour une contribution significative à l'effet 2 du PS2013-2017 (*Outcome 2: Une priorité accrue sur les adolescents, en particulier sur les très jeunes adolescentes, dans les politiques et programmes nationaux de développement, notamment la disponibilité accrue de l'éducation à la sexualité et la santé sexuelle et reproductive*) sont de 13 centres amis des jeunes fonctionnels pour l'indicateur 6 et de 2400 jeunes pairs-éducateurs formés pour l'indicateur 7. Les progrès obtenus se sont chiffrés à 2 et 4240 respectivement, soit une non atteinte à 15.38% et un dépassement à 176,67%. Les progrès concernant l'indicateur 6 se sont avérés insignifiants pour l'atteinte du produit 4. Les progrès relatifs à l'indicateur 7, malgré la performance exponentielle sont d'une contribution mitigée au produit et ultimement à l'effet. Pour évidence, l'on note que les besoins des adolescents à couvrir ne se limitent pas à ceux des pairs éducateurs formés, mais consistent plutôt en ceux de l'ensemble des jeunes à couvrir. Il s'ensuit un gap dans la logique de réalisation et de contribution entre l'indicateur (extrant), et les résultats de produit et d'effet recherchés. En somme, quantitativement, selon les indicateurs retenus, la contribution du produit à l'effet est insignifiante ou peu déterminée.

Selon l'analyse qualitative la contribution du produit 4 du CP4 à l'effet 2 du PS-2013-2017 de l'UNFPA a été modérée. La contribution à la priorisation des adolescents et très jeunes adolescentes dans les politiques et programmes nationaux de développement a été modérée. Sur l'essentiel, elle a compris l'implication des jeunes/ado (pairs-éducateurs) dans le processus d'élaboration de la stratégie nationale sur la PF ; l'appui au développement d'un « Guide pratique de normes et critères du centre ami des jeunes pour le partenaire SEJ ». Ces avancées ont été contrebalancées par les difficultés de collaboration avec le SEJ, lesquelles ont compromis, entre autres, le plaidoyer pour un programme conjoint en faveur des jeunes. Des efforts pour la capitalisation du dividende démographique dans les programmes et politiques nationales ne se sont pas démarqués.

Par contre, des services d'envergure ont été déployés contribuant à l'accroissement de *la disponibilité de l'éducation à la sexualité et la SSR pour les adolescents*. Des services de sensibilisation, de distribution de produits, de prévention et de prise en charge en matière de SSRAJ (VIH,PF, SM, SONU), de lutte contre le MGF ont ciblé des jeunes dans certaines unités de prestation (CDC, infirmerie scolaire/universitaire...) et à travers des associations et réseaux à couverture nationale. La prise en compte des droits humains, des spécificités des adolescents et de l'approche genre a été garantie par la production et le partage de manuels de formation développant les techniques et approches (ABDH, pair-éducation, des services SSRA offerts par des organisations d'ado/jeunes ; ainsi que l'application desdites approches et techniques dans la formation des éducateurs et des prestataires, puis la mobilisation et la sensibilisation des jeunes/ado. Cependant, les limites ont été importantes à l'implémentation, à la qualité et à la couverture des services. L'on relèvera la faiblesse des évidences relatives à la priorisation des très jeunes adolescentes, l'insuffisance du renforcement des CDC, de l'implication et de l'accès à leurs services pour les adolescents, l'absence du module sur la prévention et la prise en charge du VIH chez les adolescents et jeunes, l'absence de l'offre du paquet essentiel de services SR pour adolescents et jeunes ; le déficit des mesures de convivialité pour adolescents et jeunes dans les majorité des unités de prestations de services SSRAJ ; le non aboutissement du plaidoyer pour l'introduction d'un module d'éducation sexuelle dans les curricula de l'enseignement de base.

#### **4.1.1.5. Contribution du produit 5 du CP4 à l'effet 4 du PS2013-2017 de l'UNFPA**

L'indicateur 8 : « Nombre de personnes formées à l'utilisation de données pour informer les décisions » ; et l'indicateur 9 : « Nombre d'enquêtes / études soutenues » ont été retenus pour mesurer les réalisations relatives au produit 5 du CP4 : « Output 5: La contribution des plans et programmes de développement à la santé maternelle, y compris les questions du genre et des jeunes, est améliorée ». En vue de contribuer significativement à l'effet 4 du PS2013-2017 (*Outcome 4: Renforcement des politiques nationales et programmes internationaux de développement grâce à l'intégration de l'analyse factuelle sur la dynamique des populations et de leurs liens avec le développement durable, la santé sexuelle et reproductive et les droits en matière de reproduction, le VIH et l'égalité des sexes*), l'indicateur 8 avait pour cible 12 personnes formées à l'utilisation de données au 31 Décembre 2016 (35) ; tandis que l'indicateur 9 devait se chiffrer à 7 enquêtes/études soutenues. Concrètement les progrès enregistrés ont été de 35 personnes formées pour l'indicateur 8 et 8 études/enquêtes soutenues pour l'indicateur 9. Ceci se traduit par un dépassement à 291.67% et à 114.29% respectivement pour les 2 indicateurs. Les deux indicateurs étant par nature des extrants, ils ne rendent pas compte des progrès du produit 5 en lui-même, mais simplement d'inputs qui sont des préalables à la réalisation dudit produit. Aussi les deux indicateurs n'expriment-ils pas la situation du produit et par suite, pas non plus la contribution du produit à l'effet.

L'analyse qualitative de l'apport du produit 5 du CP4 à l'effet 2 du PS-2013-2017 de l'UNFPA montre une contribution quasi-suffisante des actions menées à l'intégration des données de population dans la planification pour le développement en matière de SSR, droit reproductifs, genre et droit et développement social en général. La contribution à *l'intégration d'analyses factuelles sur la dynamique des populations et ses liens avec la santé en matière de sexualité et de procréation, les droits liés à la procréation, la lutte contre le VIH* a reposé sur la promotion du fondement des programmes de développement sur les données de population documentant les besoins en santé maternelle, la situation des droits liés à la procréation, la situation de la réponse VIH et la situation de l'égalité des sexes. Cette contribution s'apprécie par :

- (1) **L'effectivité de la disponibilité améliorée des données.** Celle-ci s'est caractérisée par : (a) l'appui à une douzaine recherches et évaluations majoritairement sur la SSR et droits y relatifs, puis sur le Genre et droit relatifs (VFG, MGF) et enfin sur le développement social en général ; (b) Le renforcement des capacités de production, d'analyse, de gestion, d'archivage et de dissémination des données sur la population et les secteurs de développement ; (c) l'amélioration des systèmes des données avec la mise en place ou la mise à jour de bases de données thématiques (SR), sectorielles (Santé) ou intersectorielle (DEVINFO) SR.
- (2) **L'effectivité de la disponibilité améliorée des compétences de planification intégrant les données.** Celle-ci s'est concrétisée par : (a) la formation des partenaires d'implémentation à la gestion axée sur les résultats, à l'accompagnement à la gestion des données et bases de données.
- (3) **L'effectivité de la disponibilité de documents de politique et programme de développement fondés sur les données et projections démographiques.** Ladite disponibilité a inclus des documents multisectoriels dont le Plan stratégique multisectoriel quinquennal pour la mise en œuvre de la politique nationale PF à l'horizon de 2020 alignée aux indicateurs des ODD et aux principes de la CIPD ; et des documents sectoriels ou thématiques parmi lesquels (Plan d'Accélération de la Santé Maternelle Infantile)

Cependant des limites ont compromis l'exhaustivité de la mise en œuvre. Ainsi, les actions visant l'amélioration de l'intégration des données démographiques dans l'élaboration des plans et programmes n'ont pas été manifestes. De plus, les autres thématiques de l'UNFPA dont le genre et droit, population et développement ont notablement été moins investies que la SSR. Par ailleurs la

présente évaluation n'a pas trouvé de données spécifiques sur l'un des critères clés, soit, l'intégration améliorée des données démographiques dans l'élaboration des plans et programme.

#### 4.5. Réponse à la question d'évaluation 5 sur la Durabilité

La question d'évaluation 5 (EQ5) porte sur la durabilité et consiste à savoir :

EQ5 : Dans quelle mesure les interventions financées par UNFPA, après l'arrêt du financement, peuvent continuer, en particulier, leur résistance face aux risques ? Dans quelle mesure UNFPA a-t-elle appuyé les partenaires dans le développement des capacités et l'établissement des mécanismes d'appropriation interne ? Dans quelle mesure l'UNFPA a-t-elle renforcé la résilience de la partie nationale face aux risques ?

L'EQ5 a été renseigné par la revue documentaire, les entretiens des parties prenantes et bénéficiaires, les FGD des bénéficiaires et le GRE.

##### **i) Analyse des besoins**

Le CPAP est quasi muet sur le critère de durabilité. L'examen du cadre de suivi montre que seul l'effet 1 (« accroître l'accès et l'utilisation des services de santé maternelle et néonatale de qualité ») et le produit 1 (« les conditions d'accouchement et d'urgences obstétricales sont sensibles aux droits humains et sont améliorés au niveau de 6 maternités ») sont assortis d'hypothèse et de risques.

##### **ii) Appui au développement des capacités**

Les capacités des parties prenantes ont été renforcées pour porter les interventions après l'arrêt du financement. Des investissements durables ont été consentis par le BP en matière de santé de la reproduction (bloc opératoire au CMH d'Obock, formation de sages-femmes échographistes, renforcement massif des capacités des sages-femmes), en matière de genre (renforcement de capacités institutionnelles et technique de la CEIO), mais aussi en ce qui concerne les adolescents et les jeunes (renforcement de capacités des jeunes pairs éducateurs en SSRAJ), ainsi qu'en matière de population et développement (développement de la culture des données pour la planification). Toutefois, il y a eu un déficit en matière d'actions spécifiques cadrées dans un plan de durabilité des interventions. La faible intégration de la gestion axée sur les résultats, ainsi que le manque de culture de suivi et évaluation des partenaires nationaux constitue un obstacle aux principes de suivi-évaluation, de redevabilité et d'efficacité dans l'atteinte des résultats attendus et compromet la durabilité des programmes.

##### **iii) Mise en place des mécanismes d'appropriation des interventions**

Des mécanismes d'appropriation des interventions ont été mis en place et des réformes durables ont été entreprises chez certaines parties prenantes, comme par exemple le système LMD à l'ISSS, le task shifting en gynécologie, l'initiation de la filière de formation des sages femmes en échographie, l'aide apportée en matériel et staff pour l'école des sages femmes, la restructuration de la CEIO avec un système de base de données informatisée pour un suivi performant des survivantes, l'éducation par les pairs du réseau Y-Peer pour le transfert de connaissances en SSRAJ aux adolescents et jeunes...

Toutefois, des limites ont été relevées au niveau du renforcement de l'autonomie financière et programmatique des acteurs. En fait, il y a une insuffisance de l'appui à la durabilité à la base, résultant

d'un déficit d'appui aux activités/interventions existantes/durables des organisations de la société civile au niveau communautaire, ainsi qu'une insuffisance des interventions en faveur de la communauté et des jeunes pour la pérennité.

**iv) Analyse des risques**

Absence d'analyse des risques. L'analyse des risques n'a pas eu lieu.

**v) Développement d'un plan de contingence**

Absence d'un plan de contingence. Le plan de contingence n'a pas été développé.

**vi) Mise en œuvre du plan de contingence**

Absence de mise en œuvre du plan de contingence de par le fait qu'il n'a pas été développé.

**En conclusion, Il y a eu des déficit en matière d'analyse des besoins, une adéquation modérée de l'appui au développement des capacités vis-à-vis des besoins, un établissement modéré de mécanismes d'appropriation interne vis-à-vis des besoins, une absence d'analyse des risques et enfin l'absence de plan de contingence. Ces déficits ont abouti à une durabilité des interventions insuffisante.**

## 4.6. Réponse à la question d'évaluation 6 sur la Coordination UNCT

La question d'évaluation 6 (EQ6) porte sur le critère de coordination UNCT et consiste à savoir :

EQ6 : Dans quelle mesure UNFPA a été un membre actif et contributeur aux mécanismes de coordination existants (UNCT, Groupes Thématiques) ?

L'EQ6 a été renseigné par l'examen des rapports annuels UNFPA et les entretiens auprès des Chefs d'Agences des Nations Unies rencontrés et du staff du Bureau Pays de l'UNFPA.

**i) Mécanismes de coordination existants**

Les mécanismes de contribution existants sont l'Equipe Pays des Nations Unies ou UNCT et les Groupes thématiques (Genre, Suivi et Evaluation, MGF, VIH, Droits de l'Homme, Statistiques, Jeunesse, Santé, Protection, Communication, HACT)

**ii) Niveau de participation aux mécanismes de coordination**

Le BP participe régulièrement aux réunions UNCT, ainsi qu'au sein des Groupes thématiques ou de groupes de travail. Toutefois, certains Groupes thématiques ne se réunissent que de temps à autre à fréquence irrégulière, d'autres existent mais ne se réunissent presque pas sinon une fois l'an. Dans tous les cas, UNFPA est toujours présente et le taux de sa participation absolu est suffisant à 100%.

**iii) Mécanismes de coordination dont l'UNFPA tient le leadership**

Le BP/UNFPA est leadership dans plusieurs mécanismes de coordination UNCT. Ce leadership est effectif tant sur le plan institutionnel que sur le plan technique au sein de groupes thématiques suivants : Suivi et Evaluation, Genre, Santé, HACT<sup>69</sup>, Dividende démographique, Cluster/Crise Protection/Genre.

**iv) Intensité de la contribution stratégique UNFPA**

<sup>69</sup> Le BP/UNFPA préside le groupe thématique HACT.

Le degré d'intensité/qualité est quasi-suffisant dans la contribution stratégique du BP/UNFPA aux instances de coordination UNCT. Cette contribution est continue au fonctionnement de l'UNCT en matière d'idées, de stratégies(PE) et de données pertinentes pour le développement sur la SSR, le dividende démographique, les indicateurs démographiques de développement.

Toutefois, des limites ont été signalées quant à cette contribution dues au dysfonctionnement de certaines instances de coordination UNCT dont les groupes thématiques signalés ci-dessus. Ainsi, une discordance a été observée dans l'interaction avec le Bureau UNHCR sur l'implication du BP/UNFPA dans l'assistance humanitaire apportée aux réfugiés dans le camp de Markazi à Obock. Autrement dit, l'envergure du BP est limitée, ce qui se répercute sur son accès au leadership et sur sa capacité de contribution.

\*En conclusion, l'UNFPA a été actif et contributeur de manière quasi-suffisante aux mécanismes de coordination existants (UNCT, Groupes Thématiques).

#### 4.7. Réponse à la question d'évaluation 7 sur la Valeur ajoutée UNFPA (1 page)

La question d'évaluation 7 (EQ7) porte sur la valeur ajoutée UNFPA et consiste à savoir :

EQ7 : Quel est l'apport spécifique ou additionnel (actions, avantages) du programme pays de l'UNFPA par rapport aux interventions des autres acteurs du développement ?

L'EQ7 a été renseigné par la revue documentaire, les entretiens des parties prenantes et bénéficiaires, les FGD des bénéficiaires et le GRE.

##### **i) Existence d'interventions spécifiques à l'UNFPA**

Les actions en SSR, genre, population et développement sont spécifiques à l'UNFPA dans le cadre UNCT, mais sur le plan national l'UNFPA en retient le leadership pas l'exclusivité. D'autres acteurs existent dont certaines organisations non gouvernementales nationales et internationales comme le DRC, l'UNFD... Cependant, la mise en place du bloc opératoire d'Obock, le renforcement de la CEIO, l'appui au réseau Y-Peer sont des interventions spécifiques à l'UNFPA.

##### **ii) Existences d'approches spécifiques à l'UNFPA**

Les relations facilitantes conduisant à l'introduction de nouvelles idées/stratégies et l'obtention de décision y compris en situation difficile, comme par exemple la stratégie et politique de planning familial, la délégation des tâches ou task shifting en matière d'échographie aux sages-femmes échographistes, l'établissement d'un protocole national de prise en charge des survivantes de VGF, l'aménagement des espaces permettant l'accès des jeunes filles au sein des centres de développement ainsi que le plaidoyer à tous les niveaux jusqu'au sommet de l'Etat pour des décisions critiques, sont des approches spécifiques à l'UNFPA.

##### **iii) Avantages comparatifs des apports UNFPA**

La culture et l'expérience d'optimisation des résultats avec des ressources modestes, ainsi que l'engagement et la disponibilité du staff qui supplée les déficits de la partie nationale sont des avantages comparatifs des apports de l'UNFPA par rapport aux autres partenaires du développement mais qui sont parfois limités

compte tenu de la difficulté à mettre en place de mécanismes d'émulation des bénévoles communautaires et du volume modeste des ressources contraignant l'action et laissant des espaces du mandat de l'UNFPA récupérés par d'autres acteurs.

En conclusion, **l'apport spécifique ou additionnel du programme pays par rapport aux interventions des autres acteurs du développement a été modéré** compte tenu de l'existence d'interventions spécifiques, mais qui le sont d'une manière relative d'une part, et de l'existence d'approches spécifiques d'autre part, avec des avantages comparatifs et des apports limités.

## CHAPITRE V: CONCLUSIONS

Le présent chapitre présente les dix (10) conclusions déduites des résultats de l'évaluation du CP4 de l'UNFPA à Djibouti. L'on y compte une (1) conclusion stratégique et neuf (9) conclusions programmatiques.

### 5.1. Conclusions au niveau stratégique

#### ◆ Conclusion sur la maîtrise stratégique dans le cadre du CP4

La maîtrise stratégique de la coopération entre l'Etat de Djibouti et l'UNFPA est affectée par une coordination et un partenariat peu fonctionnels. Les déterminants en sont : un bureau pays au staffing insuffisant, la discontinuité/incertitude de la tenue de leurs engagements par les ministères, une collaboration peu fluide entre le BP et les administrations, des lenteurs administratives, un déficit en cadres de coordination opérationnel, des capacités insuffisantes pour la planification et le suivi dans les secteurs, l'absence de la culture des résultats, un lien contractuel insuffisant pour nombre de partenaires de la société civile ou de l'administration comme la DISED ; une participation communautaire insuffisante. Ce déficit du leadership de coordination a pour conséquences ou s'associe à :

- 1) Une conception approximative du programme de pays (logique d'intervention approximative, adéquation insuffisante des indicateurs), une signature tardive des PTA (3 à 5 mois), un déficit en pertinence et en efficacité de l'élaboration des PTA, de la coordination des travaux et de leur suivi/évaluation avec les partenaires d'exécution et les partenaires associés comme les associations et ONG ;
- 2) L'inadéquation du financement du programme pays caractérisée par une faible mobilisation des ressources financières (40% du budget), dans un contexte où le « mode d'engagement » du siège de l'UNFPA est restrictif et ambigu en financement, tandis que la levée des fonds est hypothétique à Djibouti ;
- 3) L'inadéquation de la disponibilité et de l'utilisation des ressources, humaines, matérielles et technique qui se traduit par : a) Un investissement en RH plus ou moins suffisant (très petite taille du bureau UNFPA, effectifs et qualité insuffisants dans le secteur public, malgré le supplément en gynécologues apporté par l'UNFPA), b) un investissement en ressources matérielles modéré, des ruptures de stocks, c) un investissement en ressources techniques important, mais partiellement exploités pour l'atteinte des résultats ;
- 4) Une efficacité limitée des stratégies, induite par diverses entraves dont : a) l'insuffisance de l'engagement de plusieurs acteurs dans le secteur public, l'insuffisance de la responsabilisation/implication des acteurs périphérique et communautaire, b) une intégration des services présentant une prédominance des limites sur les acquis, c) une harmonisation des outils et approches insuffisante dans un contexte de faiblesse des systèmes sectoriels de suivi-évaluation.

### 5.2. Conclusions au niveau programmatique

### ◆ Conclusion sur la pertinence (Q1)

La pertinence du 4<sup>ème</sup> programme a été quasi-suffisante. Les priorités nationales et les stratégies UNFPA ont été suffisamment prises en compte au moment de l'élaboration du programme. L'alignement des interventions avec les stratégies UNFPA a été suffisant. L'alignement du CP4 avec les priorités nationales a été modéré, du fait du changement de cap induit par la vision 2035 qui relègue au second plan les préoccupations socio-humanitaires. Mis à part ces aspects davantage favorables à la pertinence, l'on note quelques déficits. Ainsi, l'analyse des besoins avant la planification du 4<sup>ème</sup> programme a été plus institutionnelle que participative. De fait, à part les bénéficiaires institutionnels (ex. Sages-femmes), les autres bénéficiaires, notamment les communautaires, n'ont pas été consultés (jeunes, victimes VFG...). Cela explique des besoins non satisfaits au niveau communautaire. Certaines activités n'ont pas été mises en œuvre et certaines populations comme les jeunes n'ont pas été couvertes par des services adaptés. De même, la prise en compte des besoins des groupes vulnérables n'a pas été suffisante. Des groupes vulnérables comme les nomades, les enfants de rue ont été omis.

### ◆ Conclusion sur la réactivité (Q2)

D'une manière quasi-suffisante le bureau de pays a su s'adapter à l'évolution des besoins des populations cibles (Adolescents/jeunes et femmes) dans la planification **et la mise en œuvre de toutes les interventions appuyées dans le cadre du Programme. En effet**, les interventions de crise ont été planifiées avec l'Etat et différents acteurs, des interventions spécifiques ont été déployées dont le bloc opératoire du CMH d'Obock, la promotion la prévention et les premiers soins SSR et le CEIO dans le camp des réfugiés, qui correspondaient à divers besoins des réfugiés et déplacés. L'accès à ces soins bénéficie durablement aux populations riveraines. La routine des services du programme a continué dans les régions de l'intérieur du pays. Par contre, il a manqué un certain nombre de services clés dont des prestations conviviales pour les jeunes des groupes en crise, la prise en charge de l'évacuation des complications obstétricales, la réponse à certaines crises dont les déplacés de Dikhil, l'autonomisation économique des femmes réfugiées, la continuité des services réguliers du CP4 à Djibouti-ville...Ce sont là des défis à adresser pour une réponse ultérieure améliorée en situation de crise humanitaire.

### ◆ Conclusion sur l'Efficienne (Q3)

La lisibilité du critère d'efficience a été entravée par le choix d'une majorité d'indicateurs d'extrant au lieu d'indicateurs de produit, durant la planification du 4<sup>ème</sup> Programme de Pays (CP4). Ainsi, l'utilisation des ressources, techniques et approches ; la combinaison des outils et des approches et la stratégie de partenariat n'ont pas assez été en lien de contribution avec les résultats du CP4. De fait les résultats documentés du CP4 (7/9 indicateurs) ont été majoritairement (5/7) excédentaires, posant un problème de rationalité de la planification et d'influence d'autres paramètres que ceux inclus dans les prévisions financières. Par suite, le lien de l'implémentation en termes d'investissements du programme, de développement des stratégies, de mobilisation du partenariat avec les résultats n'est pas évident. L'on observe que l'alimentation effective des interventions par les ressources et approches a été généralement en dessous des prévisions/attentes ou du minimum nécessaire. Les résultats du CP4, davantage excédentaires, ont ainsi été en contraste avec les déterminants suivants: 1) Un investissement en RH plus ou moins suffisant (effectif et qualité insuffisant, malgré le supplément en gynécologue de l'UNFPA), (2) Un investissement en ressources matérielles modéré (médicaments et équipements injectés mais insuffisance et ruptures de stocks) , (3) Un investissement en ressources techniques important, mais partiellement exploités pour l'atteinte des résultats, (4) Un investissement modique en ressources financières (40% du budget) ; (5) Un partenariat inclusif mais faible en synergie; (6) une combinaison d'outils et d'approches marqué par une intégration des services modérément

adéquate, les limites surpassant les avancées ; (7) Une adéquation modérée des stratégies quant à la maximisation de l'efficacité du programme (stratégies de proximité, de rationalisation/minimalisation de la dépense et de réinvestissement des marges favorisant l'efficacité, mais entravée par les dysfonctionnements de la participation sectorielle et communautaire; (8) Un «mode d'engagement » ambigu du siège de l'UNFPA contraignant l'action du BP dans un contexte pays défavorable à la levée de fonds ; (9) Une harmonisation des outils et approches insuffisante, malgré des efforts vers l'amélioration du M&E, entravés par la faiblesse des systèmes sectoriels.

#### ◆ Conclusion sur l'efficacité des interventions Santé Sexuelle et Reproductive (Q4)

La performance documentée du produit 1 sur les SONU/FO améliorées a varié entre 0% (Indicateur 1 : Proportion de femmes référées et correctement prises en charge par le système) et 5 % (indicateur 2 : Nombre de cas de fistules traitées). Elle n'est pas significative pour un effet ultérieur. Les réalisations se sont limitées à 6 cas de FO traités en 2014 contre 165 attendus pour la période 2013-2016. La défaillance du système de suivi-évaluation/information (indicateur1) et l'absence d'un financement spécifique (indicateur 2) contribuent à cette situation.

Les résultats du produit 2 sur l'intégration SSR/SSP ont atteint à 78% les cibles fixées, se situant dans l'intervalle de la contre-performance (0%-79%), quoique qu'effleurant pratiquement la performance. L'implémentation satisfaisante des activités prévues dans le CPAP, traduite par des apports importants de l'UNFPA en matière de produits SPSR, de renforcement des capacités, d'assistance technique, de mobilisation de gynécologues étrangers, entre autres, ont butés contre des insuffisances structurelles, principalement les limites en RH, couverture sanitaire, disponibilité des intrants, en S&E, politiques, pratiques et approches.

Le produit 3 visant des initiatives communautaires Améliorées en PF, EMM et VFG a connu une performance variant d'excédentaire (158,89%) à suffisante (143,75%). Ces données concernent respectivement les réalisations sur les indicateurs 4 (Nombre de leaders communautaires formés en santé reproductive y compris la VFG et la détection des grossesses à risque : 143/90) et l'indicateur 5 (Nombre de femmes référées aux services de planning familial : 115/80). Une telle performance a été portée par la minimalisation des coûts observée chez l'UNFPA, laquelle a permis de démultiplier les réalisations, y compris les formations des leaders et la référence des femmes. L'intensité de la communication au sein de la population et l'engagement des relais communautaires ont également facilité la mobilisation de la communauté dans la pratique la référence des femmes, en particulier.

**Le produit 5 portant sur une offre de services SSRAJ** complet de qualité, conviviaux pour les Ado/jeunes

A présenté une performance variant de 15,38% à 176,67%, soit de l'insignifiant à l'excédentaire. Cette performance traduit les réalisations observées respectivement sur l'indicateur 6 (Nombre de centres amis des jeunes fonctionnels : 2/13) et sur l'indicateur 7 (Nombre de jeunes pairs éducateurs formés : 4240/2400). La contreperformance enregistrée sur l'indicateur 6 reflète l'option pour un partenariat quasiment monopolisé avec le SEJS, dont les revirements ont compromis la réalisation de diverses activités du processus de mise en place de Centres conviviaux pour Ado/Jeunes. Cependant la surperformance de l'indicateur7 a été portée par l'intensité des activités de mobilisation communautaire, la minimalisation des coûts réinvestis en démultiplication des formations et l'engagement du réseau Y-Peers.

#### ◆ Conclusion sur l'efficacité des interventions Genre et droits humains (Q4)

Les progrès réalisés en matière de genre ont été très variables d'un produit à l'autre et d'un indicateur à l'autre du programme, et les performances bien souvent excédentaires, mais aussi faibles voire nuls. Des résultats ont été certes enregistrés dans le renforcement de capacités des acteurs, mais en revanche ceux en matière de VFG montrent qu'elles persistent toujours et notamment les MGF<sup>70</sup>.

---

<sup>70</sup> L'enquête réalisée pour cerner les zones de résistance aux MGF en 2016 a démontré qu'il existe des défis pour l'abandon total des MGF. Certaines communautés résistent au changement social surtout dans les zones rurales. Toutefois, la mise en place des comités de veille ont permis

Les actions marquantes du BP ont été sans doute ses interventions au niveau de la CEIO pour prévenir et protéger les femmes survivantes des victimes de VFG d'une part, mais aussi les nombreuses campagnes d'IEC/CCC menées en faveur de la PF/SR et de la lutte contre les MGF d'autre part. La mobilisation des leaders communautaires, des chefs religieux, ainsi que des associations des femmes et des jeunes, y compris les actions entreprises par le réseau Y-Peer/Djibouti a été continue et remarquable, tout comme le soutien apporté à la mise en œuvre de la Politique Nationale Genre (2011-2021).

En somme, les interventions conduites en genre par le BP sur la période évaluée et les résultats obtenus ont concouru dans l'atteinte des produits du CPAP voire dépassés les cibles avec des scores souvent supérieurs à 100%.

#### ◆ Conclusion sur l'efficacité des interventions P&D (Q4)

En matière de population et développement, la stratégie de renforcement de capacités (formation et gestion des connaissances) retenu par le BP a été conforme à l'esprit et à l'engagement de l'UNFPA. Les progrès réalisés dans l'atteinte du produit en la matière ont été irréguliers, mais la performance a été excédentaire avec des scores dépassant les 100%. Le niveau de réalisation tend à démontrer que ce qui avait été prévu a été globalement atteint. Une contribution suffisante a été apportée par le BP au niveau de la collecte et l'analyse des données pour renseigner les politiques et programmes de développement. Mais en réalité, les capacités de la DISED sont extrêmement faibles, notamment en termes d'analyse des données et de projections démographiques<sup>71</sup>. Elle ne dispose pas de moyens suffisants pour disséminer les données et surtout pour mettre les différentes bases de données à la disposition des utilisateurs. C'est le cas également de pratiquement tous les départements sectoriels qui n'ont pas de capacités techniques suffisantes pour produire des données statistiques les concernant.

#### ◆ Conclusion sur la Durabilité (Q5)

L'analyse des besoins en vue de la durabilité des interventions n'a pas été prise en compte. Des partenaires d'exécution ont souligné par exemple la pratique des « per diem » octroyés par le BP aux participants le cadre d'organisation des ateliers de sensibilisation prévus dans les premiers PTA. Ces per diem ayant été supprimés les années suivantes, les partenaires ont eu beaucoup de mal à poursuivre les actions de sensibilisation. Autrement dit, le BP aurait dû initier les partenaires d'exécution à la collecte de fonds ou le fundraising, ainsi qu'à l'autonomie programmatique, l'intégration à l'existant, l'implication de la base (femmes, adolescents, jeunes, acteurs communautaires) qui ont été déficitaires. Par ailleurs, l'analyse des risques affectant le programme n'a pas été faite. De plus, l'élaboration d'un plan de contingence pour adresser les dits risques, n'a pas été développée et par conséquent n'a pas été mis en œuvre. En somme, la durabilité des interventions a été insuffisante.

#### ◆ Conclusion Q6, sur la Coordination UNCT

La petite taille du BP compromet son accès au leadership et sa capacité de contribution, au sein d'UNCT, qui est affectée par des limites, auxquelles s'ajoute le dysfonctionnement même des instances UNCT. En ce sens, l'incident relatif à l'implication du BP dans le camp des réfugiés de Markasi en est un exemple. Toujours est-il que le niveau de participation du BP au sein des mécanismes de coordination existants a été suffisant, et le

---

d'avoir des données sur le nombre de filles à risques et de les sauver de l'excision à travers des stratégies de communication diversifiées adaptées aux réalités des communautés.

<sup>71</sup>Par exemple, l'élaboration de la Vision 2035 a montré les limites du pays à établir des projections démographiques en parallèle avec l'accroissement économique escompté pour les 20 prochaines années.

BP/UNFPA en est même leader de quelques-uns de ces mécanismes (HACT, Genre, Population et Développement). En somme, la qualité et l'intensité de la contribution stratégique du BP a été quasi-suffisante.

◆ **Conclusion sur la valeur ajoutée (Q7)**

Compte tenu des interventions et des approches spécifiques à l'UNFPA par rapport aux autres acteurs du développement que le BP a entreprises et réalisées (bloc opératoire, formation des sages-femmes échographistes, renforcement de capacités des femmes bénévoles communautaires, renforcement de la CEIO et appui psychosocial des femmes survivantes aux VFG, distribution des préservatifs aux adolescents et jeunes, renforcement de capacités des jeunes pairs éducateurs par le réseau Y-Peer), on peut estimer que l'apport spécifique ou additionnel du programme pays a été positif, mais dans la mesure où l'exclusivité des interventions a été relativisée par le déficit financier par rapport au mandat de l'UNFPA, on peut dire que la valeur ajoutée du 4<sup>ème</sup> PP dans son ensemble a été modérée.

## CHAPITRE 6: RECOMMANDATIONS

Les recommandations, au nombre de dix (10) correspondent aux dix (10) conclusions proposées au chapitre précédent sur les conclusions de l'évaluation.

### 6.1. Recommandations pour conclusion(s) stratégique(s)

#### ◆ **Recommandation pour conclusion stratégique 1 sur la maîtrise stratégique dans le cadre du CP4**

La maîtrise stratégique de la coopération entre l'Etat de Djibouti et l'UNFPA nécessite un plan de renforcement intersectoriel définissant des priorités à court, moyen et long termes, pour renforcer les systèmes portant les interventions et rendre l'environnement facilitant. Un tel plan visera à améliorer la participation inclusive des parties prenantes nationales (Etat, société civile, privé, communauté) à travers des cadres fonctionnels de coordination, des partenariats formels décentralisés et des mécanismes d'incitation et de renforcement de la qualité et des résultats. Le plan sera assorti d'un mécanisme de suivi placé sous l'autorité d'une instance supérieur de l'Etat. Le plan mettra en priorité :

- Le passage à l'échelle de la mobilisation des ressources financières ;
- L'amélioration de la disponibilité des intrants de santé ;
- La rationalisation des ressources humaines ;
- L'optimisation de l'efficacité des stratégies d'intervention ;
- Le respect des engagements des parties par-delà les changements ; institutionnels internes ;
- Le renforcement des systèmes de statistiques sectoriel et du suivi-évaluation
- L'augmentation de la capacité institutionnelle du bureau pays UNFPA.

### 6.2. Recommandations pour conclusions au niveau programmatique

#### ◆ **Recommandation sur la pertinence (Q1)**

Le BP devrait améliorer prise en compte des priorités nationales, des besoins des bénéficiaires et l'exhaustivité de la MEO.

#### ◆ **Recommandations sur la réactivité (Q2)**

La planification ou la stratégie préparation des crises humanitaire ultérieures est à renforcer. Il y a à prévoir une analyse des besoins plus exhaustive et une stratégie de mobilisation des ressources plus ambitieuse, diversifiée et efficace en vue d'assurer : (a) des- prestations conviviales pour les jeunes sinistrés, (b) la prise en charge de l'évacuation des complications obstétricales, (c) la réponse au maximum de crises, (d)

l'autonomisation économique des femmes réfugiées et (e) la continuité des services réguliers du programme sur l'ensemble du territoire.

◆ **Recommandations sur l'efficacité (Q3)**

En vue de garantir la lisibilité de l'efficacité des interventions du prochain programme de pays, l'UNFPA devra mobiliser une expertise de suivi-évaluation adéquate. Une telle expertise travaillera à une meilleure articulation de la logique d'intervention et une élaboration pertinente du cadre des résultats.

◆ **Recommandations sur l'efficacité des interventions SSR (Q4-SSR)**

En vue d'améliorer la performance des indicateurs de produit en matière de SSR, l'UNFPA devra combler les gaps observés aux niveaux des déterminants de la performance à travers :

- Le choix d'indicateurs renseigné par les données de routine ;
- Le renforcement des capacités des acteurs pour renseigner les indicateurs à documentation complexe
- Le renforcement de la capacité du BP à mobiliser les financements et ressources budgétisées/planifiées
- La contribution à la réduction des obstacles à l'offre des services SR par le plaidoyer et l'implication dans le renforcement des systèmes de la santé, du social et de la jeunesse
- La diversification des partenaires contractuels (PTA) en matière de SSRAJ et l'appui au renforcement de la coordination et du suivi des programmes de coopérations du SNU avec la partie nationale.
- La priorisation du développement des centres amis des jeunes

◆ **Recommandation sur l'efficacité des interventions Genre et Droits Humains (Q4-Genre)**

Afin d'améliorer l'atteinte des résultats de produits, au-delà des extrants, le BP devrait prendre les mesures suivantes :

- La consolidation des acquis en matière de Genre et VFG, y compris ceux en faveur de la lutte contre les MGF.
- La facilitation du renforcement des compétences des institutions nationales, de la société civile et des leaders communautaires en matière de genre et droits, en plus des activités pertinentes en cours, en vue de réduire substantiellement les VBG, ,
- L'appui à la mise en œuvre d'activités de plaidoyer dans la cadre du programme conjoint UNFPA/UNICEF de lutte contre l'excision et de VFG/Promotion des Droits humains.
- L'appui à la mise en œuvre de la Politique Nationale Genre et ces mécanismes de coordination
- La mobilisation des ressources additionnelles pour la promotion du genre et la lutte contre les VFG.

◆ **Recommandation sur l'efficacité des interventions P&D (Q4-P&D)**

L'UNFPA devra renforcer l'intégration des projections démographiques dans les plans et programmes de développement du pays dans le cadre d'un effort conjoint/harmonisé avec les partenaires techniques et financiers à court et moyen termes, à travers :

- La poursuite du renforcement des capacités techniques des parties prenantes (DISED, ministères, institution d'enseignement supérieur ou de recherche, SNIS, CEIO<sup>72</sup>) en matière de collecte, exploitation et utilisation des données pour le développement ;

---

<sup>72</sup> L'opérationnalisation de la base de données intégrée, ainsi que l'appui donnée à plusieurs structures telles que la CEIO, pourront permettre une collecte de données plus régulière et systématique.

- La généralisation de l'utilisation des bases de données pertinentes ;
- La poursuite de l'appui à la coopération Sud-Sud en matière de P&D

◆ **Recommandation pour la durabilité (Q5)**

Le BP devrait renforcer les capacités de collecte de fonds ou Fundraising et l'autonomie programmatique à tous les niveaux et passer à l'échelle la participation du niveau communautaire

◆ **Recommandation Q6 sur la Coordination UNCT**

Le BP devrait contribuer à renforcer la fonctionnalité des instances de l'UNCT, analyser et gérer les risque de discordes inter-agence d'une part, et faire le plaidoyer auprès du siège de l'UNFPA pour la mise en place d'un bureau répondant à un minimum standard de fonctionnalité d'autre part. Le BP devrait aussi partager son CPD avec UNCT.

◆ **Recommandation Q7 sur la Valeur Ajoutée UNFPA**

Le BP devrait passer à l'échelle le fundraising et assurer l'émulation des bénévoles communautaires.

## **ANNEXES**

### **Annexe 1 : Termes de Référence**



**République de Djibouti**



**UNFPA : parce que chacun compte**

## **TERMES DE REFERENCE POUR L'EVALUATION FINALE**

**DU 4<sup>ème</sup> PROGRAMME PAYS**

**UNFPA-DJIBOUTI (2013-2017)**

**Mars 2016**

## 1. INTRODUCTION

Le Gouvernement de la République de Djibouti et le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA) ont élaboré un 4<sup>ème</sup> Programme de coopération pour la période 2013-2017 qui s'aligne sur les priorités nationales pour le développement. Il émane du Bilan Commun de la République de Djibouti (CCA) et des priorités stratégiques du Plan cadre d'Aide au Développement des Nations Unies (UNDAF).

La politique de l'évaluation d'UNFPA de 2013 prévoit l'évaluation des programmes pays au moins une fois tous les deux cycles de programmation. L'évaluation du 4<sup>ème</sup> Programme va permettre de démontrer les résultats atteints et les performances enregistrées aux yeux du

Conseil d'Administration d'UNFPA, des partenaires de développement, des partenaires de mise en œuvre et des bailleurs de fonds et les leçons apprises contribueront à la mise en œuvre du Plan d'Action de la CIPD et serviront de base pour l'élaboration d'un nouveau programme pays. Les principaux utilisateurs de l'évaluation sont le Bureau de Pays de UNFPA à Djibouti, le Bureau Régional de UNFPA pour les pays arabes (ASRO) et les divisions du siège de UNFPA, qui peuvent tous utiliser l'évaluation comme une base objective pour la prise de décision. L'évaluation pourrait également être utilisée par les partenaires gouvernementaux et de la société civile, ainsi que les autres partenaires de développement (tels que les agences des Nations Unies) à Djibouti à travers la diffusion de ses résultats.

## 2. CONTEXTE

Djibouti fait partie des pays les moins avancés à revenu faible et se classe au 168<sup>ème</sup> rang avec un Indice de Développement Humain (IDH) <sup>73</sup>de 0,470.

La pauvreté s'est élargie au cours des dernières années et a touché toutes les zones géographiques et bon nombre de catégories sociales. Le taux de pauvreté extrême est estimé à 42 pour cent, dont le plus grand nombre se retrouve à Djibouti-ville. En zone rurale, le phénomène a pris des allures de catastrophes, avec plus de 3 ruraux sur 4 vivants dans l'extrême pauvreté.

Dans ce contexte de vulnérabilité, les pouvoirs publics ont élaboré l'initiative nationale de développement social (INDS) pour la période 2008-2012. L'INDS vise la création d'une dynamique de croissance et une accumulation du capital humain, afin de faciliter la participation des plus pauvres aux activités productives et favoriser la redistribution des revenus. Des programmes multisectoriels de réduction de la pauvreté ont été également mis en place.

---

<sup>73</sup> Rapport sur le développement humain 2015

Le recensement de 2009<sup>2</sup> a estimé, la population Djiboutienne à 818.159 habitants dont 70,6% vivent en milieu urbain et 58,1% dans la capitale Djibouti-ville. Le taux d'accroissement de la population est de 2,8 % par an. L'espérance de vie est faible, estimée à 57 ans. L'indice synthétique de fécondité a été estimé à 2,9 en 2014.

Les mouvements migratoires notamment en provenance de l'Ethiopie et de la Somalie sont importants. Les migrants estimés à 114.000 en 2010, pèsent fortement sur les ressources du pays.

Djibouti subit d'une manière endémique les effets dévastateurs des catastrophes naturelles, telles que les sécheresses et les inondations. Les déplacements internes de la population du fait de ces phénomènes contribuent à la création d'îlots de pauvreté dans les régions de l'intérieur et à la périphérie de Djibouti-ville.

En matière de santé, Djibouti a consenti beaucoup d'efforts en augmentant: (1) le budget de 10,4 % en 2005 à 14 % en 2011, (2) le nombre de structures sanitaires de base de 35 en 2005 à 43 en 2010, (3) le nombre de pharmacies communautaires de 5 à 12 et (4) le personnel de santé de 1.551 en 2007 à 2.036 en 2010. Malgré cette amélioration sensible de l'accès de la population aux soins de santé, et une amélioration des indicateurs de mortalité maternelle et infanto/juvénile, ces derniers restent élevés.

Le taux de mortalité maternelle a été de 383 pour 100.000 naissances vivantes en 2012. Ce taux de mortalité maternelle élevé s'explique par les complications de grossesses et d'accouchements, les avortements clandestins, les maladies et la faible prise en charge des femmes enceintes, le faible accès aux services de soins, l'insuffisance de personnel qualifié, l'insuffisance de la prise en charge familiale et communautaire des femmes enceintes, le manque de connaissances en matière de santé de la mère et de l'enfant, et l'état nutritionnel des mères.

Le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans est passé de 127 pour 1.000 en 2002 à 67,8 en 2012. Les diarrhées, les infections respiratoires aiguës et la malnutrition sévère restent les causes les plus communes de mortalité infantile.

Selon le recensement de 2009, il y a toujours des disparités qui traduisent l'inégalité des femmes à l'accès à l'emploi et à l'autonomie. Les femmes sont davantage touchées par le chômage (71,1 %) que les hommes (56,1 %). Des campagnes d'information et de sensibilisation contre la violence fondée sur le genre ont eu lieu, afin de préserver et protéger les droits des femmes. La création d'une Cellule d'Ecoute, d'Information et d'Orientation des femmes victimes de violence a permis de contribuer à l'amélioration de la prise en charge psychosociale de la femme. Une autre cellule d'écoute a été mise en place par l'UNFD, avec l'appui du HCR, en 2010 au sein du camp d'Ali-Addeh en faveur des femmes réfugiées victimes de violences sexuelles.

On note des progrès dans la lutte contre les mutilations génitales féminines (MGF) et l'Enquête Djiboutienne sur la santé de la Famille de 2012<sup>74</sup> a estimé leur prévalence à 78,4%. Toutefois, selon des récentes enquêtes scolaires, cette pratique est encore plus en régression chez les jeunes filles : 60% des fillettes n'ont subi aucune mutilation en 2010, contre 50% en 2006. Cette tendance varie selon le type de mutilation et selon les variables socioculturelles. La promulgation des lois amendées relatives à la capacité d'ester en justice pour les associations de défense des droits de la femme dans le cas de violences à l'égard des femmes et notamment les MGF en 2009 a contribué à protéger le droit à la santé des femmes.

Une étude sur la vulnérabilité des adolescentes et jeunes filles en difficulté face au VIH/SIDA, âgées de 13 à 24 ans, a révélé que des filles ont fait l'objet de violences sexuelles, et aucune d'entre elles ne signale l'existence d'un service de recours. L'étude relève aussi le phénomène de grossesse non désirée. 82% des adolescentes enquêtées pensent que le problème des grossesses non désirées est fréquent et en augmentation dans le pays. Les stratégies de communication particulièrement adaptées aux groupes les plus à risque n'existent pas, et le système d'information accuse de grandes lacunes.

Des efforts ont été entrepris par les plus hautes autorités de l'État pour améliorer la situation des jeunes, qui demeure préoccupante. Une grande partie de la jeunesse est désœuvrée.

Environ 55% des jeunes de 15 à 30 ans n'ont aucune activité productive. Près de 65% de jeunes ayant un niveau d'enseignement supérieur sont confrontés au chômage. L'inadéquation entre l'offre et la demande de compétences reste l'une des principales causes du chômage des jeunes diplômés. Les espaces d'insertion sociale dédiés aux jeunes sont limités. Des initiatives récentes ont permis de développer des espaces communautaires pour promouvoir leur insertion sociale et offrir des opportunités d'emploi dont le Service National Adapté (SNA).

La difficulté de trouver un emploi convenable, auquel s'ajoutent l'analphabétisme, l'échec et l'abandon scolaire, le manque de formation et de qualification, et le manque de loisirs, incitent les adolescents et jeunes à s'adonner à des comportements à risques, tels que la toxicomanie, la violence et la délinquance.

Les comportements à risque des adolescents (es) et des jeunes s'expliquent par l'absence d'écoute, de conseils et de soutien au niveau des quartiers, et l'insuffisance de l'offre de services sanitaires et d'information destinées aux jeunes. Les soins hospitaliers sont payants et chers et donc peu accessibles aux jeunes.

---

<sup>74</sup> Enquête Djiboutienne sur la santé de la Famille 'PAPFAM 2012

La prévalence et l'incidence élevées de la tuberculose, ainsi que l'épidémie du VIH, place la problématique de la co-infection à un niveau particulier. Djibouti est le deuxième pays au monde où la prévalence de la Tuberculose est la plus élevée. Le taux de prévalence du VIH/SIDA de 2,7% est encore le plus élevé dans la région du Moyen Orient et de l'Afrique du Nord. L'accès à l'information et aux moyens de prévention et de traitement, ainsi que le faible recours au préservatif sont des causes directes qui expliquent la généralisation de l'épidémie du VIH/SIDA. Les causes sous jacentes sont liées à la situation de précarité et à la vulnérabilité de la plupart des individus, la faible participation communautaire dans la prévention et la lutte contre la maladie, la faiblesse de la couverture du programme de prise en charge globale qui est de 20%.

Djibouti a réalisé son premier Recensement General de la Population et de l'Habitat (RGPH) en 1983 et le 2<sup>ème</sup> en 2009. Les résultats préliminaires du RGPH 2009 ont été publiés en mars 2010. Des enquêtes à portée nationale, comme l'Enquête Djiboutienne Auprès des Ménages, l'EDAM-3 et l'EDIM-2, n'ont pu être réalisées en 2011, faute de moyens humains, matériels et financiers. Pourtant ces enquêtes auraient grandement servi à apprécier l'évolution de la pauvreté dans le pays, et les indicateurs sur la mortalité maternelle et infantile sur lesquelles planent toujours des incertitudes. Le système d'information sanitaire n'est pas en mesure d'assurer le suivi périodique des données sur la mortalité maternelle et néonatale. Pour combler le manque crucial de données statistiques, le pays a entrepris une redynamisation de l'appareil statistique national, et une révision du Schéma directeur de la Statistique de 2008.

Djibouti a été le seul pays de la région à accepter des réfugiés en provenance du Yémen. Depuis l'escalade du conflit au Yémen en Mars 2015, de nombreux Yéménites sont à risque de devenir des réfugiés dans les pays voisins.

Selon les dernières statistiques disponibles de l'OIM et du gouvernement de Djibouti 33 340 personnes de nationalités mixtes sont arrivés à Djibouti depuis que la crise a éclaté le 26 Mars 2015. Parmi ceux-ci, 18 952 personnes (57%) sont des ressortissants yéménites, 12 427 (37%) sont migrants en transit et 1 961 personnes (6%) sont rapatriés Djiboutiennes.

Au 31 Mars 2016, le HCR et ONARS (Office National d'Assistance aux Réfugiés et Sinistrés) ont enregistré 7 002 réfugiés, dont 6 766 sont des ressortissants yéménites. Parmi eux, 2 836 sont des femmes. Il y a un total de 3 225 réfugiés qui sont abrités dans le camp de réfugiés Markazi (Region d'Obock). Les restants de réfugiés vivent dans Obock et Djibouti ville.

### **L'UNFPA à Djibouti :**

L'UNFPA est l'une de ces agences des Nations Unies qui œuvre en faveur du droit à la santé et de l'égalité des chances de chacune et chacun, homme, femme et enfant. Elle aide et coopère avec les autorités du pays depuis 20 ans. Pour ce faire, elle travaille par programmes et par cycles pluriannuels. Programmes inscrits à la fois dans ceux du système des Nations Unies pour obtenir les meilleurs effets pour la population, et articulés avec les politiques et priorités du pays.

Le programme proposé (2013-2017) s'aligne sur les priorités nationales pour le développement et se compose de cinq produits.

Produit 1 : Les conditions d'accouchement et d'urgences obstétricales sont sensibles aux droits humains et sont améliorées au niveau de 6 maternités

Produit 2 : Le paquet minimum de services de santé reproductive est disponible au niveau des centres de santé de base

Produit 3 : Les initiatives Communautaires pour la promotion du planning familial, l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et la lutte contre les violences fondées sur le genre sont améliorées.

Produit 4 : Des services d'écoute, de prise en charge et de soutien de qualité, sensibles au genre et aux droits de l'homme, répondent aux besoins des adolescents et des jeunes.

Produit 5 : La contribution des plans et programmes de développement à la santé maternelle, y compris les questions du genre et des jeunes, est améliorée.

L'UNFPA pèse dans l'offre de soins à Djibouti, celle autour de la santé reproductive, au cœur des demandes et surtout des enjeux liés à la mortalité maternelle et infantile.

A travers des partenariats multiples et diversifiés associant aussi bien les institutions gouvernementales que la société civile, l'UNFPA offre son appui au pays pour utiliser les données démographiques dans la formulation des politiques et des programmes visant à réduire la pauvreté et pour faire en sorte que toutes les grossesses soient désirées, que tous les accouchements soient sans risques et que tous les jeunes atteignent leur plein potentiel.

### **3. OBJECTIVES DE L'EVALUATION**

**L'objectif général** de l'évaluation du Programme Pays est d'améliorer la redevabilité du Bureau de Pays par rapport à la pertinence et la performance du Programme vis-à-vis des donateurs et de tirer des enseignements qui serviront dans la conception du prochain cycle

de programmation. L'évaluation couvre l'ensemble du Programme sur la période 2013-2016.

Les **objectifs spécifiques** de l'évaluation du Programme Pays sont les suivants :

- Fournir au Bureau de Pays de l'UNFPA à Djibouti et aux parties prenantes du programme, une évaluation indépendante des progrès réalisés vers l'atteinte des résultats attendus du consignés dans le cadre des résultats du programme de pays.
- Fournir une évaluation du positionnement du Bureau de Pays au sein des partenaires nationaux et internationaux de développement, en termes de capacité de réponse aux besoins nationaux tout en ajoutant de la valeur aux résultats de développement du pays.
- Identifier des leçons clés de la coopération passée et actuelle et fournir des recommandations stratégiques pour le prochain cycle de programmation;

#### **4. QUESTIONS ET CRITERES DE L'EVALUATION**

L'évaluation du Programme Pays va couvrir les principales composantes du Programme Pays suivantes :

- Santé Reproductive ;
- Santé Sexuelle et Reproductive chez les adolescents et les jeunes ;
- Egalité des sexes (ou égalité homme-femme) et lutte contre la violence basée sur le genre ;
- Population et Développement

L'évaluation du Programme Pays comporte deux niveaux d'analyses : **a)** l'analyse des domaines programmatiques et **b)** l'analyse du positionnement stratégique. A chaque niveau d'analyse des critères d'évaluation permettant d'orienter l'analyse par rapport aux différents aspects et sous une variété d'angles de vue sont attribués.

En effet, l'analyse programmatique sera conduite sous les quatre critères recommandés à savoir : **(1)** pertinence, **(2)** efficience, **(3)** efficacité et **(4)** durabilité. De l'autre côté, deux critères seront appliqués à l'analyse du positionnement stratégique : **(1)** coordination avec l'Equipe du Pays des Nations Unies(UNCT) et **(2)** la valeur ajoutée de UNFPA.

Pour cela, l'évaluation sera basée sur un certain nombre de questions d'évaluation (dix au maximum) couvrant les critères suivants :

**Pertinence :**

Dans quelle mesure les objectifs du programme pays correspondent-ils aux besoins de la population au niveau pays (en particulier ceux des groupes vulnérables), et ont été alignées pendant toute la période du programme avec les priorités du Gouvernement et avec les stratégies d'UNFPA.

**Efficiences :**

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

**Efficacité :**

Dans quelle mesure les produits du Plan d'action du Programme Pays (CPAP) ont été atteints et comment ils ont contribué à la réalisation des résultats du CPAP ?

**Durabilité :**

Dans quelle mesure les interventions financées par UNFPA, après l'arrêt du financement, peuvent continuer, en particulier, leur résistance face aux risques ?

Dans quelle mesure UNFPA a été capable d'appuyer les partenaires dans le développement des capacités et l'établissement des mécanismes d'appropriation interne ?

**Coordination (avec l'équipe de pays des Nations Unies(UNCT)) :**

Dans quelle mesure UNFPA a été un membre actif et contributeur aux mécanismes de coordination existants (UNCT, Groupes Thématiques) **Valeur ajoutée de l'UNFPA :**

Dans quelle mesure le programme pays de l'UNFPA apporte des avantages spécifiques et complémentaires aux résultats d'autres interventions des acteurs du développement ?

La liste des questions est seulement indicative, et que c'est l'équipe de l'évaluation qui la finalise lors de la phase de conception.

**5. METHODOLOGIE ET APPROCHE DE L'EVALUATION****Collecte de données :**

L'évaluation utilisera des outils de recherche quantitatifs et qualitatifs, y compris la revue documentaire de la littérature, les statistiques aux niveaux national et local, les données d'enquêtes, interviews individuelles et en groupes, les focus groupes et les visites de terrain.

### **Assurance qualité :**

L'équipe d'évaluation utilisera une diversité de méthodes pour assurer la validité des données recueillies. Outre une triangulation systématique des sources de données, la validation des données sera assurée par des échanges réguliers avec les gestionnaires de programmes du Programme Pays et le groupe de référence.

### **Participation et inclusion:**

L'évaluation adoptera une approche inclusive, impliquant un large éventail de partenaires et parties prenantes. L'équipe d'évaluation effectuera une cartographie des parties prenantes afin d'identifier à la fois les partenaires directs et indirects d'UNFPA (c'est-à-dire des partenaires qui ne travaillent pas directement avec UNFPA mais qui jouent un rôle clé dans l'atteinte des résultats pertinents aux domaines thématiques au niveau national). Ces partenaires comprennent des représentants du Gouvernement, des organisations de la société civile, les organisations des Nations Unies, d'autres organisations de coopération multilatérale et bilatérale et, surtout, les bénéficiaires du programme.

## **6. PROCESSUS DE L'EVALUATION**

L'évaluation se déroulera en quatre phases : (i) Préparation ; (ii) Conception) ; (iii) Collecte de données sur le terrain, (iv) Synthèse.

### **(i) Phase de préparation**

Il s'agit de la phase préliminaire de l'évaluation incluant :

- La préparation des termes de référence (TdR) ;
- La mise en place du groupe de référence pour l'évaluation ; - La sélection et le recrutement des évaluateurs ;
- La collecte initiale de la documentation relative au programme du pays.

### **(ii) Phase de conception (9 jours) :**

Durant cette phase l'équipe de l'évaluation doit acquérir une connaissance approfondie à la fois du Programme de Pays et du contexte national. Elle doit choisir et adapter les questions d'évaluation et identifier les méthodes les plus appropriées pour la collecte et

l'analyse des données. L'équipe de l'évaluation doit également sélectionner l'échantillon de parties prenantes à rencontrer au cours de la phase de terrain.

En effet il s'agit de :

- Effectuer une revue documentaire de toute la documentation pertinente disponible au niveau du Siège, du Bureau Régional et du Bureau de Pays concernant le Programme de Pays de l'UNFPA à Djibouti ;
- Développer une cartographie des parties prenantes du gouvernement et de la société civile pertinentes pour l'évaluation et définir les liens qui existent entre ces différents groupes ;
- Reconstruction de la logique d'intervention du programme c'est à dire la théorie du changement qui vise à lier les activités prévues aux résultats escomptés du programme ;
- Finaliser la liste des questions de l'évaluation;
- Elaborer la matrice d'évaluation qui guidera la collecte de données sur le terrain.
- Développer la stratégie de collecte et d'analyse des données ainsi qu'un plan de travail concret de la phase de collecte de données sur le terrain.

À la fin de la phase de conception, l'équipe d'évaluation va produire un rapport sur la conception mettant en exergue les résultats des étapes ci-haut énumérées.

### **(iii)Phase de terrain (20 jours) :**

Après la phase de conception, l'équipe d'évaluation entreprendra quatre semaines de mission de collecte et d'analyse des données nécessaires pour répondre à la liste finale des questions d'évaluation consolidée à la phase de conception. Le recueil de données devrait se faire conformément à l'approche méthodologique et au plan de travail indiqué dans le rapport de sur la conception de l'évaluation et validé par le Bureau de Pays de l'UNFPA.

À la fin de la phase de terrain, l'équipe d'évaluation va faire au Bureau pays une présentation sur les résultats préliminaires de l'évaluation, en vue de valider les résultats préliminaires et discuter les propositions de conclusions et recommandations provisoires.

### **(iv)Phase de synthèse (15 jours) :**

Durant cette phase, l'équipe d'évaluation va poursuivre le travail d'analyse entrepris au cours de la phase de terrain et préparer un premier draft de rapport final d'évaluation, en tenant compte des observations formulées par le Bureau pays lors de la réunion de débriefing. L'équipe de l'évaluation partagera la matrice d'évaluation avec le Bureau Pays afin de vérifier et reconfirmer la base factuelle avant de soumettre le premier draft.

Le Bureau de Pays à travers son gestionnaire d'évaluation procédera en consultation avec le groupe de référence et le conseiller régional en S&E à l'évaluation de la qualité de ce premier draft de rapport final à l'aide d'une grille d'examen de la qualité de l'évaluation. A l'issue de ce processus et après la revue du projet de rapport en fonction des commentaires et remarques du groupe de référence, l'équipe de l'évaluation soumettra la version révisée du rapport final.

Cette deuxième version révisée du rapport final servira de base pour organiser un séminaire (une journée) de diffusion des résultats dont les participants seront constitués des représentants du Bureau Pays ainsi que toutes les parties prenantes clés du programme. La version finale du rapport devra être soumise dans les jours qui suivent l'atelier au Bureau de Pays en tenant compte des remarques et commentaires des participants.

Et comme dernière étape de cette phase de synthèse, la version finale du rapport sera soumise à un dernier examen au Siège de l'UNFPA pour une évaluation finale de la qualité (final EQA<sup>75</sup>) par le Bureau d'Evaluations (Evaluation Office). Le rapport final de l'évaluation, ainsi que le « Management Response », seront publiés dans la base de données d'évaluation de

UNFPA par le Bureau d'Evaluations.

## 7. PRODUITS LIVRABLES

Les documents suivants sont attendus de l'équipe d'évaluation :

- Un rapport de conception<sup>76</sup> présentant (i) une cartographie des parties prenantes (ii) la matrice d'évaluation<sup>77</sup> y compris la liste finale des questions d'évaluation et des indicateurs (iii) et la conception de l'évaluation et la méthodologie, avec une description détaillée du plan de collecte des données pour la phase de terrain.
- Une présentation de débriefing (Power Point) sur la synthèse des principales constatations, conclusions préliminaires et recommandations de l'évaluation, qui sera faite et discutée avec le Bureau pays lors de la réunion de débriefing prévu à la fin de la phase de terrain.
- Un premier draft de rapport d'évaluation final provisoire suivi d'un second rapport final provisoire prenant en compte les commentaires du groupe de

---

<sup>75</sup> Evaluation Quality Assessment à voir en annexe.

<sup>76</sup> Le plan du rapport de conception est en annexe

<sup>77</sup> La matrice d'évaluation est en annexe

référence ainsi que ceux du gestionnaire de l'évaluation et du conseiller régional (M&E Advisor).

- Une présentation PowerPoint des résultats de l'évaluation pour le séminaire de diffusion des résultats les parties prenantes clés du programme.
- Un rapport final<sup>78</sup> sur la base des commentaires exprimés lors du séminaire de diffusion.

Tous les produits livrables seront rédigés en **français**.

## 8. CALENDRIER INDICATIF DE L'EVALUATION

Phase/livrables	Dates indicatives
<b>1. Phase Préparatoire</b>	
Elaboration des TdR	Mars 2016
Finalisation, approbation des TdR et constitution du Groupe de Référence	Juin 2016
Publication de l'appel d'offre	Août 2016
Sélection et recrutement de l'équipe d'évaluation	Janvier-Février 2017
<b>2. Phase de Conception</b>	
Soumission et validation du rapport de conception	Mars 2017
<b>3. Phase de Terrain</b>	Mars-Avril 2017
<b>4. Phase de Synthèse</b>	
Projet de rapport final	Avril –Mai 2017
Atelier national de partage des résultats	Mai 2017
Rapport final	Mai 2017
<b>Dissémination du rapport final</b>	Juin 2017

## 9. COMPOSITION DE L'EQUIPE DE L'EVALUATION/ ROLE et RESPONSABILITE

Il est prévu que l'équipe de l'évaluation sera constitué d'un consultant international et d'un consultant national. Le chef d'équipe aura la responsabilité globale de coordination du processus d'évaluation et de production du rapport final mais aussi de la composante santé reproductive y compris la sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes.

Le consultant national fournira l'expertise sur les questions de population et développement et sur les questions de l'égalité des sexes.

<sup>78</sup> Le plan du rapport final est en annexe

- ✓ Un chef d'équipe a la responsabilité globale de la production du draft et du rapport d'évaluation finale. Il/Elle dirigera et coordonnera le travail de l'équipe d'évaluation et sera également de l'assurance de la qualité de tous les résultats de l'évaluation. Le chef d'équipe apportera son expertise dans le domaine de la santé reproductive (la planification familiale, la sécurité des produits de santé de la reproduction, la santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes). A la phase de synthèse, il / elle sera responsable de la production de la première version complète du rapport d'évaluation sur la base des apports d'autres membres de l'équipe d'évaluation.
  
- ✓ Un consultant national en population et développement et en genre apportera son expertise sur les questions de population et développement et du genre. Outre son expertise technique, l'expert doit avoir une bonne connaissance du contexte du développement national. Il/Elle va prendre part à la collecte de données et l'analyse lors de la conception et la phase de terrain. Il/Elle sera responsable de la rédaction des éléments clés du rapport de conception et du rapport final d'évaluation, y compris les sections relatives à la composante population et développement et à l'égalité des sexes.

Tous les consultants doivent écrire et parler couramment le français. Avoir la capacité d'exploiter des documents en Anglais.

## **10. PROFIL DES CONSULTANTS DE L'EVALUATION**

### **1. Consultant International, chef d'équipe**

- Formation universitaire supérieure (minimum bac+5 en santé publique, sciences sociales, sciences économiques, sciences politiques ou équivalent);
- Expérience de plus de 6 ans confirmée dans la conception et la conduite des évaluations des Programmes ;
- Expérience significative dans la conduite d'évaluations dans le domaine de l'aide au développement pour le compte d'agences des Nations Unies ou d'autres organisations internationales ;
- Bonnes connaissances de la Planification familiale, des interventions dans le domaine de la Santé Sexuelle et Reproductive chez les adolescents et les jeunes et des stratégies de lutte contre la mortalité maternelle ;
- Compétences analytiques des programmes, des stratégies et politiques ;
- Excellentes aptitudes de gestion et capacités de travailler avec des équipes pluridisciplinaires et multiculturelles ;

- Excellentes capacités de communication et de rédaction en français ; -  
Maîtrise de l'arabe serait un atout.

## **2. Consultant, spécialiste en Population et développement et en genre**

- Formation universitaire supérieure (minimum bac+5 en Sciences sociales, sciences économiques, sciences politiques ou domaine similaire) ;
- Expérience significative (5ans) en conduite des évaluations avec les Nations Unies ou d'autres organisations internationales ;
- Expérience pertinente dans les questions de population et de développement;
- Expérience pertinente dans le domaine du genre et des violences basées sur le genre ;
- Excellente capacité de travailler au sein des équipes pluridisciplinaires et multiculturelles ;
- Excellente capacité de rédaction et de communication en français.

### **Rémunération :**

Les frais des consultants seront payés sur base des procédures des Nations Unies en utilisant les modalités de paiement suivantes:

- a. 20% - paiement initial lors de l'approbation du rapport de conception ;
- b. 50% - deuxième paiement après acceptation de la production d'un projet de rapport complet ;
- c. 30% - paiement lors de l'approbation du rapport final

### **Durée du travail par consultant :**

**Experts techniques**

Phase/Livrables	Santé Sexuelle et Reproductive	Population & Développement Genre & GBV
Rapport de conception	9	9
Phase de terrain	20	20
Analyse de données, rapport final et annexes	15	10
Atelier de restitution des résultats de l'évaluation	1	1
<b>Total</b>	<b>45 jours</b>	<b>40 jours</b>

## 11. GESTION ET CONDUITE DE L'ÉVALUATION

Le **gestionnaire de l'évaluation** est un membre du bureau pays, il gère l'ensemble du processus du début à la fin au nom du CO, en particulier l'évaluation :

- **assure** la cohérence tout au long du processus de l'évaluation du TDR à la diffusion des résultats et le suivi des recommandations en consultation avec le conseiller régional en S&E.
- **coordonne** les contributions des différents acteurs (de l'équipe d'évaluation, le groupe de référence, le personnel du CO).
- est **la personne de contact** pour le documentaire, l'organisation, il organise et supervise toutes les phases de l'évaluation.
- Sert de **centre de liaison** de l'évaluation entre le Bureau de pays, les partenaires d'exécution (gouvernementaux et de la société civile) afin de permettre l'échange d'information et la collecte de données.

Le **groupe de référence** sera composé des représentants du Bureau de pays de l'UNFPA Djibouti, des représentants des partenaires nationaux (gouvernement et ONG) ainsi que le Bureau Régional de l'UNFPA. Les principales fonctions du groupe de référence sont :

- Contribuer à la finalisation des termes de référence.
- Fournir à l'équipe d'évaluation l'information et de la documentation pertinente sur le programme.
- Faciliter l'accès de l'équipe d'évaluation aux informateurs clés au cours de la phase de terrain.
- Discuter et approuver les rapports produits par l'équipe d'évaluation.
- Donner des avis sur la qualité du travail accompli par l'équipe d'évaluation.

- Donner des feedback sur les constats, les conclusions et recommandations de l'évaluation en vue de les intégrer dans la prochaine conception et exécution des programmes.

## ANNEXES

### 1. Liste préliminaire des documents de référence :

- Plan cadre de Nations Unies pour l'Aide au Développement (UNDAF) 2013-2017
- Plan d'Action du Programme Pays entre UNFPA et Gouvernement Djiboutien (2013-2017)
- Handbook "How to Design and Conduct a Country Program Evaluation at UNFPA"
- Rapports Annuels du bureau (COAR)
- Rapport d'activité des différents ministères
- Rapport de Revue à mi-parcours de l'UNDAF 2013-2017

### 2. Liste des Plans de Travail Annuels par composante du programme

### 3. Principes éthiques d'UNEG/UNFPA pour la conduite des évaluations (à signer par les évaluateurs):

Evaluations of UNFPA-supported activities need to be independent, impartial and rigorous. Each evaluation should clearly contribute to learning and accountability. Hence evaluators must have personal and professional integrity and be guided by propriety in the conduct of their business. In particular:

1. To avoid **conflict of interest** and undue pressure, evaluators need to be **independent**, implying that members of an evaluation team must not have been directly responsible for the policy-setting/programming, design, or overall management of the subject of evaluation, nor expect to be in the near future. Evaluators must have no vested interests and have the full freedom to conduct impartially their evaluative work, without potential negative effects on their career development. They must be able to express their opinion in a free manner.
2. Evaluators should protect the anonymity and **confidentiality of individual informants**. They should provide maximum notice, minimize demands on time, and respect people's right not to engage. Evaluators must respect people's right to provide information in confidence, and must ensure that sensitive information cannot be traced to its source. Evaluators are **not expected to evaluate individuals**, and must balance an evaluation of management functions with this general principle.

3. Evaluations sometimes uncover suspicion of wrongdoing. Such cases must be reported discreetly to the appropriate investigative body.
4. Evaluators should be **sensitive to beliefs, manners and customs** and act with integrity and honesty in their relations with all stakeholders. In line with the UN Universal Declaration of Human Rights, evaluators must be sensitive to and **address issues of discrimination and gender equality**. They should avoid offending the dignity and self-respect of those persons with whom they come in contact in the course of the evaluation. Knowing that evaluation might negatively affect the interests of some stakeholders, evaluators should conduct the evaluation and communicate its purpose and results in a way that clearly respects the stakeholders' dignity and self-worth.
5. Evaluators are responsible for the clear, accurate and fair written and/or oral presentation of study limitations, evidence based findings, conclusions and recommendations.

For details on the ethics and independence in evaluation, please see UNEG Ethical Guidelines and Norms for Evaluation in the UN System  
<http://www.unevaluation.org/search/index.jsp?q=UNEG+Ethical+Guidelines>  
[http://www.unevaluation.org/papersandpubs/documentdetail.jsp?doc\\_id=21](http://www.unevaluation.org/papersandpubs/documentdetail.jsp?doc_id=21)

#### **4. Modèle de matrice de l'évaluation**

**Template 5 - The evaluation matrix**

EQ1 : To what extent ...			
Assumptions to be assessed	Indicators	Sources of information	Methods and tools for the data collection
Assumption 1 (see example in Tool 1)			
<p>➤ Evaluators must fill this box with all relevant data and information gathered during the field phase in relation with the elements listed with the 'assumptions to be assessed' column and their corresponding indicators.                      The information placed here can stem from: documentary review, interviews, focus group discussions, etc.                      Since the filled matrix will become the main annex of the final evaluation report, the evaluation team leader and evaluation manager must ensure that all the information displayed:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ is directly related to the indicators listed above;</li> <li>✓ is drafted in a readable and understandable manner;</li> <li>✓ makes visible the triangulation of data;</li> <li>✓ the information source (s) are referenced in footnotes.</li> </ul>			
Assumption 2 (see example in Tool 1)			
Assumption 3 (see example in Tool 1)			
EQ2 : To what extent ...			
Assumptions to be assessed	Indicators	Sources of information	Methods and tools for the data collection
Assumption 1 (see example in Tool 1)			
Assumption 2 (see example in Tool 1)			
Assumption 3 (see example in Tool 1)			

**5. Format du rapport de conception de l'évaluation :**

The design report should use the following template:

- CHAPTER 1: Introduction **1-2 pages max**
- 1.1 Purpose and objectives of the Country Programme Evaluation
- 1.2 Scope of the evaluation
- 1.3 Purpose of the design report
- CHAPTER 2: Country context **4-6 pages max**
- 2.1 Development challenges and national strategies
- 2.2 The role of external assistance
- CHAPTER 3: UNFPA strategic response and programme **5-7 pages max**
- 3.1 UNFPA strategic response

- 3.2 UNFPA response through the country programme
  - 3.2.1 The country programme
  - 3.2.2 The country programme financial structure
  - CHAPTER 4: Evaluation methodology and approach **7-10 pages max**
  - 4.1 Evaluation criteria and evaluation questions
  - 4.2 Methods for data collection and analysis
  - 4.3 Selection of the sample of stakeholders
  - 4.4 Evaluability assessment, limitations and risks
  - CHAPTER 5: Evaluation process **3-5 pages max**
  - 5.1 Process overview
  - 5.2 Team composition and distribution of tasks
  - 5.3 Resource requirements and logistic support
  - 5.4 Work plan
- (Total number of pages) 20-30 pages max
- ANNEXES
  - Annex 1 Terms of Reference
  - Annex 2 Evaluation matrix
  - Annex 3 Interview guides
  - Annex 4 List of atlas projects
  - Annex 5 Stakeholder map
  - Annex 6 CPE agenda
  - Annex 7 Documents consulted

## 6. Format du rapport final de l'évaluation

UNFPA evaluation report should use the following template:

- EXECUTIVE SUMMARY **3-4 pages max**
- CHAPTER 1: Introduction **5-7 pages max**
- 1.1 Purpose and objectives of the Country Programme Evaluation
- 1.2 Scope of the evaluation
- 1.3 Methodology and process
- CHAPTER 2: Country context **5-6 pages max**
- 2.1 Development challenges and national strategies
- 2.2 The role of external assistance
- CHAPTER 3: UN / UNFPA response and programme strategies **5-7 pages max**
- 3.1 UN and UNFPA response
- 3.2 UNFPA response through the country programme
- 3.2.1 Brief description of UNFPA previous cycle strategy, goals and achievements
- 3.2.2 Current UNFPA country programme
- 3.2.3 The financial structure of the programme
- CHAPTER 4: Findings: answers to the evaluation questions **25-35 pages max**
- 4.1 Answer to evaluation question 1

- 4.2 Answer to evaluation question 2
  - 4.3 Answer to evaluation question 3
  - 4.4 Answer to evaluation question X
  - CHAPTER 5: Conclusions 6 pages  
**max**
  - 5.1 Strategic level
  - 5.2 Programmatic level
  - CHAPTER 6: Recommendations 4-5 pages  
**max**
  - Recommendation #1, #2, #3-
- (Total number of pages) 52-73 pages
- ANNEXES
  - Annex 1 Terms of Reference
  - Annex 2 List of persons/institutions met
  - Annex 3 List of documents consulted
  - Annex 4 The evaluation matrix
  - Annex 5 Methodological tools

## 7. Grille d'examen de la qualité des rapports d'évaluation (EQA)

**Organizational unit:**

**Year of report:**

**Title of evaluation report:**

**Overall quality of**

**Good**

**Date of**

**report: assessment:**

**Overall comments:**

<b>Very good:</b>	strong, above average, best practice	<b>Good:</b>	satisfactory, respectable	<b>Fair:</b>	with some weaknesses, still acceptable	<b>Unsatisfactory:</b>	weak, does not meet
						<b>Assessment Levels</b>	
minimal quality standards							

<b>Quality Assessment Criteria</b>	<i>Insert <u>assessment level</u> followed by main <u>comments</u>. (use 'shading' function to give cells corresponding colour)</i>	
<b>I. Structure and Clarity of Reporting</b> <i>To ensure the report is comprehensive and user-friendly</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>Is the report easy to read and understand (i.e. written in an accessible non-technical language appropriate for the intended audience)?</li> <li>Is the report focused and to the point (e.g. not too lengthy)?</li> <li>Is the report structured in a logical way? Is there a clear distinction made between analysis/findings, conclusions, recommendations and lessons learned (where applicable)?</li> <li>Do the annexes contain – at a minimum – the ToRs; a bibliography, a list of interviewees, the evaluation matrix and methodological tools used (e.g. interview guides; focus group notes, outline of surveys)?</li> </ul> <i>Executive summary</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>Is an executive summary included in the report, written as a stand-alone section and presenting the main results of the evaluation?</li> <li>Is there a clear structure of the executive summary, (i.e. i) Purpose, including intended audience(s); ii) Objectives and brief description of intervention; iii) Methodology; iv) Main conclusions; v) Recommendations)?</li> <li>Is the executive summary reasonably concise (e.g. with a maximum length of 5-10 pages)?</li> </ul>	<b>Assessment Level:</b>	<b>Fair</b>
<b>Comment:</b>		

<b>2. Design and Methodology</b> <i>To ensure that the evaluation is put within its context</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>Does the evaluation describe whether the evaluation is for accountability and/or learning purposes?</li> <li>Does the evaluation describe the target audience for the evaluation?</li> <li>Is the development and institutional context of the evaluation clearly described?</li> <li>Does the evaluation report describe the reconstruction of the intervention logic and/or theory of change?</li> <li>Does the evaluation explain any constraints and/or general limitations?</li> </ul> <i>To ensure a rigorous design and methodology</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>Is the evaluation approach and framework clearly described? Does it establish the evaluation questions, assumptions, indicators, data sources and methods for data collection?</li> <li>Were the methods chosen appropriate for addressing the evaluation questions? Are the tools for data collection</li> </ul>	<b>Assessment Level:</b>	<b>Very good</b>
<b>Comment:</b>		

described and justified?		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Is the methods for analysis clearly described?</li> <li>• Are methodological limitations acknowledged and their impact on the evaluation described? (Does it discuss how any bias has been overcome?)</li> <li>• Is the sampling strategy described? Does the design include validation techniques?</li> <li>• Is there evidence of involvement of stakeholders in the evaluation design? (Is there a comprehensive/credible stakeholder map?)</li> <li>• Does the methodology enable the collection and analysis of disaggregated data?</li> <li>• Is the design and methodology appropriate for assessing the cross-cutting issues (equity and vulnerability, gender equality and human rights)?</li> </ul>		
<p><b>3. Reliability of Data</b>  <i>To ensure quality of data and robust data collection processes</i> □ Did the evaluation triangulate all data collected?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Did the evaluation clearly identify and make use of qualitative and quantitative data sources?</li> <li>• Did the evaluation make explicit any possible issues (bias, data gaps etc.) in primary and secondary data sources and if relevant, explained what was done to minimize such issues? I.e. did the evaluation make explicit possible limitations of the data collected?</li> <li>• Is there evidence that data has been collected with a sensitivity to issues of discrimination and other ethical considerations?</li> <li>• Is there adequate gender disaggregation of data? And if this has not been possible, is it explained?</li> <li>• Does the evaluation make explicit the level of involvement of different stakeholders in the different phases of the evaluation process?</li> </ul>	<p>Assessment Level:</p>	
	<p>Comment:</p>	
<p><b>4. Analysis and Findings</b> <i>To ensure sound</i></p>	<p>Assessment Level:</p>	

<p><i>analysis</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Is information analysed and interpreted systematically and logically?</li> <li>• Are the interpretations based on carefully described assumptions?</li> <li>• Is the analysis presented against the evaluation questions?</li> <li>• Is the analysis transparent about the sources and quality of data?</li> <li>• Are possible cause and effect links between an intervention and its end results explained?</li> <li>• Where possible, is the analysis disaggregated to show different outcomes between different target groups?</li> <li>• Are unintended results identified?</li> <li>• Is the analysis presented against contextual factors?</li> <li>• Does the analysis include reflection of the views of different stakeholders (reflecting diverse interests)? E.g. how were possible divergent opinions treated in the analysis?</li> <li>• Does the analysis elaborate on cross-cutting issues such as equity and vulnerability, gender equality and human rights?</li> </ul> <p><i>To ensure credible findings</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Can evidence be traced through the analysis into findings? E.g. are the findings substantiated by evidence? <input type="checkbox"/></li> <li>• Do findings follow logically from the analysis?</li> <li>• Is the analysis of cross-cutting issues integrated in the findings?</li> </ul>	<p>Comment:</p>
--	-----------------

<p><b>5. Conclusions</b></p> <p><i>To assess the validity of conclusions</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Are conclusions credible and clearly related to the findings?</li> <li>• Are the conclusions demonstrating an appropriate level of analytical abstraction?</li> <li>• Are conclusions conveying the evaluators' unbiased judgement of the intervention?</li> </ul>	<p>Assessment Level:</p>	
<p><b>6. Recommendations</b></p> <p><i>To ensure the usefulness and clarity of recommendations</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Do recommendations flow logically from conclusions?</li> <li>• Are the recommendations sufficiently clear, targeted at the intended users and operationally-feasible?</li> <li>• Do recommendations reflect stakeholders' consultations whilst remaining balanced and impartial?</li> <li>• Is the number of recommendations manageable?</li> <li>• Are the recommendations prioritised and clearly presented to facilitate appropriate management response and follow up on each specific recommendation?</li> </ul>	<p>Assessment Level:</p>	<p>Comment:</p>
<p><b>7. Gender</b></p> <p><i>To assess the integration of Gender Equality and Empowerment of</i></p>	<p>Assessment Level:</p>	

<p>Women (GEEW)<sup>79</sup></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Is GEEW integrated in the evaluation scope of analysis and indicators designed in a way that ensures GEEW-related data to be collected?</li> <li><input type="checkbox"/> Do evaluation criteria and evaluation questions specifically address how GEEW has been integrated into design, planning, implementation of the intervention and the results achieved?</li> <li><input type="checkbox"/> Have gender-responsive evaluation methodology, methods and tools, and data analysis techniques been selected?</li> <li><input type="checkbox"/> Do the evaluation findings, conclusions and recommendations reflect a gender analysis?</li> </ul>	<p>Comment:</p>
--	-----------------

### Overall Evaluation Quality Assessment

Quality assessment criteria (scoring points*)	Assessment Levels (*)			
	Very good	Good	Fair	Unsatisfactory
1. Structure and clarity of reporting, including executive summary (7)				7
2. Design and methodology (13)			13	
3. Reliability of data (11)			11	
4. Analysis and findings (40)			40	
5. Conclusions (11)		11		
6. Recommendations (11)		11		
7. Integration of gender (7)	7			
<b>Total scoring points</b>	<b>7</b>	<b>22</b>	<b>63</b>	<b>7</b>
<b>Overall assessment level of evaluation report</b>			<b>Fair</b>	

<sup>79</sup> This assessment criteria is fully based on the UN-SWAP Scoring Tool, see Annex 7. Each sub-criteria shall be equally weighted (in correlation with the calculation in the tool and totalling the scores 11-12 = very good, 8-10 = good, 4-7 = Fair, 0-3=unsatisfactory). One question is if this criteria should be included in the overall evaluation quality assessment grid, or form a separate column and be assessed on its own.

	<b>Very good</b> ➔ very confident to use	<b>Good</b> ➔ confident to use	<b>Fair</b> ➔ use with caution	<b>Unsatisfactory</b> ➔ not confident to use
--	--	--------------------------------------	-----------------------------------	--

(\*) **(a)** Insert scoring points associated with criteria in corresponding column (e.g. - if 'finding and analysis' has been assessed as 'good', enter 40 into 'Good' column. **(b)** Assessment level with highest 'total scoring points' determines 'Overall assessment level of evaluation report'. Write corresponding assessment level in cell (e.g. 'Fair'). **(c)** Use 'shading' function to give cells corresponding colour.

**If the overall assessment is 'Fair', please explain<sup>80</sup>:**

- How it can be used?
- What aspects to be cautious about?

**Where relevant, please explain the overall assessment Very good, Good or Unsatisfactory<sup>81</sup>:**

**Consideration of significant constraints<sup>82</sup>**

The quality of this evaluation report has been hampered by exceptionally difficult  yes  no circumstances:

If yes, please explain:

## Annexe 2 : Liste des personnes/institutions rencontrées

### 1- SYSTEME DES NATIONS UNIES

- UNFPA

- Mme Aïcha Djama, Assistant Representative – Tel : 21 32 39 66
- Mme Yasmine Ahmed, Administration/Finance – Tel : 21 32 39 61

<sup>80</sup> The purpose here is to clarify in what way the report can be used. This in order to assist the elaboration of a relevant Management Response and the wider use of the evaluation findings back into programming. When a report has been assessed as Fair, it is obligatory to fill this text box in.

<sup>81</sup> The purpose is, where relevant, to clarify for example severe unbalances in the report (for example, the report is good overall but recommendations very weak). Is optional to fill in.

<sup>82</sup> E.g. this should only be used in case of significant events that has severely hampering the evaluation process like natural disasters, evaluators falling sick, unexpected significant travel restrictions, etc. More 'normal' limitations should be mentioned under relevant section above.

- Mme Amina A. Mohamed, Gender/Youth NPO – Tel : 21 32 39 67
- Prof Joseph Vyankandondera, International Reproductive Health Coordinator – Tel :77 10 28 67
- Mme Kadra Ahmed Ali, Associate/Finance – Tel : 21 32 39 65
- M. Robleh Hersi Doualeh, Tel : Program Analyst, M&E – Tel : 21 32 39 64
- Mme Samira Ahmed Ibrahim, Administration Associate – Tel :21 32 39 68
- Mlle Soufrane Mohamed, Chargée du Réseau Y-Peer – Tel : 77 65 06 30
- Mme Carmen del Rosario, Consultante placée à l'UNFD (CEIO)
- M. Omar, Chauffeur – Tel : 77 84 69 97

- **OMS**

- Docteur Severin Von Xylanders, Représentant
- Docteur Konaté Abdoulaye, Représentant Adjoint

- **UNHCR**

- Mme Amira Abd El-Khalek, Chargée du reporting, Tel 21 35 22 00 et 77 23 01 83
- M.Abdallah Houssein, Chef de Bureau d'Obock – Tel : 21 35 22 00 et 77 22 61 36
- Mme Margarita, Adjointe du Chef de Bureau

- **ONUSIDA**

- Docteur Dado Sy Kagnassy Dado, Représentante, Tel : 77 09 67 96

## **2- ADMINISTRATIONS**

- **Direction de la Statistique et des Etudes Démographiques (DISED)**

- M. Idriss Sulttan, Directeur

- **Ministère de la Santé**

- Docteur Ahmed Robleh, Secrétaire Général
- Mme Mounira Ali, Directrice de la Santé de la Mère et de l'Enfant – Tel : 77 81 02 61

- **Ministère de la Femme et de la Famille**

- Mme Moumina Houmed, Ministre
- Mme Choukri Houssein, Directrice de la Promotion du Genre
- Mme Fozia Ali, Directrice de l'Enfance – Tel : 77 82 66 46
- Mme Saida Moussa, Directrice des Affaires Sociales – Tel : 77 82 62 44

- **Ministères des Affaires Musulmanes, de la Culture et des Biens Waqfs**

- Mme Zeinab Moussa, Directrice des Affaires Musulmanes – Tel : 77 81 04 83
- Cheikh Abdourahman Mohamed Ali, Chef religieux, et Chef de service au Haut Conseil Islamique

- **Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche**

Mme Nadira Abdallah, Directrice de l'ISSS - Tel : 77 81 57 39

- **Secrétariat d'Etat à la Jeunesse et aux Sports**

- Mme Aslie Mouhoumed, Directrice de la Jeunesse – Tel : 77 81 56 19

- **Membres du Groupe de Réflexion de l'Evaluation (GRE)**

- Mme Nadira Abdallah, Directrice de l'ISSS -
- Mme xxxxxxx, Représentant le Ministère de la Femme et de la Famille

### 3- SOCIETE CIVILE

- Union Nationale des Femmes Djiboutiennes (UNFD)

- Mme Roukiya Ali, Coordinatrice des projets, Tel : 77 03 87 37

- Centre d'Ecoute, d'Information et d'Orientation des survivantes de VFG (CEIO)

- Mme Saharla Hassan Ali, Coordinatrice de la CEIO - Tel : 21 35 80 38 et 77 82 01 90

- Association des Sages Femmes COGES

- Fatma Hassan, Chef de quartier dans l'arrondissement 1 de Djibouti-ville, Présidente de l'association des femmes Waberi d'Einguela, membre du COGES d'Einguela, tel : 77 81 98 98
- Loula Robleh, SG de l'association Bil-Khair au quartier 6, membre du COGES de Farah Had, tel : 77 86 08 04
- Nima Abdillahi, SG de l'association Bishara bil Khair et relais communautaire de Hayableh, formatrice en artisanat au sein de l'Agence djiboutienne de développement social, dans le cadre du programme « filets sociaux », tel : 77 88 52 56
- Maryam Houssein Kahin, Présidente de l'association L'AUBE à Balbala 2 et T3 (elle couvre deux zones), Présidente du Comité de santé au centre de santé de Balbala 2, tel : 77 61 29 80
- Fatouma Ali Chireh, Présidente de l'association des sages femmes de Djibouti dans le cadre du Ministère de la santé, tel : 77 06 62 56

- Association des Jeunes de Djibouti

- |                              |                            |             |
|------------------------------|----------------------------|-------------|
| - M. Ibrahim Sadik Abdallah, | Association Al-Fowza       | 77 86 49 40 |
| - M. Yacoub Moussa Ali       | Association Al-Fowza       | 77 21 42 29 |
| - M. Ali Ahmed Mohamed       | Association Al-Fowza       | 77 80 50 96 |
| - M. Moumin Hassan Mohamed   | Association Lueur d'espoir | 77 88 63 72 |
| - M. Ibrahim Garad Mohamed   | Association Lueur d'espoir | 77 80 62 89 |
| - Mlle. Rahma Ali Mohamed    | Association Lueur d'espoir | 77 13 29 00 |

- Membres du Réseau Y-Peer

- Mlle Soufrane Ahmed, Point focal en charge du Réseau, tel : 77659630
- M. Saad Ibrahim Dirir, Point focal du réseau, tel : 77 847688
- M. Youssouf Houssein Ali, Point focal

### 4- BENEFICIAIRES

- Sages Femmes formées en échographie à l'ISSS

- 10 Femmes ont été consultées

- Femmes victimes survivantes de VFG (4 femmes ont été consultés)

- Cas 1 : Code 4040/16
- Cas 2 : Code 514/17
- Cas 3 : Code 467/17
- Cas 4 : Code 515/17

- Femmes relais communautaires en SMNI/PF/MGF

- Mme Aïcha Nour Houmed, Wahledaba, Q 12-, Association Nakay, Tel : 77 83 73 35
- Mme Hasna Mohamed Houmed, Q12, Association Nakay, Tel : 77 85 41 62

- Mme Saada Haweya Mousse, Q 3, Association ILEYS, Tel : 77 64 94 64

- **PREFECTURE D'OBOBK**

- M. Dabaleh Ahmed, Préfet d'Obock

- **BENEFICIAIRES**

- **Association des Jeunes**

- M. Mola Bourhan, Président de l'association ADO - Tel 77 88 20 41

- **Association des femmes**

- Mme. Hasna Mohamed Dato, SG de l'Association Voix des Femmes d'Obock - Tel : 77 48 42 74

- **Camp de réfugiés de Markazi**

- 10 femmes consultées

- **Femmes césariées**

- Mme Hasna Houmed Hassan
- Mme Fatouma Mohamed Ahmed - Tel : 77 15 24 64
- Mme Saïda Abdo Ali
- Mme Fatouma Mohamed Dato - Tel : 77 74 77 10

- **Localité d'Indai (3 campements visités pour les Mutuelles Communautaires)**

- Campement 1**

- Mme Fatma Mohamed Youssouf
- M. Ali Hasan Kamil
- M. Mohamed Alo Mohamed
- Mme Roumana Ali Wayo
- Mme Madina Moussa Mohamed

- Campement 2**

- Mme Aïcha Ali
- M. Moussa Houmed Mohamed
- M. Aden Houmed Mohamed

- Campement 3**

- M. Mohamed Adoïta

- **CONSEIL REGIONAL DE DIKHIL**

- M. Abdourahman Yonis Arreh - Tel : 27 42 03 25 (rencontre de courtoisie)

- **Bureau Régional Genre (BRG)**

- M. Houssein Abdallah, Chef du Bureau régional - Tel : 77 83 34 02 et 27 42 03 35

- **Femmes animatrices, Présidentes des Associations**

- 6 femmes consultées

- Localité de Kontali (pour les Mutuelles communautaires)**

- Mme Houmeida Ali Hassanleh
- M. Anbara Mohamed Youssouf
- Mme Aïcha Mohamed Aden - Tel : 77 71 86 13



## Annexe 3 : Liste des Documents Consultés

### • Documents de référence du SNU

- Plan Cadre des Nations Unies pour l'Aide au Développement (PNUAD/2013-2017)
- Bilan Commun de Pays en République de Djibouti (Septembre 2016)

### • Documents de référence de l'UNFPA

- Rapport d'Évaluation 3<sup>ème</sup> Cycle de Programmation 2008-2012
- Plan Stratégique UNFPA/2014-2017
- Document de Programme Pays (4<sup>ème</sup> Cycle de Programmation - CPD/2013-2017)
- Plan d'Action du Programme Pays (4<sup>ème</sup> Cycle de Programmation - CPAP/2013-2017)
- Alignement au Plan stratégique/Cadre intégré de Performance de Djibouti (2014-2017)
- Plans de partenariat du CPD
- List of Atlas Projects by CPAP output and Strategic Plan outcome
- Joint mission report submitted by Sew Lun Genevieve Ah-Sue, ASRO Deputy Regional Director; Cheikh Tidiane Cissé, Director Djibouti CO (Avril 2013)
- Request for Djibouti CO reconfiguration to be able to deliver on UNFPA commitments
- Handbook : « How to design and conduct a country program evaluation at UNFPA/2013 »
- Organigramme du Bureau Pays
- Etat de la Population 2016

### • Country Office Annual Report (COAR/2013, 2014, 2015, 2016)

### • Plans de Travail Annuel (AWP) et les GPS-WPs respectivement signés

- 2013 : (Ministère de la Santé, Ministère de la Promotion de la Femme)
- 2014 : (Ministère de la Santé)
- 2015 : (Ministère de la Santé (PGDJ01, Ministère de la Promotion de la Femme (PGDJ02), Danish Refugee Council, UNFPA-PUOO74
- 2016 : (Ministère de la Santé (PGDJ01) et les GPS WPs signés, Ministère de la Promotion de la Femme (PGDJ02), Ministère des Affaires Musulmanes et des Biens Waqfs (PGDJ03), Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche (PGDJ05), Union Nationale des Femmes Djiboutiennes (PN5156/UNFD), Association des Sages Femmes de Djibouti (PN6491/ASFD)

### • Lois, Décrets, Politiques, Stratégies et Plans nationaux de Développement

- Vision Djibouti 2035 (République de Djibouti/2014)
- Stratégie de Croissance Accélérée et Promotion de l'Emploi (SCAPE/2015-2019)
- Décret n°2012-068/PR/MPF portant création et organisation du Conseil National Genre et Développement et du Comité Technique de suivi de la Politique Nationale Genre et la matrice d'Action.
- Politique Nationale Genre (PNG/2011-2021)
- Plan National de Développement Sanitaire (PNDS/2013-2017)
- Plan d'action de la Jeunesse et des Sports (PAJS/2011-2015)
- Plan Stratégique National pour l'Enfance à Djibouti (PASNE/2011-2015)
- Plan stratégique de prévention et de prise en charge du cancer du col de l'utérus à Djibouti (2015-2019)

### • Rapports divers

- Rapport annuel de suivi du Programme conjoint UNFPA-UNICEF sur les MGF/E/2014
- Rapport annuel de suivi du Programme conjoint UNFPA-UNICEF sur les MGF/E/2015
- Rapport annuel de suivi du Programme conjoint UNFPA-UNICEF sur les MGF/E/2013

- Rapport semestriel de la composante Jeunes : Secrétariat d'Etat à la Jeunesse et aux Sports/2013
- Rapport annuel de la composante Jeunes : Secrétariat d'Etat à la Jeunesse et aux Sports/2014
- Rapport annuel de la composante Jeunes : Secrétariat d'Etat à la Jeunesse et aux Sports/2015
- Rapport de la mission d'évaluation de l'utilisation des services amis des jeunes à Djibouti/juin 2013
- Rapport d'évaluation de la Cellule d'écoute, d'information et d'orientation CEIO-UNFD/2014/UNFPA
- Rapport sur les sessions d'éducation sur la SSR des jeunes au sein des CDC (Non daté)/UNFPA
- Rapport annuel de suivi du Programme conjoint UNFPA-UNICEF sur les MGF/E/2014
- Rapport annuel de suivi du Programme conjoint UNFPA-UNICEF sur les MGF/E/2015
- Recueil de récits et témoignages des femmes de Tadjourah et d'Obock ayant bénéficié des SONU : « Mon gynécologue, mon sauveur, le parrain de nos enfants /2016 »/UNFPA
- Rapport de l'atelier de revue de la plate forme des axes stratégiques de la politique nationale de PF/Septembre 2016/UNFPA
- Rapport de la 2<sup>ème</sup> mission pour l'élaboration de la politique nationale de PF/Octobre 2016/UNFPA
- Politique et Stratégie Nationale et Multisectorielle de Planification Familiale/octobre 2016/UNFPA
- Cerner les zones de résistance à l'éradication complète de toutes les formes de Mutilations Génitales Féminines à Djibouti/Avril 2016/UNFPA
- Rapport du déroulement des séances d'éducation et d'information avec des illustrations relatives aux SR/SSRAJ/PF/MGF/IST/VIH/SIDA dans les cinq régions du pays/UNFPA
- Rapport préliminaire / Juillet 2016 (Programme conjoint UNFPA-UNICEF pour l'accélération de l'abandon des MGF)
- CEIO, monthly report /August 2016 (Programme conjoint UNFPA-UNICEF pour l'accélération de l'abandon des MGF)
- Protocole de recherche relatif aux facteurs explicatifs de la pratique des MGF à Djibouti (ISSS) Non daté
- Rapport annuel relatif aux activités réalisées dans le cadre du renforcement de la Santé Maternelle et Néonatale à Djibouti/Octobre 2016
- Renforcement du système djiboutien de suivi en matière de droits humains en lien avec les droits à la Santé Sexuelle et Reproductive/Septembre 2016/UNFPA
- Rapport annuel de suivi du Programme conjoint UNFPA-UNICEF sur les MGF/E/2016
- Rapport de la mission sur les mutuelles communautaires dans les régions de l'intérieur/2016/UNFPA
- Rapport d'activités du Docteur Sena Kuhogan, Gynécologue Obstétricien de mai à octobre 2016
- Récapitulatif des activités du Programme Jeunes
- Normes et procédures des services en matière de planification familiale à Djibouti
- Rapport final de la mission du FNUAP à Obock (octobre 2015 à Octobre 2016)
- Etude sur l'offre de service des soins de santé maternelle et infantile dans la zone sanitaire de Balbala
- Procès verbal de la cérémonie de clôture de la formation et remise des attestations et sur l'humanisation et qualité de soins en SMNI
- Fiche technique de l'UNFPA/Djibouti pour la formation des Sages femmes sur l'humanisation des Soins, Communication interpersonnelle et assurance qualité des soins dans le cadre de la mise en œuvre du Projet Forfait SMNI dans le secteur de Balbala /octobre 2014
- Etat d'avancement du projet SMNI/UNFPA/2014
- Rapport de formation sur l'humanisation/qualité des soins et services SMNI/2014
- Rapport de formation des relais communautaires en santé maternelle et néonatale et en techniques de communication /DSME/UNFPA2014
- Etat d'avancement du projet SMNI en 2014
- Rapport de formation des matrones/2015
- Rapport de la formation des sages femmes sur la gestion des ressources/2014
- Midwives, Mothers and Families : Partners for Life : Statement by UNFPA Executive Director Dr. Babatunde Osotimehin for the International Day of the Midwife, 5 May 2017

● **Présentation Power Point**

- La qualité des soins de santé : Assurance qualité (réalisé par l'Unité de Gestion des Projets Dr Athanase Nderagakura, Assistant technique international)
- Qualité des services et des soins de santé par Professeur Joseph Vyankandondera BP/UNFPA

- **Projection de vidéo-film réalisé par l'UNFPA**

- Vidéo film sur les mutuelles communautaires/2010

- **Documents divers du Réseau Y-PEER**

- Y-PEER Education Network BY LAWS – 2009
- Y-PEER Education Network : Brandguidelines
- Rapport de l'Atelier sur l'Approche Basée sur les Droits de l'Homme (ABDH) en liaison à la Santé et les Droits Reproductifs y compris les MGF/ 17 et 18 Novembre 2015, Sheraton Hôtel, Djibouti
- Les Violences fondées sur le Genre, Violence contre les Femmes
- Education Par les Pairs : Manuel de Formation des Formateurs et des Formatrices
- Manuel de formation de formateurs d'éducateurs pairs
- Manuel de formation et éducation des jeunes en santé sexuelle et de la reproduction : Guide pour les animateurs des CDC et Relais communautaires - 2013
- Certificat de Facilitateur pour la formation de formateurs d'éducateurs pairs du réseau Y-PEER Djibouti
- Certificat de Facilitateur pour la formation des pairs éducateurs du réseau Y-PEER Djibouti
- Z Folding Leaflet : (Contraception des jeunes, Toxicomanie, Le VIH et SIDA : Quelle différence? Les Mutilations Génitales Féminines (MGF) : l'Excision est un crime)

- **Aide mémoire d'audit des Partenaires d'Exécution**

- UNFPA NEX AUDIT 2013 – Ministère de la Santé
- UNFPA NEX AUDIT 2014 – Ministère de la Santé
- UNFPA NEX AUDIT 2015 – Ministère de la Santé
- Union Nationale des Femmes Djiboutiennes (UNFD) PN5156/Mars 2017
- Ministère de la Santé PGDJ01/Mars 2017
- Ministère de la Femme et de la Famille PGDJ02/Mars 2017

- **Listes diverses consultées**

- Liste des associations adhérentes au réseau Y-Peer
- Liste des associations des jeunes femmes d'Obock
- Liste des COGES de Djibouti-ville
- Liste des femmes Relais communautaires de Djibouti-ville
- Liste des participants aux comités de gestion de caisse mutuelle
- Liste des Centres de Développement Communautaire CDC des Communes de Ras Dika, Boulaos et Balbala dans Djibouti-ville
- Liste des Centres Médicaux Hospitaliers (CMH) et des Postes de santé des 5 régions et des Centres de Santé Communautaire (CSC) de Djibouti-ville

- **Convention** de collaboration entre l'Institut Supérieur des Sciences de la Santé de Djibouti (ISSS) et l'Université libre de Bruxelles (via son asbl CEREPS dans le domaine de la formation)

- **Termes de référence** du Comité de pilotage de la mise en œuvre du Financement Basé sur les Performances (FBP) au Ministère de la Santé de Djibouti

- **Divers Projets UNFPA en cours en 2017**

- Project title : Emergency Obstetric and Neonatal Care (EmONC) for Yemeni Refugees and the Host Community in Obock/Guideline for Project proposal /Kingdom of Saudi Arabia - King Salman Humanitarian Aid and Relief Center
- Projet : Empowering vulnerable adolescent and young girls
- Projet : Addressing the specific socio-economic needs of youth in urban and humanitarian settings
- Projet : Empowerment and resilience of women in 25 rural communities
- Projet: Strengthen Gender Based Violence Prevention and Response for Women and Girls

## Annexe 4 : La Matrice d'Evaluation

### Template 5 – MATRICE D’EVALUATION INDEPENDANTE DU 4<sup>ème</sup> PP UNFPA/DJIBOUTI

Hypothèses à évaluer	Indicateurs	Source d'information	Méthodes et outils pour la collecte des données
<b>EQ1 : (PERTINENCE) Dans quelle mesure le programme pays adresse-t-il les besoins de la population à l'échelle pays (en particulier ceux des groupes vulnérables), et a été aligné pendant toute la période d'implémentation avec les priorités du Gouvernement et avec les stratégies d'UNFPA.</b>			
Le programme pays adresse à suffisance les besoins de la population à l'échelle pays (en particulier ceux des groupes vulnérables)	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Existence d'une analyse des besoins avant la planification</li> <li>● Mise en œuvre d'interventions couvrant tous les besoins identifiés durant toute la période évaluées</li> <li>● Prise en compte des besoins des groupes vulnérables</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- CCA</li> <li>- Rapport étude de base,</li> <li>- CPD, CPAP</li> <li>- Rapport annuels</li> <li>- Rapports de revues périodiques</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revue documentaire (RD)</li> <li>- Entretiens</li> <li>- FGD</li> <li>- OD (Observation Directe)</li> </ul>
Le programme pays a été aligné pendant toute la période d'implémentation avec les priorités du Gouvernement et avec les stratégies d'UNFPA	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Prise en compte des priorités nationales et des stratégies UNFPA durant la planification du Programme de Pays</li> <li>● Alignement des interventions mises en œuvre avec les priorités nationales et les stratégies UNFPA durant toute la période</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- PS2014-2017 UNFPA</li> <li>- INDS2008-2012</li> <li>- SCAP2015-2019</li> <li>- Vision Djibouti 2035</li> <li>- CPD, CPAP et leurs amendements</li> <li>- Rapport annuels</li> <li>- Rapports de revues périodiques</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- RD</li> <li>- Entretiens</li> </ul>
<b>EQ2 : (REACTIVITE) Comment le bureau de pays a-t-il su s'adapter à l'évolution des besoins des populations cibles (Adolescents/jeunes et femmes) dans la planification et la mise en œuvre de toutes les interventions appuyées dans le cadre du Programme ?</b>			

<p>Le bureau de pays a su s'adapter à l'évolution des besoins des populations cibles (Adolescents/jeunes et femmes) dans la planification du Programme</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Changements majeurs survenus durant la mise en œuvre du programme, affectant les besoins des populations cibles</li> <li>● Ajustement de la planification pour intégrer les changements survenus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rapport(s) sur les changements survenus</li> <li>- Amendements du CPAP2013-2017</li> <li>- Rapports des réunions de crise (ONARS, SNU, UNFPA)</li> <li>- Plans de contingence</li> <li>- Amendements UNDAF</li> <li>- Documents/mémos d'intervention ou de programmes communs</li> <li>- PTA2013 à 2016</li> <li>- Extraits mass-média</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- RD</li> <li>- Entretiens</li> <li>- FGD</li> </ul>
<p>Le bureau de pays a su s'adapter à l'évolution des besoins des populations cibles (Adolescents/jeunes et femmes) dans la mise en œuvre de toutes les interventions appuyées dans le cadre du Programme</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Interventions spécifiques mise en œuvre pour faire face aux changements survenus</li> <li>● Pertinence (qualité/quantité) des interventions mise en œuvre face aux changements survenus</li> <li>● Continuité des interventions de routine du programme/intégration de la population riveraine dans le service aux groupes en crise</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rapports annuels UNFPA</li> <li>- Rapports programmes/ interventions communes</li> <li>- Rapports ONARS</li> <li>- Rapports spécifiques à la crise</li> <li>- Extraits de mass-média</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- RD</li> <li>- Entretiens</li> <li>- FGD</li> </ul>
<p><b>EQ3 :</b> (EFFICIENCE) Dans quelle mesure l'utilisation des ressources, techniques et approches a-t-elle contribué à l'atteinte des résultats poursuivis par le 4<sup>ème</sup> Programme de Pays ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Quelle est la contribution de l'utilisation des ressources humaines, matérielles, techniques et financières disponibles à l'atteinte des résultats?</li> <li>● Dans quelle mesure la combinaison d'outils et d'approches a-t-elle contribué aux résultats du PP?</li> </ul>			

L'utilisation des ressources humaines, matérielles, techniques et financières disponibles a suffisamment contribué à l'atteinte des résultats	<ul style="list-style-type: none"> <li>●Alignement entre l'investissement (qualité/quantité) des ressources humaines et le niveau d'atteinte des résultats (adéquation des effectifs ; compétence, assiduité des agents) ;</li> <li>●Alignement entre l'investissement (qualité/quantité) des ressources matérielles et le niveau d'atteinte des résultats (qualité des intrants, complétude des intrants, célérité/disponibilité continue);</li> <li>●Alignement entre l'investissement (qualité/quantité) des ressources techniques et le niveau d'atteinte des résultats (mobilisation des connaissances et expertises nécessaire : complétude, promptitude) ;</li> <li>●Alignement entre l'investissement (qualité/quantité) des ressources financières et le niveau d'atteinte des résultats (Taux de mobilisation, Taux d'exécution, célérité dans la mise à disposition des ressources, validité de la dépense);</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-CPD, CPAP</li> <li>-PTA</li> <li>-Rapports financiers</li> <li>-Rapports d'activités</li> <li>-Base des données logistiques</li> <li>-Rapport d'audit</li> <li>-Base des données ATLAS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-RD</li> <li>-Entretiens</li> <li>-FGD-sages-femmes</li> <li>-OD</li> </ul>
La combinaison d'outils et d'approches a suffisamment contribué aux résultats du Programme de Pays	<ul style="list-style-type: none"> <li>●Adéquation du niveau d'intégration des services</li> <li>●Adéquation des stratégies utilisée pour maximiser l'efficacité</li> <li>●Degré d'harmonisation des outils et approches</li> <li>●Capitalisation des opportunités de partenariat et de synergie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Rapports UNDAF</li> <li>-Rapports de coopération du MAECI</li> <li>-Rapport de routine UNCT</li> <li>-Rapport annuel UNFPA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-RD</li> <li>-Entretiens</li> </ul>
<b>EQ4 : (EFFICACITE) Dans quelle mesure les produits du Plan d'action du Programme Pays (CPAP) ont été atteints et comment ils ont contribué à la réalisation des résultats du PS2014-2017 de l'UNFPA?</b>			
Les résultats du CPAP ont été suffisamment atteints	<ul style="list-style-type: none"> <li>●Progrès réalisés sur les indicateurs des 5 produits du CPAP</li> <li>● Performance réalisés sur les indicateurs des 5 produits du CPAP</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Matrice de suivi des résultats</li> <li>-Cadre de suivi du programme</li> <li>-Rapports Annuels</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-RD</li> <li>-Entretien</li> <li>-FGD</li> </ul>
Les résultats du CPAP ont suffisamment contribué à la réalisation des effets du PS2014-2017 de l'UNFPA	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Performance réalisés sur les indicateurs d'effet du PS2014-2014 de l'UNFPA</li> <li>●Potentiel (cohérence de la chaine des résultats) de contribution des produits aux effets correspondants</li> <li>●Alignement entre le progrès du produit et le progrès de l'effet correspondant</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Cadre intégré de performance du CP4</li> <li>-CPAP, CPD</li> <li>-PS2014-2017 UNFPA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-RD</li> <li>-Entretien (UNFPA)</li> </ul>

<p><b>EQ5 : (DURABILITE)</b> Dans quelle mesure les interventions financées par UNFPA, après l'arrêt du financement, peuvent continuer, en particulier, leur résistance face aux risques ?</p> <p>Dans quelle mesure UNFPA a-t-elle appuyé les partenaires dans le développement des capacités et l'établissement des mécanismes d'appropriation interne ?</p> <p>Dans quelle mesure l'UNFPA a-t-elle renforcé la résilience de la partie nationale face aux risques ?</p>			
<p>L'UNFPA a appuyé les partenaires dans le développement des capacités et l'établissement des mécanismes d'appropriation interne à la hauteur des besoins</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Existence d'une analyse des besoins en vue de la durabilité</li> <li>● Adéquation de l'appui au développement des capacités par rapport aux besoins en vue de la durabilité des interventions</li> <li>● Etablissement de mécanismes d'appropriation interne à la hauteur des besoins</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-CPD, CPAP</li> <li>-Rapport de l'analyse des besoins en durabilité</li> <li>-Rapports annuel CP4</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-RD</li> <li>-Entretiens</li> </ul>
<p>L'UNFPA a suffisamment renforcé la résilience de la partie nationale pour faire face aux risques</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Existence d'une analyse des risques</li> <li>● Existence d'un plan de contingence</li> <li>● Conformité de la mise en œuvre du plan de contingence</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Rapport de l'analyse des risques</li> <li>-Plan de contingence</li> <li>-Rapport de suivi du plan de contingence</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-RD</li> <li>-Entretiens</li> </ul>
<p><b>EQ6 : (COORDINATION UNCT)</b> Dans quelle mesure l'UNFPA a été un membre actif et contributeur aux mécanismes de coordination existants (UNCT, Groupes Thématiques) ?</p>			
<p>L'UNFPA a été un membre actif et contributeur aux mécanismes de coordination existants (UNCT, Groupes Thématiques)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Mécanismes de coordination existants (UNCT, Groupes Thématiques...)</li> <li>● Taux de participation de l'UNFPA aux mécanismes respectifs de coordination</li> <li>● Effectivité du leadership du BP dans les mécanismes de coordination</li> <li>● Degré d'intensité/qualité dans la contribution stratégique au niveau des instances de coordination</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Organigramme UNCT</li> <li>-Procédures UNCT</li> <li>-Rapport des réunions mensuelles et ad hoc UNCT</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-RD</li> <li>-Entretien</li> </ul>
<p><b>EQ7 : (VALEUR AJOUTEE)</b> Quel est l'apport spécifique ou additionnel (actions, avantages) du programme pays de l'UNFPA par rapport aux interventions des autres acteurs du développement ?</p>			
<p>Le programme pays de l'UNFPA a eu un apport spécifique, additionnel (actions, avantages) par rapport aux interventions des autres acteurs du développement</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Existence d'interventions spécifiques à l'UNFPA</li> <li>● Existence d'approches spécifiques à l'UNFPA</li> <li>● Existence d'avantages comparatifs dans les apports de l'UNFPA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Cartographie nationale des partenaires au développement</li> <li>-UNDAF</li> <li>-Rapport UNDAF</li> <li>-Revue UNDAF</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-RD</li> <li>-Entretien</li> <li>-FGD</li> </ul>

**Annexe 5 : Outils Méthodologiques**

- (7) BENEFICIAIRES
- (6) PRESTATAIRES
- (5) ACTEURS
- (4) AUTRES PARTIES PRENANTES
- (3) PARTENAIRE STRATEGIQUES
- (2) PTF (SNU)
- (1) PONTIUN 4PP (UNFPA)

**DONNEES DE L'ENTRETIEN**

Nom(s) du/des répondant(e) s:	Fonction:						
Date de l'entretien: Institution/organisation:							
Produit / PTA / Projet Atlas: Prenante:	Categorie de Partie						
Investigateur: Code de l'entretien:	Domaine d'analyse:						

**Contexte:**

(i) Principales tâches , les rôles et responsabilités de l'institution/personne, sa relation avec le programme du pays et ses objectifs et activités dans le programme  
(ii) Le (Nom de l'Institution/profile répondant(e) ) a reçu l'appui de l'UNFPA sur les 3 dernières années ;  
(iii) Raison d'être de l'interview: cette institution/personne intervient dans les activités concourant au produit n° \_\_\_ du 4è PP qui est: .....  
..... L'institution/personne est ainsi un acteur clé pour évaluer ce produit ;  
(iv) Evocation de la disponibilité, production et partage antérieure des données concernées par l'institution/répondant(e): ex: La revue documentaire et l'interview avec (UNFPA) ont indiqué que votre institution produit un rapport annuel contenant des données pour la mesure des indicateurs 4è PP .

**Points**

**clés:**

Brève liste des objectifs et / ou sujets à aborder dans l'interview: ( 1 ) Les interventions et activités étaient-elles pertinentes par rapport aux besoins de la population, du pays et des stratégies nationales et mondiales? (2) La qualité de l'utilisation des ressources permet-elle d'atteindre les meilleurs résultats avec un minimum d'investissement/efforts ?; ( 3 ) Les résultats visés par la mise en oeuvre ont-ils été atteints dans chacune des composantes ou interventions? ( 4 ) Qu'est-ce qui a été mis en place pour que les interventions soient soutenues durablement par la partie nationale? La coordination avec le SNU, les PTF et les ministères a-t-elle été fonctionnelle et facilitante pour la mise en oeuvre et l'efficacité des activités? (5) L'appui de l'UNFPA apporte-t-il quelque chose de plus que les appuis des autres partenaires au développement et l'Etat?

**CRITERES D'EVALUATION, QUESTIONS D'EVALUATION ET INDICATEURS A RENSEIGNER**

**PERTINENCE**

**EQ1 : (PERTINENCE)** Dans quelle mesure le programme pays adresse-t-il les besoins de la population à l'échelle pays (en particulier ceux des groupes vulnérables), et a-t-il été aligné pendant toute la période d'implémentation avec les priorités du Gouvernement et avec les stratégies d'UNFPA.

1.1. Y a-t-il eu une analyse des besoins avant la planification du 4<sup>e</sup> programme de pays UNFPA/Djibouti?

1.2. Est-ce que la mise en œuvre des interventions a couvert tous les besoins identifiés sans interruption depuis 2013? Oui/Non [\_\_\_] Veuillez expliquer

1.3. Est-ce que les besoins des groupes vulnérables (parmi les femmes/adolescents et jeunes) ont été pris en compte? Oui/Non [\_\_\_] Veuillez expliquer/décrire

1.4. Les priorités nationales et les stratégies UNFPA ont-elles été prise en compte durant la planification du Programme de Pays? Oui/Non [\_\_\_] Veuillez expliquer pour chacun des cas

1.5. Les interventions mises en œuvre ont-elles été alignées avec les priorités nationales et les stratégies UNFPA durant toute la période? Oui/Non [\_\_\_] Veuillez expliquer

## REACTIVITE

**EQ2 : (REACTIVITE)** De manière dynamique, comment le bureau de pays a-t-il su s'adapter à l'évolution des besoins des populations cibles (Adolescents/jeunes et femmes) dans la planification et la mise en œuvre de toutes les interventions appuyées dans le cadre du Programme ?

2.1. Quels sont les changements majeurs survenus durant la mise en œuvre du programme, qui ont affecté les besoins/situation des populations cibles (ado/jeunes, femmes)?

2.2. Quels ajustements ont été apportés à la planification pour intégrer les changements survenus? Oui/Non [\_\_\_] Liste des ajustements:

2.3. Quelles sont les interventions spécifiques qui ont été mises en œuvre pour faire face aux changements survenus?

2.4. Quelle a été la pertinence (en qualité et en quantité) des interventions mises en œuvre face aux changements survenus? Expliquez votre avis

2.5. Les interventions de routine du programme ont-elle normalement continué pendant que l'on répondait à la crise ? Les population locales ont-elles bénéficiée des services prévus pour les groupes frappés par la crise? Oui/Non [\_\_\_] Expliquez

## EFFICIENCE

**EQ3 : (EFFICIENCE)** Dans quelle mesure l'utilisation des ressources, techniques et approches a-t-elle contribué à l'atteinte des résultats poursuivis par le 4<sup>e</sup>me Programme de Pays ?

- Quelle est la contribution de l'utilisation des ressources humaines, matérielles, techniques et financières disponibles à l'atteinte des résultats?
- Dans quelle mesure la combinaison d'outils et d'approches a-t-elle contribué aux résultats du PP?

3.1. L'investissement en ressources humaines en termes d'effectif, de compétence et d'assiduité a-t-il été suffisant pour permettre l'atteinte des résultats? Oui/Non [\_\_\_] Expliquez/Argumentez

3.2. L'investissement en ressources matérielles et termes de qualité et de quantité a-t-il été suffisant pour permettre l'atteinte des résultats prévus ? (qualité des intrants, complétude des intrants, célérité/disponibilité continue); Oui/Non  Expliquez/Argumentez

3.3.L'investissement en ressources techniques (mobilisation des connaissances et expertises nécessaire : complétude, promptitude) a-t-il été suffisant pour permettre d'atteindre les résultats attendus ? Oui/Non  Expliquez

3.4. L'investissement en termes de ressources financières a-t-il été suffisant pour permettre d'atteindre les résultats? Oui/Non  Expliquez(Quels ont été les taux de mobilisation, d'exécution du budget? Quelle a été la célérité dans la mise à disposition des ressources? Quelle a été le taux validité de la dépense).

3.5. L'offre de services de l'UNFPA est elle assez intégrée ou plutôt cloisonnée? Oui/Non  Expliquez

3.6. Les stratégies utilisées ont-elles été les plus adaptées pour la plus grande efficacité? Si non, comment aurait-on fait mieux?

3.7.Quel a été le degré/niveau d'harmonisation des outils et des approches entre différents programmes et différents partenaires? Expliquez, Décrivez

3.8.Le programme a-t-il capitalisé/saisi les opportunités de partenariat et de synergie? Oui/Non  Expliquez

#### EFFICACITE

EQ4 : (EFFICACITE) Dans quelle mesure les produits du Plan d'action du Programme Pays (CPAP) ont été atteints et comment ils ont contribué à la réalisation des résultats du PS2014-2017 de l'UNFPA?

4.1.Quels sont les progrès réalisés sur les indicateurs des 5 produits du CPAP?

4.2.Quelle a été la performance réalisée sur les indicateurs des 5 produits du CPAP?

4.3.Quelle performance a été réalisée sur les indicateurs d'effet du PS2014-2017 de l'UNFPA?

4.4.Quel est le potentiel (cohérence de la chaîne des résultats) de contribution des produits du CPAP aux effets du PS2014-2017 de l'UNFPA correspondants? Nul, Faible, Suffisant, Excellent  Expliquez/Argumentez

4.5. Les progrès obtenus sur les produits sont-ils alignés avec les progrès observés sur les effets correspondants? Oui/Non  Expliquez

#### DURABILITE

EQ5 : (DURABILITE) Dans quelle mesure les interventions financées par UNFPA, après l'arrêt du financement, peuvent continuer, en particulier, leur résistance face aux risques ?

- Dans quelle mesure UNFPA a-t-elle appuyé les partenaires dans le développement des capacités et l'établissement des mécanismes d'appropriation interne ?

- Dans quelle mesure l'UNFPA a-t-elle renforcé la résilience de la partie nationale face aux risques ?

5.1.Ya-t-il une analyse des besoins en vue de la durabilité des interventions du programme?

5.2.L'appui au développement des capacités a-t-il été adéquat pour assurer la durabilité des interventions?

5.3. Le programme a-t-il mis en place des mécanismes d'appropriation des interventions? Oui/Non

Si oui, ces mécanismes sont-ils suffisants pour garantir la durabilité des interventions?

5.4. Une analyse des risques affectant le programme a-t-elle été faite? Oui/Non  Si oui, veuillez nous remettre copie du rapport.

5.5. Un plan de contingence, a-t-il été développé pour adresser lesdits risques? Oui/Non  Si oui, veuillez nous remettre copie du rapport.

5.6. Le plan de contingence a-t-il été mis en œuvre selon les prévisions? Oui/Non  Expliquez.

#### COORDINATION AVEC UNCT

*EQ6 : (COORDINATION UNCT) Dans quelle mesure l'UNFPA a été un membre actif et contributeur aux mécanismes de coordination existants (UNCT, Groupes Thématiques)?*

6.1. Quels sont les mécanismes de coordination existants au niveau de l'UNCT (UNCT, Groupes Thématiques...)?

6.2. Quel est le niveau de participation de l'UNFPA aux mécanismes respectifs de coordination ?

–Pour chacun des mécanisme, indiquer le niveau: Nul, Insuffisant, Suffisant, Exhaustif?

6.3. Indiquez les mécanismes de coordination dont l'UNFPA est le leader

6.4. Quel est l'intensité de la contribution stratégique de l'UNFPA au niveau des instances de coordination? Nulle, Faible, Suffisante, Maximale [\_\_\_\_\_], Expliquez

6.5. Quelle appréciation faites-vous de la qualité des contributions stratégiques de l'UNFPA au niveau des instances de coordination?

#### VALEUR AJOUTEE

*EQ7 : (VALEUR AJOUTEE) Quel est l'apport spécifique ou additionnel (actions, avantages) du programme pays de l'UNFPA par rapport aux interventions des autres acteurs du développement ?*

7.1. Y a-t-il eu des interventions spécifiques à l'UNFPA par rapport aux autres acteurs du développement? Oui/Non  Veuillez les citer les

7.2. L'UNFPA a-t-il développé des approches spécifiques comparé aux autres acteurs du développement? Oui/Non. Si oui,  Lesquelles

7.2. L'UNFPA présente-t-elle des avantages comparatifs par rapport aux autres partenaires du développement, y compris ceux qui offrent les mêmes services? Oui/Non  Veuillez les citer.

### PRINCIPALES CONCLUSIONS:

Remplir			après			l'interview:
Etape	1:	Lire	ses	notes		d'entretien
Etape	2:	Rédiger	une	conclusion	par	question
constat:						
(1) Pertinence et efficacité problématiques. Déterminants: (a)...; (b)...; (c) ... ;						
(2) Forte probabilité de problèmes de durabilité. Déterminants: (a)...; (b)...; (c) ... ;						
(3) Perception du FNUAP : Partenaire très utile/novateur. Déterminants: (a)...; (b)...; (c) ... ;						

## **PROCHAINES ETAPES**

Exemples d'actions qui devraient suivre l'entretien (le cas échéant):

- (1) Vérifier si tel(s) aspect(s) (ex: la pertinence et l'efficacité) sont également des préoccupations de telle partie prenante clé (ex: Bureau national de la statistique;...)
- (2) Organiser une entrevue avec une institution dont l'approche est perçue comme réussie;
- (3) Documents/informations attendue de la/le répondant(e) par telle canal (email, ....) d'ici .....(date);  
etc.

Guide FGD—évaluation du 4 <sup>e</sup> PP, UNFPA-Djibouti 2013-2017		
Bénéficiaires/Prestataires		
<b>DONNEES DU FGD</b>		
Nom(s) du/des répondant(e) s:	Fonction:	
Date de l'entretien:	Institution/organisation:	
Produit / PTA / Projet Atlas:	Categorie de Partie Prenante:	
Investigateur: de l'entretien:	Domaine d'analyse:	Code
<p><b>Contexte:</b></p> <p>(i) Principales tâches , les rôles et responsabilités de l'institution/personne, sa relation avec le programme du pays et ses objectifs et activités dans le programme</p> <p>(ii) Le (Nom de l'Institution/profile répondant(e) ) a reçu l'appui de l'UNFPA sur les 3 dernières années ;</p> <p>(iii) Raison d'être de l'interview: cette institution/personne intervient dans les activités concourant au produit n° ___ du 4<sup>e</sup> PP qui est: .....</p> <p>..... L'institution/personne est ainsi un acteur clé pour évaluer ce produit ;</p> <p>(iv) Evocation de la disponibilité, production et partage antérieure des données concernées par l'institution/répondant(e): ex: La revue documentaire et l'interview avec (UNFPA) ont indiqué que votre institution produit un rapport annuel contenant des données pour la mesure des indicateurs 4<sup>e</sup> PP .</p>		
<b>Points</b>		<b>clés:</b>
Brève liste des objectifs et / ou sujets à aborder dans l'interview: (1) Les interventions relatives aux urgences humanitaires ont-elles été réalisées à temps? (2) Les résultats visés par la mise en oeuvre ont-ils été atteints dans chacune des composantes ou interventions? (3) Qu'est-ce qui a été mis en place pour que les interventions soient soutenues durablement par la partie nationale? (4) L'appui de l'UNFPA apporte-t-il quelque chose de plus que les appuis des autres partenaires au développement et l'Etat?		
EQ1: (PERTINENCE) <i>Les services offerts par le programme de l'UNFPA correspondent-ils à vos besoins? Oui/Non [__], Pourquoi?</i>		
1.1. Les services offerts par le programme de l'UNFPA correspondent-ils à vos besoins? Oui/Non [__], Pourquoi?		
EQ2 : (REACTIVITE) <i>De manière dynamique, comment le bureau de pays a-t-il su s'adapter à l'évolution des besoins des populations cibles (Adolescents/jeunes et femmes) dans la planification et la mise en oeuvre de toutes les interventions appuyées dans le cadre du Programme ?</i>		
2.1. Quels sont les changements majeurs survenus durant la mise en œuvre du programme, qui ont affecté les besoins/situation des populations cibles (ado/jeunes, femmes)?		
2.2. Quelles sont les interventions spécifiques qui ont été mises en œuvre pour faire face aux changements survenus?		
2.3. Les interventions réalisées pour répondre aux changements ayant affecté la situation des adolescents/jeunes et femmes ont-elles effectivement résolu les problèmes qui se sont posés ? Oui/Non [__] Expliquez		
2.3. Les interventions de routine du programme ont-elles normalement continué pendant que l'on répondait à la crise ? Les populations locales ont-elles bénéficiée des services prévus pour les groupes frappés par la crise? Oui/Non [__] Expliquez		

EQ4 : (EFFICACITE) Dans quelle mesure les produits du Plan d'action du Programme Pays (CPAP) ont été atteints et comment ils ont contribué à la réalisation des résultats du PS2014-2017 de l'UNFPA?		
4.1. Parmi les services de santé suivants, lesquels sont disponibles dans les formations sanitaires ou autres sites que vous fréquentez? [Cochez le cas échéant ; Précisez le type de site selon le service]		
SERVICES		SITES DE PRESTATION
a) CPN		
b) Soins aux complications de la grossesse		
c)traitement des fistules		
d) Accouchement simple		
e)Accouchement difficile		
f) Césarienne		
g) Soins aux nouveau-né (prématuré, bébé ayant des problèmes à la naissance		
h) Déclaration des décès maternels par les communautés		
i) Déclaration des naissances par la communauté		
j) Planning Familial		
k) Soins/Prévention des IST/VIH-SIDA		
l) VFG		
m) MFG		
n) Approches genre et droits humains dans les services		
4.2. Comment trouvez-vous ces services (bonne qualité ? Complet ?) ? Expliquez		
4.3. Tout le monde arrive-t-il toujours à recevoir ces soins ? Oui/Non [ ] Pourquoi?		
4.4. Dites si la fréquentation des formations sanitaires s'est améliorée depuis 2013 et expliquez pourquoi		
4.5. Parmi les services pour adolescents et jeunes suivants, lesquels sont disponibles dans les formations sanitaires ou autres CDC, associations de jeunes etc. que vous fréquentez? [Cochez le cas échéant ; Précisez le type de site selon le service]		
SERVICES		SITES DE PRESTATION
a) Pair Education sur la prévention des comportements à risque, surtout VIH		
b) intégration dans les Centre de Santé de l'IEC sur la SSR & le programme de participation civique		
c) services intégrés pour jeunes combinant VIH/SIDA, mariage précoces, MGF		
d) information et protection des adolescents en situation vulnérable		
4.6. Comment trouvez-vous ces services (bonne qualité ? Complet ?) ? Expliquez		
4.7. Ces services sont-ils conviviaux pour les adolescents/jeunes ? Oui/Non [ ] Expliquez		

4.8. Tous les ado/jeunes arrivent-ils toujours à recevoir ces soins ? Oui/Non  Pourquoi?

4.9. La fréquentation des sites offrant des services pour ado/jeunes s'est-elle améliorée depuis 2013 ?  
Oui/Non  Expliquez comment et pourquoi

## GRILLE D'OBSERVATION DES POINTS DE PRESTATION DES SERVICES (PPS)

Evaluation indépendante du 4<sup>ème</sup> programme unfpa/djibouti

**Période Evaluée : 1<sup>er</sup> Janvier 2013 –31 Décembre 2016**

Pays :	Région :	Localité :	Quartier/Village :
Type d'institution :	FOSA <input type="checkbox"/> ; CDC <input type="checkbox"/> ; CEIO <input type="checkbox"/> ; OSC <input type="checkbox"/> ;	ECOLE DE FORMATION <input type="checkbox"/>	ASC <input type="checkbox"/> ; AC <input type="checkbox"/> ; MUTUELLE COM. <input type="checkbox"/>

### I. IDENTIFICATION DES SERVICES:

Demander la liste des services offerts dans le cadre du CP4 UNFPA *[collecter une copie de la liste]*

Demander la répartition des services offerts par poste de travail, dans le cadre du 4<sup>ème</sup> PP UNFPA/Djibouti *[collecter une copie de l'organigramme et de la description des postes de travail]*

Observer les traces des différents services offerts dans le cadre du 4<sup>ème</sup> PP UNFPA/DJIBOUTI par point de prestation dans les outils de gestion (registres, fiches de synthèse)

*Discuter à l'écart avec un/e usager/usagère sur les services reçus au poste de travail où il/elle est rencontrée*

Demander la liste, observer les infrastructures mises en place par le 4<sup>ème</sup> PP *[Collecter une copie, filmer les réalisations infrastructurelles]*

### II. VERIFICATION DE L'ASSURANCE QUALITE DES SERVICES:

Vérifier la disponibilité des documents des normes et standards de services en matière de SMN, PF, SSRAJ, Genre et droits (infrastructures, intrants, pratiques) *[Photographier ou obtenir copie]*

Demander les procédures mise en œuvre pour la supervision et le suivi de l'application desdites normes et standard *[Photographier ou obtenir copie des preuves d'application desdites procédures]*

Demander les preuves de suivi de la mise en œuvre des constats et recommandations sur l'application des normes et standards *[Photographier ou obtenir copie des preuves d'application desdites procédures]*

### III. IDENTIFICATION DES INTRANTS :

Demander la liste, observer les médicaments fournis par le 4<sup>ème</sup> PP UNFPA/Djibouti *[collecter une copie ; photographier les étagères de rangement des médicaments fournis]*

Demander la liste, observer les consommables fournis par le 4<sup>ème</sup> PP UNFPA/DJIBOUTI *[collecter une copie, photographier les consommables significatifs disponibles]*

Demander la liste, observer les équipements fournis par le 4<sup>ème</sup> PP UNFPA/DJIBOUTI *[collecter une copie, photographier les équipements]*

Demander la liste, observer les infrastructures mises en place par le 4<sup>ème</sup> PP *[Collecter une copie, filmer les réalisations infrastructurelles]*

### IV. DISPONIBILITE DES INTRANTS

Demander la liste des intrants commandés par le PPS mais non reçus, observer les bons de commandes (nom, quantité, date)

Demander la liste des intrants reçus, mais non commandés par le PPS, observer/photocopier ou photographier les PV de réception/livraison (nom, quantité, date)

Liste des médicaments ayant connu une rupture de stock depuis 2013 ; *[collecter le nom, les dates de début et de fin de rupture (durée rupture)]*

Liste des consommables ayant connu une rupture de stock depuis 2013 *[collecter le nom, les dates de début et de fin de rupture (durée rupture)]*

### V. QUALITE/FONCTIONNALITE DES INTRANTS

Demander, Observer et lister les intrants qui ne correspondent pas aux normes du Ministère compétent.

Demander, Observer et lister les intrants obsolètes (de technologie et d'utilisation dépassée)

Demander, Observer et lister les intrants arrivés incomplets

Demander, Observer et lister les intrants arrivés avec un défaut de fabrication ou un dégât

Demander, Observer et lister les équipements et installations fournis/mises en place par le 4è PP qui ne fonctionnent plus (en panne : date début panne)

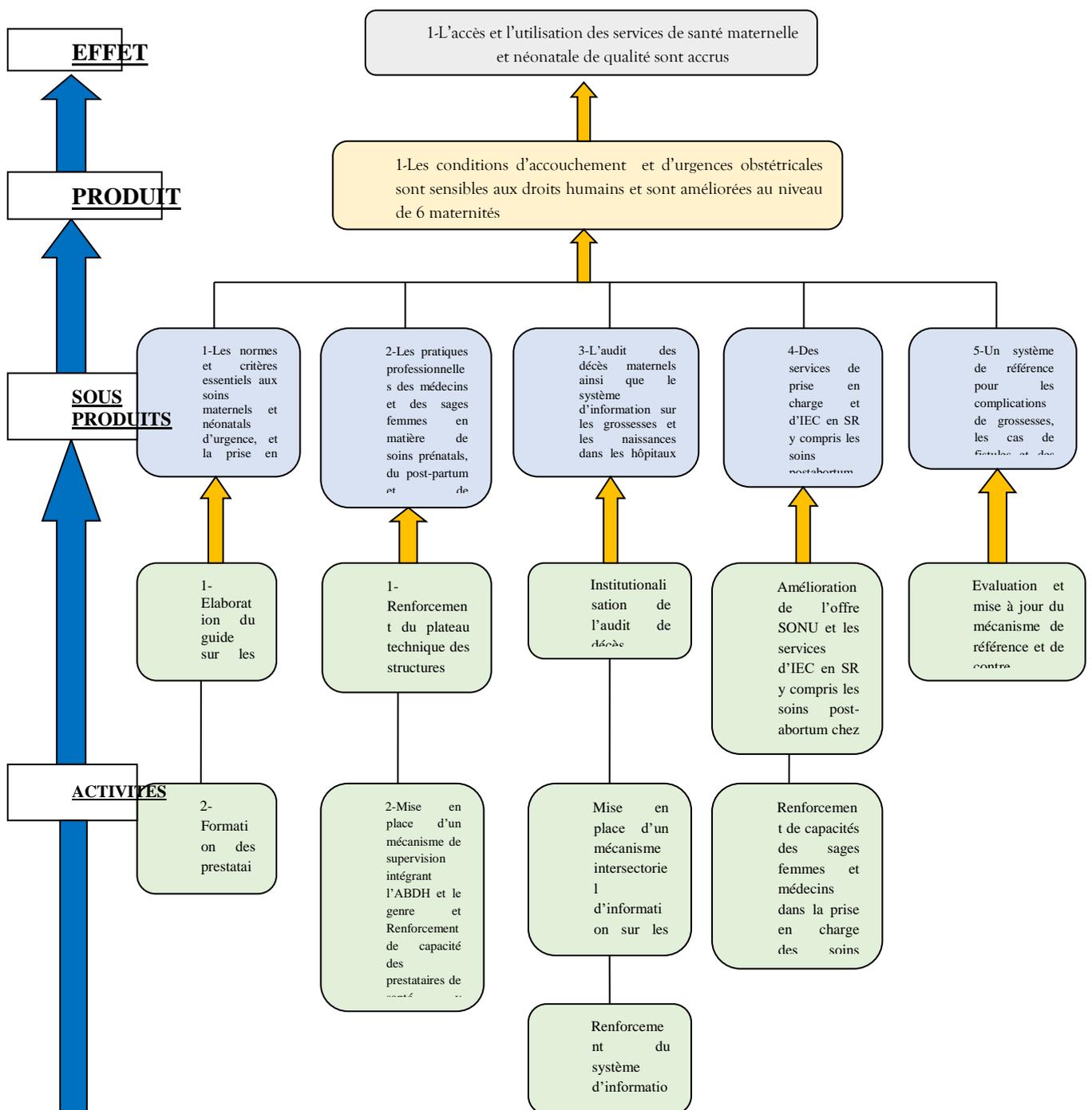
**Tableau annexe xxx : Récapitulatif des Progrès et de la Performance du CP4 UNFPA/Djibouti**

Produit	Indicateur		2013	2014	2015	2016	2017	TOTAL	Performance
	Indicateur 1	Proportion de femmes référées et correctement prises en charge par le système (%)							
Produit 1		Prévisions	50%	55%	60%	65%	70%	70%	
		Réalisations	0	0	0	0	0	0	0,00%
	Indicateur 2	Nombre de cas de fistules traitées							
		Prévisions	30	30	45	60	70	165	
		Réalisations	0	6	0	0	0	6	3,64%
Produit 2	Indicateur 3	Nombre de centres de santé de base qui intègrent le paquet minimum complet d'activités en santé de la reproduction							
		Prévisions	30	35	37	40	2	142	
		Réalisations	30	0	37	45	0	112	78,87%
Produit 3	Indicateur 4	Nombre de leaders communautaires formés en santé reproductive y compris la VFG et la détection des grossesses à risque							
		Prévisions	10	30	30	20	70	90	
		Réalisations	10	36	20	77	0	143	158,89%
	Indicateur 5	Nombre de femmes référées aux services de planning familial							
		Prévisions	10	0	40	30	100	80	
		Réalisations	0	0	46	69	0	115	143,75%
Produit 4	Indicateur 6	Nombre de centres amis des jeunes fonctionnels							
		Prévisions	1	1	4	7	10	13	
		Réalisations	1	0	0	1	0	2	15,38%
	Indicateur 7	Nombre de jeunes pairs éducateurs formés							
		Prévisions	150	600	750	900	1200	2400	

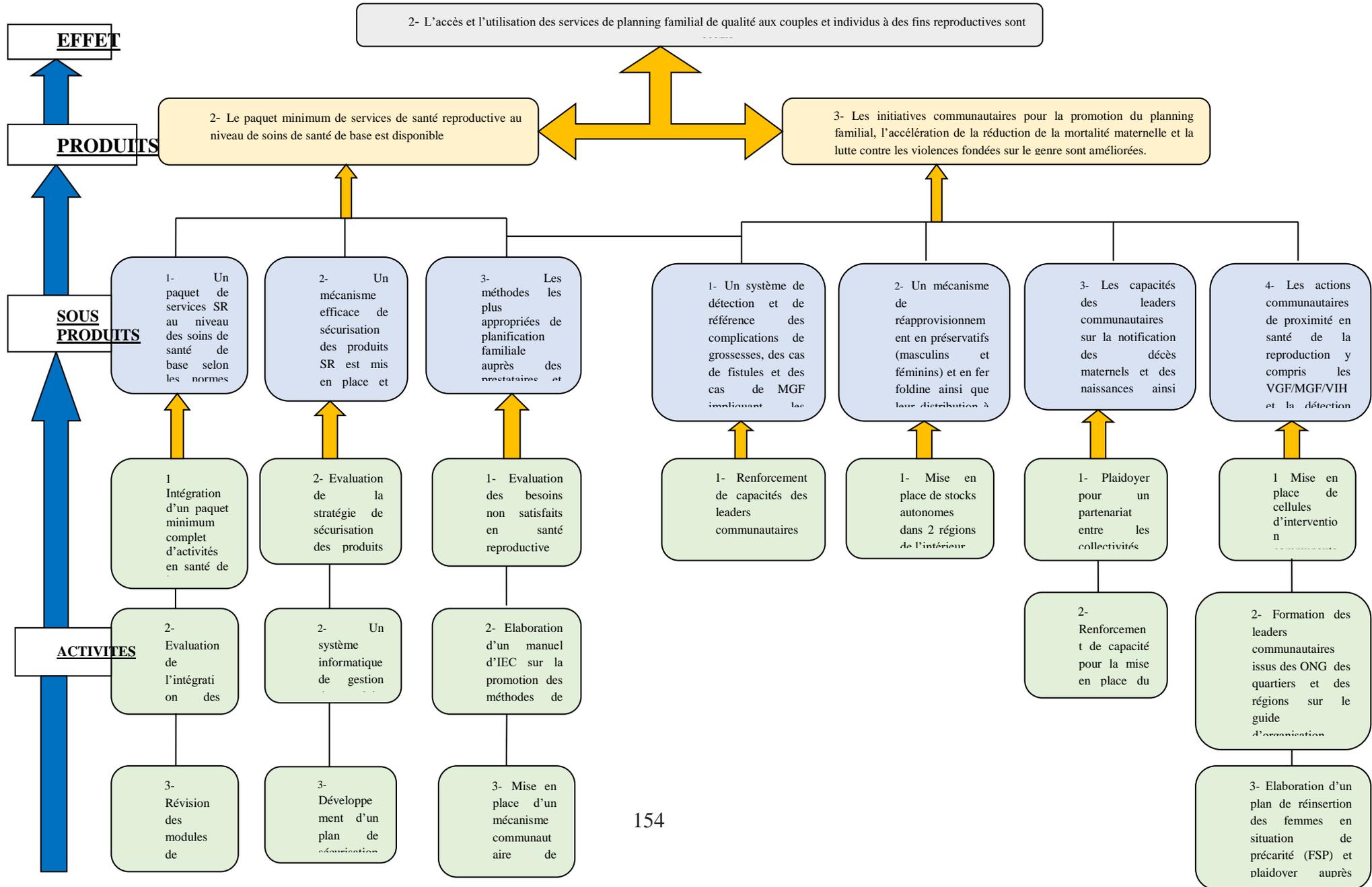
		Réalisations	200	740	1400	1900	0	4240	176,67%
Produit 5	Indicateur 8	Nombre de personnes formées à l'utilisation de données pour informer les décisions							
		Prévisions	3	0	3	6	10	12	
		Réalisations	5	0	26	4	0	35	291,67%
	Indicateur 9	Nombre d'enquêtes / études soutenues							
		Prévisions	1	1	3	2	2	7	
		Réalisations	1	2	2	3	0	8	114,29%

# DIAGRAMME DE LA LOGIQUE D'INTERVENTION

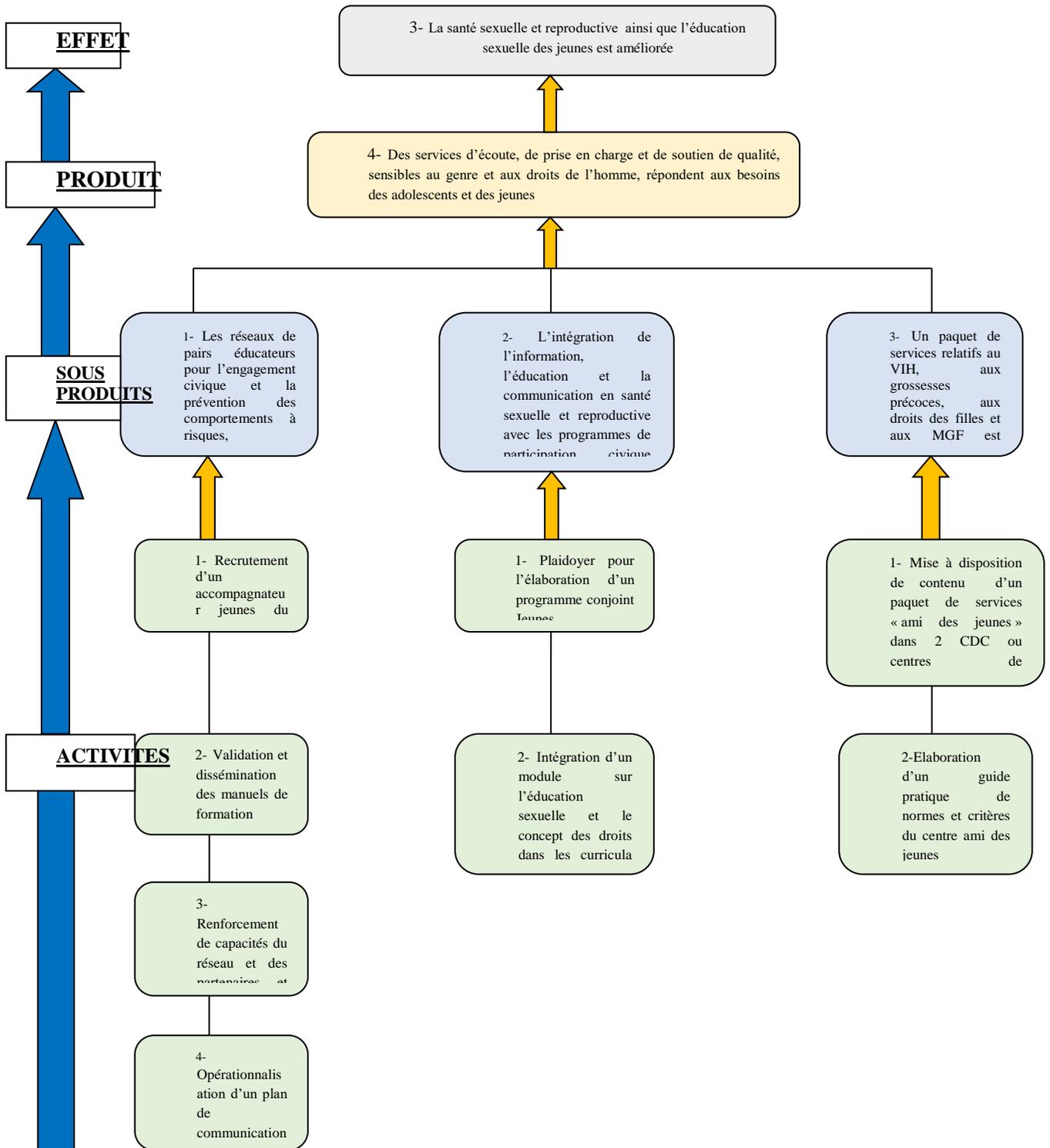
## Composante 1 : Santé maternelle et néonatale



## Composante 2 : Santé Reproductive et Planning Familial



## Composante 3 : Santé sexuelle et reproductive et éducation sexuelle des jeunes



## Composante 4 : Disponibilité et analyse des données

