



EVALUATION INDEPENDANTE
DU PROGRAMME DE PAYS

BURKINA FASO

2011-2015



Décembre 2015

Carte administrative du Burkina Faso



Equipe d'évaluation	
Titre /Position dans l'équipe d'évaluation	Nom et Prénom(s)
Chef de mission – Expert chargé des questions de santé sexuelle et de la reproduction	APPAIX Olivier
Expert chargé des questions de Genre	HENRY Paule Elise
Expert chargé des questions de Population et Développement	BADJECK Alain

REMERCIEMENTS

Cette évaluation finale du 7^{ème} Programme de coopération Burkina Faso-UNFPA a bénéficié de l'orientation stratégique des Représentants successifs de l'UNFPA, Dr Mamadou Kanté puis Dr Edwige Adekambi Domingo, et de la Représentante Assistante, Dr Olga Sankara, dont le souci constant d'assurer la pertinence des interventions de l'UNFPA au Burkina Faso a été maintes fois mis en exergue au cours de ce processus.

L'équipe d'évaluation souhaite exprimer sa gratitude à l'égard de toute l'équipe du Bureau Pays présente à Ouagadougou à l'occasion des travaux sur place, puis à distance, qui a témoigné d'une grande disponibilité pour aider les évaluateurs dans leur compréhension du 7^{ème} Programme de coopération UNFPA – Burkina Faso (2011-2015), pour les mettre en relation avec les interlocuteurs extérieurs, et pour leur faire parvenir les documents nécessaires. C'est certes ce que l'on peut attendre de la part des personnels dans leurs fonctions, mais il convient de souligner cette disponibilité, en dépit des circonstances qui ont pu affecter le bureau et les personnes individuellement au cours du temps d'évaluation.

L'équipe tient également à témoigner de sa reconnaissance à Dr Dalomi Bahan, responsable de l'Unité de Suivi-Evaluation au Bureau Pays, qui a assumé le rôle de point focal tout au long de cet exercice, en prodiguant un appui sans faille et des conseils avisés aux évaluateurs.

De même, les évaluateurs adressent leurs vifs remerciements à la coordination nationale, aux Chefs de file des produits et à l'ensemble des interlocuteurs rencontrés dans les structures nationales, publiques comme privées, et régionales, pour leur soutien précieux pendant toute la durée de la mission. Toutes les parties prenantes rencontrées pendant la phase de la collecte des données (représentants du gouvernement, agences du SNU, organisations de la société civile, ONG locales et internationales, partenaires d'exécution, associations locales, et bénéficiaires) ont contribué à la réussite des missions de terrain et réservé un accueil chaleureux aux évaluateurs. L'équipe d'évaluation leur est redevable pour l'ensemble très riche de données et d'informations fournies qui ont permis de documenter l'analyse de pertinence, d'efficacité, d'efficience et de durabilité du programme. Leurs points de vue exprimés avec sincérité ont été extrêmement utiles aux évaluateurs pour qu'ils mènent leur mission avec succès.

Des chefs de bureau aux chauffeurs, tous les membres du personnel de l'UNFPA travaillant dans les différents sites, ont fait preuve d'un remarquable engagement à l'égard de l'équipe d'évaluation, en lui fournissant l'appui logistique et le plus grand nombre possible d'informations sur le 7^{ème} Programme.

Table des matières

Liste des tableaux	vi
Liste des graphiques.....	vi
Liste des abréviations et acronymes.....	vii
Structure du rapport d'évaluation du Programme pays.....	xiii
Résumé exécutif	1
Chapitre 1. Introduction	5
1.1. Objectifs de l'évaluation	5
1.2. Champ de l'évaluation.....	5
1.3. Approche méthodologique de l'évaluation.....	5
1.3.1. Critères et questions d'évaluation.....	5
1.3.2. Outils et méthodes de collecte et d'analyse des données	6
1.3.3. Cartographie et échantillonnage des parties prenantes	7
1.3.4. Processus de l'évaluation.....	8
1.3.5. Limites et contraintes de l'exercice d'évaluation.....	9
Chapitre 2. Contexte du pays.....	10
2.1. Défis de développement et stratégies nationales.....	10
2.1.1. Population et Développement.....	10
2.1.2. La santé	11
2.1.3. La Santé de la Reproduction	12
2.1.4. Genre et droits humains	13
2.2. Rôle de l'aide extérieure	15
Chapitre 3. Programme et réponse stratégique de l'UNFPA au Burkina Faso.....	16
3.1. Réponse stratégique de l'UNFPA	16
3.2. Réponse de l'UNFPA à travers le programme de pays	16
3.2.1. Le programme de pays	16
3.2.2. Situation financière du programme en cours	18
Chapitre 4. Résultats de l'évaluation – traitement des critères d'évaluation.....	22
4.1. Analyse du critère de Pertinence	22
4.2. Analyse du critère d'Efficacité.....	27
4.3. Analyse du critère d'Efficiences.....	46
4.4. Analyse du critère de Pérennité.....	52
Chapitre 5. Positionnement stratégique	57
5.1. Alignement stratégique	57
5.1.1. Alignement institutionnel	57
5.1.2. Alignement systémique	59
5.2. Capacité de réponse	60

5.3. Valeur ajoutée	60
Chapitre 6. Système de gestion et de suivi-évaluation	63
6.1. Dispositif institutionnel de coordination	63
6.2. Suivi-évaluation du 7 ^{ème} Programme	64
Chapitre 7. Enseignements et Conclusions	67
7.1. Forces et faiblesses du 7 ^{ème} programme	67
7.2. Leçons apprises.....	67
7.3. Conclusions.....	68
7.3.1. Niveau stratégique.....	68
7.3.2. Niveau programmatique.....	69
Chapitre 8. Recommandations	73
8.1. Recommandations de niveau stratégique	73
8.2. Recommandations de niveau programmatique	73
8.2.1. Recommandations concernant Population et Développement.....	73
8.2.2. Recommandations concernant la Santé Sexuelle et de la Reproduction	73
8.2.3. Recommandations concernant le genre et les droits humains.....	74
8.3. Recommandations concernant la gestion et le système de suivi-évaluation	75

Liste des tableaux

Tableau 1 : Tableau synoptique des principaux indicateurs du Burkina Faso	xii
Tableau 2 : Fécondité actuelle	11
Tableau 3 : Evolution de quelques indicateurs sanitaires de base (2001-2013) au Burkina Faso	12
Tableau 4 : Répartition du budget UNDAF (en milliers d'USD) par agence du SNU au Burkina Faso (2011-2015)	15
Tableau 5 : Contribution des programmes passé (6ème) et en cours (7ème)	16
Tableau 6 : Programmes conjoints et intégrés du SNU	17
Tableau 7 : Budget estimatif du 7ème Programme de coopération UNFPA-Burkina Faso (2011-2015)	18
Tableau 8 : Dépenses (FCFA) du 7ème Programme au cours de la période 2011-2013 sans les produits contraceptifs	20
Tableau 9 : Dépenses du 7ème Programme pour un ensemble de rubriques (2012-2014)	21
Tableau 10 : Mobilisation de la contrepartie nationale au financement du 7ème Programme	21
Tableau 11 : Contributions financières annuelles (en USD) de l'UNFPA au PADS sur la période 2011-2014	27
Tableau 12 : Données statistiques obstétricales 2010-2014	60
Tableau 13 : Insuffisance du système de suivi et évaluation du programme pays	65

Liste des graphiques

Graphique 1. Budget annualisé du 7ème Programme - selon le PAPP (2011-2015).....	19
Graphique 2. Taux des CPN1 et CPN4 de 2010 à 2014.....	42
Graphique 3. Taux de d'utilisation des méthodes contraceptives et de 2010 à 2014.....	42
Graphique 4. Taux d'exécution physique du 7ème programme par produit (2014).....	47

Liste des abréviations et acronymes

ABBEF	Association Burkinabé pour le Bien-Être Familial
ABG	Appui Budgétaire Général
ABS	Appui Budgétaire Sectoriel
ABSF/M	Association Burkinabé des Sages-Femmes et Maïeuticiens
ACP	Année-Couple de Protection
ADEP	Association d'Appui et d'Eveil Pugsada
AFD	Agence Française de Développement
AFJBF	Association des Femmes Juristes du Burkina Faso
AGR	Activité Génératrice de Revenus
AMIU	Aspiration Manuelle Intra-Utérine
ANS	Annuaire Statistique Santé
ARF	Association pour la Rééducation Fonctionnelle
ASC	Agent de Santé Communautaire
AT	Assistant Technique
BAD	Banque Africaine de Développement
BCP	Bilan Commun de Pays
BIT	Bureau International du Travail
CADHP	Charte Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples
CAMEG	Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels Génériques
CAP	Connaissances, Attitudes, Pratiques
CARMMA	Campagne pour l'Accélération de la Réduction de la Mortalité Maternelle en Afrique
CCC	Communication pour le Changement de Comportement
CCG	Cadre de Concertation Genre
CBDF	Coalition Burkinabé pour les Droits de la Femme
CEDEF	Convention pour l'Élimination de toutes les formes de Discriminations à l'Égard des Femmes
CHR	Centre Hospitalier Régional
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CHUSS	Centre Hospitalier Universitaire Souro Sanou (à Bobo-Dioulasso)
CHU-YO	Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo (à Ouagadougou)
CINU	Centre d'Information des Nations Unies
CIPD	Conférence Internationale sur la Population et le Développement
CMA	Centre Médical avec Antenne chirurgicale
CNLPE	Conseil National de Lutte contre la Pratique de l'Excision
CNOSF/M	Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes et Maïeuticiens
CNS	Comptes Nationaux de la Santé
COGES	Comité de Gestion
CONAPO	Conseil National de la Population
CONAP/G	Conseil National pour la Promotion du Genre
CPAP	Country Programme Action Plan (PAPP)
CPE	Comité de Pilotage Elargi (de l'évaluation finale du 7 ^{ème} Programme)
CPF	Code des Personnes et de la Famille
CPON	Consultation Post-Natale
CPR	Comité de Pilotage Restreint (de l'évaluation finale du 7 ^{ème} Programme)

CPN	Consultation Prénatale
CPNR	Consultation Prénatale Recentrée
CSPS	Centre de Santé et de Promotion Sociale
DBC	Distribution à Base Communautaire
DCP	Diagnostic Communautaire Participatif
DEP	Direction des Etudes et de la Planification
DGAT-AD	Délégation Générale de l'Aménagement du Territoire et de l'Appui à la Décentralisation
DG COOP	Direction Générale de la Coopération
DGEP	Direction Générale de l'Economie et de la Planification
DGTCP	Direction Générale du Trésor et de la Comptabilité Publique
DPASSN	Direction Provinciale de l'Action Sociale et de la Solidarité Nationale
DPP	Direction des Politiques de Population
DPS	Direction de la Promotion de la Santé
DPSSF	Développement, Paix et Secours sans Frontière (ONG)
DREP	Direction Régionale de l'économie et de la Planification
DRS	Direction Régionale de la Santé
DSF	Direction de la Santé de la Famille (ex-DSME)
DSME	Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant (maintenant DSF)
EdM	Ecole des Maris
EDS	Enquête Démographie et Santé
EDSBF	Enquête Démographie et Santé au Burkina Faso
EICVM	Enquête Intégrale sur les Conditions de Vie des Ménages
ENSP	Ecole Nationale de Santé Publique
EPT	Education Pour Tous
ENTE-BF	Enquête nationale sur le travail des enfants au Burkina Faso
FAO	Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture
FBR	Financement Basé sur les Résultats
FCFA	Franc de la Communauté Financière Africaine
FCI	Family Care International
FEBAH	Fédération Burkinabè des Associations pour la Promotion des Personnes Handicapées
FMSTP	Fonds Mondiale de lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme
FO	Fistule Obstétricale
FS	Formation Sanitaire
FVFO	Femme Victime de Fistule Obstétricale
GAR	Gestion Axée sur les Résultats
GASCODE	Groupe d'Appui en Santé Communautaire et Développement
GAVI	Alliance Mondiale pour la Vaccination et l'Immunisation
GDH	Genre et Droits Humains
GED	Genre et Développement
HRSH	Hommes ayant des Relations Sexuelles avec des Hommes
IDE	Infirmier-ère Diplômé(e) d'Etat
IDISA	Indice de Développement et des Inégalités entre les Sexes
IEC	Information, Education, Communication
IFC	Approche « Individu, Famille, Communauté »

IFD	Intégration des Femmes au Développement
INSD	Institut National de la Statistique et de la Démographie
IPC	Initiative Privée et Communautaire de lutte contre le VIH/SIDA au Burkina Faso
ISSP	Institut Supérieur des Sciences de la Population
IST	Infection Sexuellement Transmissible
KFW	Banque de Développement allemande
LMD	Licence-Maîtrise-Doctorat
MASSN	Ministère de l'Action Sociale et de la Solidarité Nationale
MATS	Ministère de l'Administration Territoriale et de la Sécurité
MDHPC	Ministère des Droits Humains et de la Promotion Civique
MEF	Ministère de l'Economie et des Finances
MENA	Ministère de l'Education Nationale et de l'Alphabétisation
MESS	Ministère des Enseignements Secondaire et Supérieur
MGF/E	Mutilations Génitales Féminines/ Excision
MICS	Enquête par grappes à Indicateurs Multiples
MJ	Ministère de la Justice
MJFPE	Ministère de la Jeunesse de la Formation Professionnelle et de l'Emploi
MPFG	Ministère de la Promotion de la Femme et du Genre
MS	Ministère de la Santé
MSI	Marie Stopes International
NEX	Exécution Nationale
OOAS	Organisation Ouest-Africaine de la Santé
OBC	Organisation à Base Communautaire
OIT	Organisation Internationale du Travail
OMD	Objectif du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONU	Organisation des Nations Unies
ONUDI	Organisation des Nations Unies pour le Développement Industriel
ONU Habitat	Programme des Nations Unies pour les Etablissements Humains
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
OSC	Organisation de la Société Civile
PAA-PNG	Programme d'Appui à l'Accélération de l'opérationnalisation de la PNG
PADS	Programme d'Appui au Développement Sanitaire
PAM	Programme Alimentaire Mondial
PAMAC	Programme d'Appui au Monde Associatif et Communautaire
PAPP	Plan d'Actions du Programme de Pays (CPAP)
PAO	Plan d'Action Opérationnel
PCA	Paquet Complémentaire d'Activité (aux premier et second niveaux hospitaliers)
PEC	Prise en charge
P&D	Population & Développement
PF	Planification Familiale
PIB	Produit Intérieur Brut
PMA	Paquet Minimum d'Activité (au niveau des soins de santé primaire)

PMC	Population Media Center
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNG	Politique Nationale Genre
PNP	Politique Nationale de Population
PNS	Politique Nationale de Santé
PNUAD	Plan cadre des Nations Unies pour l'Aide au Développement
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PP	Programme Pays (UNFPA)
PRCA	Programme de Renforcement des Capacités des Acteurs
PROMACO	Programme de Marketing Social du Condom
PSH	Personne en Situation de Handicap
PTF	Partenaire Technique et Financier
PTME	Prévention de la Transmission (du VIH) Mère-Enfant
PVVIH	Personne Vivant avec le VIH
RAJS	Réseau Africain Jeunesse Santé
REFAMP	Réseau des Femmes Africaines, Ministres et Parlementaires
RELECORE	Réseau des Leaders Coutumiers et Religieux
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitation
RHS	Ressources Humaines en Santé
SCADD	Stratégie de Croissance Accélérée et de Développement Durable
S&E	Suivi et Evaluation
SF	Sage-Femme
SFE	Sage-Femme diplômée d'Etat
SIDA	Syndrome de l'Immunodéficience Acquise
SIGLC	Système d'Information et de Gestion sur la Logistique Contraceptive
SNU	Système des Nations Unies
SOGOBS	Société des Gynéco-Obstétriciens du Burkina Faso
SONU	Soins Obstétriques et Néonataux d'Urgence
SONUC	Soins Obstétriques et Néonataux d'Urgence Complets
SP/CONAPG	Secrétariat Permanent du Conseil National pour la Promotion du Genre
SP/CNLPE	Secrétariat Permanent du Conseil National de Lutte contre la Pratique de l'excision
SP-CLNS/IST	Secrétariat Permanent du Conseil National de Lutte contre le SIDA et les IST
SPSR	Sécurisation des Produits de Santé de la Reproduction
SR	Santé de la Reproduction
SRAJ	Santé de la Reproduction des Adolescents et des Jeunes
SSN	Système Statistique Nationale
SSR	Santé Sexuelle et de la Reproduction
TAC	Tableau d'Acquisition des Contraceptifs
TETU	Triage Evaluation et Traitement des Urgences
TMM	Taux de Mortalité Maternelle
TS	Travailleur/euse du Sexe
UE	Union Européenne
UEMOA	Union Economique et Monétaire Ouest-Africaine
UFR/SDS	Unité de Formation et de Recherche en Sciences de la Santé

UNCT	Equipe Pays des Nations Unies (United Nations Country Team)
UNDAF	Plan Cadre des Nations Unies pour l'Aide au Développement (" <i>United Nations Development Assistance Framework</i> ")
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	Agence de Coopération au Développement International des Etats-Unis
VBG	Violence Basée sur le Genre
VEFF	Violence à l'Egard des Femmes et aux Filles
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
WILDAF	Women In Law and Development in Africa (<i>Réseau des femmes juristes et développement en Afrique</i>)

Tableau 1 : Tableau synoptique des principaux indicateurs du Burkina Faso

Type de données	Description / Niveaux	Sources et années des données
Données générales du pays		
Superficie	274.200 km ²	SCADD 2011-2015
Population totale	14,0 millions (RGPH 2006) 18,45 millions en 2015 (projections 2007 -2020)	INSD (RGPH 2006) INSD
Taux de croissance démographique	3,1% (1996-2006)	INSD (RGPH 2006)
Densité de la population	51,4 habitants au km ²	INSD (RGPH2006)
Pourcentage de la population rurale	77,3% (2006)	INSD (RGPH 2006)
Pourcentage de la population urbaine	17,8% (2000) ; 22,7% (2006) ; 27,4% (estimation 2012)	INSD
Part de population âgée de moins de 15 ans	47%	INSD (RGPH 2006)
Indice synthétique de fécondité (ISF)	6,8(1998-99) ; 6,2 (2006) ; 6,0 (2010)	EDS (1998-99 et 2010), RGPH 2006
Taux de prévalence contraceptive moderne	15% (2010), 21,9% (2012)	EDS-MICS IV ; CAP 2012
Indicateurs socio-économiques de base		
Indice de Développement Humain (IDH) et rang	0,343 (2012), classe le Burkina Faso au 183e rang sur 187 pays	PNUD
Economie		
PIB par habitant et par an	335 812 FCFA / 670 USD (2013)	Banque Mondiale
Taux de croissance économique	8,0% (2010), 6,5% (2013)	Banque Mondiale
Pourcentage de la population vivant au-dessous du seuil de pauvreté monétaire	43,9% (2009)	EICVM 2009-10
Education		
Taux net de scolarisation (garçons)	52,0% (2006), 65,2% (2008-2012)	RGPH 2006, UNICEF
Taux net de scolarisation (filles)	44,7% (2006), 61,1% (2008-2012)	
Taux d'alphabétisation des jeunes hommes (15-24 ans)	Jeunes hommes : 46,7% ; jeunes femmes : 33,1% (2008-2012)	
Santé		
Espérance de vie à la naissance	56 ans (2008)	OMS – statistiques mondiales 2013
Prévalence du VIH (15-49 ans)	1,0% (2010) (femmes 1,2% ; hommes 0,8%)	EDSBF-MICS IV (2010)
Ratio de mortalité maternelle pour 100.000 naissances vivantes	341 (2004-2010); 440 (1993-1998/99)	EDSBF-MICS IV(2010)
Taux de mortalité néonatale	28 pour mille naissances (2006-2010)	
Taux de mortalité infantile	65 pour mille (2006-2010)	
Taux de mortalité infanto juvénile	129 pour mille (2006-2010)	
Dépenses totales de santé en % du PIB	5,1% (2000) ; 7,4% (2010)	OMS (stat. sanitaires mondiales 2013)
Part des paiements directs des ménages dans les dépenses de santé	60,4% (2000) ; 44,6% (2010)	
Part du budget de l'Etat alloué aux dépenses de santé (en %)	12,1% (2012)	MS (2014)
Nombre d'habitants par médecin	21.653 (2013)	MS Annuaire Statistique santé 2013
Ratio population / Infirmier Diplômé d'Etat	4.965 (2013)	
Ratio population / sage-femme	10.888 (2013)	
Taux de couverture en CPN4 (% de femmes enceintes ayant accompli les 4 visites)	33,1% (2014)	Annuaire Santé 2014
Pourcentage d'accouchements assistés par du personnel qualifié	67% (2006-2010), 76,6% y compris les accouchements assistés par des matrones, 86,2% (2014)	EDSBF-MICS IV (2010), MS Annuaire Statistique Santé 2013
Pourcentage de césariennes	1,6% (2010), 2,1% (2013)	MS (2014)
Taux de contact (enfants de moins de 5 ans)	1,7	MS Annuaire Statistique santé 2013

Structure du rapport d'évaluation du Programme pays

Le présent rapport d'évaluation finale du 7^{ème} Programme de Coopération entre le Fonds des Nations Unies pour la Population et le Burkina Faso (2011-2015) présente tout d'abord une revue du contexte dans lequel ce programme a été mis en œuvre, ainsi que ses caractéristiques principales, après un rappel de celles de son prédécesseur (2006-2010). Ceci inclut la situation et l'analyse financière du programme.

Le rapport propose ensuite une revue du processus et de la méthodologie d'évaluation suivie de l'évaluation proprement dite sur la base de la méthodologie décrite auparavant, notamment le traitement des critères d'évaluation de base (pertinence, efficacité, efficience, pérennité) et le positionnement stratégique de l'UNFPA (alignement stratégique, capacité de réponse, valeur ajoutée). Chaque critère est assorti de questions évaluatives qui permettent d'en préciser le champ d'investigation.

La présentation des réponses aux questions évaluatives suit un schéma relativement constant : une introduction générale, lorsque cela est pertinent, puis un traitement pour chacune des trois composantes du programme, en traitant toujours en premier des questions de Population et Développement (P&D), suivies des questions de Santé de la Reproduction (SR) et enfin des questions liées à l'équité de Genre. Plus particulièrement dans la revue d'efficacité, l'analyse est présentée par produit du programme, qui, après une restructuration en 2012, sont au nombre de neuf (9) : soit cinq (5) pour la composante de SR, deux (2) pour la composante de P&D et deux (2) pour la composante consacrée aux questions de Genre. Les têtes de paragraphes ou sous-chapitres consacrés au traitement d'une composante sont marquées par un « R. » (pour « réponse ») suivi d'une série de chiffres qui rappellent la numérotation de la question correspondante et son ordre dans les réponses.

Dans la suite, une analyse des dispositions de gestion et de suivi-évaluation du 7^{ème} Programme est faite. On y présente les enseignements et conclusions tirées de l'ensemble des analyses par composante et pour les questions de gestion et de S&E spécifiquement. Des recommandations, en lien avec les conclusions, clôturent le rapport.

Enfin un certain nombre de documents ont été annexés au rapport, notamment la liste des personnes et institutions rencontrées par l'équipe d'évaluation, la liste bibliographique, une documentation photographique des visites de terrain, la répartition territoriale des acteurs du 7^{ème} Programme, les matrices qui ont servi à la structuration de la démarche évaluative, et le cahier des charges de l'évaluation.

Résumé exécutif

Contexte

La présente évaluation finale porte sur le 7^{ème} programme de coopération entre le Burkina Faso et l'UNFPA, pour une période de cinq ans (2011-2015) et pour un budget global qui s'élève à 46,7 millions USD.

Ce 7^{ème} programme s'appuie sur trois composantes: (i) Santé Sexuelle et de la Reproduction (SSR), (ii) Population et Développement (P&D), (iii) Genre et Droits humains (GDH). Il a été élaboré sur la base des priorités nationales définies dans la Stratégie de Croissance Accélérée et de Développement Durable (SCADD) 2011-2015, dans le but de contribuer à l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). En outre, le 7^{ème} programme s'inscrit dans la vision de la conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) et contribue aux effets du Plan Cadre des Nations Unies pour l'Aide au Développement (UNDAF) 2011- 2015 :

Objectifs et champ de l'évaluation

D'une manière générale, les objectifs de cette évaluation sont : (i) de formuler un jugement d'ensemble sur la pertinence et la performance du programme, et sur la pérennité envisageable de ses effets, afin d'améliorer la qualité des décisions portant sur le programme et de rendre possible l'enrichissement de la mémoire organisationnelle ; (ii) de procéder à une analyse détaillée du positionnement stratégique de l'UNFPA ; (iii) d'engager un dialogue fructueux entre toutes les parties prenantes sur les expériences et leçons apprises, et les conclusions et recommandations pour l'avenir qu'il convient d'en tirer en vue de préparer la programmation et la mise en œuvre du prochain programme de coopération.

L'évaluation porte sur un programme très fourni, comportant 9 produits : 2 dans le domaine de la P&D, 5 dans celui de la SSR et 2 dans le celui du GDH. Ces produits sont décomposés en 27 stratégies et 125 actions prioritaires au total. Une caractéristique importante du programme, qui le distingue de son prédécesseur (2006-2010), est qu'il a une couverture nationale et qu'il a intégré, pour son exécution, de nombreuses organisations non gouvernementales (ONG) ou de la société civile (OSC), aux côtés des acteurs plus institutionnels que sont les ministères et les mécanismes de financement comme le Programme d'Appui au Développement Sanitaire (PADS) ou le Fonds Commun Genre (FCG). Ces ONG ou OSC, à leur tour, travaillent avec des dizaines d'acteurs locaux, organisations à base communautaire (OBC) pour beaucoup, qui font partie de leur réseau ou qui ont été recrutées de façon ad hoc. On dénombre une dizaine de partenaires (d'Exécution et de mise en œuvre) par produit en moyenne, soit près d'une centaine au total, sans compter les directions régionales des ministères concernés (santé, économie et finance, action sociale) et un quelques structures sanitaires.

Méthodologie

L'évaluation applique les principes retenus pour ce type d'exercice dans le Guide d'Evaluation de l'UNFPA, et porte sur cinq critères principaux et des questions spécifiques rattachées à chaque critère. Les critères d'analyse sont : la pertinence, l'efficacité, l'efficience, la pérennité, et le positionnement stratégique. Ce dernier est subdivisé en : alignement institutionnel, capacité de réponse et valeur ajoutée. Suit une analyse du système de gestion, y compris le système de suivi et évaluation du programme.

L'évaluation a adopté une approche alliant autant les techniques qualitatives que quantitatives. Elle a eu notamment recours à : des entretiens semi-structurés individuels, des entretiens de groupe, des questionnaires, l'observation directe, une revue de la littérature, des visites de certains sites du programme, l'exploitation de bases de données statistiques et financières. La triangulation des sources et des méthodes de collecte de données a été utilisée pour s'assurer de la validité des informations et des données et de la qualité et la crédibilité des résultats et des conclusions de l'évaluation.

Cet exercice ne s'est pas fait sans contraintes, parmi lesquelles on peut citer : (i) la perturbation du calendrier de l'évaluation du fait de bouleversements politiques en octobre 2014 ; (ii) l'indisponibilité de certains partenaires que les évaluateurs devaient rencontrer. .

Les **principales forces du 7^{ème} Programme** qui résultent de l'analyse sont :

- Sa grande conformité avec les priorités nationales actuelles (SCADD 2011-2015);
- Une couverture nationale ;
- La grande importance accordée au renforcement des capacités nationales par les trois composantes (tant sous forme de développement du capital humain que par l'appui matériel et en intrants) ;
- La grande ouverture aux organisations de la société civile qui jouent un rôle crucial dans la mise en œuvre des interventions du programme, en SR et dans le domaine du Genre et des Droits Humains, au plus près de la population
- La conception de prises en charge holistiques et transversales (comme on le voit avec le développement tant de la demande que de l'offre de services en SR) ;
- Un travail énorme est accompli au plus près des populations, y compris les plus vulnérables (comme en matière de planification familiale, de services de SR à l'endroit des jeunes et des adolescents, de PEC des femmes victimes de FO,

de femmes victimes de violences, les jeunes filles forcées au mariage, les handicapés, les travailleuses du sexe, les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, etc.).

Quant aux **faiblesses du programme**, elles sont, principalement :

- Une fragmentation des ressources et des activités (du fait du grand nombre de domaines d'interventions, de la couverture nationale, et par conséquent du nombre considérable de partenaires) – un taux d'exécution des activités inférieur à 75% dans l'ensemble ;
- Des procédures de gestion administrative et financière lourdes et complexes, souvent citées comme élément essentiel retardant la réalisation du plan de travail annuel, ralentissant ainsi l'atteinte des résultats escomptés (du fait de délais parfois considérables dans la mise à disposition des fonds laissant peu de temps pour exécuter les plans d'action trimestriels) ;
- Un système de suivi et évaluation encore insuffisamment performant.

On retiendra du 7^e programme les **leçons principales** suivantes :

- Les acquis en matière de développement des capacités sont importants mais encore fragiles (FO, SONU – mobilité du personnel formé, emploi inadéquat ou insuffisant des outils et équipements disponibles, etc.) ;
- Un travail énorme de sensibilisation est accompli, mais son impact est encore mal connu et les messages transmis aux populations, surtout via les organisations à base communautaire, peuvent être éloignés des objectifs initiaux du programme, ou incomplets ;
- Les semaines ou journées thématiques (des sages-femmes, de la PF) ont un retentissement important ;
- Le développement de l'offre des soins en SR butte encore contre des obstacles importants (indisponibilité de sang pour les transfusions, faible capacité d'évacuation sanitaire médicalisée, subventionnement des SONU partiellement mis en œuvre) et le renforcement des moyens de la qualité des soins demeure une priorité absolue ;
- Les problèmes liés aux procédures peuvent être un frein à la bonne exécution du programme, du fait de procédures de gestion lourdes. Les procédures ne sont, en outre, pas toujours bien comprises par les opérateurs et ceci crée un certain niveau d'incompréhension entre acteurs du programme.
- La multiplication des partenaires et opérateurs rend difficile et coûteux le pilotage du programme. Elle alourdit la tâche des Chargés de Programme qui sont, de ce fait, peu disponibles pour s'impliquer sur le terrain.
- Le cadre de résultats du programme ne permet pas toujours d'en apprécier les effets spécifiques (certains indicateurs dépassent largement le cadre d'intervention du seul programme).

PRINCIPALES CONCLUSIONS :

Au niveau stratégique

Aligné sur les priorités nationales définies dans la SCADD et l'UNDAF 2011-2015, le programme de coopération Burkina Faso-UNFPA 2011-2015a épousé la vision du Plan Stratégique de l'UNFPA 2009-2013. L'alignement avec le Plan Stratégique 2014-2017 de l'UNFPA est cependant un peu moins assuré, notamment en ce qui concerne la prise en compte du VIH/SIDA, la dimension transversale de la durabilité environnementale, et la coopération Sud-Sud. Il accorde une attention particulière aux populations pauvres et vulnérables, et au développement des capacités. Cependant, la coopération sud-sud y occupe encore une place marginale.

Le Fonds, très actif au sein de l'UNCT, s'est distingué par sa capacité de réponse rapide, face à des situations critiques ou inattendues, en apportant son aide en termes d'urgences humanitaires, et toutes les parties prenantes consultées confirment sa valeur ajoutée sur la base de ses trois domaines d'intervention.

Des résultats durables ont été produits grâce au développement des capacités et à l'énorme travail de sensibilisation et de mobilisation sociale. Mais cette durabilité reste toujours fragile, d'autant plus que l'UNFPA n'a pas développé une véritable stratégie de développement de capacités et d'appropriation, et la dépendance de l'aide extérieure est toujours forte. A cela s'ajoute une programmation fréquemment remise en cause par des retards et lourdeurs administratives qui affectent l'efficacité de la mise en œuvre des ressources disponibles. L'adoption d'un nouveau Plan Stratégique UNFPA (2014-2017) a, de plus, imposé au Bureau pays un travail complexe de réadaptation et d'alignement des interventions.

Le passage à l'échelle (le 7^{ème} Programme couvre l'ensemble des 13 régions du territoire contre 3 pour le 6^{ème} Programme), salué par tous les partenaires, demande des investissements de plus en plus lourds pour faire face aux besoins croissants des populations. Il a notamment amené à multiplier les partenaires et les solutions méthodologiques et techniques pour atteindre une population aussi large et diversifiée que possible, de façon souvent efficace, particulièrement dans le domaine de la SSR. Mais dans un contexte de procédures de gestion lourdes, et d'un système de suivi-évaluation qui comporte quelques faiblesses, le pilotage du programme est difficile.

Au plan programmatique

En matière de population et développement, des efforts sont faits dans le domaine de l'intégration des questions de population dans les politiques et programmes sectoriels, mais beaucoup reste encore à faire pour que cette intégration soit effective. Il y a peu d'études et de recherches sur les interrelations entre population et développement.

Du constat fait sur le terrain par les évaluateurs et des entretiens qu'ils ont eus avec les parties prenantes intéressées, il est ressorti qu'il y a aussi une insuffisance de ressources humaines en termes quantitatifs et qualitatifs pour mener à bien l'intégration des questions de population dans les plans et programmes sectoriels de développement, et dans la collecte et l'analyse de données. L'insuffisante fonctionnalité des unités IMIS dans les régions due, entre autres, à des problèmes de connexion à la base de l'INSD et de réseautage avec l'INSD et entre toutes les bases IMIS des 13 régions, mais aussi à des bases de données non actualisées, constitue aussi un blocage à la production et à une plus grande utilisation des données sociodémographiques.

L'appui de l'UNFPA à l'ensemble du système statistique national a donné une impulsion nouvelle à la production et à l'utilisation des données sociodémographiques sensibles au genre, bien que perfectibles. Au vu de l'ensemble des documents exploités (éducation, santé, emploi, etc.) par les consultants, l'intégration des questions de population dans les plans et programmes sectoriels de développement se renforce au fil des années. Les défis démographiques du Burkina Faso sont de mieux en mieux connus, et de plus en plus la synergie entre la Politique Nationale de Population et les politiques sectorielles s'établit. Cette politique de population, multisectorielle, établit effectivement les liens entre la population et les différents secteurs de développement.

En matière de santé sexuelle et de la reproduction, l'accent a été mis sur le renforcement du volume et de la qualité de l'offre de services. Le développement des capacités, dont la formation de centaines de personnels, l'équipement des structures de formation des sages-femmes, la mise en place de systèmes de tutorats et l'audit des décès maternels, y joue un rôle central. Mais on constate aussi que l'emploi des outils développés et la qualité des prestations et leur pérennité restent encore fragiles, comme dans le cas de la prise en charge de la dystocie et des complications graves de l'accouchement.

Le 7^{ème} Programme agit comme une pépinière d'expérimentations et de projets, et comme un catalyseur d'innovation, à travers un grand nombre de partenaires. Il accorde une attention marquée à des populations difficiles d'accès, ou marginalisées, et sans son intervention des pans entiers d'action seraient délaissés, y compris une partie de la Planification familiale et la prise en charge des femmes victimes de FO.

Grâce aux partenariats avec les organisations de la société civile, et à l'énorme travail réalisé en matière d'IEC/CCC, le programme atteint de plus en plus une population très large et diverse, dont des populations marginalisées et démunies. Cependant, la pertinence des mécanismes ou des messages (IEC/CCC) n'est pas toujours avérée. En outre, il est encore difficile de mesurer l'impact réel qu'ont toutes les activités menées en SR/PF sur les indicateurs sanitaires, et même pour ce qui concerne ceux mesurant l'accès. Les données les plus récentes semblent même indiquer un tassement de certains indicateurs comme le taux de CPN ou le taux d'utilisation des produits contraceptifs. Par contre le taux d'accouchement assisté augmente, après avoir stagné, pour atteindre 86,2% en 2014, contre 66,3% en 2010.

Des domaines de grande fragilité des résultats demeurent. Si entre 300 et 400 FVFO sont prises en charge chaque année, une seule formation sanitaire concentre aujourd'hui les trois-quarts des PEC en routine et la pérennité de la chaîne de prise en charge tient à peu de choses, et surtout à l'appui de l'UNFPA. Dans une certaine mesure, ceci est aussi valable en PF, où la disponibilité des produits contraceptifs au Burkina Faso repose à 60% sur les approvisionnements financés par l'UNFPA.

En matière de genre et de droits humains, il y a eu une amélioration du cadre juridique et institutionnel y compris pour les violences basées sur le genre, grâce au plaidoyer, à l'appui technique et financier du Programme. L'UNFPA a contribué à renforcer partiellement les capacités des Partenaires d'exécution et de l'Equipe de mise en œuvre au niveau du Bureau.

En outre, le programme a permis d'éveiller, d'informer et d'améliorer la prise de conscience des populations et des acteurs de défense des droits humains sur les violences basées sur le genre. En sa qualité de chef de file du SNU et des autres PTF sur les questions de genre et des droits humains, l'UNFPA a prouvé qu'il avait une valeur ajoutée dans sa contribution à l'exécution des programmes conjoints et la capacité de mobilisation des ressources pour la mise en œuvre de la PNG et l'alimentation du FCG.

Cependant, d'importants défis demeurent qui devront être abordés résolument par le prochain programme : l'établissement d'une culture de l'équité et du respect des droits humains ; le suivi-accompagnement des victimes des violences et réparations des torts ; la poursuite de la dynamique de mise en place des structures de veille au niveau communautaire ; le soutien à la mise en place de l'observatoire national genre en partenariat avec le MPFG.

En matière de système de gestion, les procédures, qui associent celles de l'Etat à celles de l'UNFPA, si elles sont nécessaires, constituent parfois aussi une difficulté en ce qu'elles contraignent significativement la capacité à libérer les fonds suffisamment tôt dans le processus de mise en œuvre des activités. Ceci a des conséquences en matière de quantité et de

qualité d'exécution des plans d'action. En outre, le cadre logique du 7^{ème} programme, et particulièrement ses indicateurs, ne fait pas clairement ressortir l'articulation entre les effets recherchés, les résultats et les activités.

PRINCIPALES RECOMMANDATIONS :

Les recommandations ci-dessous sont présentées dans leurs détails au chapitre 8 du présent rapport.

Au plan stratégique

Créer des conditions d'une durabilité effective des résultats du programme : élaborer une « stratégie de sortie » et une stratégie de développement des capacités en vue de consolider les acquis;

Envisager une programmation plus recentrée des projets et programmes.

Au plan programmatique :

Population et Développement :

L'UNFPA devrait renforcer son appui à l'ensemble du système statistique national afin d'améliorer les capacités nationales de production et d'utilisation des données sociodémographiques, indispensables au suivi et évaluation des politiques et programmes de développement, à l'identification des inégalités de genre et à l'évaluation des situations d'urgence.

Santé Sexuelle et de la Reproduction :

Accorder une importance particulière à la question des retards (modèle des trois retards), notamment au travers de l'étendue à l'ensemble des régions du pays du dispositif de mentorat des SF, de l'appui à l'élaboration d'une stratégie de mise à disposition de moyens d'évacuation médicalisés, la sécurisation de la chaîne du sang, ou de l'appui au MS pour la mise en œuvre d'un système de communication permettant de mieux suivre les cas détectés.

Adapter les outils de sensibilisation, mobilisation sociale (boîtes à outils pour l'IEC/CCC) et ouvrir leur palette à d'autres outils.

Genre et droits humains :

Poursuivre le renforcement des capacités des partenaires d'exécution, du staff du bureau et des autres acteurs pour une meilleure promotion du droit d'être à l'abri des violences basées sur le genre et l'accès de services de qualité, y compris dans les contextes de crise humanitaire ;

Recentrer l'accompagnement sur deux ou trois partenaires capables d'assurer l'intégration des questions de genre à la santé sexuelle et reproductive pour mieux contribuer à la réduction de la mortalité maternelle.

Système de gestion, de suivi et évaluation :

Apporter un appui à l'amélioration du cadre des résultats du programme pour mieux s'inscrire dans la vision de la Gestion Axée sur les Résultats.

Chapitre 1. Introduction

1.1. Objectifs de l'évaluation

Les objectifs de l'évaluation sont de fournir à l'UNFPA et aux parties prenantes du Programme de coopération entre le Fonds des Nations Unies pour la Population et le Burkina Faso une appréciation indépendante de la performance du 7^{ème} Programme d'Action Programme-Pays (PAPP) 2011-2015, afin d'en tirer des enseignements visant à « améliorer les programmes de coopération futurs », et plus particulièrement la préparation du prochain cycle de programmation (2016-2020). L'évaluation porte également sur l'analyse du positionnement stratégique de l'agence dans le contexte national. On pourrait ajouter à cela le fait que les enseignements tirés pourront aussi servir dans la mise en œuvre du présent programme de coopération dans sa dernière année (2015) puisque l'évaluation, qui est finale, a lieu en fin 2014 et début 2015.

Spécifiquement, l'évaluation a pour objectifs d'examiner la pertinence, l'efficacité et la pérennité du programme, l'efficience de sa mise en œuvre et de son suivi-évaluation. L'évaluation porte également sur l'analyse du positionnement stratégique de l'agence dans le contexte national.

1.2. Champ de l'évaluation

L'évaluation porte sur l'ensemble des 9 produits et 27 stratégies définies par le Plan d'Action du Programme de Pays (PAPP) 2011-2015, qui recouvrent trois domaines principaux : Santé Sexuelle et de la Reproduction (SSR), la Population et Développement (P&D), et les questions de Genre et de droits humains. L'évaluation porte aussi sur les aspects de positionnement stratégique global de l'UNFPA ainsi que sur les modalités de gestion et de suivi-évaluation du programme.

Une caractéristique importante du programme, qui le distingue du précédent (2006-2010) est qu'il a une couverture nationale et qu'il a intégré de nombreuses organisations non gouvernementales (ONG) ou de la société civile (OSC), aux côtés des acteurs plus institutionnels que sont les ministères et les mécanismes de financement comme le Programme d'Appui au Développement Sanitaire (PADS) ou le Fonds Commun Genre (FCG), pour mener à bien ses activités. Ces ONG ou OSC, à leur tour, travaillent avec un très grand nombre d'acteurs locaux, organisations à base communautaire (OBC) pour beaucoup, qui font partie de leur réseau, comme le Réseau Africain Jeunesse Santé (RAJS) ou la Fédération Burkinabé des Associations pour la Promotion des Personnes Handicapées (FEBAH) ou bien qui ont été recrutées de façon ad hoc. Le PAMAC (Programme d'Appui au Monde Associatif et Communautaire), par exemple, travaille avec environ 250 associations locales directement, et environ 300 autres indirectement. D'autres intervenants, comme Family Care International (FCI) ou Plan Burkina travaillent également avec un grand nombre d'associations de leaders communautaires, coutumiers ou religieux pour les activités d'IEC/CCC en santé sexuelle et de la reproduction.

Le nombre d'acteurs est donc très élevé. Entre partenaires d'Exécution (PE) et partenaires de mise en œuvre, les acteurs du programme se comptent à raison d'une dizaine par produit en moyenne, soit près d'une centaine au total, sans compter les directions régionales des ministères concernés (santé, économie et finance, action sociale) et un certain nombre de structures sanitaires (les CHU en particulier). L'Annexe 4 présente l'ensemble des partenaires du programme, qui sont les organismes, publics ou privés, bénéficiant des financements soit directement en tant que chef de file de produit ou en tant que Partenaire d'Exécution – aussi connus comme « IP ».

1.3. Approche méthodologique de l'évaluation

L'évaluation du 7^{ème} Programme de Coopération UNFPA/Burkina Faso applique la méthodologie retenue par le guide d'évaluation élaboré par l'Unité d'Evaluation de l'UNFPA¹. Une Matrice d'Evaluation détaillée (Annexe 3) reprend de façon structurée l'ensemble de ces outils, critères, sources et méthodes d'analyse employés pour la collecte de l'information et des données nécessaires. La matrice d'évaluation doit être considérée comme un instrument « vivant », qui permet de graduellement élaborer les réponses aux questions évaluatives. L'évaluation adopte tant l'analyse quantitative que qualitative, en fonction des besoins.

1.3.1. Critères et questions d'évaluation

L'évaluation a été organisée autour de dix (10) questions. En plus des critères classiques (pertinence, efficacité, efficience, durabilité) pour l'analyse du programme comprenant cinq (5) questions d'évaluation, l'évaluation a pris en compte le positionnement stratégique (alignement stratégique, capacité de réponse, valeur ajoutée) de l'UNFPA travers trois (3) questions d'évaluation et l'analyse du cadre institutionnel de gestion et système de suivi et évaluation du programme à travers deux (2) questions d'évaluation. Les questions d'évaluation retenues sont:

¹United Nations Population Fund. Handbook – How to design and conduct a country programme evaluation at UNFPA. Independent Evaluation Office. October 2013. New York.

Pertinence

- Dans quelle mesure les objectifs du programme sont-ils adaptés aux besoins prioritaires des cibles du programme (institutions et populations) identifiés dans la SCADD et l'UNDAF ?
- Dans quelle mesure le cadre de résultats du programme répond-il à une logique d'intervention cohérente permettant de contribuer aux objectifs stratégiques de développement ?

Efficacité

- Dans quelle mesure les résultats prévus par le programme de pays de l'UNFPA Burkina Faso ont-ils été ou sont-ils en passe d'être atteints ?

Efficiences

- Dans quelle mesure les ressources humaines, financières et administratives mobilisées dans le cadre du programme ont-elles été converties en résultats ?

Pérennité et durabilité

- Dans quelle mesure les effets des activités appuyées par l'UNFPA Burkina Faso sont-ils susceptibles de durer après la fin des interventions ?

Alignement stratégique

- Dans quelle mesure le programme de pays de l'UNFPA Burkina Faso correspond-il (i) aux priorités exprimées par le Fonds dans son plan stratégique (2008-2011) et (ii) au cadre stratégique du système des Nations Unies ?

Capacité de réponse

- Dans quelle mesure le bureau de l'UNFPA Burkina Faso a-t-il été capable de répondre aux changements intervenus dans le contexte national durant la période de mise en œuvre du programme ?

Valeur ajoutée

- Dans quelle mesure le programme de l'UNFPA Burkina Faso a-t-il contribué à l'obtention de résultats additionnels à ceux produits par le gouvernement du Burkina Faso et les autres partenaires de développement ?

Cadre institutionnel de gestion et Système de suivi et évaluation du programme

- Dans quelle mesure le dispositif institutionnel de coordination dans la mise en œuvre des activités du programme a-t-il contribué à l'atteinte des résultats ?
- Dans quelle mesure le système de suivi et d'évaluation a-t-il contribué à la prise de décision dans le cadre de l'exécution du programme ?

1.3.2. Outils et méthodes de collecte et d'analyse des données**• Outils de collecte des données**

En vue de collecter les données, trois matrices d'évaluation ont été élaborées : une matrice pour la composante population et développement, une matrice pour la composante santé de la reproduction et une matrice pour la composante genre et droits humains. Chaque question d'évaluation a été déclinée en sous-questions pour assurer une meilleure couverture et faciliter la collecte des données.

• Méthode de collecte des données

La collecte des données a été réalisée à travers une revue documentaire, des entretiens individuels et de groupes, des focus groups, l'exploitation des données secondaires et l'observation directe.

☞ Revue documentaire

Pour la revue documentaire, les évaluateurs ont procédé à l'examen des documents disponibles, en particulier les documents cadres et stratégies de développement, plans sectoriels des ministères en lien avec les questions de population et développement, genre et santé de la reproduction, y compris le VIH et le Sida. Au nombre de ces documents, nous avons :

- Les documents de base du programme (UNDAF 2011-2015, CPAP 2011-2015) ;
- Plans de travail annuels (2011, 2012, 2013, 2014) ;
- Le document de la Stratégie de Croissance Accélérée et de Développement Durable ;
- Plan Stratégique de Sécurisation des Produits Contraceptifs 2009-2015 ;
- Plan d'Accélération de Réduction de la Mortalité Maternelle et Néonatale au Burkina Faso (Feuille de Route), 2006-2015 ;
- Politique nationale genre 2009-2019 ;
- Politique nationale de population 2010-2030 ;
- Le manuel de procédures, Administratives, Financières et Comptables ;
- Le plan Stratégique de Suivi et Evaluation 2011-2015 ;
- Rapport à mi-parcours du 7^{ème} programme de coopération Burkina Faso/UNFPA 2011-2015 ;
- Rapport d'évaluation du 6^{ème} programme de coopération UNFPA-Burkina Faso 2006-2010 ;

- Les rapports annuels du programme;
- Bases de données financières (ATLAS, ressources humaines).
- Documents non bibliographiques (boîtes à images, films, modules, documents photographiques, guides, etc.) ;
- Etc.

☞ *Exploitation des données secondaires*

L'exploitation des données secondaires a porté principalement sur les rapports du recensement, des enquêtes et études :

- Les rapports du recensement général de la population et de l'habitation de 2006 (RGPH 2006) et de l'EDS-MICS 2010 ;
- Le rapport de l'enquête SONU ;
- Le rapport de l'enquête CAP ;
- Le rapport de l'étude sur les besoins des centres d'écoute ou espace de rencontre des adolescent(e)s et des jeunes au Burkina Faso ;
- Les rapports des enquêtes sur la disponibilité des produits de santé de la reproduction.

☞ *Entretiens individuels*

Les entretiens individuels ont été menés auprès d'un ensemble de concepteurs, planificateurs, maîtres d'œuvre et gestionnaires du programme et de ses différents projets, de partenaires et parties prenantes directement impliquées dans les domaines couverts par le programme, mais aussi avec des informateurs ou sources extérieures au programme (Annexe 1.1). Des questionnaires ont également été envoyés aux Directions Régionales de l'Économie et de Planification pour avoir le maximum d'informations possible.

☞ *Entretiens de groupe/Focus group*

Quant aux entretiens de groupe, ils ont concerné les représentants des agences des Nations Unies, les journalistes ainsi que les sages-femmes et maïeuticiens à Fada N'Gourma. Les focus groupes ont été réalisés auprès de bénéficiaires du programme notamment les maris modèles de l'Ecole des Maris du village de Roumba, les femmes victimes de fistules obstétricales à Fada N'Gourma (ONG Sentinelle), les relais communautaires de l'ABBEF à Bobo Dioulasso, le RELECORE à Fada N'Gourma et les jeunes filles ayant bénéficié de la sensibilisation / formation aux questions de SR/PF (SSRAJ) à Tenkodogo (par IPC/ARF).

Pour le choix des structures à interviewées, une cartographie de l'ensemble des parties prenantes a été élaborée. Cette cartographie visait à faire une sélection optimale des structures et des personnes à interviewer en vue d'avoir le maximum d'information.

Globalement, ces différents entretiens ont été réalisés auprès de 250 personnes environ, dont 100 pour la composante Genre, 36 pour la composante Population et Développement, et 134 pour la composante Santé de la Reproduction. Le total par composante atteint 270, mais certaines personnes ou groupes de personnes ont été rencontrés et interviewés dans le cadre de deux ou trois des composantes. Parmi ces personnes on compte des bénéficiaires directs ou indirects des activités (personnes formées, équipées, sensibilisées, etc.). Ceci comprend essentiellement une dizaine de femmes victimes de fistules obstétricales, 14 relais communautaires, 12 jeunes filles sensibilisées aux questions de santé sexuelle et de la reproduction et 12 « Maris Modèles».

☞ *Observation directe*

L'observation directe réalisée notamment lors des visites de terrain en particulier – visites de formations sanitaires et de services particuliers dans les hôpitaux comme au CHU Souro Sanou de Bobo Dioulasso, de centres de prise en charge des femmes victimes de fistule obstétricale, de l'Ecole Nationale de Santé Publique de Bobo Dioulasso, etc. a permis de compléter les analyses..

• **Analyse des données collectées basée sur une forte triangulation**

L'ensemble des informations et données collectées par le biais des méthodes et outils décrits ci-dessus ont ensuite été exploitées de façon complémentaire et dans **une optique de triangulation de ces informations** et données pour répondre aux questions évaluatives prédéfinies (voir matrices d'évaluation en annexe 3).

1.3.3. Cartographie et échantillonnage des parties prenantes

Du fait que le 7^{ème} programme couvre l'ensemble du territoire national et un très vaste éventail d'activités, un travail particulièrement détaillé a été mené pour établir le choix raisonné des sites à visiter et des personnes à rencontrer. Les choix ont été faits avec le concours des membres du Comité de Pilotage de l'évaluation lors de la mission de démarrage.

Les structures ont été réparties en trois niveaux à savoir les chefs de files (premier niveau), les partenaires d'exécution (deuxième niveau) et les structures de troisième niveau qui sont les partenaires de mise en œuvre ou sous-traitants. Les

structures de premier niveau ont été systématiquement sélectionnées compte tenu de leur place dans la mise en œuvre du programme.

Pour les structures des autres niveaux, les critères suivants ont été utilisés pour procéder à leur sélection:

- a. Sites aussi pertinents que possible par rapport aux objectifs du 7^{ème} Programme
- b. Rendement élevé de la visite : concentration importante de projets et activités appuyées par le 7^{ème} Programme
- c. Prévalence / incidence des situations auxquelles les interventions du 7^{ème} Programme s'adressent
- d. Disponibilité des parties prenantes (parties institutionnelles, maîtres d'œuvre, bénéficiaires)
- e. Logistique aussi légère que possible - tenir compte des distances à parcourir entre les différents sites à visiter, de la facilité de leur accès, des facilités d'accueil de la mission, etc. (assurer par exemple qu'un grand nombre de visites et activités peuvent être menées dans un périmètre limité)
- f. Coût (à relier aux points a) et f) plus particulièrement
- g. Sécurité (sanitaire et autre)

Pour tenir compte d'un temps disponible pour les visites de terrain très limité, une séparation de l'équipe a été proposée et mise en œuvre pour une couverture maximale de territoire et des parties prenantes. C'est ainsi que les visites ont été organisées de la façon suivante, après une dizaine de jours passés à Ouagadougou pour rencontrer un maximum de structures et de personnes du niveau central (y compris les ONG disposant de leur siège dans la capitale) :

- Centre Nord : Kaya et villages de Roumba et Poullalé (12 et 13 décembre 2014)
- Centre Est : Tenkodogo et Koupéla (15 et 16 décembre 2014)
- Est : Fada N'gourma (16 et 17 décembre 2014)
- Hauts Bassins (Bobo Dioulasso et Houndé) (17, 18 et 19 décembre 2014)

L'Annexe 1.1 détaille les structures effectivement rencontrées.

1.3.4. Processus de l'évaluation

En application du guide méthodologique de l'évaluation de l'UNFPA, l'évaluation s'est déroulée en cinq étapes :

La **phase préparatoire** a été initialisée avant l'intervention de l'équipe d'évaluation. Elle a permis de rédiger les termes de références, de constituer le comité de pilotage, de recruter les consultants. En outre, elle a permis d'organiser la mission préparatoire qui s'est déroulée du 8 au 12 septembre 2014. Cette mission préparatoire a inclus le briefing des évaluateurs et une présentation du 7^{ème} programme par les chargés de programme et assistants de programme. Il convient de noter l'existence de deux comités de pilotage à savoir un « comité de pilotage élargi » présidé par le Directeur général de l'économie et de la planification et un « comité de pilotage restreint » présidé par le Directeur de la Coopération. La revue documentaire de base et la cartographie des partenaires auraient en principe dû être menées préalablement à la mission de démarrage des évaluateurs qui en auraient alors tiré parti pour entamer leur travail avec les équipes de la représentation de l'UNFPA au Burkina Faso.

La **phase de démarrage** (septembre-octobre 2014) a permis de réaliser la revue documentaire, d'établir une cartographie des parties prenantes du programme notamment les différents ministères, les Organisations de la Société Civile, les ONG, les services publics décentralisés ainsi que des bénéficiaires directs des interventions du programme. Elle a permis de mieux affiner la stratégie de collecte et d'analyse de données pour la phase de terrain, de finaliser la liste des questions d'évaluation et de proposer un calendrier de l'évaluation. La phase de démarrage s'est conclue par la production d'un **rapport de démarrage**, validé fin octobre 2014, comprenant notamment la description de la méthode d'évaluation.

La troisième phase, ou **phase de terrain**, s'est déroulée du 2 au 23 décembre 2014. Elle a permis la mise en œuvre des outils méthodologiques pour collecter l'ensemble des données et informations, quantitatives comme qualitatives, nécessaires pour répondre aux questions prédéfinies. A l'issue de cette phase une restitution des résultats préliminaires a été effectuée le 23 décembre 2014 auprès du comité de pilotage élargi de l'évaluation. Ceci a permis à l'ensemble des participants de formuler un avis sur les premiers constats et les premières conclusions.

Suite à ces travaux s'est ouverte la **phase de rédaction** (janvier-février 2015) qui a consisté à reprendre l'ensemble des éléments recueillis et à répondre à toutes les questions de la matrice d'évaluation, puis à formuler un ensemble de conclusions et de recommandations. Un recueil d'information complémentaire a permis de mieux affiner les analyses. Ce processus a été long pour tenir compte des différents commentaires organisés par le comité de pilotage et reversés aux consultants pour traitement.

Enfin, une **phase de dissémination** conclut l'évaluation, qui impliquera le siège central notamment pour l'assurance qualité du rapport et sa publication. Cette phase finale s'est ouverte par un atelier de restitution et de partage réunissant l'ensemble

des parties prenantes, la représentation pays et l'équipe d'évaluateurs, le 31 juillet 2015. Elle suppose un suivi ultérieur de la mise en œuvre des recommandations.

1.3.5. Limites et contraintes de l'exercice d'évaluation

Le calendrier de l'évaluation, initialement prévu sur trois mois par les termes de références, a subi d'importants décalages. Ceux-ci ont résulté particulièrement des événements politiques de fin octobre 2014 qui ont amené à la mise en place d'un gouvernement et d'un parlement de transition pour une année, ainsi que de retards dans la communication de données essentielles à l'analyse – notamment dans le domaine financier et de la gestion du programme. C'est ainsi que la phase de terrain, initialement programmée pour le mois de novembre 2014, a été reportée d'un mois en raison des événements politiques. Le mois de décembre, traditionnellement, est très chargé car les institutions bouclent les activités et les comptes de l'année, et planifient les activités et élaborent les budgets de l'année suivante, en un temps, qui plus est limité, par la période des fêtes de fin d'année. Ceci a réduit de façon significative la disponibilité de certains interlocuteurs et les capacités du Bureau à aider à mieux préparer les visites de terrain de l'équipe d'évaluation.

Sur place, la masse de personnes à rencontrer, surtout pour la composante Santé de la Reproduction dans un temps de trois semaines, et alors que le 7^{ème} programme couvre l'ensemble du pays, a rendu impossible la revue de toutes les activités du programme, qui, dans son ensemble, compte 125 actions prioritaires, et de tous les participants principaux.

En dépit de cela, l'équipe a pu remplir un agenda de travail dense. Sur place, les personnes se sont rendues en général disponibles. On a dénombré quelques exceptions dues à une réticence à rencontrer les évaluateurs dont l'annonce officielle de la venue n'avait pas été reçue (une annonce avait été faite aux autorités nationales en septembre 2014), ou parce que les personnes ressources étaient en déplacement, ce qui est un inpondérable fréquent dans de pareils cas.

Les principales contraintes ou limites de l'exercice d'évaluation, et la façon dont elles ont été prises en compte ou compensées, sont les suivantes :

- Territoire couvert partiellement. Une part significative l'a tout de même été : visites dans 5 régions sur 13, dans un temps cependant très court et avec trois personnes seulement. Seuls 24 à 48 heures ont pu être consacrées par un à trois évaluateurs à chaque fois dans les 5 régions visitées. Celles-ci ont été (avec le nom des localités) : Centre-Nord (Kaya, villages de Roumba et Poullalé), Centre Est (Tenkodogo, Koupéla), Est (Fada N'gourma), Centre (Ouagadougou), et Hauts Bassins (Bobo Dioulasso, Houndé) à l'Ouest du pays. Un manque important a été le Sahel (Dori, Djibo, GoromGorom), au nord du pays, où des activités avec les leaders coutumiers et religieux et au bénéfice des populations réfugiées du Mali auraient pu apporter des compléments à l'enquête menée. Mais du matériel audiovisuel, ainsi que des rapports et autres documents ont malgré tout pu être récupérés auprès des représentants des acteurs de terrain. Les partenaires actifs dans cette région ont par ailleurs été rencontrés à Ouagadougou.
- Peu de rencontres ont pu être organisées avec les bénéficiaires finaux (les femmes enceintes ou ayant accouché récemment par exemple). Il a tout de même été possible quelques groupes de bénéficiaires des activités, comme les sages-femmes formées au mentorat, des femmes victimes de fistule obstétricales (au CMA Schiphra, à Fada N'Gourma, le centre d'accueil de l'ONG Sentinelle), des relais communautaires qui ont bénéficié des formations IEC/CCC pour la SR (à Bobo Dioulasso), ou des maris modèles de l'EdM du village de Roumba. Ces rencontres sont documentées dans l'annexe photographique (Annexe 7).
- Certains aspects ou acteurs importants n'ont pas pu être explorés en détails ou rencontrés faute de temps ou de disponibilité. Ceci a concerné surtout la SR, avec des acteurs tels que Marie Stopes International (MSI), le Programme de Marketing Social du Condom (PROMACO), deux cabinets d'avocats (travaillant sur les questions de promotion et de défense des droits des travailleuses du sexe et des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes), la Société des Gynéco-Obstétriciens du Burkina Faso (SOGOB), et Jhpiego.
- L'évaluation ne mène que partiellement une analyse d'effets, voire d'impact. Les chapitres 4.2 (question 2.2 consacrée à la mesure d'effets) et 6 (consacré à la gestion du programme et au dispositif de suivi-évaluation) analysent plus précisément les limitations du dispositif de suivi-évaluation en ce qui concerne la mesure d'effets du programme.

Chapitre 2. Contexte du pays

2.1. Défis de développement et stratégies nationales

L'indice de développement humain (IDH) du Burkina Faso est parmi les plus bas au monde, soit 0,343 en 2012, classant le pays au 183^{ème} rang sur 187. Ceci est dû au faible revenu par habitant (635 dollars en 2012), à une espérance de vie à la naissance de 56 ans, et à des taux d'alphabétisation faibles. Ceci est à replacer, en outre, dans un contexte où la population, encore essentiellement rurale (77%) croît à un taux annuel de 3,1% (INSD, 2009). La population qui était de 14 millions d'habitants en 2006 (selon le RGPH), atteindrait aujourd'hui 17,3 millions d'habitants (INSD, 2013). Les enjeux du développement pour le Burkina Faso portent ainsi sur la façon d'améliorer le bien-être de l'ensemble de la population dans un contexte de forte tension sur des ressources.

Dans la première partie du document de Stratégie de Croissance Accélérée et de Développement Durable 2011-2015 (SCADD) les principaux enseignements tirés de l'analyse de situation, correspondant aux domaines d'intervention de l'UNFPA, portent sur l'éducation et la santé, ainsi que sur les inégalités de genre. La faiblesse de l'IDH est principalement attribuée aux résultats en matière d'éducation. Selon les données du PNUD, seuls 2% de la population de 25 ans et plus ont suivi un enseignement secondaire ou supérieur (données de 2010). Les taux de scolarisation effective actuels sont faibles (un taux net de scolarisation primaire de 57,4% en 2009, pour un taux de 45,9% d'achèvement du cycle primaire). Les secteurs de l'enseignement secondaire et supérieur sont particulièrement peu développés, ce qui obère les possibilités de transformation de la socio-économie nationale.

La croissance démographique très rapide repousse la possibilité de tirer parti du « dividende démographique ». La part des moins de 15 ans (47% selon le RGPH 2006) demeure très élevée au Burkina Faso. Maîtriser la croissance démographique – ou assurer une transition démographique rapide – et développer la connaissance semblent donc deux défis majeurs et pressants pour le Burkina Faso. La SCADD dit que « *Construire une nation du savoir, constitue donc un défi à relever* ». Dans l'optique d'une réduction des inégalités constatées, la SCADD établit aussi qu'un objectif prioritaire est l'« *établissement d'un équilibre entre les sexes, au plan de la scolarisation et de l'alphabétisation, l'amélioration du statut de la femme et l'intégration du genre dans tous les secteurs de développement* » afin d'« *accélérer la croissance.* » Ceci constitue aussi l'enjeu principal de base de la Politique Nationale Genre, adoptée en octobre 2009. La SCADD 2011-2015 s'oriente autour des 8 Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) et s'organise autour de 4 axes stratégiques : Axe 1 « Développer les piliers de la croissance accélérée » ; Axe 2 « Consolider le capital humain et promouvoir la protection sociale » ; Axe 3 « Renforcer la gouvernance » et Axe 4 « Prendre en compte les priorités transversales dans les politiques et programmes de développement ».

En complément, un programme de réalisation des Objectifs du millénaire de développement (OMD) a été mis en place ; il accorde la priorité aux secteurs de l'éducation et de la santé.

2.1.1. Population et Développement

Le Burkina Faso est l'un des pays subsahariens où les questions de population se posent avec le plus d'acuité et figurent parmi les freins au développement. Les caractéristiques de cette population, identiques à celles des pays à fécondité élevée, apparaissent comme autant de défis à relever :

Une forte croissance démographique : au cours des 20 dernières années, la croissance démographique a été constante et rapide : 2,4 % entre 1985 et 1996, et 3,1% entre 1996 et 2006, ce qui entraînera un doublement de la population en 22 ans. Cette forte croissance de la population signifie en un mot, plus de personnes à nourrir et à loger, à éduquer et à soigner, plus de besoins d'emplois, d'infrastructures, etc., souvent au détriment de l'environnement. On ne peut d'ailleurs omettre de citer de graves impacts d'une croissance démographique très rapide comme la dégradation du couvert végétal et par conséquent, la désertification, la baisse progressive de la fertilité des sols et leur érosion accélérée, la rareté des terres cultivables, la dégradation de la diversité biologique et du cadre de vie².

Une population inégalement répartie : Il existe un grand déséquilibre dans la répartition de la population sur le territoire national. Ainsi 77,3 % de la population vivent en milieu rural, contre 22,3 % des citadins. Des disparités existent également entre régions. Entre le Centre (12,3 %) et les Cascades (4 %), la situation est très variable. Les densités de population par province sont aussi marquées par d'importantes variations. Au niveau national, la densité moyenne est de 63 habitants au Km² (estimation 2013). Le Centre, avec plus de 600 habitants au km² est de loin la région la plus peuplée, alors que les régions du Sahel, de l'Est, des Cascades et du Sud-Ouest sont les moins peuplées.

Une urbanisation galopante: le taux de croissance démographique pour le milieu urbain est passé de 5,1 % en 1985 à 7,1 % en 2006. Avec un rythme aussi rapide, la population urbaine au Burkina Faso atteindrait 10 millions d'habitants d'ici 2016,

² La Politique Nationale de Population du Burkina Faso

alors que la population rurale ne verrait son effectif doubler qu'au bout de 31 ans (environ 22 millions). Entre 1975 et 2006, la population urbaine a été multipliée par 9. Cette urbanisation galopante est un processus qui entraîne de rapides changements sociaux et de nouveaux types de comportements qui affectent les institutions sociales comme le mariage et la famille.

L'EICVM 2009 a révélé que la pauvreté a un visage essentiellement rural : seulement 19 % des ménages urbains y étaient classés comme pauvres contre 50,7 % en zone rurale.

D'intenses mouvements migratoires : Ouagadougou et Bobo-Dioulasso sont les deux principaux pôles d'attraction des populations du pays, puisque le Centre et les Hauts Bassins représentent respectivement 46,4 % et 17,4 % des effectifs totaux. Ces deux grandes métropoles du pays abritent aussi 62 % de la population urbaine et accueillent la majorité des migrants urbains.

Une population extrêmement jeune : D'après le RGPH 2006, les 0-14 ans représentent 46,2 % de la population, les 15-64 ans 51,3 % et les 65 ans et plus seulement 2,5 %. L'énorme poids démographique des jeunes pose donc au Burkina Faso un immense défi, notamment celui de l'emploi et du sous-emploi. Avec les effets de la crise financière mondiale, l'accès des jeunes aux marchés du travail a été rendu encore plus difficile en Afrique subsaharienne. Les taux de chômage atteignent des niveaux très élevés, quoique difficiles à évaluer. Le RGPH 2006 signalait un taux de chômage de 2,3% (9,2% en milieu urbain et 0,6% en milieu rural) et l'OIT un taux de 3,3% en 2007³ (8,6% en milieu urbain et 2,2% en milieu rural). Mais avec une population encore très majoritairement rurale et employée dans l'agriculture de subsistance, la notion de chômage demeure donc essentiellement un phénomène urbain, où, de plus, une partie relativement importante de la population est active dans le secteur informel de l'économie.

A court terme, cette situation pourrait augmenter dans le pays le risque d'instabilité sociale, au moins en milieu urbain, outre les coûts économiques dus aux forts taux de chômage et de sous-emploi. Certains jeunes ayant peu de perspectives d'emploi et peu d'espoir de gagner correctement leur vie dans leur propre pays ne pourraient envisager d'autre alternative que de chercher de meilleures conditions de vie ailleurs.

Une fécondité toujours élevée : comme on peut le constater à partir du tableau ci-après, l'indice synthétique de fécondité (ISF), exprimant le nombre moyen d'enfants par femme, figure encore parmi les plus élevés en Afrique sub-saharienne.

Tableau 2 : Fécondité actuelle

Taux	Ouagadougou	Autres villes	Ensemble urbain	Rural	Ensemble
Indice Synthétique de Fécondité (15-49 ans)	3,4	4,4	3,9	6,7	6,0
Taux global de fécondité (pour mille femmes)	114	150	132	233	206
Taux brut de natalité (pour mille habitants)	31,1	34,9	33,3	43,3	41,2

Source de donnée: EDS-MICS IV (2010)

En dépit de tous les efforts déployés par l'Etat depuis plusieurs décennies en mettant en œuvre des politiques et programmes visant la baisse de la fécondité, celle-ci reste constamment élevée malgré une certaine réduction de la mortalité maternelle et infantile. Un investissement massif dans la santé et l'éducation (celle des filles et des femmes en particulier) est un puissant facteur contributif à la maîtrise de cette situation.

La problématique du dividende démographique : Au vu de ce qui précède, on est en droit de se demander si, avec une mortalité infantile et maternelle aussi élevée bien qu'en baisse, avec des taux de fécondité, de dépendance et de croissance démographique atteignant des niveaux record, le Burkina Faso est prêt à rentrer dans le processus du « Dividende démographique » d'ici quelques décennies. Tout semble montrer qu'il faudra à ce pays encore beaucoup d'efforts à déployer pour faire baisser la fécondité de manière à modifier considérablement la structure par âge de la population.

2.1.2. La santé

Dans le domaine de la santé, on constate une amélioration des indicateurs, comme dans le cas de l'espérance de vie, passée de 47 ans en 1990 à 50,4 ans en 2000 et à 56 ans en 2008⁴. Pour l'OMD 4, la mortalité des enfants de moins de 5 ans a reculé de 208 pour 1.000 en 1990 à 129 / 1.000 en 2010 (EDS-MICS 2010). Pour l'OMD 5, la mortalité maternelle est, elle, passée d'une estimation de 566 décès pour 100.000 naissances vivantes selon l'EDS 1991, à 484 / 100.000 à la fin des années 1990 (EDS 1998) puis à 341 / 100.000 en 2010 (EDS-MICS 2010).

Parmi les maladies qui constituent aujourd'hui un véritable problème de santé publique figurent en premier lieu le paludisme, le VIH/SIDA, les IST, la tuberculose, les infections respiratoires aiguës, la malnutrition et les maladies diarrhéiques. Bien qu'étant encore loin d'avoir achevé sa transition démographique et demeurant encore un pays largement rural, les maladies

³ http://www.ilo.org/ilostat/faces/home/statisticaldata/data_by_country/country-details/indicator-details?country=BFA

⁴ M. Guingant : « Comment bénéficier du Dividende Démographique ?... », Analyse pays Burkina Faso, AFD, 2012

non transmissibles (notamment le diabète, les maladies cardio-vasculaires et les troubles de la santé mentale) voient leur part dans la charge de morbidité et de mortalité augmenter rapidement.

Pour répondre aux défis sanitaires, le gouvernement a élaboré un Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 2011-2020) qui vise à : (i) réduire la morbidité d'un tiers parmi les familles les plus pauvres ; (ii) réduire la mortalité de deux tiers parmi les enfants de moins de cinq ans et la mortalité maternelle des trois quarts, la prévalence du VIH et Sida de cinquante pour cent, et (iii) renforcer l'ensemble du système de santé national.

Au cours de ces dernières années, l'Etat a construit et équipé de nombreux hôpitaux de district (CMA) et mis l'accent sur le recrutement et la formation des personnels qualifiés (médecins, sages-femmes, infirmiers). Ces efforts ont contribué à l'augmentation du nombre de professionnels de la santé et à l'amélioration des plateaux techniques. Globalement, les ratios de RHS par habitant sont proches des normes fixées par l'OMS. On comptait, en 2013, 1 médecin pour 21.573 habitants (pour une norme et un objectif pour 2013 de 1 pour 20.000), et 1 Infirmier/ère Diplômé(e) d'Etat (IDE) pour 4.965 habitants (pour une norme et un objectif de 1 pour 5.000)⁵. Pour les Sages-femmes diplômées d'Etat (SFE), le ratio était de une pour 10.888, pour un objectif de 1 pour 12.000. Mais la répartition sur le territoire national de ces ressources est très inégale. La mise en place d'une politique de gratuité de l'accès à certaines prestations de base, depuis 2005 et 2006 (prise en charge des femmes enceintes, des cancers génitaux féminins, des soins pour les enfants de moins de 5 ans) a indubitablement joué un rôle important dans l'amélioration des indicateurs cités plus haut. Le taux de contact des enfants de moins de 5 ans auprès des formations sanitaires est ainsi passé de 1,42 à 1,7 entre 2010 et 2013. Le taux d'accouchement assisté a fortement augmenté pour atteindre 80,5% en 2013 (tableau 3).

Tableau 3 : Evolution de quelques indicateurs sanitaires de base (2001-2013) au Burkina Faso

	2001	2005	2010	2013
Rayon moyen d'action (y/c le privé) (km)	9,18	8,2	7,34	6,5
Proportion de CSPS qui répondent aux normes en personnel (%)	73,0	77,0	83,1	86,1
Ratio Habitants / CSPS	14 177	10 079	9 835	9 759
Nombre de contacts / habitant	0,21	0,33	0,63	0,78
Taux d'accouchement assistés par du personnel qualifié (%)	38,1	37,9	75,1	80,5%
Taux de prévalence contraceptive (%)	12,6	14,0% (2003)	16,0%	21,9% (2012)

Source de donnée: PNDS 2011-2020, Annuaire Statistiques Santé 2013, Enquête CAP (2012)

Néanmoins, l'accès aux soins, seul, n'est pas suffisant pour modifier significativement et durablement le niveau de santé. La qualité des soins est ici un enjeu majeur. Par ailleurs, les inégalités dans les résultats et dans l'accès demeurent prononcées, comme le note d'ailleurs la SCADD. Les RHS sont mal réparties et ne sont pas allouées rationnellement. Il n'y a pas de plan de gestion des ressources humaines.

2.1.3. La Santé de la Reproduction

L'indice synthétique de fécondité au Burkina Faso demeure parmi les plus élevés au monde (6 enfants par femme), tandis que le taux de mortalité maternelle demeure élevé. Mais les dernières données sur la tendance de sa réduction datent de 2010.

Si des progrès importants ont été faits en matière d'accès et d'utilisation des soins, comme évoqué ci-dessus, la qualité des prestations de santé maternelle demeure toujours une question d'actualité. Ceci est souligné par exemple par l'étude CAP de 2012 qui note que la « *faible qualité des soins prénatals explique en partie le fort taux de mortalité maternelle et néonatale malgré un taux de consultation prénatale et d'accouchement satisfaisants.* »).

Afin de réduire la mortalité maternelle et néonatale, l'Etat burkinabé fait beaucoup d'efforts pour améliorer les soins prénatals et les conditions d'accouchement, en mettant en place des stratégies appropriées. C'est le cas notamment de la Feuille de Route pour réduire la mortalité maternelle lancé en 2006. Par ailleurs, depuis 2005 et 2006, avec la politique de gratuité des soins pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes, on constate une augmentation du taux de consultation prénatale (CPN), qui atteint 33,1% pour la CPN4 en 2014, et surtout du taux d'accouchement assisté, passé de 43,4 en 2006 à 66,3% en 2010 (EDS IV 2010) et 86,2% en 2014. Dans le cas particulier des césariennes, le taux est passé de 0,1% en 2006 à 2,3% en 2013, soit une multiplication par 23. Cependant, la diminution lente du taux de mortalité maternelle (mais qui n'a pas été évaluée depuis 2010) laisse penser que la qualité des prestations, y compris de la prise en charge des complications liées à l'accouchement, n'est pas encore au rendez-vous. Le taux de mortalité maternelle en milieu hospitalier, qui est passé de 143,5 pour 100.000 parturientes en 2010 à 122,3 en 2014 (-14,8%), en atteste. Cet indicateur démontre aussi de très fortes disparités régionales, avec un taux allant de 41 / 100.000 dans la région des Cascades à 300,3 / 100.000 au Sahel).

⁵ Voir : Situation à mi-parcours 2014 des indicateurs de suivi du PNDS, distribuée à l'occasion de la Revue tenue le jeudi 18 septembre 2014 à l'hôpital Blaise Compaoré.

Dans le domaine de la planification familiale (PF), des efforts importants sont également consentis, au travers de la mise en œuvre du PNDS, mais aussi de la mise en place d'une stratégie de sécurisation de l'approvisionnement en produits de la PF (2010). Un Plan National de relance de la PF a également été lancé en 2013. Les défis à surmonter en matière de PF sont nombreux y compris les facteurs culturels. Au Burkina Faso de nombreux adultes, des jeunes et adolescent-es, ont peu de contrôle sur leur sexualité et sur leur fécondité. Par ailleurs, ils ne peuvent jouir de leurs droits et de soins médicaux en matière de santé de la reproduction. Les obstacles d'ordre socio-culturel et économique les empêchent d'accéder à la contraception, aux soins de maternité, à des soins après avortement, et à la prévention des IST et du VIH/SIDA.

Les taux de prévalence contraceptive démontrent que l'évolution des pratiques contraceptives a été assez lente. Chez les femmes de 15-49 ans en union, l'utilisation d'une méthode contraceptive quelconque n'était que de 16% en 2010 (EDS-MICS IV), soit un taux à peine plus élevé qu'en 2003 (14 % selon l'EDS III). On note également une amélioration de l'utilisation des méthodes de contraception moderne dont la prévalence est passée de 9 % en 2003 à 15 % en 2010 (EDS-MICS IV) et 21,9% (CAP de 2012). L'objectif du Plan de relance de la PF est de porter cette prévalence à 25% en 2015. Les enjeux de ce plan sont importants d'un point de vue démographique car l'augmentation d'un point par an de la prévalence contraceptive limiterait la population du Burkina Faso à 39 millions de personnes en 2050 au lieu de 55 millions sans modification de taux.

Les besoins non couverts en PF demeurent considérables, en termes d'espacement et de réduction du nombre de grossesses, ce qui contribue à maintenir les taux de fécondité à un niveau toujours élevé. Selon l'EDS-MICS IV, les besoins non satisfaits en planification étaient estimés à 23,8% en 2010, dont 21,1% chez les 15-19 ans et 23,5% chez les 20-24 ans.

La fistule obstétricale (FO), dont l'apparition « *est directement liée à l'une des principales causes de mortalité maternelle – un travail difficile (dystocie) lors de l'accouchement* »⁶, résultant notamment de mauvaises conditions d'accouchement, est particulièrement pénalisante, physiquement comme socialement, pour la femme qui est en victime. Elle fait partie des affections maternelles les plus mal prises en charge. La campagne mondiale d'éradication de la fistule obstétricale lancée par l'UNFPA en 2002 a permis au gouvernement d'élaborer et de mettre en œuvre un programme national de lutte contre les fistules obstétricales (2004-2008), avec pour objectif principal « *la réduction de la mortalité maternelle et néonatale de 30% par l'offre de soins obstétricaux essentiels et d'urgence de qualité, accessibles à l'ensemble des femmes qui en ont besoin, et d'éradiquer les fistules obstétricales dans le pays* ». En 2013, 368 femmes victimes de FO ont ainsi été prises en charge chirurgicalement, avec un taux de succès de 92,6% (Rapport revue secteur Santé, 2013).

La situation particulière de la Santé de la Reproduction des Adolescent-es et des Jeunes (SRAJ) se présente comme suit :

- *Des grossesses précoces* : selon les données de l'EDS-MICS IV 2010, les adolescentes de 15-19 ans contribuent pour 11 % dans la fécondité totale (12 % en milieu rural et 9 % en milieu urbain).
- *Des grossesses précoces et non désirées des jeunes filles en milieu scolaire* : d'après une étude appuyée par l'UNICEF en partenariat avec le Ministère des Enseignements Secondaire et Supérieur (MESS) et celui de l'Education Nationale et de l'Alphabétisation (MENA), près de 1.016 cas ont été enregistrés dans sept (7) régions du pays au cours de l'année scolaire 2011-2012.
- *Des mariages précoces* : sur le plan sanitaire, cette mise en couple précoce s'accompagne souvent d'une sexualité précoce et d'une grossesse précoce mettant la vie de l'adolescente en danger⁷. Le mariage précoce est aussi souvent cause des abandons scolaires.
- *Des rapports sexuels précoces et non protégés* : On constate aussi une faible utilisation des méthodes contraceptives chez les jeunes et adolescents pour se protéger contre les IST/VIH/Sida. C'est dans ce contexte aussi que se produisent nombre d'avortements non médicalisés.

2.1.4. Genre et droits humains

Le Gouvernement du Burkina Faso a inscrit dans sa Constitution du 2 juin 1991, en son article premier, que « *tous les Burkinabé naissent libres et égaux en droits.... Les discriminations de toutes sortes, notamment celles fondées sur la race, l'ethnie, la région, la couleur, le sexe, la langue, la religion, la caste, les opinions politiques, la fortune et la naissance, sont prohibées* ». L'égalité entre l'homme et la femme s'exprime donc de fait comme une réelle volonté politique de construire le pays sur ces bases d'équilibre et de sécurité pour tous. Dans cette vision, plusieurs instruments juridiques internationaux, dont les plus importants et en lien direct avec les missions de l'UNFPA ont été ratifiés par le pays (CEDEF, CIPD, Beijing, CADHP).

La Politique Nationale Genre (PNG), adoptée en 2009, donne au pays un cadre de référence fédérateur pour toute intervention en matière de promotion des droits des filles et des femmes et d'égalité des sexes comme condition sine qua non pour parvenir au développement socio-économique. Par ailleurs, bien que l'adoption de la loi sur le quota genre (2009) soit en application, les résultats des dernières élections couplées de décembre 2012 montrent que les femmes restent très peu représentées dans les instances décisionnelles à tous les niveaux. Elles ne sont que 16% au Gouvernement et 19% à

⁶ http://www.who.int/features/factfiles/obstetric_fistula/fr/

⁷ UNFPA, Projet « Eliminer le mariage des enfants au Burkina Faso : un plan pour la protection, le renforcement et l'action communautaire », Population Council, Mars 2009

l'Assemblée Nationale contre 30% visés par la loi. La représentativité quantitative et qualitative des femmes dans les sphères de décision à tous les niveaux reste donc un défi important à relever.

Concernant le statut de la femme au Burkina Faso, quelques chiffres édifiants de résultats de l'Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples (EDSBF-MICS IV) de 2010, mettent en évidence des disparités de genre encore persistantes dans l'accès et le contrôle des moyens de production, dans l'accès à la formation professionnelle et à l'emploi rémunéré etc., toutes choses indispensables pour la réalisation d'activités productives génératrices de revenus pour l'entretien du ménage et les dépenses liées à la santé des femmes et des enfants. Par ailleurs, la prise de décision au sein des ménages reste encore souvent sous le contrôle de l'homme. Ce qui inhibe la capacité de la femme à faire entendre ses préoccupations et à pouvoir trouver des solutions de façon autonome. Quelques données illustratives de cette étude montrent que :

- *Parmi les femmes en union ayant travaillé, 44 % n'ont pas été payées pour le travail effectué contre 27 % pour les hommes ;*
- *Les décisions concernant les soins de santé de la femme et les achats importants pour le ménage sont prises, dans la majorité des cas, par l'homme. Dans seulement 8 % des cas, la femme décide principalement pour ses propres soins de santé.*

En ce qui concerne les violences à l'égard des femmes, la même enquête montre que :

- *Une femme sur cinq (20 %) a déclaré avoir subi dans sa vie, à un moment quelconque depuis l'âge de 15 ans, des actes de violence physique. Au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête, 9 % des femmes de 15-49 ans ont été victimes de violence physique ;*
- *Parmi les femmes non célibataires, 31 % ont été blessées à la suite d'actes de violence physique ou sexuelle commis par leur mari ou partenaire ;*
- *Parmi les femmes ayant subi des actes de violence physique, 59 % n'ont jamais recherché d'aide ;*
- *Plus de quatre femmes sur dix (44 %) pensent que pour, au moins une des raisons citées, il est justifié qu'un homme batte sa femme ou partenaire. Cette opinion est plus répandue parmi les femmes de 45-49 ans, en milieu rural et parmi celles vivant dans un ménage classé dans le quintile le plus pauvre.*

A ces violences conjugales, il faut ajouter les mutilations génitales féminines / excision (MGF/E), et le rapt des filles dans certaines localités bien ciblées du pays. Selon l'étude UNFPA, menée en 2012 sur les raptés des filles dans la région de l'Est, « une femme sur dix âgée de 14-25 ans affirme avoir déjà subi cette pratique, ce qui montre que le phénomène existe toujours avec pour conséquences aussi bien pour la fille que pour le ravisseur. Elle engendre des déperditions scolaires pour les filles scolarisées, des violences conjugales, des rejets par la société. Mais les conséquences que les populations perçoivent le plus sont celles qui engendrent des remous familiaux et menacent l'ordre social ». Mais l'insuffisance de données chiffrées actualisées au niveau national rend l'ampleur du phénomène difficile à bien appréhender.

En matière de Protection et de promotion sociales, le Gouvernement a adopté en 2009, une Charte de solidarité nationale qui a emporté une forte adhésion des leaders des différentes communautés pour faire face aux crises récentes dans le pays (énergétique, alimentaire, financière et économique) et aux catastrophes naturelles qui ont précipité de nombreuses familles dans la précarité. C'est ainsi que des « programmes de filets sociaux » ont été mis en place afin d'atténuer les effets néfastes de ces chocs sur les populations. Ces programmes ont porté notamment sur la subvention des soins obstétricaux néonataux d'urgence, la généralisation des cantines scolaires, la distribution de coupons alimentaires aux ménages pauvres, la vente à prix subventionné des denrées alimentaires. Cependant, les populations vulnérables sont toujours les plus exposées aux multiples chocs et catastrophes.

En matière de Droits humains et de protection des enfants, le Burkina Faso dispose, au plan social et culturel, de mécanismes traditionnels et modernes favorables à la tolérance et à la paix au nombre desquelles on peut citer : l'opération d'établissement gratuit de jugements déclaratifs d'actes de naissance pour les enfants de 0 à 18 ans sur toute l'étendue du territoire. De même, une étude visant à analyser la conformité de la législation nationale à la réglementation internationale en matière de droits civils et politiques a été réalisée sous la responsabilité du Ministère de la Promotion de la Femme et du Genre (MPFG) en 2012. Au plan international, le Burkina Faso a ratifié les six principaux traités relatifs au respect du droit à la vie et ses corollaires, au respect de l'intégrité physique et morale, à la sûreté de la personne, à l'égalité et à la non-discrimination, à une vie digne pour tous les citoyens, et enfin, à la prise en compte des personnes vivant des situations particulières.

Enfin, toutes ces préoccupations se retrouvent dans les grands axes d'intervention inscrits dans la PNG. Et des réponses sont apportées par l'UNFPA, notamment en ce qui concerne le Programme d'Appui à l'Accélération de l'opérationnalisation de la PNG (PAA-PNG) et du Programme de Renforcement des Capacités des Acteurs (PRCA). Mais des efforts restent encore à faire pour lever les principaux défis que sont l'établissement d'un équilibre entre les sexes, aux plans de la scolarisation et de l'alphabétisation, de l'amélioration du statut de la femme, de l'intégration du genre dans tous les secteurs de développement et du renforcement de la place de la femme dans la prise de décision.

2.2. Rôle de l'aide extérieure

Entre 2001 et 2011 l'aide publique au développement (APD) est passée de 437 millions \$US, à 1.144 millions \$US, soit un taux moyen d'accroissement de 10,3% sur la période. Cette forte augmentation de l'ADP est en grande partie due à l'aide budgétaire multilatérale (61,2% du total) et à des dons par rapport aux prêts (76,2% de l'APD)⁸.

Pour sa part, le Système des Nations Unies (SNU) au Burkina Faso, parties prenantes de la mise en œuvre de l'UNDAF 2011-2015 – et donc en appui à la SCADD sur la même période, ont l'intention de mobiliser un total de 395 millions de dollars US sur les 5 ans, soit une moyenne de 79 millions par an. L'UNFPA compte pour 6% (tableau 4) de ce total.

Dans le domaine de la santé sexuelle et de la reproduction, outre les financements mobilisés par le SNU, on doit aussi tenir compte des apports d'autres bailleurs très importants, comme l'Union Européenne et la Banque Mondiale, qui financent notamment via le Programme d'Appui au Développement Sanitaire (PADS), depuis 2008, une part importante des ressources publiques mobilisées pour le secteur de la santé. Le PADS est un panier commun qui regroupe de nombreux bailleurs, dont la Banque Mondiale, le Fonds Mondial de Lutte contre le VIH/SIDA, la Tuberculose et le Paludisme (FMSTP), L'Alliance Mondiale pour la Vaccination (GAVI), l'AFD, l'UNFPA, KfW, l'UNICEF, le PAM, etc. A cela, il faut ajouter les financements verticaux ou de programmes, dont les fonds internationaux. Selon la revue sectorielle 2013 du Ministère de la santé, ces fonds, et quelques autres ciblés sur des domaines précis de santé, ont représenté à eux seuls 78,9 milliards de FCFA.

L'Appui Budgétaire Sectoriel est également employé dans le domaine de la santé, notamment au travers du Programme d'Appui à la Politique Sectorielle Santé (PAPS) de l'Union Européenne.

Tableau 4 : Répartition du budget UNDAF (en milliers d'USD) par agence du SNU au Burkina Faso (2011-2015)

Agence	Effet UNDAF			Total	% du budget SNU total
	Effet 1	Effet 2	Effet 3		
CINU			50	50	0,0 %
FAO	21 500			21 500	5,4 %
UNFPA	5 700	15 000	3 000	23 700	6,0 %
OMS	500	23 500		24 000	6,1 %
OIT	2 457	2 025	210	4 692	1,2 %
ONUDI	2 500			2 500	0,6 %
ONU HABITAT	2 155	3 845	3 716	9 716	2,5 %
ONUSIDA		1 500		1 500	0,4 %
PAM	34 500	81 000		115 500	29,2 %
PNUD	26 640	13 753	10 030	50 423	12,8 %
UNICEF	6 000	121 400	14 000	141 400	35,8 %
Totaux	101 952	262 023	31 006	394 981	100,0 %
Poids du budget UNFPA (%)	5,6 %	5,7 %	9,7 %	100,0 %	

Source de donnée: UNDAF 2011-2015

L'Appui Budgétaire Général (ABG), dont l'objectif principal est de dégager un espace fiscal permettant à l'Etat d'orienter ses ressources vers les secteurs prioritaires identifiés dans les accords de coopération, notamment l'éducation et la santé, contribue aussi à ce financement. L'ABG est financé par plusieurs bailleurs, dont la Banque Mondiale et l'Union Européenne (sous forme de « contrat OMD »).

Dans le domaine spécifique du genre et des droits humains, il existe un Fonds Commun Genre (FCG) depuis 2005⁹ alimenté aujourd'hui par au moins sept partenaires techniques et financiers (UNFPA, Ambassade du Danemark, Ambassade de Suède, Coopération Suisse, Coopération Autrichienne, UNICEF, UEMOA), destiné prioritairement aux organisations de la société civile. L'objectif de ce fonds est de « renforcer la prise en compte transversale du genre grâce à une meilleure coordination du financement des activités genre, une synergie d'action des partenaires techniques et financiers et une augmentation de la transparence dans la gestion des ressources allouées ». Ce fonds est depuis 2012 géré par l'ONG internationale Diakonia.

Par ailleurs, le Ministère de la Promotion de la Femme et du Genre a engagé un plaidoyer fort pour la mobilisation de ressources plus conséquente par chaque département ministériel, mais aussi auprès du gouvernement et des partenaires au développement.

⁸ André Richard Ouédraogo, « L'aide publique au développement, un mal nécessaire ? ». Ouagadougou, juillet 2008.

⁹ Le FCG a été initié et sous la gestion de l'UNFPA de 2005 à 2010 avec la participation financière et technique de plusieurs PTF.

Chapitre 3. Programme et réponse stratégique de l'UNFPA au Burkina Faso

3.1. Réponse stratégique de l'UNFPA

En appui à la SCADD 2011-2015 et à la réponse globale apportée par le Système des Nations Unies (SNU) dans le cadre de son programme de coopération global (l'UNDAF 2011-2015), l'UNFPA a défini un cadre d'intervention stratégique : le Programme Pays ou PP¹⁰. Celui-ci est décliné en Programmes de Coopération quinquennaux. Le 7^{ème} Programme (2011-2015) est donc en adéquation temporelle avec les cycles 2011-2015 de la SCADD et de l'UNDAF.

Initialement, le cadre d'intervention du SNU a été élaboré à partir d'un diagnostic national tenant lieu de Bilan Commun de Pays (BCP) pour fournir de la matière première à l'élaboration du Plan cadre des Nations Unies pour l'Aide au Développement (UNDAF) 2011-2015. Ces deux instruments fondamentaux du processus de programmation du SNU permettent de rendre plus cohérent et efficace son appui aux efforts de développement des pays bénéficiaires. Le BCP a servi de base à l'élaboration de l'UNDAF 2011-2015, en accord avec le gouvernement et son plan de développement national décliné dans la SCADD. Comme vu au chapitre 1, l'UNDAF tire également son essence de la SCADD, et le Document de Programme Pays (DPP) 2011-2015, le PAPP et les Plans annuels de travail (PTA) sont élaborés sur la base des orientations de l'UNDAF et du Plan Stratégique de l'UNFPA.

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

3.2.1. Le programme de pays

C'est à travers ses programmes que l'UNFPA apporte sa contribution au développement du Burkina Faso compte tenu de ses spécificités. Le tableau 5 montre que l'appui de l'UNFPA s'est renforcé au cours des cycles passés et actuels. En particulier, le volume des interventions du programme en cours a considérablement augmenté. On note que, contrairement au cycle précédent, les produits du PAPP 2011-2015 sont directement reliés aux effets du Plan Stratégique de l'UNFPA 2009-2013.

Tableau 5 : Contribution des programmes passé (6ème) et en cours (7ème)

Composantes du programme	Effets du cycle précédent (2006-2010)	Effets du cycle en cours (2011-2015)
Santé de la reproduction et droits humains	Accroissement de l'offre et de l'utilisation des services de santé de la reproduction	(i) L'accès et l'utilisation des services de qualité pour la santé de la mère et du nouveau-né sont améliorés ; les produits 2, 3, 4 du PAPP contribuent à cet effet (ii) L'accès et l'utilisation des services de Planification Familiale de qualité pour les individus et les couples conformément à leurs intentions en matière de santé de reproduction sont renforcés ; le produit 5 contribue à cet effet (iii) L'accès aux services de santé sexuelle et de la reproduction et à l'éducation sexuelle pour les jeunes (y compris les adolescents) est amélioré ; le produit 8 contribue à cet effet
Population et développement	Une plus grande prise en compte des questions de population, genre et droits humains, dans les politiques, plans et programmes de réduction de la pauvreté	La disponibilité et l'analyse de données permettant la prise de décisions et l'élaboration des politiques sur la base de données factuelles synthétisant la dynamique des populations, la santé sexuelle et en matière de reproduction (y compris la planification familiale) et l'égalité des sexes sont améliorées ; le produit 9 contribue à cet effet
Egalité et équité de genre	Une amélioration des mécanismes institutionnels et des pratiques socioculturelles en vue de contribuer à l'égalité et l'équité de genre	L'égalité entre les sexes et les droits en santé de la reproduction sont renforcés, en particulier par le plaidoyer, le renforcement des capacités en genre (mainstreaming) des acteurs institutionnels et des OSC ainsi que l'accompagnement à la mise en œuvre des lois et des politiques ; les produits 6 et 7 contribuent à cet effet

Source : PAPP 2006-2010 ; PAPP 2011-2015

3.2.1.1. Brève description du 6^{ème} Programme (2006-2010), objectifs et résultats atteints

Le sixième programme de coopération 2006– 2010 avait pour fondement l'UNDAF 2006-2010. En termes de résultats auxquels le 6^{ème} Programme a contribué, on peut noter, entre autres : l'augmentation du taux d'accouchement assisté par un personnel qualifié passé de 43,4 % en 2006 à 65,19 % en 2008 ; l'augmentation du nombre de femmes opérées de fistules obstétricales (environ 500). Ce programme a aussi largement contribué à la baisse du taux de prévalence du VIH, passé de 1,7 % à 1,3 % entre 2005 et 2008 chez les jeunes de 15 à 24 ans.

¹⁰ United Nations Population Fund. Executive Board of the United Nations Development Programme and of the United Nations Population Fund. *Final country programme document for Burkina Faso*. 4 octobre 2010.

En population et développement, l'appui de l'UNFPA a permis de mettre à la disposition de tous les acteurs intéressés un nombre impressionnant de données de qualité actuellement utilisées dans la planification du développement, l'élaboration et la mise en œuvre des politiques et programmes, la conception et l'opérationnalisation d'une base de données socio-démographiques (IMIS). Aujourd'hui encore, les résultats du RGPH 2006 sont utilisés dans tous les secteurs de la vie économique et sociale.

En matière de genre, le sixième programme a aussi appuyé l'élaboration et l'adoption de la Politique Nationale Genre, de son plan d'action opérationnel et sa mise en œuvre, l'appui à la gestion du fonds commun genre, et contribué à la mobilisation des ressources pour sa mise en œuvre. Il a en outre soutenu la mise en lumière des questions de violences de genre en milieu scolaire au niveau national et contribué à travers son programme conjoint avec l'UNICEF à la prévention et la lutte contre les MGF/E. Un programme conjoint de lutte contre les violences faites aux femmes et aux filles en cours d'exécution a permis de renforcer le dispositif institutionnel de lutte contre ces pratiques dans les régions ciblées.

Sans citer tous les acquis légués au 7ème programme par le sixième, on peut particulièrement noter le renforcement du plaidoyer stratégique sur les défis démographiques et du repositionnement de la planification familiale, la contribution à la lutte intensive contre les violences basées sur le genre (VBG), et enfin le renforcement des capacités des institutions étatiques, du partenariat avec les organisations de la société civile et autres partenaires au développement.

3.2.1.2. Description du 7ème Programme de pays (2011-2015)

Le but du programme en cours est de contribuer à la réalisation des objectifs de la SCADD et de l'UNDAF 2011-2015. Par rapport au programme précédent, **la particularité du 7ème Programme réside dans son passage à l'échelle nationale**, et dans son alignement direct à 6 effets du Plan Stratégique Révisé 2008-2013 et ceux du plan stratégique 2014-2017.

Cette dimension nationale du programme devait lui permettre, dans la mesure du possible, d'ouvrir encore plus largement l'accès à la santé sexuelle et reproductive (y compris la planification familiale) à toutes les catégories sociales intéressées, de faire des droits en matière de santé de la reproduction une réalité, sans oublier son objectif de réduire la mortalité maternelle et d'accélérer l'atteinte des objectifs du Programme d'Action de la CIPD et l'OMD 5. En tant que chef de file du SNU sur les questions de genre, le 7ème programme doit particulièrement s'investir dans le renforcement des capacités des partenaires institutionnels et des acteurs de la société civile pour augmenter la prise de conscience et améliorer ainsi les comportements et pratiques visant la promotion des droits humains, ceux des femmes et des enfants en particulier dans le domaine de l'accès et du contrôle en matière de santé sexuelle et reproductive des jeunes et des adolescents, et une meilleure implication des hommes pour une maternité sans risque. Ce programme est également une contribution à la mise en œuvre de la PNG et de son plan d'action, notamment en ce qui concerne l'incorporation des questions de genre auprès des partenaires institutionnels et des organisations de la société civile afin de promouvoir l'égalité des sexes et l'approche basée sur les droits à différents niveaux.

Dans le cadre de la mise en œuvre du programme de coopération du SNU (l'UNDAF), un certain nombre de domaines font l'objet de programmes conjoints (réunissant plusieurs agences du SNU) – voir le tableau 6 pour une liste de ces programmes. L'UNFPA est l'agence leader sur le Programme Conjoint Genre, portant sur l'appui à la mise en œuvre de la Politique Nationale Genre (PNG). Les domaines spécifiquement couverts portent sur la lutte contre les violences faites aux femmes et aux filles (VEFF) et la lutte contre les mutilations génitales féminines et l'excision (MGF/E).

Tableau 6 : Programmes conjoints et intégrés du SNU

	Effets UNDAF	Intitulés du programme	Agences leaders
Programmes conjoints	Effet 1 ; produit 1.5	Renforcement des capacités nationales de préparation et de réponse aux urgences	PAM
	Effet 2 ; produit 2.2	Accélération de la réduction de la mortalité maternelle et infanto-juvénile	UNICEF
	Effet 2 ; produit 2.3	Programme conjoint VIH/SIDA	ONUSIDA
	Effet 3 ; produit 3.4	Programme conjoint Genre	UNFPA
Programmes intégrés	Effet 3 ; produit 3.3	Programme d'appui au développement local de la Boucle du Mouhoun	PNUD

Source : UNDAF 2011-2015 (page 22)

On note, que dans le domaine de **population et développement**, le programme couvre les 13 régions du pays en matière d'intégration des questions de population dans les plans nationaux, régionaux et sectoriels de développement. L'extension de l'intégration des questions de population va aussi de pair avec la formation des cadres issus des DREP, des DRS, des DEP et des ministères sectoriels.

Le programme a été conçu pour réaliser une série d'études, de recherches et d'enquêtes sur toute l'étendue du territoire national, sans oublier que les données et les résultats du RGPH 2006 sont utilisés dans tous les secteurs publics et privés répandus dans le pays.

Le plaidoyer sur les questions de population, de SR et de genre, ne se limite pas au seul niveau central. Les réseaux population et développement, les organisations religieuses en population et développement, les organisations de la société civile, tous répandus dans l'ensemble du territoire national, sont concernés par ce plaidoyer, au niveau central et régional. Le programme a voulu apporter son appui aux leaders des jeunes et adolescents des 13 régions sur le dialogue de politique, sensibiliser les DREP, les DRS, les DEP des Ministères, les gouverneurs de régions, les représentants des chefs religieux, les Maires des communes, les députés à l'Assemblée Nationale et les membres du conseil économique et sociale, etc.

Le renforcement des capacités nationales dans la production, l'utilisation et la diffusion des données de qualité, est bien une activité de dimension nationale.

En matière de **Santé de la Reproduction**, les activités menées revêtent aussi un caractère national. On peut notamment citer le renforcement des capacités dans plusieurs domaines clé : formation, équipement, et suivi des écoles de formation de base (UFR/SDS, ENSP) ; la régulation du métier de sage-femme ; l'offre de SONU dans toutes les formations sanitaires de référence et dans les CSPS de chefs-lieux de communes rurales ; la prise en charge des femmes victimes de fistules obstétricales ; l'offre de services de planification familiale (PF) de qualité dans les formations sanitaires publiques et privées et au niveau communautaire ; la prise en charge de la SR des jeunes et adolescents, et des handicapés, dans les formations sanitaires et autres espaces appropriés.

En matière de **Genre et droits humains**, le programme couvre moins l'ensemble du territoire national que les autres composantes en ce qui concerne les VBG (trois régions sur treize) et l'ensemble du territoire pour le renforcement des capacités des acteurs en genre. Il est en outre important de signaler que des actions ciblées sont également menées en faveur d'un plaidoyer pour une meilleure implication des hommes dans la Promotion de la SR en termes d'accroissement de l'utilisation des services offerts par les femmes et de réponses d'urgence humanitaire, suite à une expérience pilote dans la région du Centre Est. Enfin, l'exécution de deux programmes conjoints avec l'UNICEF, notamment sur les MGF/E, et le programme conjoint Gouvernement/ SNU de lutte contre les violences faites aux femmes et aux filles sont également des aspects importants à l'actif de ce programme. De ce fait, les régions du Centre Est, du Centre Nord, de l'Est et du Sahel en plus de celle du Centre restent des zones d'intervention plus concentrées en ce qui concernent la composante genre.

Il ressort donc de ce qui précède que le 7^{ème} programme a effectivement une envergure nationale. Cependant, pour assurer cette couverture, et pour remplir l'ensemble d'un mandat extrêmement large, le programme a multiplié les produits (7 dans un premier temps, 9 actuellement) et les stratégies (un total de 27). Le nombre d'actions prioritaires identifiées par les documents de planification et de suivi se monte à 125 aujourd'hui.

Une autre caractéristique très importante du 7^{ème} Programme est son **recours massif à des partenaires d'exécution du monde associatif local et des Organisations Non Gouvernementales, nationales comme internationales**. Le nombre de partenariats est très important, dans tous les domaines. On en compte une dizaine de premier rang, en moyenne, dans chacun des neuf (9) produits du programme. L'annexe 4 les présente par produit.

3.2.2. Situation financière du programme en cours

3.2.2.1. Budget du 7^{ème} Programme

Le coût global du 7^{ème} Programme était prévu à 46,7 millions de dollars, dont 41,7 financés par l'UNFPA et 5 millions par l'Etat (PAPP 2011-2015). Le PAPP fait état de ces montants comme étant des « engagements » du Fonds et du Gouvernement, « sous réserve de la disponibilité des fonds ». Sur les 41,7 M\$ à financer par l'UNFPA, 36,7 M\$ (88%) devaient provenir des ressources ordinaires, et 5 M\$ (12%) d'autres sources (fonds thématiques essentiellement).

Tableau 7 : Budget estimatif du 7^{ème} Programme de coopération UNFPA-Burkina Faso (2011-2015)

Source de financement		Montant
Gouvernement		5 millions USD
UNFPA	ressources ordinaires	36.7 millions USD
	autres ressources	5 millions USD
Total		46,7 millions USD

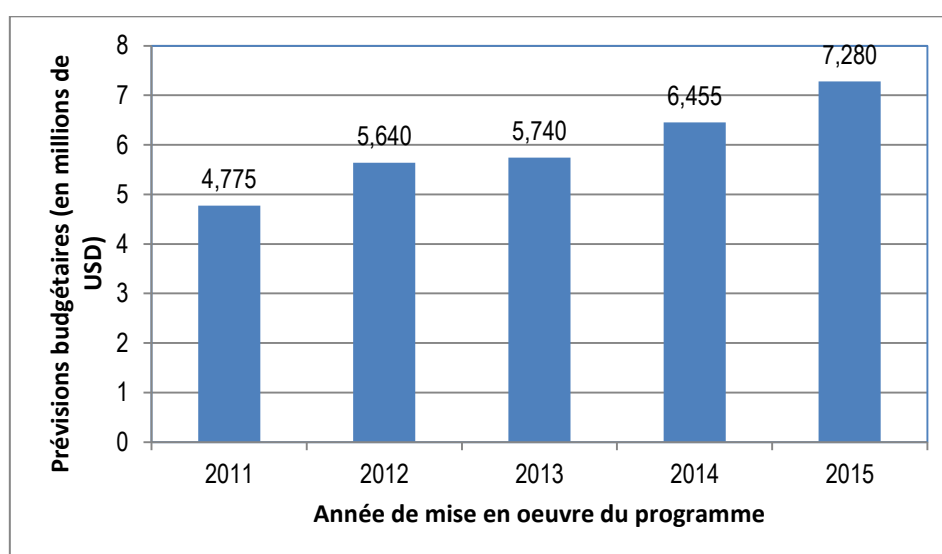
Source : PAPP 2011-2015

Dans les documents de rapportage du programme on trouve, cependant, aussi d'autres chiffres, dans lesquels l'appui financier de l'UNFPA apporté au gouvernement du Burkina Faso, prévu pour les cinq années de coopération du 7^{ème} Programme (2011-2015) s'élève à 31,25 millions US \$ dont 30,1 millions US \$ de ressources régulières (96,3%), et 1,15 million US \$ d'autres ressources (3,7%).

On notera que la présentation du budget n'est pas détaillée de façon claire dans le PAPP (version révisée – le mot même n'apparaît qu'une fois...). Le budget global est mentionné dans les « engagements de l'UNFPA », et il faut aller dans le cadre logique pour y trouver les chiffres, par projet, sans totaux.

On constate par ailleurs des écarts considérables entre les montants annualisés du budget et le montant des Plans de Travail Annuels (PTA). Les écarts peuvent être très importants, comme en 2012. Cette année-là, par exemple, la mobilisation prévue de ressources (la somme des PTA) des cinq produits de la SR en 2012 s'élevait à 5.875 millions FCFA, soit 6 fois plus que le montant du budget annualisé (978 millions FCFA) ! En revanche, pour les deux produits de la composante Genre du programme, la situation était inverse, avec un budget de 467 millions et un montant prévu aux PTA de seulement 181 millions. Le montant du budget pour 2011-2015 a été, au départ, basé sur les montants du budget du 6^{ème} Programme (soit 18 M USD) et des dépenses réelles sur ce programme, qui se sont montées à 26,9 M USD (49% de plus qu'inscrit au budget). Au moment de l'élaboration du budget du 7^{ème} Programme on ne disposait pas encore de plan d'action ni de budget détaillés. L'estimation budgétaire s'est donc fondée sur une estimation de montée en charge par rapport au 6^{ème} Programme (couverture passant de 3 à 13 régions en SR par exemple) et sur les budgets connus des programmes globaux ou thématiques (venant du siège). Ces montants ont ensuite été ajustés sur la base de plafonds annuels de 3.340.000 USD / an indiqués par le Bureau Régional (Dakar). Ceci a produit un budget sur ressources ordinaires de 16,7 M\$. Les ressources complémentaires à mobiliser étaient estimées à 15 M\$, avec possibilité d'aller jusqu'à 5 M\$/an si l'on pouvait démontrer une bonne performance du programme. Ceci amenait donc à un budget potentiellement disponible de 41,7 M\$, chiffre que l'on retrouve dans les documents de programme.

Graphique1 : Budget annualisé du 7ème Programme - selon le PAPP (2011-2015)



Source : Rapport annuel 2014

Concernant la faible mobilisation de ressources pour la composante Genre (181 millions FCFA au PTA 2012 contre les 467 millions du budget annualisé), l'explication avancée est qu'une partie importante du budget est exécutée par le Bureau Pays directement, en raison de la faiblesse de gestion des partenaires des produits de la composante Genre. De ce fait l'Etat n'exécute qu'une portion restreinte des ressources disponibles pour cette composante (le « NEX »).

Ce sont, en définitive, des variations très importantes qui traduisent des difficultés à prévoir les ressources effectivement disponibles, autant que des variations importantes dans le volume des activités prévues, puis planifiées, et, enfin, effectivement réalisées.

Un autre point important pour la compréhension des chiffres budgétaires et d'exécution financière est le fait que le budget comprend les achats de produits de la santé de la reproduction (notamment les contraceptifs), alors qu'ils sont en réalité achetés par le système d'approvisionnement de l'UNFPA basé au Danemark, et non comptabilisés par le Bureau Pays (ou par l'Exécution Nationale – NEX – qui est le suivi des dépenses sur le programme assuré par le Ministère des Finances). Ces produits sont livrés directement à la Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels Génériques (CAMEG), la centrale d'achat publique de produits pharmaceutiques du Burkina Faso. Ces dépenses n'apparaissent pas dans le suivi financier du programme. Ces achats sont gérés par le Siège de l'UNFPA au travers du Programme Mondial pour Améliorer la Sécurité d'Approvisionnement en Produits de Santé Reproductive, qui assiste des dizaines de pays pour l'acquisition et la gestion des produits. En 2013, le programme a dépensé 164 millions de dollars US pour acheter des produits liés à la SR (2/3 de la dépense) et pour développer les capacités des pays à gérer l'approvisionnement et la fourniture de ces produits (1/3 de la dépense)¹¹. Pour le Burkina Faso, en 2013, la dépense de produits de la SR a représenté 2,22 millions USD. Quant à l'appui au développement des capacités, selon le rapport 2013 du programme, il a représenté une dépense de 3,48 M\$, soit le montant le plus important des 65 pays ayant reçu un appui cette année-là (le Niger vient en seconde position avec 3,40 M\$ et le Sierra Leone en troisième avec 3,17 M\$).

¹¹ UNFPA. The Global Programme to Enhance Reproductive Health Commodity Security. Annual Report 2013. July 2014.

3.2.2.2. Exécution budgétaire

Le niveau d'exécution budgétaire (dépenses rapportées au budget) a dépassé le budget global sur les quatre premières années du programme (117,5%). Plus en détails (tableau 8) on constate une mobilisation de ressources totales très supérieure sur les quatre premières années du programme à ce qui était prévu (+59,4%) – écarts commentés plus haut, tandis que le niveau d'exécution est également élevé (95%). Plus particulièrement, l'écart, en volume comme en pourcentage, porte sur les produits 2 (formation Sages-Femmes), 5 (SPSR), 6 (politique genre) et 8 (SRAJ/VIH). Le très fort écart de mobilisation et de dépense par rapport au budget sur le P5 provient d'un projet (ZZT05) portant essentiellement sur la Distribution à Base Communautaire (DBC) de produits contraceptifs qui, a mobilisé 6,9 milliards FCFA à fin 2014 contre 1,9 milliards budgétés.

Si, par rapport aux budgets les taux d'exécution financière paraissent élevés, on constate cependant un niveau d'exécution beaucoup plus faible en réalité lorsqu'on se réfère aux montants inscrits dans les PTA. Ces montants excèdent en général très largement le budget annuel prévu au PAPP. Ceci tient notamment au fait que lors de la préparation des PTA, faite vers la fin de l'année précédente, les montants des fonds thématiques, qui représentent, en définitive, l'essentiel des financements du 7^{ème} Programme, ne sont pas encore connus. Il s'avère que la capacité de mobilisation financière et d'allocation des ressources aux partenaires d'exécution est beaucoup plus faible et, en définitive, plus en conformité avec le budget initialement envisagé).

La part du budget provenant des fonds propres de l'UNFPA était prévue à hauteur de 57,5% sur la période 2011-2014 (et 52,7% pour l'ensemble du programme), soit un total de 4,9 milliards de FCFA (tableau ci-dessous). On constate que la mobilisation et la dépense effective des fonds de cette origine a respecté scrupuleusement ce montant. Cependant, sa part a été ramenée à 36% des fonds mobilisés du fait de la très forte augmentation du volume des autres fonds. L'ensemble de l'écart de mobilisation (et de dépense) par rapport au budget initial s'est concentré sur les autres fonds, essentiellement thématiques.

Tableau 8 : Dépenses (FCFA) du 7^{ème} Programme au cours de la période 2011-2013 sans les produits contraceptifs

Produits	Total PAPP 2011-2015 (1)	Total PAPP 2011-2014 (2)	Ressources mobilisées (3)	Dépenses (4)	Taux de mobilisation (3) / (2)	Taux d'absorption (4) / (3)	Taux d'exécution budgétaire (4) / (1)
P1 (politique P&D)	949 400 000	756 200 000	898 439 541	861 832 561	118.8%	95.9%	90.8%
P2 (formation SF)	129 250 000	118 750 000	297 599 130	285 358 489	250.6%	95.9%	220.8%
P3 (SONU)	4 124 250 000	3 494 750 000	3 915 393 440	3 777 148 385	112.0%	96.5%	91.6%
P4 (FO)	141 000 000	95 000 000	127 621 690	127 330 631	134.3%	99.8%	90.3%
P5 (SPSR)	3 896 930 000	2 873 300 000	8 756 067 700	8 278 979 833	304.7%	94.6%	212.4%
P6 (Politique Genre)	869 500 000	731 500 000	1 066 195 898	924 749 170	145.8%	86.7%	106.4%
P7 (VBG)	1 010 500 000	780 500 000	758 135 970	681 212 170	97.1%	89.9%	67.4%
P8 (SRAJ/VIH)	1 109 200 000	1 185 350 000	1 567 517 360	1 558 393 385	132.2%	99.4%	140.5%
P9 (utilisation données stat.)	1 917 600 000	844 600 000	381 613 656	375 863 426	45.2%	98.5%	19.6%
Coordination	752 000 000	676 200 000	652 451 585	636 715 213	96.5%	97.6%	84.7%
Totaux	14 899 630 000	11 556 150 000	18 421 035 970	17 507 583 263	159.4%	95.0%	117.5%
Fonds FPA90 (UNFPA)	7 849 000 000	6 639 150 000	6 617 662 710	6 475 786 407	99.7%	97.9%	82.5%
Autre fonds	7 050 000 000	4 917 000 000	11 803 373 260	11 042 800 855	240.1%	93.6%	156.6%
% FPA90	52.7%	57.5%	35.9%	37.0%			
% Autres fonds	47.3%	42.5%	64.1%	63.1%			

Source de donnée: DGCOOP

D'après les informations comptables fournies, près d'un quart des dépenses du programme comptabilisées sont consacrées aux dépenses de structure du programme (salaires et dépenses de fonctionnement du Bureau de l'UNFPA et payés par le programme dans les différents projets). Le tableau 9 donne un aperçu de la répartition des dépenses comptabilisées pour un ensemble de rubriques, sur la période 2012-2014, dont un ensemble de partenaires d'exécution. On constate l'apparition de plusieurs partenaires à partir de 2013 (Mwangaza Action qui travaille sur l'IEC/CCC en matière de SR et Marie Stopes International qui travaille sur la planification familiale). La contribution au Programme d'Appui au Développement Sanitaire (PADS) compte pour près d'un autre quart des dépenses, tandis que la Direction de la Santé de la Famille (DSF – ex-DSME), chef de file des produits 2, 3, 4 et 5, en exécute environ un dixième. Population Media Center (PMC), qui a disposé d'un budget de 1,6 M\$ pour la conception, la réalisation et la diffusion radiophonique de 156 épisodes de 15 minutes chacun en

deux langues sur la SR (et quelques autres sujets), a donc compté pour 3,8% du budget total du programme à lui seul, et pour un peu plus de 5% des dépenses sur les trois années considérées ici.

Tableau 9 : Dépenses du 7ème Programme pour un ensemble de rubriques (2012-2014)

en USD et %	Exécution budgétaire			% du total annuel		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014
Total des salaires et frais de fonctionnement du Programme	2 352 078	2 581 687	2 828 695	23.0%	26.8%	27.0%
PMC	795 351	549 100	259 658	7.8%	5.7%	2.5%
PADS	2 632 968	2 078 589	2 382 099	25.7%	21.6%	22.8%
Family Care International	107 589	100 925	74 699	1.1%	1.0%	0.7%
Mwangaza Action		164 240	104 171	0.0%	1.7%	1.0%
Marie Stopes International		75 751	260 131	0.0%	0.8%	2.5%
JHPIEGO Corp. USA		135 312	- 5 285	0.0%	1.4%	-0.1%
CMA Schiphra		83 692	61 433	0.0%	0.9%	0.6%
DPS	473 751	447 208	556 095	4.6%	4.6%	5.3%
DSF (ex-DSME)	1 146 845	663 060	1 246 613	11.2%	6.9%	11.9%
SP-CNLS/IST	284 354	472 168	529 189	2.8%	4.9%	5.1%
SP-CONAP Genre	165 460	74 276	297 563	1.6%	0.8%	2.8%
SP-CNLPE	155 800	193 530	132 433	1.5%	2.0%	1.3%
INSD	62 317	18 861	98 563	0.6%	0.2%	0.9%
SP-CONAPO	201 889	210 688	294 262	2.0%	2.2%	2.8%
AFRISANTE	404 162	59 174	32 736	3.9%	0.6%	0.3%
PROMACO		268 764	- 42	0.0%	2.8%	0.0%
DRS SAHEL	98 431			1.0%	0.0%	0.0%
Sous-TOTAL	8 880 996	8 177 027	9 153 013	86.8%	84.9%	87.5%
Autres	1 352 160	1 455 110	1 312 502	13.2%	15.1%	12.5%
TOTAL ANNUEL	10 233 156	9 632 137	10 465 515	100.0%	100.0%	100.0%

Source de donnée: Documents de suivi financier annuel du Programme (« project monitoring »)

(*) Des dépenses d'équipement peuvent avoir été comptabilisées dans les charges de fonctionnement regroupées dans cette rubrique, qui comprend essentiellement des charges de salaires et des dépenses diverses de fonctionnement.

La contrepartie de l'Etat dans le financement du 7ème Programme, qui devait se monter à 5 M\$, reste difficile à décaisser. Sept structures étatiques sont porteuses de plans de travail : la Direction des Politiques de Population (DPP) et l'Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD) du Ministère de l'Economie et des Finances, le SP/CONAPGENRE du Ministère de la Promotion de la Femme et du Genre, la Direction de la Santé de la Famille (DSF) et la Direction de la Promotion de la Santé (DPS) du Ministère de la Santé, le SP/CNLPE du Ministère de l'Action Sociale et de la Solidarité Nationale et le SP-CNLS/IST de la Présidence du Faso. Parmi ces structures, seules la DPP et le SP-CNLS/IST sont parvenus à bénéficier d'une contrepartie nationale. Le tableau suivant donne la situation des mobilisations depuis 2011. Au total, la contrepartie s'est montée à 206,5 MFCFA entre 2011 et 2014, soit environ 0,4 M\$.

Tableau 10 : Mobilisation de la contrepartie nationale au financement du 7ème Programme

En FCFA	2011	2012	2013	2014
DPP	831 2050	39 982 000	5 7680 000	198 000 000
SP-CNLS/IST	8 500 000	8 500 000	8 500 000	8 500 000
Total	16 812 050	48 482 000	66 180 000	206 500 000

Source de donnée: Bureau UNFPA Burkina Faso

Chapitre 4. Résultats de l'évaluation – traitement des critères d'évaluation

4.1. Analyse du critère de Pertinence

Question 1.1 : Dans quelle mesure les objectifs du programme sont-ils adaptés aux besoins prioritaires des cibles du programme (institutions et populations) identifiés dans les cadres stratégiques internationaux et nationaux de développement ?

Ss-Question 1.1.1 : Adaptation aux cadres stratégiques globaux de développement (SCADD et PNUAP/UNDAF) ?

Globalement, l'investissement réalisé par l'UNFPA au Burkina Faso répond à une préoccupation majeure pour le pays, en raison des énormes défis que la transition démographique ralentie par une très forte natalité et des conditions encore très difficiles d'accès aux services de base pose au pays et à ses habitants. La correspondance des différents objectifs du 7^{ème} programme, principaux comme spécifiques (par produit de mise en œuvre), avec les cadres stratégiques de développement, internationaux (PNUAD/UNDAF) comme nationaux (SCADD), est globalement assurée. C'est également le cas avec les plans stratégiques successifs de l'UNFPA. Cependant, l'évolution décalée de ces cadres, et notamment du Plan Stratégique, crée des difficultés dans les efforts déployés par le Bureau Pays pour maintenir cette conformité. Pour l'assurer, une attention particulière a été accordée au processus participatif et au dialogue entre l'UNFPA et l'ensemble des parties prenantes au moment de la conception et de la mise en œuvre du programme.

En matière de P&D, le 7^{ème} Programme de coopération est très pertinent dans la mesure où il prend en compte les besoins des populations cibles, le mandat et les avantages comparatifs de l'UNFPA et des priorités nationales déclinés dans la SCADD et dans divers plans sectoriels de développement économique et social. En particulier, il assure la production de données qui répondent aux besoins des politiques comme des administrateurs et du monde académique.

Dans le domaine de la SR, l'approche proposée par le 7^{ème} Programme vise l'amélioration de l'accès des femmes et des nouveau-nés aux services de la santé de la reproduction, particulièrement en vue de réduire les risques liés à la grossesse, à l'accouchement et au post-partum, ce qui doit amener à la réduction de la mortalité maternelle, conformément aux objectifs des cadres stratégiques nationaux et internationaux de référence en santé et développement, et en SR en particulier. Des approches innovantes et diversifiées, tenant compte des particularités des populations visées, sont pertinemment testées pour éprouver les moyens les plus appropriés pour sensibiliser les populations et les encourager à modifier les attitudes et comportements qui peuvent s'avérer néfastes pour la santé des femmes et des nouveau-nés.

Dans le domaine du Genre et des Droits Humains, les produits sont en parfaite adéquation avec les plans stratégiques 2008-2013 et 2014-2017 de l'UNFPA, notamment en ce qui concerne l'Effet UNDAF3 qui contribue à la réalisation des axes 3 et 4 de la SCADD. Par ailleurs, l'UNFPA apporte un accompagnement au Ministère de la Promotion de la Femme et du Genre, responsable au niveau national de rendre compte des progrès accomplis en matière de genre.

R.1.1.1.1. Analyse globale :

Le 7^{ème} Programme de coopération entre l'UNFPA et le Burkina Faso établit clairement son lien étroit avec le Plan Cadre des Nations Unies pour l'Aide au Développement (PNUAD ou UNDAF) et avec la Stratégie de Croissance Accélérée et Développement Durable (SCADD) développée par le Gouvernement. Ces deux documents font référence aux Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). Il est également aligné avec les Plans Stratégiques de l'UNFPA (2008-2013 ; 2014-2017). Les liens entre les différents produits du programme du PAPP révisé en 2012, et les effets UNDAF sont présentés dans l'annexe 5 présente la relation entretenue. On y observe que le 7^{ème} programme contribue à l'atteinte de trois de ces effets. Toutefois, les modifications répétées du cadre d'intervention stratégique de l'UNFPA rendent parfois difficile la mise en conformité avec les cadres nationaux. Des efforts sont fournis pour prendre en compte ces modifications mais pour moins perturber le cadre de coopération avec le Gouvernement, le Bureau a repoussé au cycle de programmation suivant (2016-2020) l'intégration de certains aspects de la nouvelle programmation venue du Siège.

R.1.1.1.2. Dans le domaine de la Population et Développement :

Pertinence au regard de la conception du programme

Le 7^{ème} programme, est le fruit d'une démarche participative qui a impliqué l'UNFPA, le Gouvernement du Burkina Faso, et l'ensemble des parties prenantes. Cela a permis une large prise en compte des besoins des populations cibles et des priorités nationales déclinés dans la SCADD et dans divers plans sectoriels de développement économique et social¹².

Pertinence au regard de l'appui apporté au Gouvernement dans le développement économique et social

La composante P&D du programme a apporté un appui appréciable au gouvernement en répondant au besoin croissant de données. Ainsi : (i) le renforcement des capacités nationales en collecte, traitement, analyse et diffusion de données, a donné la possibilité au gouvernement et aux partenaires au développement de prendre des décisions sur des bases scientifiques solides ; (ii) l'installation des unités IMIS (système intégré de gestion de données) dans les 13 régions du pays est venu renforcer le système statistique national (SSN) dans la production, la conservation et la diffusion de données statistiques fiables et de bonne qualité.

Pertinence au regard de la SCADD, de l'UNDAF, des OMD et du Plan stratégique

La composante P&D est particulièrement en phase avec la SCADD, l'UNDAF et la Politique nationale de population, en contribuant à la prise en compte des questions transversales dans les politiques et programmes de développement. (Piliers 1 et 4 de la SCADD) et surtout, les produits 1 et 9 de cette composante contribuent à l'effet 1 de l'UNDAF.

P&D contribue également à l'atteinte de l'OMD 1, concernant l'élimination de la pauvreté, et la réduction de la vulnérabilité des populations face aux crises et catastrophes naturelles. Enfin, cette composante s'inscrit parfaitement dans la vision de la conférence internationale sur la population et le développement (CIPD), notamment au chapitre III de son Programme d'Action, sur les interrelations entre population et développement. Dans le produit 1 du CPAP, il contribue à l'effet 1 du Plan stratégique, et dans le produit 9, à l'effet 7 du Plan stratégique.

Le programme, en termes de pertinence, a joué un rôle déterminant en contribuant à mettre à disposition des données fiables aux administrations, aux étudiants, aux chercheurs, et à tous ceux qui pilotent l'économie nationale. Si la demande en données est moyennement maîtrisée, il faudra doubler encore d'efforts pour satisfaire les utilisateurs dont le nombre croît tous les jours, parce qu'ils ont compris l'importance des données statistiques. La base de données sociodémographique (IMIS) sensible au genre est disponible dans les 13 régions du Burkina Faso.

R.1.1.1.3. En matière de SR, l'analyse de situation du chapitre 2.1 a rappelé les nombreux défis, dont la nécessité de réduire la mortalité maternelle. Les objectifs des cadres internationaux et nationaux devant répondre à ces défis, sont pris en compte dans le 7^{ème} Programme. Le programme accorde beaucoup d'importance à la formation du personnel et au développement des capacités en général, ce qui est une priorité nationale (SCADD) et du SNU au Burkina Faso (UNDAF). D'une manière générale, il vise développer la demande et l'offre de services de SR de qualité et en quantité. Ceci passe par :

- L'augmentation quantitative et l'amélioration technique de l'offre de services et de soins gynéco-obstétriques (formation, développement des plateaux techniques, équipement des prestataires, disponibilité des produits de la SR, professionnalisation des métiers de la SR). Les cinq produits de la SR sont concernés.

La réduction de la mortalité maternelle est le principal objectif en matière de santé de la reproduction. Pour ce faire, les interventions du 7^{ème} Programme mettent l'accent sur l'amélioration de la formation des Sages-Femmes et maïeuticiens et le tutorat de celles et ceux fraîchement sortis de l'école (produit 2) ; l'appui au développement des audits de décès maternels et néonataux (produit 3), la fourniture d'équipements pour la chirurgie obstétricale et pour la prise en charge des nouveau-nés à risque (produit 4). L'augmentation de la disponibilité des produits contraceptifs et de la SR en général (produit 5) doit aussi contribuer à l'amélioration de l'offre de services à la population. Ceci s'inscrit dans l'Axe 2 des priorités nationales (SCADD) et l'effet 2 de l'UNDAF, ainsi que dans l'effet 1 du Plan Stratégique de l'UNFPA. Dans ce cadre, le Programme a recours à nombre de réseaux nationaux et d'organisations, nationales comme internationales, qui disposent à la fois d'une grande expérience programmatique et technique, mais aussi de très nombreux relais sur le terrain, modalité pertinente, et spécifiquement développée avec le 7^{ème} Programme dans son souci de changement d'échelle.

- Le renforcement de la sensibilisation et l'information des populations en matière de SR (y compris la PF), notamment pour augmenter le recours aux services de santé pour les femmes enceintes et parturientes, et pour éviter les grossesses précoces, les risques liés à la maternité et l'accouchement. .

Dans cet axe essentiel de l'intervention du 7^{ème} Programme dans le domaine de la SR, plusieurs approches sont privilégiées, dont le dispositif de l'Ecole des Maris, et l'approche IFC (« collaborer avec les individus, les familles et les communautés pour améliorer la santé des mères et des enfants »). Le dispositif de l'Ecole des Maris (EdM) est d'autant plus pertinente que,

¹² On peut se référer par exemple à plusieurs plans sectoriels comme le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS), le Plan d'action triennal d'alphabétisation du Burkina Faso 2012-2015 (UNESCO-Ministère de l'Enseignement de base et de l'Alphabétisation

comme démontré par des études au Niger, les hommes, au Sahel, sont les décideurs (et parfois obstacles) principaux quant à l'accès des femmes aux services de santé. Les études soulignent l'impact que cette action peut avoir sur les comportements puis sur les indicateurs d'accès et de santé.

Un travail de sensibilisation est également fait de façon tout à fait pertinente avec les leaders communautaires – politiques, sociaux, culturels, religieux – car ils jouent un rôle essentiel dans le développement et l'entretien des croyances et dans la mise en place de comportements qui peuvent être néfastes pour la santé des femmes et des enfants. Des partenariats sont en place avec, par exemple, l'Union des chefs Religieux Coutumiers du Burkina (URCB). Le travail fait par des organisations comme Family Care International (FCI) avec les leaders communautaires et religieux, qui sont des choix judicieux d'intermédiation avec les populations, y compris les jeunes et adolescents, permet, entre autres, d'aborder les croyances qui sont néfastes pour la santé maternelle et infantile, de démystifier les questions concernant la planification familiale et l'accès aux soins en milieu médicalisé. Ceci est confirmé par des imams de la région du Sahel à travers un film documentaire réalisé par FCI qui expliquent dans leur prêche que la PF est une bonne chose, contrairement à ce qu'ils pensaient eux-mêmes auparavant, croyant que l'islam l'interdisait.

Toujours dans le sens de la réduction de la mortalité maternelle, des efforts sont faits avec les Organisations à Base Communautaire (OBC) pour apporter une réponse locale aux obstacles qui se dressent sur la route d'une maternité sans risques, notamment pour réduire les deux premiers retards. L'enquête SONU de 2011 notait que « *les facteurs principaux qui auraient contribué aux décès maternels sont l'arrivée tardive au centre de santé (53%), l'évacuation tardive vers un niveau de soins plus appropriés (31%), l'insuffisance de surveillance de la parturiente (27%), le diagnostic tardif (23%), le retard dans la prise en charge (10%).* »

- La prise en compte, dans tous les produits, des besoins spécifiques de populations qui n'ont pas accès à des services appropriés ou sont largement coupées des services par la marginalisation sociale ou la stigmatisation (handicapés, jeunes et adolescents, femmes victimes de fistules obstétricales, réfugiés, hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes, travailleuses du sexe, etc.). Ceci s'inscrit dans le cadre des effets 1 et 2 du Plan Stratégique de l'UNFPA 2009-2013.

Le Programme vise particulièrement les adolescents et les jeunes, notamment au travers de la communication radiophonique, du théâtre participatif ou théâtre forum, du développement des Centres jeunes, et du renforcement des capacités d'accueil dans les formations sanitaires.

Dans le domaine de la lutte contre la fistule obstétricale (FO), des efforts sont faits pour assurer l'identification, le dépistage, la prise en charge (PEC) et la réinsertion sociale des victimes. Le fait de mettre l'accent sur la PEC chirurgicale en routine est très pertinent, plutôt que de s'en remettre à des campagnes, qui sont coûteuses, lourdes à organiser.

R.1.1.1.4. Dans le domaine du Genre et des Droits Humains :

Les produits de la composante Genre sont en parfaite adéquation avec l'Effet UNDAF3 : « *La gouvernance politique, administrative et économique est rendue plus efficace et plus respectueuse des droits humains* », qui contribue à la réalisation des axes 3 et 4 de la SCADD. De façon opérationnelle, les Produits 6 et 7 de la composante genre articulés autour de quatre stratégies mettent l'accent sur le plaidoyer, le renforcement des capacités en genre (mainstreaming) des acteurs institutionnels et des OSC ainsi que l'accompagnement à la mise en œuvre des lois et des politiques pour viser « *l'amélioration des mécanismes institutionnels et des pratiques socioculturelles en vue de contribuer à l'égalité et l'équité de genre* ».

Le Produit 6 répond à des intérêts stratégiques genre pour outiller et habiliter les acteurs nationaux aptes à influencer et faciliter le respect des engagements nationaux et internationaux ratifiés par le pays. Quant au produit 7, il vise à assurer la protection et la promotion des droits fondamentaux des filles et des femmes par (i) la prévention des violences basées sur le genre ; (ii) le plaidoyer pour l'application des lois qui répriment les pratiques de violences basées sur le genre et des discriminations de toutes sortes afin que la loi soit appliquée et que la prise en charge psycho sociale et juridique soit effective sur le terrain. C'est dans cette logique que deux programmes conjoints MGF (UNFPA-, UNICEF) et VEFF (UNFPA-UNICEF-PNUD- OMS, HCDH, et ONU/SIDA) sont développés et mis en œuvre dans six régions du pays.

S'agissant des instruments juridiques internationaux et régionaux de protection des droits des femmes ratifiés par le pays, le processus de planification de la composante a mis un accent particulier sur la traduction et la diffusion en langues nationale de la Convention pour l'Élimination de toutes les formes de Discriminations à l'Égard des Femmes (CEDEF) et de la Charte Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples et de son Protocole additif favorable aux droits des femmes ; ceci dans une vision d'appropriation à terme de l'approche basée sur les droits humains dont les droits de la femme font partie intégrante.

Ss-Question 1.1.2 : Adaptation aux cadres stratégiques sectoriels de développement ?

Globalement, le programme, qui a une dimension nationale assumée, a établi des partenariats pertinents dans un grand nombre de domaines qui lui permettent de changer d'échelle, le grand défi auquel il est confronté après un 6^{ème} Programme qui couvrait une aire géographique beaucoup plus restreinte (3 régions sur 13).

Dans le domaine de la P&D, le 7^{ème} Programme de coopération prend en compte les besoins des populations cibles, le mandat et les avantages comparatifs de l'UNFPA et vise l'appropriation nationale. Le programme correspond toujours à un besoin et il existe un fort degré de complémentarité entre le programme et d'autres programmes semblables. L'appui à l'intégration des questions de population répond bien à la volonté du gouvernement de prendre en compte les tendances démographiques dans la planification du développement et de produire des données fiables pour élaborer des politiques de développement toujours plus efficaces.

Dans le domaine de la SR, la pertinence est assurée avec le cadre de référence sectoriel (le PNDS 2011-2020) et, plus spécifiquement, avec des cadres ad hoc dans des domaines d'intervention plus précis comme pour la PF (Plan de relance de la PF 2013-2015) et l'accès aux produits contraceptifs (Plan Stratégique de Sécurisation des Produits de la SR 2009-2015). Ceci est également vrai de l'alignement sur les modalités privilégiées de financement du développement sanitaire du pays, avec l'apport contributif au PADS.

Dans le domaine du Genre et des Droits Humains, la conception du 7^{ème} programme est très pertinente. Des interventions ont été développées en référence à la Politique Nationale du Genre (PNG). Des politiques et programmes sensibles au genre et des plans d'action genre d'OSC sont élaborés et leur mise en œuvre est en cours.

R.1.1.2.1. En matière de P&D, le contenu même de la composante, ses produits, ses stratégies et ses effets, ainsi que les défis identifiés, sont eux aussi en parfaite adéquation avec les priorités nationales et les besoins des populations pauvres et vulnérables (victimes de conflits, personnes dépendantes dans des familles à faible revenu, classes sociales à risque, femmes, jeunes/adolescents marginalisés, etc.).

P&D est parfaitement en adéquation avec la Politique Nationale de Population en termes de fondements et de principes, mais aussi en termes d'objectifs intermédiaires et d'axes stratégiques. C'est dire que toutes les deux s'inscrivent dans la vision même de la CIPD qui prône les politiques de population multisectorielles dans le cadre du développement durable, en ce sens que les variables démographiques doivent être prises en compte dans tous les secteurs de développement, parce qu'elles ont de toute évidence un caractère éminemment transversal.

Selon les parties prenantes interrogées, la pertinence du programme apparaît aussi clairement dans l'appui à l'intégration des questions de population dans la planification du développement telle que préconisée par la politique nationale de population. La prise en compte des questions transversales dans des cadres stratégiques comme la SCADD, longtemps souhaitée, a été saluée par tous les partenaires comme étant l'une des contributions essentielles à mettre au compte de ce programme qui s'achève.

Le cadre institutionnel actuel, marqué par la création d'une Direction des Politiques de Population (DPP) au sein de la Direction Générale de l'Économie et de la Planification, structure chargée de piloter l'élaboration des politiques publiques traduit la volonté du Gouvernement de situer politiquement les questions de population parmi les priorités de l'Etat. Au total, sur les 65 personnes interrogées, 60 ont indiqué que le programme représentait dans sa composante P&D un « *très grand besoin* » ; toutes ont reconnu que c'est « *le programme actuel qui a le mieux réussi le plaidoyer pour la prise en compte des questions de population dans les plans sectoriels du développement* ».

Pour 55 personnes interrogées sur 65, le programme actuel dans sa composante population et développement devrait être « *maintenu dans ses grandes lignes* », compte tenu des services qu'il rend au gouvernement dans la collecte et l'analyse des données, et le développement d'une prise de conscience nationale sur les grands défis démographiques.

Enfin, la composante P&D est d'autant plus pertinente que les questions qu'elle tente de traiter sont immenses : l'évolution démographique du Burkina Faso qui affecte non seulement le développement du système socio-spatial burkinabé, mais qui crée aussi des disparités démo-spatiales, empêchant le pays de parvenir à un développement plus équilibré.

R.1.1.2.2. En matière de SR, les activités prévues dans le cadre du 7^{ème} Programme de coopération s'inscrivent dans les divers cadres nationaux dont le PNDS 2011-2020 pour le secteur de la santé dans son ensemble : l'axe « leadership et gouvernance » pour ce qui concerne plus particulièrement les questions de régulation du secteur, les axes « prestations de services et de soins », « ressources humaines pour la santé », « produits de santé, médicaments, consommables médicaux et vaccins » et « infrastructures, équipements et maintenance ». Dans la partie diagnostic du PNDS, l'accent est porté sur la santé des femmes, des enfants, des adolescents et des jeunes, et des adultes. Le document note que « *le déficit en personnel reste important pour certaines catégories telles que les sages-femmes d'Etat* ». Il relève également que la qualité de la formation des sages-femmes et maïeuticiens est limitée par « *le sous équipement des institutions de formation en laboratoire et en salle de travaux pratiques, la saturation des terrains de stage et l'insuffisance d'une formation continue de*

qualité. » Ce sont précisément ces déficits que le 7^{ème} Programme aborde avec le Produit 2 (*Renforcement des capacités nationales de mise en œuvre des programmes généraux de formation des sages-femmes*). Dans le domaine de la SRAJ, le PNDS évoque notamment « la faible utilisation des méthodes contraceptives et des services de santé par les jeunes. » et propose de « renforcer l'éducation pour la santé et la prévention des différents problèmes de santé pour les jeunes et adolescents y compris en milieu scolaire et universitaire » ce sur quoi le 7^{ème} Programme s'attèle à travers les produits 5 et 8. Le Plan de Sécurisation des Produits de Santé de la Reproduction 2009-2015 (SPSR) et le Plan de Relance de la Planification Familiale (2013-2015) ont été développés pour opérationnaliser le PNDS dans le domaine la planification familiale. Le programme est bien aligné sur les deux plans dont il appuie les différents axes stratégiques que sont le plaidoyer pour la mobilisation des ressources, le développement de l'offre de services de SR/PF de qualité, la création de la demande de PF, la disponibilité des produits de la SR, la coordination et le suivi-évaluation. Les autorités sanitaires confirment le parfait alignement des produits de la SR (2, 3, 4, 5, 8) sur les priorités du secteur, et il conviendrait de les maintenir pour l'avenir car : la couverture en SONU est loin d'être satisfaisante, le taux de prévalence contraceptive en méthodes modernes est encore très bas, le taux de mortalité maternelle est encore trop élevé.

En matière d'amélioration de la santé maternelle, le Programme de coopération s'insère sans difficulté dans le cadre fixé par la Feuille de Route de la réduction de la Mortalité Maternelle, datant initialement de 2006 et révisée depuis (2011-2015). Elle établit deux axes principaux d'action – l'amélioration de l'accessibilité des soins maternels et néonataux de qualité et le renforcement des capacités des communautés – qui sont en lien avec les interventions du programme.

Les actions menées à travers le produit 8 en faveur du développement de l'offre de services en SR pour les adolescents et les jeunes (SRAJ) s'inscrivent dans le PNDS, qui identifie les grossesses précoces et non désirées, les avortements clandestins, les rapports sexuels précoces et non protégés, le multi partenariat et une prévalence élevée du VIH/SIDA et des IST (3,9% pour le VIH/SIDA chez les jeunes de la tranche d'âge de 15-24 ans) et les violences, comme les principaux problèmes de santé des jeunes. On note un effort particulier du 7^{ème} Programme sur l'IEC/CCC, le plaidoyer, le développement des cadres stratégiques, mais moins sur le développement des capacités des services primaires de santé à la prise en charge spécifique de cette population.

R.1.1.2.3. En matière de Genre et de Droits Humains les deux produits de la Composante sont alignés sur les documents cadres nationaux et internationaux développés.

Concernant les violences basées sur le genre, les programmes développés portent sur deux problématiques à savoir les MGF/E, puis les VEFF. Par ailleurs, en vue de lever les obstacles qui limitent l'utilisation de services de SR par les femmes, portant ainsi atteinte à leurs droits civils et leurs droits en SR, une stratégie innovante « école des maris » visant l'implication des hommes est mise en œuvre.

La Composante Genre a tenu compte du contexte national et international en matière d'équité et d'égalité de genre. D'une manière générale, la conception logique et cohérente des liens entre les interventions et les produits peut être notée. En effet, l'étude diagnostique de 2008 sur les disparités et inégalités entre les sexes a révélé dans tous les domaines de la vie sociale, économique et politique, des disparités de genre. Le diagnostic a en outre mis en exergue les faiblesses des institutions dans le domaine de la prise en compte et de l'intégration du genre dans leurs interventions. C'est ce qui a orienté le choix des actions prioritaires pour viser « l'intégration du genre dans tous les secteurs de développement » (SCADD) ou « l'amélioration du statut de la femme et l'intégration du genre dans tous les secteurs de développement » (produit 3.4 de l'effet 3 UNDAF) et relever ainsi un des défis importants pour accélérer la croissance.

R.1.1.2.4. Pertinence des modalités de mise en œuvre

En passant du 6^{ème} (2006-2010) au 7^{ème} programme (2011-2015), on a changé d'échelle. De 3 régions, la zone d'intervention est devenue nationale. Avec des ambitions aussi importantes, il fallait donc des modalités en rapport. Le programme a répondu à ce défi en multipliant les partenariats avec des organismes internationaux et nationaux. Ceci lui a permis de démultiplier la couverture, mais aussi d'importer des compétences et des techniques aussi appropriées que possible, voire innovantes, pour répondre aux exigences du contexte dans lequel le programme s'inscrit.

On note ainsi un recours opportun aux partenariats avec les organisations indépendantes à travers tout le territoire et qui assurent un relais auprès des personnes qui, sans cela, ont peu accès à l'information. L'appui aux organisations à base communautaire (OBC) dans la mise en œuvre de la Distribution à Base Communautaire (DBC) des produits contraceptifs et la sensibilisation des populations aux questions de la SR, est explicitement recommandé par les cadres nationaux en SR/PF. Le Plan Stratégique SPSR 2009-2015 prévoit ainsi d' « offrir des prestations de SR y compris le condom féminin à travers les ONG et associations en conformité avec le document de stratégies à base communautaire » et d' « organiser des rencontres de plaidoyer auprès des promoteurs des formations sanitaires du privé et les OBC pour l'offre des services de SR y compris condom féminin ». Ceci est conforme aux recommandations du PNDS 2011-2015 qui indique l'adoption de la stratégie d'interventions intégrées à base communautaire en matière de santé.

Il faut néanmoins noter que si le choix des partenaires de mise en œuvre semble pertinent, au moins d'un point de vue technique ou de couverture (les partenaires ont été sélectionnés en fonction de leur expérience dans le domaine d'intervention

correspondant), en revanche la sélection ne s'est pas appuyée sur une procédure d'appel à propositions ou d'appel d'offres ouverte, comme il est en général en vigueur dans un programme financé par un bailleur extérieur (voir partie « efficacité »). Dans le cadre de la DBC des produits contraceptifs, en revanche, la sélection des partenaires s'est faite au travers des procédures du PADS.

On constate, de façon générale, et de façon pertinente, une approche holistique et transversale de la prise en charge des problématiques de santé de la reproduction, y compris les plus complexes ou difficiles à aborder, comme c'est par exemple le cas avec la FO où l'intervention porte tant sur la prévention, que sur la prise en charge psychologique et chirurgicale des femmes victimes de fistules, mais aussi post-opératoire pour la réinsertion sociale de femmes

Dans le domaine de la communication, les outils employés dans les média de masse (essentiellement radio, télévision et presse) ainsi que les outils de la communication de proximité (boîtes à images, théâtre participatif, démonstrations dans les centres de jeunes ou de femmes) sont adaptés aux populations visées. On constate, cependant, sur le terrain, des utilisations partielles ou biaisées des messages en direction de certaines populations : le recours aux boîtes à images est partiel ; les messages transmis aux jeunes filles impliquées dans un programme d'IEC/CCC en SR (ou ce qu'elles en ont conservé), semblent éloignés des questions, comme vu avec l'ONG IPC et leur partenaire ARF à Tenkodogo. La douzaine de jeunes filles interviewées semblaient n'avoir retenu de leur formation que des messages de comportement vis-à-vis de la figure de l'adulte (respect, écoute) et de leur façon de s'asseoir (« pour ne pas montrer nos parties génitales »).

L'UNFPA a recours au Programme d'Appui au Développement Sanitaire (PADS) pour appuyer plus particulièrement le développement du niveau périphérique du système de santé. C'est une modalité privilégiée par un grand nombre de partenaires techniques et financiers (PTF). Le mécanisme comporte un panier commun (fonds fongibles) et un ensemble de financements ciblés (fonds ciblés). L'UNFPA, comme d'autres bailleurs de fonds, contribue au financement du PADS, en plus d'apporter aussi un appui direct pour le financement des Plans d'Action Annuels présentés par les Districts Sanitaires.

La revue sectorielle santé de 2014, notant une « faible adhésion des PTF » au mécanisme du panier commun, recommande un soutien plus important à cette partie fongible du PADS. En effet, les fonds ciblés représentent désormais plus de 80% du total des fonds disponibles, contre à peine 20% pour le panier commun.

Une contribution annuelle de l'ordre de 200.000\$ est versée au panier commun du PADS, et une somme près de 10 fois supérieure transite via les fonds ciblés, notamment, pour près de moitié, pour l'appui à la DBC des contraceptifs, (1 millions de dollars). Les fonds ciblés permettent un alignement plus direct avec les objectifs du Programme de coopération de l'UNFPA. Globalement, les contributions au PADS se sont montées à 8,43 millions de dollars US de 2011 à 2014 (voir tableau ci-dessous).

Tableau 11 : Contributions financières annuelles (en USD) de l'UNFPA au PADS sur la période 2011-2014

Année	Fonds Fongibles	Fonds Ciblés DRS/DS	DBC	FBR	Total
2011	183 600	250 810	1 724 534	50 000	2 208 944
2012	200 000	571 087	989 590		1 760 677
2013	100 000	906 882	1 071 707		2 078 589
2014	200 000	1 046 550	1 135 549		2 382 099
Total	683 600	2 775 329	4 921 380	50 000	8 430 309

Source de donnée: UNFPA Burkina Faso

L'appui financier du programme en SSR est certainement bienvenu pour le développement du secteur sanitaire, en raison du fait que, selon les CNS 2011-2012, le financement sectoriel santé consacré aux activités liées à la SR en 2011-2012 n'a représenté que 6,6 à 6,7% du total des dépenses de santé en 2011-2012.

4.2. Analyse du critère d'Efficacité

Le 7^{ème} Programme de Coopération Burkina Faso-UNFPA a adopté comme approche la Gestion Axée sur les Résultats (GAR). C'est cette logique de la GAR qui sous-tend le PAPP 2011-2015 et qui se traduit par une chaîne de résultats liant dans chaque domaine d'intervention (SR, P&D, Genre) les intrants aux activités, les activités aux produits ou résultats, les produits aux effets et les effets à l'impact¹³. Pour qu'une composante du programme (SR, P&D ou Genre) produise ou contribue aux effets, il faut que les activités prévues pour atteindre chaque produit soient entièrement réalisées ou que tous les services soient offerts. Il faut aussi que les publics visés participent à ces activités ou reçoivent ces services avec suffisamment d'intensité et assez longtemps pour que les produits ainsi entièrement réalisés (et que les indicateurs et toutes les cibles soient atteints) contribuent aux effets attendus.

¹³ Pour une meilleure compréhension de ces interactions, se référer au Plan Stratégique UNFPA 2014-2017 –Cadre de résultats intégrés

Dans la question 2.1 l'analyse porte sur les résultats attendus des 9 produits du 7^{ème} Programme, tandis que l'analyse des effets attendus est menée dans le cadre de la question 2.2.

Question 2.1 : Dans quelle mesure les résultats prévus par le programme de pays de l'UNFPA Burkina Faso ont-ils été ou sont-ils en passe d'être atteints ?

L'analyse qui suit reprend les objectifs du programme tels que redéfinis après la modification de sa structure en 2012. Les indicateurs, leur niveau de base et leurs cibles, sont donc ceux que l'on trouve dans la matrice de performance de la seconde version du PAPP.

En matière de Population & Développement, le programme a enregistré d'importants résultats en matière d'intégration des questions de population dans la planification du développement, et mis à la disposition des cadres nationaux des outils pertinents pour procéder à une réelle intégration des dimensions transversales dans les politiques sectorielles. Il y a eu des avancées considérables dans la collecte, le traitement, l'analyse et la diffusion des données sociodémographiques. La formation des cadres nationaux a aussi été l'un des points forts du programme, soucieux de développer une expertise nationale de qualité en matière de collecte, du traitement et d'analyse de données.

La Santé Sexuelle et de la Reproduction avec 5 produits (2, 3, 4, 5 et 8), 16 stratégies et 71 actions prioritaires est le domaine d'intervention le plus important en termes de ressources affectées et d'activités menées. Les résultats mesurables et spécifiques au programme attendus de la composante seront atteints d'ici la fin 2015. Globalement, le programme a permis une couverture nationale, une approche transversale et holistique des interventions qui ont couvert de très nombreux maillons de la chaîne, tant de la demande que de l'offre de soins (des SONU, en PF) et le développement d'une chaîne de prise en charge complète en FO. Le développement des compétences et la professionnalisation des personnels de santé ont représenté un domaine majeur des résultats, de même que la sécurisation et l'approvisionnement des produits de la SR/PF, et la prise en compte des populations négligées, exclues ou marginalisées (les handicapés, les femmes victimes de fistules ou les réfugiés).

En matière de Genre et Droits Humains, le renforcement des capacités en genre est effectif à différents niveaux (macro/structures étatiques et politiques sectorielles, méso/ OSC et micro/ acteurs à la base avec les leaders communautaires). Les modules genre (SR, éducation, Violences de genre) le renforcement du dispositif institutionnel d'intégration du genre (cellules ministérielles et institutionnelles pour la promotion du genre) dans les politiques et programmes sont les principaux résultats tangibles du produit 6. Cependant, quelques points à améliorer d'ici fin 2015 portent sur le mécanisme de suivi et d'accompagnement des nouvelles connaissances genre acquises, car une session de 3 ou 4 jours reste insuffisante pour s'approprier tous les concepts et leur application.

Le Produit 7 englobe plusieurs types de collaboration entre différents partenaires et les résultats sont sous le contrôle de deux entités (SP/CNLPE et le SP/CONAP Genre). Les efforts entrepris en synergie avec les structures de sécurité (police, justice, gendarmerie), les structures déconcentrée de l'Action sociale et de la santé et les leaders communautaires ont permis d'atteindre des résultats substantiels sur le terrain dans le domaine de la lutte contre les mariages précoces et/ou forcés, les MGF/E, le rapt des filles et des femmes (à l'Est surtout) et la prise en charge juridique et psychologique des femmes victimes de violences. Mais, les dénonciations, le suivi des victimes des violences et les réparations des torts, la mise en place des structures de veille au niveau communautaire restent des défis que le prochain programme devra intégrer dans sa planification.

R.2.1.1. Composante Population & Développement :

Produit 1 : Les capacités des structures nationales et régionales, y inclus les organisations de la société civile sont renforcées en intégration de la dynamique de population et ses liens réciproques avec la santé de la reproduction, les besoins des jeunes, l'égalité de genre dans les politiques, plans et programmes nationaux, sectoriels et régionaux de développement.

L'évaluation de l'efficacité d'un programme pose souvent des problèmes de mesure. Déjà la définition du produit 1 est trop générale, imprécise, complexe, car il est difficile d'établir clairement des liens réciproques entre la dynamique démographique et les autres phénomènes tels que la santé, les besoins des jeunes et le genre et droits humains ; ce manque de précision complique en conséquence la mesure des progrès réalisés vers l'atteinte du produit. En d'autres termes, le champ d'application de ce produit aurait dû être plus restreint et précis.

Les trois (03) stratégies prévues pour contribuer à l'atteinte du produit :

- Stratégie 1 : Renforcement de l'intégration des questions de population dans la conception, la mise en œuvre et le suivi évaluation de la SCADD aux niveaux national et régional et dans les politiques sectorielles ;

- Stratégie 2 : Développement et mise en œuvre d'une stratégie de plaidoyer sur les questions de population et développement et de renforcement du dialogue politique sur la croissance démographique et la dynamique de population ;
- Stratégie 3 : Renforcement des capacités des leaders de jeunes à participer au dialogue politique pour la prise en compte des besoins des adolescent(e)s et des jeunes dans les politiques plans et programmes de développement au niveau National et Régional.

Les principaux indicateurs de référence établis pour mesurer le niveau de réalisation du produit 1 sont au nombre de quatre :

- Nombre de plans régionaux intégrant les questions de population y inclus les jeunes, la santé de la reproduction et l'égalité de genre. Données de base: 0; Cible: 13 ;
- Nombre de stratégies/Politiques nationales développées et qui intègrent les questions de population. Données de base : 0 ; Cible : 5 ;
- Nombre de personnes formées sur l'intégration de la problématique de la dynamique de population dans les plans et programmes nationaux de développement. Données de base: 0 ; Cible : 118 ;
- Pourcentage de régions de planification disposant de leaders de jeunes formés en dialogue de politique pour la prise en compte des besoins des adolescents et de jeunes dans les politiques et programmes de développement. Données de base : 0% ; Cible : 100%.

Les indicateurs ci-dessus sont des indicateurs certes pertinents mais insuffisants pour apprécier le niveau d'atteinte global du produit.

2.1.1.1. Intégration des questions de population : des résultats globalement satisfaisants

En dépit de ces constats sur les indicateurs, l'évaluation a pu apprécier les progrès jusqu'ici réalisés au niveau du produit 1. On observe ainsi que pour l'indicateur 1, la cible a été atteinte à 100 %. En effet, tous les plans régionaux de développement révisés prennent en compte, avec plus ou moins de succès, les questions de population dans leurs actions, leurs stratégies et leurs objectifs (Rapport annuel 2014 du programme).

Egalement, pour l'indicateur 2, le résultat est au-delà de ce qui était prévu, puisque la cible a été atteinte à plus de 100 % en 2014, c'est-à-dire 274 cadres formés au lieu de 118 normalement prévus au départ.

Le « système d'éveil » mis en place par la DPP pour que les 5 politiques sectorielles identifiées soient révisées au cours de la période 2014-2015 et intègrent les questions de population a été efficace.

Actuellement, une opération de révision des Plans Régionaux de Développement (PRD) est en cours dans les 13 régions du Burkina Faso. Elle vise à réactualiser les données sociodémographiques et économiques, et donc à améliorer la qualité du contenu des PRD, en renforçant la prise en compte des questions de population dans ces documents. En attendant que les autres régions commencent cet exercice de révision, six (06) PRD (Boucle du Mouhoun, Hauts Bassins, Sud-Ouest, Centre Nord, Plateau Central, et de l'Est) ont commencé ce travail. Des protocoles d'appui aux conseils régionaux ont déjà été signés entre les DREP et la DPP pour garantir la prise en compte des questions de population dans les plans régionaux de développement.

D'après les informations tirées du rapport annuel de 2014, la cible de l'indicateur 4 est elle aussi atteinte à 100 %. Toutes les 13 régions de planification disposent désormais d'un certain nombre de leaders de jeunes formés en dialogue de politique pour la prise en compte des besoins des adolescents et de jeunes dans les politiques et programmes de développement. En tout 65 jeunes leaders ont été formés. Les quatre indicateurs sur la prise en compte des variables démographiques et sociales dans les politiques sectorielles ont donc évolué d'une manière très satisfaisante.

2.1.1.2. Le renforcement des capacités au centre des stratégies

Ces résultats encourageants prouvent que la stratégie de renforcement des capacités nationales en matière d'intégration des questions de population dans la planification du développement a été suffisamment efficace. En effet, des nombreuses formations dans ce domaine ont été organisées à l'intention des cadres des Directions régionales de l'économie et de la planification, des Directions des Etudes et de la Planification (DEP), des organisations de la société civile. Le programme a aussi réalisé des actions de sensibilisation en direction des cadres de concertation régionale (CCR) des régions des Hauts bassins, du Centre Nord, du Centre Ouest et du Plateau Central sur les réalités démographiques, économiques et sociales du Burkina Faso.

L'accent mis sur le renforcement des capacités des jeunes en dialogue politique dans toutes les régions du Burkina Faso se justifie par le fait que les jeunes constituent un important poids démographique qui doit être pris en compte dans les politiques et programmes de développement. Dans un monde où les droits des jeunes, en particulier les adolescentes, sont bafoués, il convient de donner à cette catégorie sociale particulièrement fragile des moyens pour leur insertion sociale, et la possibilité de s'exprimer librement, d'avoir des opinions qu'on doit respecter.

2.1.1.3. Un appui institutionnel conséquent à la coordination nationale du programme

La revue de tous ces indicateurs et de leurs cibles permet d'affirmer toutefois que la masse de personnes formées pour conduire l'intégration des questions de population dans la planification du développement, aussi bien au niveau central que régional, demeure encore insuffisante pour créer un véritable pool de planificateurs dotés de compétences nécessaires pour tenir compte des variables démographiques en lien avec la santé de la reproduction, le genre et droits humains, dans une approche intégrée et systémique. Les formations dispensées au cours du programme ne peuvent être, en tout état de cause, qu'une amorce au processus de renforcement de capacités et appelle un approfondissement et un élargissement dans le cadre d'une véritable stratégie de formation.

2.1.1.4. La force de la sensibilisation sur les questions de population

Plusieurs canaux de sensibilisation ont été utilisés par le programme dans la formation des jeunes en dialogue politique, afin d'amener des changements de comportements vis-à-vis de la jeunesse, en termes de prise de décisions, de prise en compte de leurs besoins sur les plans politique économique, social et culturel. Le programme a mené l'ensemble des actions suivantes :

- Réunion de sensibilisation dans les 13 régions du pays ;
- Rencontre avec les leaders d'opinion locaux (chefs traditionnels, leaders religieux) ;
- Réalisation de débats ou d'émissions de sensibilisation à la radio nationale et dans les radios rurales locales ;
- Elaboration et distribution de supports de sensibilisation ;
- Confection et distribution de tee-shirts de sensibilisation, etc.

Les éléments ci-dessus témoignent bien qu'un effort important a été réalisé sur le plan de la sensibilisation. C'est d'ailleurs ce qui a été reconnu par tous les acteurs (agents des services techniques, des ONG, etc.) rencontrés par la mission. Cet effort de sensibilisation a permis de toucher un nombre important de personnes ciblées aussi bien au niveau national que régional. L'utilisation du modèle *RAPID* est un bon exemple d'outil de cette sensibilisation¹⁴.

Par exemple, la mission n'a pas rencontré une seule personne dans les régions visitées qui n'ait entendu parler de l'importance de la prise en compte des questions de population dans la planification du développement. On retiendra donc que le programme dans sa composante P&D a aussi fait preuve d'efficacité satisfaisante dans la sensibilisation de ses groupes cibles.

2.1.1.5. Une politique nationale de population à faire davantage connaître

La politique nationale de population a un grand besoin de diffusion pour être davantage connue. Beaucoup d'efforts ont été investis pour élaborer cette politique de population. Le document a été diffusé en de multiples exemplaires. Mais peu sont toujours les documents officiels qui s'y réfèrent. Pourtant, cette PNP est la preuve de l'importance que le gouvernement accorde de plus en plus aux questions de population dans le processus du développement du Burkina Faso. Elle recouvre l'ensemble des mesures qui affectent la croissance d'une population (naissances, décès, migrations internationales) et sa distribution spatiale (migrations internes).

On devrait donc dans les différentes politiques sectorielles tenir compte des orientations du Gouvernement en cette matière, ce qui n'est pas souvent le cas. C'est pourquoi la DPP vient d'entreprendre une évaluation de la PNP du Burkina Faso. Elle va essayer de déterminer dans quelle mesure les synergies avec les politiques sectorielles (santé, éducation, environnement, aménagement du territoire, genre, etc.) s'établissent dans une approche multisectorielle prônée par la CIPD¹⁵.

2.1.1.6 Prise en compte des questions émergentes

La problématique des questions émergentes est abordée dans la SCADD et la politique nationale de population. Avec les changements démographiques qui se produisent dans tous les pays, l'urgence de leur prise en compte n'est plus à démontrer, parce qu'elles ont un impact considérable sur le développement et la qualité de vie des populations. Il s'agit notamment du réchauffement climatique, de la dégradation de l'environnement du fait des modes de production et de consommation non viables, des migrations, etc. On peut aussi ajouter le vieillissement démographique du fait de la baisse inévitable de la fécondité.

Produit 9 : Les capacités nationales de production, d'utilisation et de diffusion de données statistiques de qualité (y compris en analyse approfondies pour la prise de décisions) sur la dynamique de population, la jeunesse, l'égalité de genre et la santé sexuelle et de la reproduction, y compris dans les contextes d'urgences humanitaires sont renforcées

¹⁴ Le Modèle RAPID est apprécié par de nombreuses ONG qui travaillent dans le cadre de la sensibilisation sur les questions de population et développement, notamment par le RBOIPD

¹⁵ La situation des politiques de population en Afrique évoluent au gré des intérêts des bailleurs de fonds dont certains la limitent encore à la planification familiale. Beaucoup n'apprécient pas cette approche multisectorielle recommandée par la CIPD.

Le produit 9 contribue à l'atteinte de l'effet 7 du Plan stratégique de l'UNFPA 2009-2013. Les constats faits par l'évaluation sur la définition du produit 1 sont aussi valables pour ce produit 9 dont le contenu se caractérise par un ensemble d'éléments (dynamique de population, jeunesse, égalité de genre, santé de la reproduction, urgences humanitaires) de nature très différente, rendant difficile la mesure des progrès réalisés vers l'atteinte des résultats attendus.

Les trois (03) stratégies prévues pour contribuer à l'atteinte du produit 9 sont :

- Stratégie 1 : Renforcement de la base de données IMIS au niveau national et régional y inclus la mise en place d'un système de stockage/valorisation des enquêtes sociodémographiques d'envergures nationales ;
- Stratégie 2. : Appui à la préparation du 5e RGPH, de l'EDS V ;
- Stratégie 3 : Renforcement des capacités des cadres nationaux en production et en analyse approfondie des données de population y inclus en situation d'urgence (CNS, INSD, CONASUR, DGISS, DGEP, STN SCADD, des ministères en charge de la Promotion de la Femme, de la Promotion des Droits Humains, de la Jeunesse et Emploi).

Ce produit est évalué sur la base des trois indicateurs suivants :

- 1. Nombre de base de données sociodémographiques IMIS opérationnelles au niveau régional Données de base 0 Cible 13 ;
- 2. Nombre de cadres formés en collecte, traitement, diffusion des données des recensements et autres données statistiques y inclus dans les situations d'urgences humanitaires. Données de base 0 Cible 200 ;
- 3. Nombre de cadres formés en analyses approfondies des recensements et autres recherches sociodémographiques. Données de base 0 : Cible 15

2.1.1.6. IMIS : un outil de référence pour renforcer le système statistique national (SSN)

L'analyse de l'efficacité fondée sur l'indicateur1 de ce produit a montré des progrès satisfaisants réalisés dans la production et la diffusion des données. En effet, la base de données IMIS a été installée dans les 13 régions du Burkina Faso avant même la fin de ce programme ; ici, la cible visée (13) a été atteinte à 100 %. IMIS est aujourd'hui partout opérationnel.

Pour le programme, l'importance de la base de données IMIS n'est plus à démontrer, au vu des réponses données par les parties prenantes interrogées. En termes de retombées, elles sont considérables. IMIS permet, en effet, à partir de fichiers de données de grande envergure, tels que les résultats du Recensement Général de la Population et de l'Habitation (RGPH) ou ceux d'autres grandes enquêtes statistiques, d'accéder aux données de plus petites unités administratives comme les villages ou les quartiers. Elle permet, outre la mise à disposition sur une même plateforme des données nationales actuellement éparées, l'intégration des données et le suivi des indicateurs des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD).

IMIS Burkina Faso est le résultat d'un engagement fort de l'appui concret de l'UNFPA au gouvernement burkinabé en matière de recensement général de la population et de l'habitation, de conservation, de l'analyse et de la diffusion des données, et du renforcement des capacités nationales techniques et institutionnelles dans les différents aspects de la statistique et de la démographie. On s'attend donc à voir s'améliorer d'année en année, grâce à des données sociodémographiques nombreuses et de bonne qualité, la formulation des politiques et programmes de développement qui figurent parmi les grands principes directeurs de l'action de l'UNFPA.

Désormais, le gouvernement dispose d'un outil de référence pour la gestion de données multisectorielles et de bases de données, capable de rendre des services considérables aux catégories socioprofessionnelles suivantes : utilisateurs publics de statistiques, responsables des services centraux ou sectoriels de statistique, utilisateurs privés de statistiques (des bureaux d'études essentiellement), responsables d'organismes économiques utilisateurs de statistiques ou organismes d'appui technique en statistique ainsi que des fournisseurs d'offre de formation en faveur de la société civile, etc.

2.1.1.7. Des capacités techniques et institutionnelles toujours plus renforcées

L'indicateur 2 du produit 9 montre une progression rapide vers l'atteinte de l'objectif final (184 cadres formés sur les 200 prévus) ; il concerne les formations en traitement, diffusion des données des recensements et autres données statistiques, sans oublier les données relatives aux situations d'urgences humanitaires. En outre, 12 cadres sur les 15 prévus en analyses approfondies des recensements et autres recherches sociodémographiques ont aussi été formés.¹⁶ Le but de ces formations était d'assurer une remise à niveau par la réactualisation des savoirs et l'acquisition de nouvelles connaissances. Un des résultats majeurs du programme au niveau de ce produit 9 est d'avoir contribué à accroître le nombre de cadres de conception en population et développement, notamment dans la collecte et l'analyse des données.

2.1.1.8. L'appui de l'UNFPA au cinquième recensement général de la population (RGPH) a déjà commencé. Les préparatifs sont en cours pour que cette opération démarre en 2016 dans des bonnes conditions. Un draft du document de projet de ce

¹⁶ Quarante-cinq (45) cadres des démembrements du CONASUR ont aussi bénéficié de ces formations sur la collecte de données en situation d'urgence humanitaire.

5^{ème} RGPH a déjà été élaboré ; des cadres nationaux sont en formation pour être utilisés dans l'exécution de cette importante activité.

R.2.1.2. Composante Santé Sexuelle et de la Reproduction :

Globalement, en matière de Santé Sexuelle et de la Reproduction (SSR ou SR), le programme porte son effort sur un très large front, comprenant, principalement, le développement des compétences, du nombre et de l'organisation professionnelle des sages-femmes et maïeuticiens (Produit 2), du renforcement de la capacité générale en offre de SONU (Produit 3), auquel on peut adjoindre le Produit 8 qui porte sur le développement d'une capacité spécifique en matière de SSR des jeunes et adolescents, au développement de la chaîne de prise en charge (PEC) des femmes victimes de fistules obstétricales (Produit 4), et à la mise à disposition de la population des produits de base de la SR et plus particulièrement des contraceptifs et au développement de la demande en prestations en matière de SSR (Produit 5). Le nombre total de stratégies mises en œuvre dans ces cinq produits est actuellement de 16, incluant un total de 71 actions prioritaires, celles-ci étant ensuite déclinées en diverses activités.

Le **Produit 2**, dédié aux **sages-femmes et maïeuticiens**, et au personnel travaillant dans le domaine de l'obstétrique, agit dans trois grands domaines ou stratégies :

- L'amélioration de la capacité institutionnelle des écoles de formation des sages-femmes ;
- Le renforcement de la capacité des associations professionnelles de la santé liées à la profession de sage-femme et maïeuticien ;
- Le renforcement des capacités dans le domaine de la régulation du métier de sages-femmes et maïeuticien.

Les indicateurs de mesure de l'atteinte de ces objectifs sont au nombre de quatre :

- ☞ Créer 4 laboratoires de compétences dans les écoles de Ouagadougou, Koudougou, Bobo Dioulasso ainsi que de l'école Sainte Edwige ;
- ☞ Former 150 enseignants sur les compétences essentielles et les gestes qui sauvent ;
- ☞ Former 150 encadreurs de sites de stage en technique d'encadrement ;
- ☞ Former 120 sages-femmes à l'éthique, à la déontologie et au management/leadership.

Le programme a appuyé le développement des curricula de formation, au renforcement des capacités techniques et d'encadrement des travaux pratiques en SONU/PF, à la fourniture en équipement pédagogique. Ceci a bénéficié tant aux structures publiques (06 Directions régionales de l'ENSP) que privées (deux écoles situées à Ouagadougou). Ceci permet une harmonisation des modules de formation, une standardisation des compétences et la délivrance d'un certificat national par le Ministère de la Santé. 150 enseignants des écoles de SF et maïeuticiens/d'infirmiers ont déjà bénéficié de formations et de nombreux équipements pédagogiques dont des mannequins ou modèles anatomiques ; des ouvrages actualisés pour les laboratoires de travaux pratiques (voir Annexe 7). En outre, 150 encadreurs des sites de stages ont vu leurs compétences renforcées pour accompagner les écoles dans l'encadrement des élèves et étudiants en situation d'apprentissage pour les meilleures pratiques en SONU/PF/échographie et prévention des cancers génitaux et des sages-femmes/maïeuticiens seniors. Quatre (04) laboratoires de compétences ont été opérationnalisés. Autrement dit, les objectifs fixés à l'échéance de 2015 ont été atteints ou sont en passe de l'être.

Le programme a appuyé le développement du cadre légal et de la certification de la profession des sages-femmes et maïeuticiens, en contribuant à l'établissement des statuts du Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes et Maïeuticiens (CNOSF/M) et à la mise en place de ses Conseils Régionaux (dans 6 régions – les 7 autres régions ont des points focaux). Les SF ont également bénéficié de formations juridiques (Ethique, code de déontologie) Le programme a également fourni un appui pour le développement et la relecture des textes du code de déontologie et des statuts du CNOSF/M. Un appui à la l'Association Burkinabé des Sages-Femmes et Maïeuticiens (ABSF/M) a également été fourni, permettant la mise en place de 8 cellules régionales et la sensibilisation de plus de 400 sages-femmes/maïeuticiens et 65 responsables (Directeur Régional, ECD, MCD et responsables SR). En outre, le programme a appuyé la commémoration annuelle de la Journée Internationale des Sages-Femmes (JISF), qui a permis de rendre public le travail accompli par ce corps professionnel et de le rapprocher de la population à travers des activités de SR/PF aux femmes les plus démunies, et a également financé la participation de membres du CNOSF/M au Congrès International des SF à Prague en mai 2011 et Kuala Lumpur en 2014, ainsi qu'aux ateliers de la Confédération Internationale des sages-femmes.. En revanche, l'action prioritaire qui devait mener à la mise en place d'un système d'accréditation des écoles de formation des sages-femmes et maïeuticiens a été abandonnée pour cause de « délai insuffisant » selon le rapport d'évaluation à mi-parcours, en raison du fait que la mise en place du dispositif de Licence-Maîtrise-Doctorat (LMD) pour les écoles de formation modifie le contexte de sa mise en œuvre.

Un élément fondamental de ce produit a été la mise en place du dispositif de mentorat ou tutorat, par lequel des SF et Maïeuticiens expérimentés encadrent des collègues fraîchement diplômés et placés dans des structures sanitaires à accès difficile. Cette expérience a été mise en place dans les régions des Hauts Bassins du Centre Ouest. L'objectif est d'assurer un appui technique à ces jeunes collègues à mieux maîtriser les gestes qui sauvent la vie de la mère et de son bébé et au recours précoce des experts mentors en cas de difficulté. Il est vrai que bien des SF quittent leur poste, surtout s'il est situé

en zone rurale dès la première difficulté sérieuse, pour s'établir dans les centres urbains, comme le confirment les SF interrogées. Ce dispositif, bien que peu financé, est néanmoins apprécié des participant(e)s, notamment parce qu'elles se sentent valorisées. Elles expriment d'ailleurs un sentiment similaire avec l'organisation de la Journée Internationale des Sages-Femmes, qui permet de redorer un blason parfois entamé.

Le **Produit 3**, dédié aux **Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence (SONU)**, comporte 4 stratégies portant sur :

- Le renforcement de la capacité d'offre SONU dans les FS de référence et les CSPS des chefs-lieux de communes rurales ;
- Le renforcement des capacités en planification, monitoring et évaluation à tous les niveaux du système de santé ;
- Le renforcement des capacités des autorités nationales et des communautés de base pour l'intégration de la SR dans la préparation et la réponse aux urgences humanitaires ;
- Le renforcement de la demande des services de SR et de la participation des communautés dans la gestion des problèmes de SR.

Trois indicateurs ont été retenus pour mesurer la performance du Produit 3 :

- ☞ Atteindre 5 structures SONU pour 500.000 habitants (base = 0,8) / ou une proportion de 70% de structures (CSPS chef-lieu de communes rurales, CMA/CHR/CHU) capables d'offrir des soins obstétricaux de base.
- ☞ 80% des hommes et femmes de plus de 15 ans connaissent au moins deux signes de danger au cours de la grossesse (base non connue)
- ☞ 60 personnes ont été formées au Dispositif Minimum d'Urgence.

Les deux premiers indicateurs ne sont pas spécifiques au 7^{ème} Programme de l'UNFPA puisqu'ils impliquent l'ensemble des acteurs de la filière des soins gynéco-obstétricaux, et en premier lieu les autorités sanitaires burkinabés. Par ailleurs, ils ne sont pas à l'heure actuelle renseignés car leur mesure dépend d'enquêtes (enquête SONU 2014 non disponible). Le troisième indicateur a d'ores et déjà été largement atteint (141 personnes formées à fin 2014).

Dans le cadre de la première stratégie, des formations ont été menées sur le développement des capacités à prendre en charge les SONU (de Base et Complets), la Consultation Prénatale (CPN) recentrée, les soins après avortement, la PF clinique ou sur la supervision formative. Des dizaines de professionnels de la santé (gynécologues, infirmiers/ères, auxiliaires de soins), ont été formés depuis 2011 aux SONU à travers tout le pays. Ainsi, 75 agents ont été formés sur les SONUC et 50 sur la supervision formative en SONUC de 2011 à 2013. Des centaines de personnes ont en outre été formées au Dispositif Minimum d'Urgence (DMU) SR pour la PEC en situation de crise humanitaire. Rien qu'en 2014, ce sont 141 personnes qui ont été formées.

Des équipements pour améliorer la capacité des plateaux techniques (aspirateurs, tables, lampes chirurgicales, concentrateurs d'oxygène, bistouris électriques, lits, etc.) ont été fournis à un ensemble de FS à travers le pays, dont les CHR de Kaya, de Tenkodogo, le CHU de Bobo Dioulasso, et de l'évacuation sanitaire (ambulances – par exemple pour les CMA de Boulsa, Séguenega et de Yako en 2013). Des équipements ont également été livrés à des DRS (dont des tables d'accouchement, d'examen gynécologique ou d'opération, des oxymètres de pouls, concentrateurs d'oxygène, aspirateurs, speculums, etc.) qui les ont répartis entre diverses formations sanitaires, comme vu avec la DRS de la région Est. Des équipements informatiques ont également été fournis. Des produits consommables et petits équipements ont été livrés à un ensemble de formations sanitaires, dont des seringues, canules, boîtes de matériel pour l'aspiration manuelle intra-utérine (AMIU), etc.

Le renforcement de la disponibilité de la transfusion sanguine dans les structures hospitalières, en cohérence d'ailleurs avec le 9^{ème} Objectif Spécifique du Plan SPSR 2009-2015, a consisté en l'acquisition de poches de sang. Sur le terrain, la situation en matière de disponibilité du sang dans les hôpitaux a été citée comme un véritable problème, alors que l'hémorragie post-partum est la première cause spécifiquement identifiée de mortalité maternelle au Burkina Faso¹⁷.

Dans le cadre de la 2^{ème} stratégie, 75 acteurs du programme de coopération ont été formés en Gestion Axée sur les Résultats, et, surtout, la mise en place des audits et de la surveillance des décès maternels et néonataux a été appuyée. Par exemple, en 2014, des comités d'audit ont été créés dans 7 Centres Hospitaliers Régionaux (CHR), sur les 9 que compte le pays¹⁸. Cet accompagnement assure une permanence dans la réalisation des audits. Dans ce domaine, l'UNFPA appuie financièrement les travaux des personnels de santé. Un financement a été fourni à la Société des Gynéco-Obstétriciens du Burkina Faso (SOGOB) pour qu'elle appuie les FS à la mise en place de ce dispositif d'audit, sous forme de tutorat. Un appui a également été apporté, via des formations, à l'intégration du suivi des SONUC (SONU Complets) dans le rapportage des activités des DS et des hôpitaux.

¹⁷ Selon l'annuaire statistique santé 2014, les causes « autres » (non spécifiées) comptaient pour 35% des causes de décès, suivies des hémorragies (23%).

¹⁸ Les régions du Centre, dont Ouagadougou forme le corré, et des Hauts Bassins, centrée sur Bobo Dioulasso, les deux plus grands centres urbains du pays, disposent de CHU (2 à Ouagadougou et 1 à Bobo-Dioulasso). Par contre les régions du Centre-Sud et du Plateau Central, proches de Ouagadougou, n'ont que des CMA.

L'intégration de la SR dans la prise en charge des femmes en situation d'urgence humanitaire, s'est concrétisée par la formation de prestataires de soins sur l'utilisation des techniques de SONU (qui s'articulent autour de 7 interventions de base), sur les soins post-avortement, ou sur la préparation à l'accouchement, la reconnaissance des signes de danger et en compétence culturelle interpersonnelle. Des intrants sont également fournis aux formations sanitaires. En 2014, par exemple, 5 CSPS du DS de Gorom-Gorom ont été dotés de 300 kits de dignité.

Dans le cadre de la 4^{ème} stratégie, l'approche « individus, famille, communauté » (IFC) a été mise en œuvre. Elle vise à approcher les thématiques ou problématiques à plusieurs niveaux et aussi assurer l'implication des participants. Le Diagnostic Communautaire Participatif (DCP) est mené pour identifier ces problématiques au niveau local. Ces activités ont commencé avec l'ONG Enfant du Monde Suisse, dans les districts sanitaires de Sindou et Banfora dans la région des Cascades, dans les DS de la région du Centre-Est, et étendues à celle du Sahel avec Family Care International (FCI). L'approche IFC est mise en œuvre au Burkina Faso sur le financement quasi exclusif de l'UNFPA depuis son 6^{ème} Programme. Elle couvre actuellement 7 districts dans 4 régions.

Des efforts particuliers sont menés dans la région du Sahel pour amener les leaders coutumiers et religieux à s'approprier les messages en vue de l'amélioration de la SSR des femmes, avec l'aide de FCI.

Dans ce cadre, le système de l'Ecole des Maris (EdM) tirée du Niger a été adapté et implanté au Burkina Faso. Un plan 2012-2015 a été développé pour une mise en œuvre dans 3 DS pilotes dans 3 régions (DS de Nouna dans la Boucle du Mouhoun, Kaya au Centre Nord, et un DS de l'Est). L'objectif initial était d'implanter 40 EdM par DS, mais 10 seulement ont démarré en 2013 (Kaya), avec l'appui de Mwangaza Action. Les EdM sont rattachées à des CSPS. Il est prévu de démarrer 30 autres EdM en 2015. Une présentation synoptique du principe de l'Ecole des Maris visitée se trouve dans l'Annexe 7.

Le travail fait en matière de sensibilisation des populations à l'importance des questions de SSR amène également à la mise en place de Cellules villageoises de Gestion des Urgences Obstétricales et Néonatales (CGUON), qui ont été testées dans deux DS (Tenkodogo et Kongoussi) et mises en œuvre également au Sahel par FCI.

Le **produit 4** est consacré aux **Fistules Obstétricales**. Il comporte trois stratégies :

- Le renforcement du cadre institutionnel de prise en charge des FVFO ;
- Le renforcement des activités de réinsertion des FVFO dans leur famille et leur communauté ;
- Le renforcement de la lutte contre la stigmatisation des FVFO.

Les résultats à obtenir sont :

- ☞ 6 structures assurant en routine la cure de fistule
- ☞ 2.000 FVFO traitées

Le programme a permis de réaliser des avancées notables en matière de prise en charge complète des femmes victimes de fistules obstétricales (FVFO) au Burkina Faso, notamment en termes de capacité humaine et technique, tant pour la prise en charge chirurgicale que socioéconomique. Le développement de la capacité de PEC chirurgicale est appuyé par le 7^{ème} Programme au travers de formations qui ont bénéficié, en 2012 et 2014, à 36 personnes à chaque fois. Des équipements ont également été fournis aux formations sanitaires, comme par exemple deux tables chirurgicales, un appareil d'anesthésie, des kits (Kits 1 et Kits 2) de prise en charge et un équipement de production d'oxygène pour le CMA Schiphra.

A ce jour dans les 9 centres hospitaliers régionaux, il existe des compétences pour la prise en charge des femmes victimes de fistules obstétricales. Ceux-ci assurent la prise en charge en routine des femmes. Ils ont bénéficié d'appui en kits pour la prise en charge. Le principal problème à leur niveau est la mobilité du personnel formé qui nécessite à chaque fois des formations pour le personnel nouveau. Le CMA de Schiphra et le CMA Paul VI ont été identifiés en 2012 comme structures confessionnelles pour assurer la prise en charge compte tenu de l'audience que ceux-ci auprès de la population. On assiste à une sous notification des cas opérés par les structures de prise en charge ce qui pourrait paraître à un faible nombre de cas opérés. Cette situation a fait instaurer des cadres de concertations annuelles au niveau national pour faire le point de la lutte contre les fistules obstétricales.

L'objectif, ambitieux, de prendre en charge environ 400 FO par an a dû être révisé à la baisse. Selon les données disponibles pour les 4 premières années du programme, le nombre de FVFO qui ont bénéficié d'une intervention chirurgicale s'élève à 1.332 à fin 2014, soit 333 en moyenne par an, mais avec une tendance plutôt à l'augmentation, notamment grâce à la montée en capacité du CMA Schiphra à partir de 2012 (Annexe 6). Il s'agit d'un gros CMA privé confessionnel, situé à Ouagadougou. Inversement, le nombre de prises en charge dans les formations sanitaires de Dori et Djibo, qui comptaient les 2/3 des prises en charge en 2011, ont très fortement baissé (9 PEC seulement à elles deux en 2014 soit 2,6%). Ceci tient notamment au fait que d'importantes difficultés sociales se sont manifestées au CHR de Dori, où les personnels se sont démobilisés pour la prise en charge des FO. Des considérations financières ont été évoquées pour expliquer cette démobilisation. Au CHU de Bobo Dioulasso (CHUSS), les réparations de fistules ne sont pratiquement plus pratiquées, sauf en cas de campagne ou de formations. Le service d'urologie pourtant bien équipé (mais dont l'équipement semble défectueux) fait payer le service aux

femmes, ce qui leur est inaccessible, sauf à avoir l'appui d'associations qui ont levé pour elles les fonds nécessaires¹⁹. Le taux de succès de la réparation chirurgicale est de l'ordre de 95% pour le cas des FO simples. Pour les cas les plus complexes, requérant de nombreuses interventions chirurgicales, le taux de succès est estimé à 75%.

Les associations apportant leur soutien aux FVFO commencent leur travail d'appui dès l'identification des femmes pour les aider à se préparer à l'intervention. Après celle-ci, des structures sont en place et ont été appuyées pour apporter une aide à la réinsertion socio-économique des femmes. Elles y reçoivent des formations à des Activités Génératrices de Revenus (AGR) : production de savon, tissage, teinture, maraîchage (l'UNFPA a notamment financé la construction d'une serre). Des cours d'alphabétisation et une sensibilisation aux questions de SR sont également fournis. Il faut noter que les conditions de vie de ce centre y sont difficiles, le local de vie étant très petit par rapport au nombre de femmes.

Globalement, l'appui de l'UNFPA a permis de mettre en place une chaîne de prise en charge (PEC) : sensibilisation et détection, PEC chirurgicale, prise en charge post-opératoire, en milieu médicalisé puis en milieu socialisant avec l'aide à la réinsertion socio-économique. Par ailleurs, le travail fait dans les autres produits de la SR et du genre contribue à la réduction des risques qui amènent aux fistules (travail sur la réduction des facteurs de risque de grossesses précoces, amélioration de l'accès aux prestations de la SR et aux produits de la PF).

Dans le cadre du **Produit 5 (sécurisation des produits de la SR)**, l'UNFPA, partenaire privilégié du MS, et de sa Direction de la Santé de la Famille (DSF) en particulier, appuie fortement à l'augmentation de la disponibilité, à la sécurisation, et à l'accès et l'utilisation des produits contraceptifs. Les trois stratégies développées pour atteindre ce résultat sont :

- Le développement de la capacité d'offre de services de Planification Familiale (PF) de qualité dans les formations sanitaires publiques et privées et au niveau communautaire ;
- Le renforcement de la gestion logistique des produits de la SR ;
- L'appui au plaidoyer et à la création de la demande en PF.

Les résultats à atteindre sont :

- ☞ 95% des FS offrent au moins trois méthodes contraceptives
- ☞ L'absence totale de rupture en produits contraceptifs dans les FS
- ☞ 50% des villages situés à plus de 10 km d'une FS sont couverts par la DBC des produits contraceptifs.

Pour atteindre ces objectifs, le programme a essentiellement porté ses efforts sur

- Le développement d'un système d'information et de gestion sur la logistique contraceptive (SIGLC) – et notamment la mise en place et l'opérationnalisation à travers tout le pays du logiciel de gestion logistique électronique des produits médicaux *CHANNEL*. Entre 2010 et 2013 près de 300 pharmaciens ont été formés à son utilisation tandis que 85 ordinateurs ont été fournis à différents niveaux administratifs de la pyramide sanitaire. Le système de suivi de la disponibilité des produits de la SR est complété par une enquête annuelle sur la disponibilité des produits et services de la PF qui est appuyée par l'UNFPA.
- L'introduction de nouveaux contraceptifs avec le produit *Sayana Press*, injectable. Afin d'appuyer la diffusion de *Sanaya Press* (depuis juillet 2014 dans 4 régions pour le moment), des formations de 693 accoucheuses brevetées et auxiliaires et 742 infirmiers et Sages-Femmes d'Etat ont également été menées.
- L'appui à la distribution à base communautaire (DBC) au travers d'un nombre important d'opérateurs (OBC) qui assurent cette distribution par le biais de leurs relais communautaires au plus près de la population. La DBC est mise en œuvre dans toutes les régions du pays. Elle permet d'acheminer au plus près des populations des produits contraceptifs de base, à des prix subventionnés, et en quantité. Les relais communautaires de l'ABBEF à Bobo Dioulasso, par exemple, qui travaillent en milieu urbain et rural, notaient que la demande est si forte qu'il leur arrive d'être en rupture de stocks.
- Des équipes mobiles ont été mises en place par le programme pour l'offre de services de PF en stratégies avancées : l'ABBEF à Bobo Dioulasso (région des Hauts Bassins) et MSI à Dédougou (région de la Boucle du Mouhoun). Le rapport annuel 2014 note que le travail mené par les équipes mobiles de Dédougou et de Bobo Dioulasso, a amené à la contraception de très nombreuses nouvelles utilisatrices (43% des clientes des équipes à Dédougou).
- Un accent particulier a été mis sur le plaidoyer, la mobilisation sociale et la sensibilisation aux questions liées à la SSR. Ceci a inclus le plaidoyer auprès des autorités politiques, administratives, coutumières, religieuses et communautaires. La Mobilisation sociale utilise divers canaux de communication (causeries, projections de films feuilletons et spots radiophoniques et TV, caravanes de presse, Burkina variétés, exploitation des réseaux sociaux, marketing social etc.). Par exemple, un travail important en matière d'information et de la communication pour le changement de comportement (IEC/CCC) en matière de SSR a été réalisé avec la diffusion par 24 radios couvrant l'ensemble du territoire de 156 épisodes de 15 minutes chacun, en langues mooré et autant en langue dioula. Ces épisodes, diffusés sur un total de 18

¹⁹ Le CHUSS indique un coût de prise en charge de l'ordre de 120.000 à 150.000 FCFA.

mois entre le 10 septembre 2012 et le 9 mars 2014, mettaient en scène un personnage « positif » (incarnant les valeurs « positives », réelles, de la communauté), un autre « négatif », et un troisième dit « transitoire », neutre. Les auditeurs avaient tendance à se retrouver davantage dans ce troisième personnage. Le modèle a été initialement développé au Mexique et adapté au Burkina Faso par PMC. Les sujets couverts incluent la grossesse précoce, les fistules obstétricales, l'éducation des filles, l'équité, la nutrition, les IST et le VIH/SIDA, l'excision, la santé des jeunes et adolescents, la santé materno-infantile, le paludisme, etc. Des formations ont également été effectuées au bénéfice des personnels des médias (journalistes de radio, de presse écrite et de télévision). Ces personnes ont ensuite produit des matériels incluant la sensibilisation à la PF et les grossesses non désirées.

- Des campagnes de promotion de la PF sont organisées par divers biais, dont l'organisation des journées ou semaines thématiques (en PF, SR, et autour des sages-femmes) qui contribuent à sensibiliser les populations à l'importance de la santé des femmes et particulièrement de leur santé génésique. La Semaine Nationale de la Planification Familiale menée sous l'égide du Ministère de la Santé et de l'UNFPA permet des résultats importants. En 2014, elle a attiré 55.602 clientes dont 26.621 (48%) nouvelles utilisatrices.
- Le financement de l'approvisionnement en produits contraceptifs : aujourd'hui il est estimé par la DSF que 60% des dépenses en contraceptifs sont financés par l'UNFPA (l'Etat contribue à ce financement à hauteur de 30% environ soit 500 millions FCFA par an). En outre, le programme a apporté une contribution à la formation des cadres nationaux et d'Afrique de l'Ouest et du Centre en Passation de marché.

Les produits de la SR fournis à la Centrale d'Achats de Médicaments Essentiels Génériques (CAMEG) par le Programme Mondial pour Améliorer la Sécurité d'Approvisionnement en Produits de Santé Reproductive sont également inscrits au Produit 5. Ces achats ne sont cependant pas comptabilisés dans le suivi financier du programme tenu par le Bureau Pays car ils sont réalisés par le Siège.

Il résulte de l'ensemble de ces activités que l'objectif d'un taux de couverture de 95% en FS et l'absence de ruptures de stocks semblent accessibles. Dans les formations sanitaires, la disponibilité des produits contraceptifs semble plus sécurisée, grâce au suivi mis en place avec le logiciel de gestion des produits de santé CHANNEL, que le 7ème Programme a aidé à mettre en place, et les dispositifs connexes (comme le Tableau d'Acquisition des Contraceptifs ou TAC). Le système d'information hebdomadaire instauré avec CHANNEL permet la mise en place d'un système d'alerte en cas de rupture. Le taux de rupture des produits de la SR (13 produits essentiels pour mères et enfants) semble reculer significativement. En effet, selon la DSF, les ruptures ont fortement baissé à partir de 2012. Elle indique que le taux de disponibilité des méthodes PF dans les FS (et produits maternels vitaux dont l'ocytocine) est passé de 12,5% en 2011 à 82,5% en 2014 (Enquêtes SPSR annuelles).

Pour ce qui concerne l'objectif d'un taux de couverture par la DBC des produits contraceptifs (qui peuvent l'être par ce biais) de 50% des villages du Burkina Faso se trouvant à plus de 10 km d'une FS, le niveau atteint en 2013 était de 56% contre le 38% en 2012 et 30% en 2011. Les indications relevées sur le terrain par les évaluateurs semblent indiquer une augmentation des volumes de produits distribués. La DBC assure des ventes à prix subventionnés qui permettent un meilleur accès financier tout en laissant aux relais ou agents communautaires qui en sont chargés une marge qui peut les motiver. Les quelques entretiens menés avec des acteurs de la DBC dans les régions indiquent des volumes importants de vente de pilules et de préservatifs, les deux seuls types de contraceptifs autorisés à la distribution directement sur le terrain. Il est à noter que les femmes apprécient tout particulièrement les contraceptifs administrés en injection, notamment parce qu'ils garantissent un bon niveau de confidentialité. De l'avis des autorités sanitaires comme des ONG/OSC qui en assurent la distribution (l'ABBEF par exemple), Sayana Press est en train de remplacer le Dépo provera, dont il dérive, du fait que son administration est plus facile et moins intrusive. Mais il est difficile de tirer des conclusions de cette introduction, qui est récente.

Avec la **SRAJ et l'accès des populations marginalisées à l'information et aux services de SR (Produit 8)** trois stratégies sont mises en œuvre :

- Le renforcement des programmes de promotion des préservatifs masculins et féminins ;
- Le renforcement des capacités des FS et des espaces jeunes à offrir des services de SR, y compris le VIH, en faveur des jeunes et adolescents et des personnes handicapées ;
- Le renforcement des capacités des structures nationales ainsi que des organisations de TS et d'HRSH pour une meilleure offre de service en matière de SR et VIH.

Les résultats à obtenir sont :

- ☞ 80% des FS offrent des prestations de SRAJ, y compris le VIH
- ☞ Les 13 régions du pays ont des centres culturels communautaires offrant des informations sur la SRAJ y/c le VIH/SIDA
- ☞ 5 organisations de TS et d'HRSH ont bénéficié d'un appui en matière de SR et de VIH
- ☞ 20% des structures de SRAJ/VIH ont du personnel formé pour délivrer des services adaptés aux personnes vivant avec un handicap.

Des activités spécifiques visent notamment à développer les compétences et la spécificité de la prise en charge en SSR des adolescents et des jeunes dans les CSPS. L'indicateur retenu pour mesurer les progrès réalisés dans ce domaine, qui concerne l'ensemble des formations sanitaires de premier niveau et ne peut donc être spécifiquement attribué à l'UNFPA, souffre d'une absence de niveau de référence. L'enquête sur la disponibilité des services de SRAJ de 2014 a trouvé que seules 7% des FS enquêtées disposaient d'une unité spécifique consacrée à la santé sexuelle et reproductive des jeunes, mais que 70% étaient en principe en mesure de fournir des services de SR et sur le VIH/SIDA à l'attention particulière des jeunes et adolescents. Cependant, il n'apparaît pas de façon claire qu'un travail spécifique ait été fait en vue de développer une capacité particulière en matière d'accueil, de conseil et de prise en charge des questions de santé, et notamment de SSR et de son lien avec les IST et le VIH/SIDA, notamment, au niveau des services de santé primaire (les CSPS). Le travail effectué a surtout visé les centres jeunes (y compris à l'université) et la communication pour le changement (CCC), notamment sur l'usage des préservatifs. De très nombreuses activités de sensibilisation, via le théâtre participatif, les causeries, l'organisation de l'activité « Talents de Jeunes » par le Réseau Africain Jeunesse Santé (qui a permis d'introduire les messages de la SRAJ auprès de dizaines de milliers de jeunes participants), mais aussi l'équipement et les formations fournies aux centres de jeunes (8 centres ont déjà été appuyés et un 9^{ème} est en cours) ont été menées depuis 2011. Pour le suivi des activités de ces relais sur le terrain, du matériel roulant a été fourni aux techniciens d'appui aux communautés en 2013, et ils ont été équipés d'appareils photos en vue de la documentation des bonnes pratiques (Rapport à mi-parcours du programme). Le programme radiophonique et le feuillet « *Alima* » produits avec l'appui de l'UNFPA ont aussi contribué à la communication à l'égard des jeunes et adolescents.

A l'endroit des populations marginalisées ou difficiles d'accès, de nombreuses activités ont été menées. La FEBAH est un partenaire important du produit. Elle a été appuyée, via des formations en SR/PF et en matériel. Les guides d'animation en SR/PF ont été traduits en braille ou produits sur des CD pour les malvoyants. Des associations représentant les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes ou les travailleuses du sexe ont également reçu un soutien du programme.

Une collaboration avec AfricSanté a également permis d'effectuer une d'évaluation du Plan Stratégique Santé des Jeunes (PSSJ) de 2004-2008 et de travailler à l'élaboration du nouveau plan couvrant la période 2015-2020. Il faut aussi noter que le programme a appuyé la réalisation d'une enquête CAP dont les résultats ont été disponibles fin 2013²⁰.

R.2.1.3. Composante Genre et Droits Humains :

Les deux produits (6 et 7) de la composante genre sont mis en œuvre à travers huit (8) stratégies et vingt-huit (28) actions prioritaires. Quatre indicateurs servent à mesurer leur atteinte. Le SP/CONAP Genre est le porteur de ces produits en tant que chef de file en étroite collaboration avec ses partenaires de mise en œuvre.

Produit 6 : Les capacités nationales sont renforcées pour la mise en œuvre des accords internationaux, de la législation nationale et des politiques en faveur de l'égalité de genre et des droits en matière de reproduction.

La formulation de ce produit est assez ambitieuse et tente de comprimer plusieurs défis à la fois, ce qui ne facilite pas toujours l'appréciation des progrès genre et leur visibilité. Néanmoins, l'option de focaliser sur les droits en matière de reproduction est en bonne adéquation avec les missions de l'UNFPA.

Les deux indicateurs ciblés ont été atteints et même dépassés. Les principaux acquis portent essentiellement sur :

- Le renforcement des capacités techniques de 7 départements ministériels pour la mise en œuvre des accords internationaux, de la Politique Nationale Genre et l'application des lois en faveur de promotion du genre.
- Le renforcement des capacités techniques de six ONG/Associations/ Réseaux ciblés pour la mise en œuvre des accords internationaux, de la PNG et l'application des lois en faveur de promotion du genre.

Sur dix actions prioritaires planifiées, trois n'ont pas pu être totalement réalisées :

- la stratégie de l'« école des maris » devait s'étendre à la région de la Boucle du Mouhoun, mais une étude CAP réalisée dans cette région a infirmé l'hypothèse selon laquelle, les hommes constituent l'obstacle à l'utilisation des services de SR offerts par les femmes. Le développement de cette stratégie dans cette région n'était plus justifié,
- l'appui à la mise en œuvre du plan d'action du Réseau des femmes Africaines, Ministres et Parlementaires (section du Burkina Faso) resté sans suite faute de mobilisation des acteurs,
- la mise en place de l'observatoire genre est une initiative du MPFG que le programme s'était engagé à accompagner. La décision de ce département de surseoir à la création de cet instrument de suivi dans le domaine du genre a imposé sa suppression du programme.

Le renforcement des capacités pour la mise en œuvre des accords internationaux, de la Politique Nationale Genre et l'application des lois en faveur de la promotion du genre a été pensé pour l'ensemble des partenaires d'exécution comme un

²⁰ AFRICSanté, UNFPA. *Connaissances, Attitudes et Pratiques des populations au Burkina Faso dans le domaine de la Santé de la Reproduction*. Edition de septembre 2013.

processus d'apprentissage tout au long du programme. Dans cette logique, plusieurs étapes ont été retenues et validées avec les acteurs pour à terme les rendre plus efficaces dans leur mode d'intervention et dans leurs stratégies.

Les grandes activités menées pour tendre vers les résultats du produit 6 peuvent être résumées et analysées de la manière suivante :

- *la réalisation des diagnostics institutionnels genre des départements ministériels et des OSC²¹ a été un exercice fastidieux, lourd mais utile et riche d'enseignements pour les partenaires d'exécution et le MPFG :*
- L'accompagnement technique et financier du Programme a permis une prise de conscience réelle des premiers responsables et points focaux de ces ministères et des OSC. Les OSC ciblées ont été identifiées sur la base de leur expertise spécifique sur les questions de promotion des droits des femmes et des violences basées sur le genre, de leur reconnaissance et légitimité au plan national, de leur envergure/ capacité de mobilisation et de réseautage et de leur maîtrise des contextes sociaux des zones d'intervention.
- Avec la Chaire Genre de l'Université de Ouagadougou, une étude sur l'état des lieux de la prise en compte du Genre dans les enseignements supérieurs a été réalisée et ouvre un champ d'intervention stratégique en mettant à la disposition du public et des chercheurs un certains nombres d'informations et de données qualitatives sur la prise en compte du genre dans les universités et instituts de recherche du Burkina Faso.
- Dans le cadre de l'appui à la mise en œuvre de la Politique Nationale Genre , le programme a également contribué à la tenue des ateliers de restitution et de validation des diagnostics et des plan d'actions élaborés²² sur les inégalités de genre au sein de 34 ministères et 15 institutions publiques.
- *L'appui à la mise en œuvre des plans d'actions genre des ministères et OSC ciblés par le programme reste en chantier*

Les plans sont disponibles et la mise en œuvre est entamée pour certains. Le défi reste la mobilisation de ressources pour accompagner la mise en œuvre de l'ensemble de ces plans. L'exercice d'élaboration des plans d'actions genre a contribué à la redynamisation et/ou la mise en place d'une cellule pour la promotion du genre au sein de chaque ministère avec un cahier des charges précis et un plan d'action annuel à mettre en exécution. La négociation d'une ligne budgétaire effective dans chaque ministère, dont les montants bien que variables sont néanmoins inscrits (entre 800 000 et 5 millions FCFA) et engagés (300 000 à 1 500 000 FCFA). Les cellules genre gagnent ainsi en légitimité et renforcent le dispositif de prise en compte et d'intégration du genre dans les processus de planification et d'opérationnalisation des actions au niveau sectoriel. Des politiques sectorielles de cinq ministères ont pu être révisées sous le prisme du genre (MDHPC, MAECR, MME MJ, MJFPE) entre 2013 – 2014.

Au niveau des OSC ciblées, les plans d'action genre sont disponibles mais sont très partiellement mis en œuvre. Néanmoins, il est important de relever que cela a permis la prise en compte le genre dans le processus de planification.

- *le renforcement des capacités institutionnelles en genre au niveau des deux catégories d'acteurs largement privilégié au cours du 7^{ème} programme offre un éclairage conceptuel et une compréhension des enjeux de genre et des problématiques sur les violences basées sur le genre.*

Le « *plan de renforcement des capacités institutionnelles et techniques des départements ministériels et ONG/Associations ciblées* » n'a pas été produit tel qu'initialement pensé. Néanmoins, un nombre important de sessions de formation en genre et sur divers autres thématiques ont pu être développées au cours de la période pour les deux catégories d'acteurs. Ainsi, à fin 2014, au moins 569 acteurs institutionnels et membres d'associations ont bénéficié à des degrés divers de formation sur divers thématiques (mainstreaming du genre et utilisation du guide d'intégration du genre dans les politiques sectorielles, planification et budgétisation selon le genre, gestion axée sur les résultats sensibles au genre et suivi-évaluation selon le genre).

Enfin, le 7^{ème} Programme a opté d'accompagner le MESS pour une meilleure appropriation des questions de population et de genre afin de développer des modules spécifiques et de méthodologie à intégrer dans les curricula d'enseignements au supérieur. Un grand travail de finalisation des modules et d'organisation de la première session de formation avec des participants venus de la sous-région a été réalisé par l'ISSP avec succès, malgré quelques difficultés surmontées.

- *l'appui à la formulation et la mise en œuvre de la stratégie « école des maris » pour l'accès des femmes aux services de santé de la reproduction*
- *l'appui à la traduction, la diffusion de la loi sur la santé de la reproduction et de la charte Africaine relative aux droits des femmes, dans 3 langues locales (Mooré, Dioula et Fulfuldé) est réalisée en 2014 ; Cette traduction sera*

²¹ AFJBF, Gascode, Mwangaza, ADEP, Wildaf, CBDF

²²En réalité, l'UNFPA a contribué financièrement surtout à l'organisation des ateliers de restitution/validation des diagnostics genre et des plans d'action des ministères et institutions en partenariat avec le MPFG et les autres partenaires via le Fonds Commun Genre.

multipliée et diffusée en 2015 auprès des OSC. Celles-ci pourront les utiliser au cours de leurs séances d'information et de sensibilisation sur le contenu de la Charte.

- *la dotation du SP CONAP Genre en équipements de travail et logistique, d'une documentation spécialisée sur les questions de genre et des droits humains, matériels de bureau et d'un personnel technique (un expert genre et un gestionnaire) pour l'aider dans ses missions est fortement appréciée et facilite la responsabilisation du chef de file face aux partenaires d'exécution sous son contrôle.*
- *l'appui à la réalisation de l'évaluation de la CEDEF et des autres engagements internationaux en synergie d'action avec l'Action Sociale permet au pays de présenter ses progrès en faveur des droits de la femme-*
- *le renforcement du partenariat, de la coordination de la mise en œuvre de la PNG est plus visible grâce également au rôle de coordination de l'UNFPA au sein du CCG. L'UNFPA est devenu chef de file en novembre 2012, avec pour mandat (i) la coordination et l'harmonisation des procédures et appuis techniques et financiers des PTF aux acteurs nationaux pour un accompagnement mieux ciblé de leurs interventions. Plusieurs activités de plaidoyer et de visibilité au niveau sous régional et/ou international ont permis de mettre en évidence les engagements genre du pays ainsi que l'accompagnement des PTF pour soutenir le gouvernement.*
- *l'appui aux ONG/Associations pour le plaidoyer en faveur de l'application des textes de lois relatifs à la promotion du genre et des droits en santé de la reproduction est amorcé pour aboutir à la loi sur les VEFF.*

Produit 7 : Les capacités nationales sont renforcées pour lutter contre les violences basées sur le genre et offrir des services de qualité (prise en charge des victimes) y compris dans les situations d'urgences humanitaires

Ce produit constitue le volet le plus important de la composante genre et droits humains. Il est en outre développé dans le cadre de deux programmes conjoints (MGF/E et VEFF) en partenariat avec l'UNICEF, le PNUD et l'OMS, etc., mais le programme VEFF vient juste de démarrer. Le produit est également dans un processus de consolidation d'expériences antérieures et d'une volonté d'intégration de nouvelle approche (EdM) pour améliorer les résultats de la composante SR.

Si la formulation du produit semble claire, la mise en œuvre elle, renvoie à une imbrication multiple d'acteurs et d'intérêts. Elle a été déclinée en trois stratégies et dix-neuf actions prioritaires mise en œuvre avec plus ou moins de succès. La réalisation est le fruit d'un large partenariat avec cinq organisations de la société civile (Mwangaza Action, AFJBF, GASCODE, Oxfam Québec et DPSSF (pour les questions d'urgences humanitaires) ; chacune étant spécialisée et engagée sur les différentes thématiques abordées dans ce produit et une répartition des zones d'interventions.

L'efficacité de ce produit est analysée à travers le montage institutionnel proposé pour (i) le *renforcement des capacités institutionnelles et techniques des organisations de lutte contre les Mariages précoces et les mutilations génitales féminines/Excision*, (ii) le *plaidoyer et la communication à l'endroit des leaders communautaires pour l'abandon des mariages précoces et les MGF/E* et (iii) *Le renforcement des capacités des structures impliquées (AFJBF, Ministère de la Sécurité, Ministère en charge de la Justice et des Droits Humains) dans la prise en charge juridique, psychologique et judiciaire des femmes victimes de violences.*

En termes de résultats selon les indicateurs et cible, le constat est que :

1. *Les deux programmes conjoints* ont été développés, mais dans des temps distincts et selon des modalités différentes :
 - L'évaluation récente (2013) du PCMGF/E UNFPA/UNICEF avec le SP/CNLPE atteste à la fois de la pertinence et de résultats intéressants engrangés et les recommandations formulées devraient permettre d'améliorer les performances du projet.
 - Le PCVEFF avec la DGPPF dans le cadre du programme conjoint Gouvernement/UNFPA de lutte contre les VEFF dans six régions du pays. Après la phase expérimentale au cours du 6^{ème} programme qui a touché 3 régions (plateau Central, Haut-bassins et Sahel), le processus d'écriture d'un programme conjoint 2011-2015 a été enclenché en 2012 avec tous les acteurs parties prenantes du gouvernement et des agences du SNU. Le programme a été finalisé et signé en juin 2014 et sa mise en œuvre a seulement démarré au dernier trimestre 2014. Il est donc en chantier, avec quelques réalisations tout de même, comme des activités d'information / communication/ sensibilisation des leaders coutumiers et religieux des régions du Centre, du Centre-Ouest et de la Boucle du Mouhoun sur la nécessité de corriger les inégalités, disparités et violences basées sur le genre pour plus d'engagement de leur part, etc.
2. *Trois organisations de la société civile (Mwangaza Action, Oxfam-Québec, DPSSF)* qui intègrent la stratégie d'implication des hommes dans leurs actions de lutte contre les VBG, VEFF et de promotion des droits reproductifs *sont actives sur le terrain dans le Sanmatenga (école des maris), l'Est et le Sahel (camp de Mentao)*. Ce qui a permis à ces acteurs de toucher au moins 400 personnes, dont 80 leaders communautaires sur les VFFF, etc. La DPSSF dans le cadre de l'urgence humanitaire a mené en faveur des réfugiés, des activités de SR et de lutte contre les VBG dans les sites de Mentao, de Sanioniogo, de Goudebo et de Bobo Dioulasso.

3. *Cinq structures²³, dont trois en partenariat avec l'AFJBF et le MASSN (Centre Est, Est, Sahel) de prise en charge juridique, psychosociale et judiciaires de femmes victimes de violences ont été mises en place et sont fonctionnelles*

Ces centres d'accueil d'écoute et d'orientation ont bénéficié de quelques équipements mais restent largement insuffisants pour répondre aux besoins des victimes en transit au centre. Les ressources disponibles ne suffisent pas non plus pour le suivi rapproché en collaboration avec les services de sécurité et de l'action sociale pour les visites à domicile par exemple et le suivi des victimes de retour en famille pour s'assurer qu'elles ne sont pas inquiétées. En général, les centres d'écoute sont animés par des bénévoles ayant reçu la formation de para juriste et parfois du personnel qualifié pour aider celles et ceux qui ont recours à leur service.

4. L'appui à la Coalition Burkinabé pour les droits de la femme dans la mise en œuvre du projet «socialisation des jeunes en milieu scolaire pour la promotion d'une culture de non violences basées sur le genre» sous le leadership de l'ADEP.

Question 2.2 : Dans quelle mesure les résultats obtenus contribuent-ils aux effets attendus ?

En matière de P&D, les résultats obtenus sont largement significatifs pour contribuer aux effets du Plan stratégique défini par l'UNFPA. Cette composante a fait preuve d'une grande efficacité au cours des quatre premières années d'exécution du programme, efficacité qui s'est traduite par une évolution satisfaisante des indicateurs et des cibles qui ont été presque tous atteints en 2014. Néanmoins, il apparaît que ces résultats sont encore fragiles, parce qu'ils ont besoin d'être pérennisés et franchement adoptés par la partie nationale.

Concernant la composante SR, les effets attendus du Programme (Effet UNDAF 2, Effets 1 et 2 du Plan Stratégique UNFPA) sont positivement impactés par les actions menées dans le cadre du 7^{ème} Programme. En particulier, les très nombreuses personnes formées aux SONU, à la PF, à la prise en charge des FO, contribuent au développement du capital humain. Adolescents et jeunes constituent une population particulièrement prise en compte par le développement des capacités et le travail de sensibilisation aux questions de la SR. Il est cependant difficile d'évaluer les contributions effectives du programme aux indicateurs retenus pour la mesure d'impact avec les indicateurs retenus, qui concernent l'ensemble du secteur, et non pas le seul programme. On y constate une augmentation du taux d'accouchement assistés, qui a dépassé le niveau objectif de la SCADD (86,2% contre 85%) mais reste en deçà du taux objectif des OMD (100%). Les dernières estimations du taux de prévalence contraceptive font état d'une augmentation entre 2010 (15%) et 2012 (21,9%). On constate par ailleurs une stagnation du taux d'utilisation des méthodes contraceptives mesuré au niveau des FS aux environs de 34% entre 2011 et 2014. Les taux de CPN 1 et 4 sont eux aussi en stagnation récente.

Il reste des facteurs importants limitatifs de l'ampleur des effets obtenus par les interventions du Programme, notamment en termes d'utilisation adéquate des équipements fournis ou des techniques diffusées. Des aspects de la PEC des dystocies et complications graves de l'accouchement ont été peu affectées, malgré les efforts notoires consentis par l'UNFPA pour améliorer la qualité des prestations, comme dans le domaine de l'évacuation sanitaire médicalisée, ou de la disponibilité des poches de sang, mais aussi l'attitude et l'aptitude à communiquer des personnels de santé.

Dans le domaine des fistules obstétricales, des résultats, au moins en termes de dépistage et chirurgicaux (90% de réussite des opérations) remarquables sont obtenus. Les effets du programme sur la réinsertion socio-économique demeurent, eux, encore difficiles à mesurer, en dépit de données anecdotiques positives.

Dans le domaine du Genre et des Droits Humains, l'élaboration de modules de formation en genre axés sur trois thématiques (Genre, SR, éducation) à intégrer dans les programmes de formation de l'ISSP, la validation du guide pratique d'intégration du genre dans les politiques sectorielles, le renforcement des capacités en genre et gestion axées sur les résultats de membres des structures nationales ou des OSC, la réalisation d'études, l'élaboration et/ou la relecture des politiques projet/programmes prenant en compte le genre par les structures étatiques et OSC ciblés et enfin, l'appui à la mise en œuvre des accords internationaux et des législations nationales de promotion de genre et des droits reproductifs par les partenaires d'appui sont des acquis importants du programme. Cependant, une attention devrait être portée au suivi afin que ces acteurs améliorent / influencent davantage les politiques sectorielles et nationales pour rendre plus visible les changements genre en cours.

R.2.2.1. En matière de Population & Développement, il faut d'abord rappeler que pour qu'une composante du programme (SR, P&D ou Genre) produise ou contribue aux effets, il faut que les activités prévues pour atteindre chaque produit soient entièrement réalisées ou que tous les services soient offerts. Il faut aussi que les publics visés participent à ces activités ou reçoivent ces services avec suffisamment d'intensité et assez longtemps pour que les produits ainsi entièrement réalisés (et que les indicateurs et toutes les cibles soient atteints) contribuent aux effets attendus.

L'analyse de l'efficacité de la composante P&D a montré que les indicateurs définis dans ce cadre ont connu au cours des quatre premières années de la mise en œuvre du programme une évolution très satisfaisante ; en 2014, au niveau des deux

²³ MASSN : 2 ; TGI : 3 ; Centre d'écoute : 1, soit 100% de la cible.

produits 1 et 9, presque toutes les cibles sont atteintes. Tout tend donc à croire qu'avant la fin de 2015, toutes les activités seront réalisées et toutes les cibles complètement atteintes.

L'évaluation conclut donc que le programme à travers sa composante P&D, a produit des résultats significatifs qui contribuent aux effets du Plan stratégique.

Pour le produit 1, toutes les 3 stratégies, (i) Renforcement de l'intégration des questions de population dans la conception, la mise en œuvre et le suivi évaluation de la SCADD aux niveaux national et régional et dans les politiques sectorielles, (ii) Développement et mise en œuvre d'une stratégie de plaidoyer sur les questions de population et développement et de renforcement du dialogue politique sur la croissance démographique et la dynamique de population, (iii) Renforcement des capacités des leaders de jeunes à participer au dialogue politique pour la prise en compte des besoins des adolescent(e)s et des jeunes dans les politiques plans et programmes de développement au niveau National et Régional, **associées à leurs activités pleinement exécutées**, ont permis de réaliser le produit 1 qui a contribué à l'effet ci-dessous :

Effet 1 du Plan Stratégique : La dynamique de population et ses liens réciproques avec les besoins des jeunes (y compris les adolescents), la santé sexuelle et de la reproduction y compris la planification familiale), l'égalité entre les sexes et la réduction de la pauvreté est prise en compte dans les stratégies et plans de développement nationaux et sectoriels.

Pour le Produit 9, toutes les 3 stratégies, (i) Renforcement de la base de données IMIS au niveau national et régional y inclus la mise en place d'un système de stockage/valorisation des enquêtes sociodémographiques d'envergures nationales, (ii) Appui à la préparation du 5e RGPH, de l'EDS V,(III) Renforcement des capacités des cadres nationaux en production et en analyse approfondie des données de population y inclus en situation d'urgence (CNS, INSD, CONASUR, DGISS, DGEP, STN SCADD, des ministères en charge de la Promotion de la Femme, de la Promotion des Droits Humains, de la Jeunesse et Emploi), **associées à leurs activités pleinement exécutées**, ont permis de réaliser le produit 9 qui a contribué à l'effet ci-dessous :

Effet 7 du plan stratégique : La disponibilité et l'analyse de données permettant la prise de décisions et l'élaboration des politiques sur la base de données factuelles synthétisant la dynamique des populations, la santé sexuelle et en matière de reproduction (y compris la planification familiale) et l'égalité des sexes sont améliorées.

R.2.2.2. En matière de **Santé de la reproduction**, les effets attendus des 5 produits du 7^{ème} Programme dans les cadres stratégiques nationaux portent sur l'amélioration de la qualité du capital humain (**Effet 2** de l'UNDAF) et la promotion de la protection sociale (**Axe 1** de la SCADD). Les effets du plan stratégique de l'UNFPA 2009-2013 concernés par les produits de la SR sont :

Effet 1 : *Accroissement de la disponibilité et de l'utilisation de services intégrés de santé reproductive et sexuelle (notamment la planification familiale, la santé maternelle et le VIH) qui sont sensibles au genre et qui satisfont les normes des droits de l'homme en matière de qualité des soins et d'équité d'accès.*

Effet 2 : *Priorité accrue aux adolescents, en particulier les jeunes adolescentes, dans les politiques et programmes nationaux de développement, notamment en mettant à leur disposition des services complets d'éducation sexuelle et de santé en matière de sexualité et de procréation, la consolidation du capital humain et la promotion de la protection sociale.*

Les indicateurs d'effets ou d'impact des cadres nationaux sont établis par le cadre des OMD (le cinquième pour ce qui concerne la santé maternelle) et la SCADD. Le PNDS dispose d'un cadre de suivi d'effets particulier...

Les indicateurs de la SCADD, dans le cadre de l'OMD 5, sont :

Cible 5A : Réduire des trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle

Cible 5.1 : *Taux de mortalité maternelle (TMM) = de 141,5 pour 100.000 naissances vivantes (OMD 5) et de 176,7 pour la SCADD*

Cible 5.2 : *Proportion d'accouchement assistés par du personnel de santé publique = 100% (OMD), 85% (SCADD).*

Cible 5B : Accroître l'accès à la médecine procréative universel d'ici 2015

Cible 5.3 : *Taux de contraception (sans précisé de quel type – moderne ou toutes méthodes) = 45% (OMD) ou 40% (SCADD)*

Cible 5.4 : *Couverture des soins prénatals (au moins une visite) = 100%.*

On note tout d'abord que ces indicateurs ne peuvent s'attribuer à aucun programme en particulier. Ils sont des indicateurs nationaux, sous la responsabilité première des autorités sanitaires nationales, auxquels l'ensemble des partenaires contribuent.

Le Rapport de mortalité maternelle est mesuré par les EDS, la dernière ayant eu lieu en 2010, pour un ratio de 341 pour 100.000. Il est impossible d'estimer le niveau actuel en l'absence d'une enquête du même type.

La proportion du taux d'accouchement assisté par du personnel qualifié aurait atteint 86,2% en 2014 selon les données statistiques du Ministère de la Santé²⁴, ce qui excède d'un point le taux objectif de la SCADD, mais reste en deçà de 14 points par rapport à celui des OMD. Il était de 80,5% en 2013 et de 82,1% en 2012.

L'ensemble des activités menées dans les produits 3, 5 et 8 pour la SR, et dans les produits 6 et 7 pour le Genre, contribuent à ces résultats, en permettant notamment d'amener l'information, et, pour la composante SR, les services, notamment en PF, au plus près des populations. Selon les diverses modalités revues précédemment, l'information se diffuse, la sensibilisation aux questions liées à la santé des mères et des nouveau-nés, à l'excision, la violence basée sur le genre, s'étend.

Le taux de prévalence contraceptive, estimée à 15,0% en 2010 (EDS IV), est en augmentation, mais le taux de 45% (OMD) ou même de 40% (SCADD) semble difficile à atteindre. Le taux d'utilisation des méthodes contraceptives, mesuré auprès des femmes se rendant au niveau des formations sanitaires, indique, lui, une stagnation depuis 2011, à 34,3% en 2014 (figure 4).

Le taux de CPN1 (une consultation prénatale) a diminué depuis 2009, passant de 90,5% à 84,8% en 2014. Le taux de CPN4 a, lui, augmenté entre 2010 et 2014, passant de 22,3% à 33,1%.

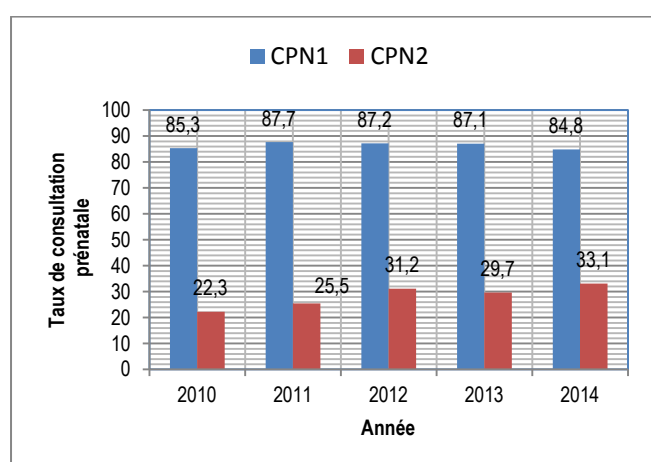
D'après le rapport annuel 2014 du Programme, à fin octobre de cette année-là, la mise en œuvre de toutes les activités avait permis d'atteindre globalement 152.098 années-couples de protection (CAP) cumulés, contre 105.956 au cours de la même période en 2013, soit une augmentation de 43,5%. Il faudrait ajouter les contraceptifs fournis par le Programme Mondial pour Améliorer la Sécurité d'Approvisionnement en Produits de Santé Reproductive, qui fournit directement la CAMEG. En 2012 et 2013, par exemple²⁵, le nombre de CAP induites, théoriquement, par les produits dont l'achat a été autorisé cette année-là par le programme, s'élève à 921.687 et 1.137.287 respectivement. Cependant, il est probable qu'une partie au moins des 105.956 CAP déjà mentionnés pour 2013 sont comptabilisés dans ces chiffres car les partenaires se fournissent aussi à la CAMEG (pour la DBC par exemple).

Toujours concernant la planification familiale, l'enquête SARA de 2012 note que les agents de santé formés à la PF ne sont disponibles que dans 68% des formations sanitaires. Les efforts très importants du programme en matière de formation devraient contribuer à faire augmenter ce taux, mais on ne dispose pas de données plus récentes que celles de 2012.

Suite à la campagne radiophonique organisée par PMC, une enquête d'impact a été menée. Elle tend à montrer que les auditeurs et auditrices du programme (souvent les femmes ont amené leur conjoint à écouter l'émission) ont réagi positivement aux messages transmis et qu'une moitié environ ont été en consultation suite à leur audition. Cependant, l'enquête a aussi montré une tendance à une augmentation de la fréquence des grossesses précoces. C'est une information suffisamment importante pour mériter une contre-enquête et vérifier si cette tendance observée par un protocole qui est tout de même sujet à discussion, est vérifiée par d'autres méthodes d'investigation.

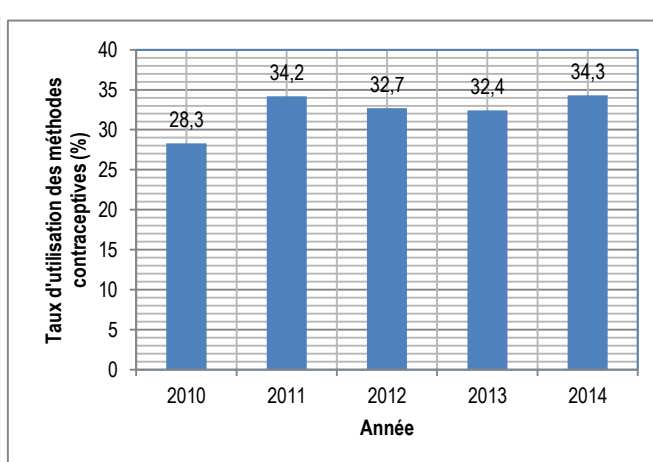
Par contre, dans le domaine des SONU, où le système de santé est en première ligne, la situation est plus contrastée.

Graphique 2 : Taux de de CPN 1 CPN 4 de 2010 à 2014



Source de donnée: *Annuaire statistique santé 2011 et 2013*

Graphique 3 : Taux d'utilisation des méthodes Contraceptives de 2010 à 2014



Source de donnée: *Annuaire statistique santé 2011 et 2013*

Au travers de l'approche IFC mise en œuvre par Enfants du Monde Suisse dans la région du Centre-Est et FCI au Sahel, les diagnostics communautaires participatifs (DCP) ont permis une amélioration de l'accès des femmes aux soins de santé. Ceci est concrétisé par la réhabilitation de voies d'accès aux formations sanitaires et de la construction, à leur proximité, de cases

²⁴ Annuaire statistique santé 2014.

²⁵ *Enquête nationale sur les prestations des services de santé et la qualité des données sanitaires (EN-PSQD). Juin 2013*

d'attente qui permettent aux femmes enceintes arrivées à terme de se trouver à quelques pas des services gynécologiques. Ceci contribue à la réduction de «deuxième retard».

Les partogrammes, qui font partie du cahier d'accouchement des sages-femmes et maïeuticiens, ont un taux d'utilisation à l'accouchement qui semble élevé (81% selon les statistiques sanitaires 2014). Mais, il semble qu'il y ait des erreurs dans leur utilisation, comme indiqué par des interlocuteurs à propos des zones où le Financement Basé sur les Résultats (FBR) est en place. Par ailleurs, on manque de moyens d'évacuation, sans compter le fait que l'on ne dispose pas d'assez de personnel pour assurer une médicalisation de cette évacuation, et donc la stabilisation des femmes qui le nécessiteraient. Ceci pose évidemment de sérieux problèmes en cas complications graves comme l'hémorragie post-partum, première cause spécifique identifiée de mortalité en couches. Or, on manque aussi de produits sanguins et de kits d'accouchement. Ces derniers sont en général constitués sur place et payés par les parturientes malgré le subventionnement des prestations de SR. Tout ceci limite fortement la capacité du système de santé à sauver des femmes qui accouchent dans des conditions périlleuses. Certains équipements livrés sont peu ou pas utilisés, comme vu au CHR de Kaya par exemple, où une couveuse est confinée au magasin de la pharmacie, sans usage, du fait que le CHR ne dispose pas de service de néonatalogie. Au CHU Souro Sanou (CHUSS) de Bobo Dioulasso, des équipements livrés sont rapidement devenus inopérants. Dans ce CHU, de plus, et indépendamment de l'appui de l'UNFPA, le bloc opératoire principal, qui comporte quatre salles d'opération, a été en grande partie inopérant en 2014 en raison de manque d'équipements opérationnels. Enfin, on note que la subvention des SONU n'est pas systématiquement appliquée par les formations sanitaires, comme vu au CHUSS. Et si elle l'est, les patientes doivent toujours s'acquitter de dépenses importantes pour les éléments du kit d'accouchement, pour des examens (faits à l'extérieur) et pour les médicaments.

Les audits de décès maternels et néonataux se développent, mais pas partout, et pas de façon systématique non plus. La question est peut-être financière (comme cela semblait être le cas au CHR de Tenkodogo voire au CHUSS). L'information est également encore déficiente chez beaucoup de femmes, par exemple concernant l'allaitement (on croit encore que le colostrum n'est pas du lait et nombre d'enfants sont laissés sans nourriture pendant deux ou trois jours après l'accouchement) ou même à propos de la protection thermique (on n'envisage pas que le nouveau-né puisse prendre froid). Par ailleurs, les personnels de santé et les patientes communiquent souvent avec difficulté (manque de sensibilité, de compréhension).

Comme la visite dans les Hauts-Bassins semble l'indiquer, il est souhaitable que le programme prenne davantage en compte les réalités de terrain, notamment l'écart très important entre les formations et les conditions effectives de travail des personnels de santé, et entre la préparation de ces mêmes personnels et les protocoles qu'ils appliquent et le terrain sociologique sur lequel ils sont appliqués (les croyances, les traditions, etc.) en plus des questions de prise en charge financière qui font en fait toujours obstacle à l'accès aux soins dans certains cas. On constate ainsi que beaucoup de femmes « s'évadent » des services²⁶, y compris de prise en charge en néonatalogie, indépendamment de l'avis médical. Il est très difficile aux personnels médicaux de communiquer avec les patientes sur ces questions du fait de leur impréparation à le faire. On a tendance plutôt à stigmatiser les femmes sur leur ignorance ou leurs croyances au lieu d'approcher cette question avec le tact et les outils de communication adéquats. Cette capacité n'a manifestement pas été développée parmi le personnel et elle mériterait de l'être.

Dans le domaine de la prise en charge des FO, on a vu au point précédent que le programme parvient à atteindre un nombre important de femmes, même si c'est moins que ce qui était espéré. Mais ce qui est important ici est que l'on fait cela en routine. Cependant, la prise en charge chirurgicale a tendance à se concentrer sur une formation sanitaire en particulier (CMA Schiphra), où le taux de réussite de l'opération a augmenté pour atteindre 90% (jusqu'à 95% pour les cas simples). La réinsertion sociale, appuyée par un réseau d'associations ou structures locales, devrait porter ses fruits. On cite le cas de femmes qui ont pu se marier et avoir de nouveau des enfants (cité au CMA Schiphra). Cependant, les effets de ces efforts de réinsertion socio-économique restent encore à évaluer de façon documentée et tangible.

R.2.2.3. Concernant la composante Genre et Droits Humains, l'existence de dispositif institutionnel d'intégration du genre (cellules pour la promotion du genre dans chaque ministère), d'une masse critique et de compétences genre relativement bien outillées sont des atouts importants, qui facilitent la transversalité du genre à tous les niveaux et dans les différents domaines d'intervention. Ce qui permet de rendre déjà visible les changements en cours.

Par ailleurs, même si les données statistiques disponibles restent assez partielles au niveau national, les principaux résultats du PC-MGF/E de 2010-2014 attestent néanmoins des changements en cours engrangés avec l'appui du programme. Il s'agit notamment :

- *De la connaissance de la loi réprimant les MGF/E par les communautés et de son application effective*

En octobre 2014, à la suite de l'appui technique de l'UNFPA, le Burkina Faso a reçu le prix « Future Policy Award » décerné par World Future Council en reconnaissance des progrès réalisés dans le pays en matière d'application de la loi réprimant les MGF/E. Le programme conjoint a contribué sur l'ensemble du territoire national à l'enregistrement de 128 dénonciations de

²⁶ C'est noté ainsi sur les dossiers médicaux.

cas d'excision et à la condamnation de 201 personnes dont 40 exciseuses et 161 complices de 2009 à 2014. 255 agents et acteurs de la chaîne judiciaire/pénale (Magistrats, policiers, Gendarmes), ainsi que des droits humains et de la santé ont été dotés de connaissances en vue de renforcer les mesures légales pour la protection des droits des femmes et des filles.

- *De l'engagement des communautés*

L'appui aux organisations ciblées pour la réalisation de campagnes de communication avec 15 radios communautaires travaillant en réseau pour des activités de plaidoyer/CCC sur les mariages précoces et les MGF/E : 2 734 dirigeants et parties prenantes communautaires (leaders associatifs, coutumiers, religieux, élus locaux /politiques et ex-exciseuses) se sont engagés officiellement à dire non à l'excision et à faire la promotion de l'éducation, l'intégration sociale et l'abandon des mutilations génitales féminines. Un suivi de ces engagements publics devrait permettre de s'assurer de l'effectivité et des effets aux termes de ces divers engagements. Mais, les résultats déjà obtenus en matière de déclarations publiques d'abandon des mariages forcés / précoces et les MBF / excisions (Est, Centre-Est et Sahel) peuvent laisser espérer une réduction de ces pratiques dans les populations où les leaders sont véritablement engagés.

- *De la documentation des bonnes pratiques dans le domaine de la lutte contre les Mariages, précoces, MGF/E*

La collecte continue des données sur les VEFF au niveau décentralisé permet de capitaliser les informations sur la question et d'alimenter en termes d'argumentaires les messages de plaidoyer et de sensibilisation pour l'abandon des pratiques. Un projet d'argumentaires religieux et traditionnels en faveur de la lutte contre les VBG est élaboré.

- *De la réparation des séquelles de l'excision*

226 agents de santé ont bénéficié de formations sur les techniques de réparation des séquelles de l'excision et 472 filles/femmes ont bénéficié de la réparation des séquelles de l'excision.

Question 2.3 : Dans quelle mesure les groupes de bénéficiaires visés par le Programme ont-ils été ou seront-ils atteints par les projets et activités entreprises et pourront-ils en tirer le parti espéré?

Globalement, les groupes cibles (personnels de santé, cadres des ministères, journalistes, femmes enceintes), et notamment les groupes vulnérables, tels que les adolescents, et particulièrement les jeunes filles, les femmes victimes de fistules obstétricales, les personnes en situation de détresse comme les réfugiés, les femmes qui ont recours à l'avortement, et les handicapés, sont touchés par le programme.

Selon les documents de programmation du 7^{ème} Programme, les groupes cibles étaient les suivants :

- femmes, hommes et jeunes (en matière de droits et d'accès aux services complets de SR y compris la PF)
- femmes enceintes / parturientes (même si les parturientes ne sont pas nommément citées - on évoque les conditions de l'accouchement et le post-partum – quoi qu'explicitement seulement dans le cadre du dépistage du VIH)
- personnes vivant avec un handicap (y compris les jeunes et adolescents handicapés),
- travailleurs du sexe, homme ayant des rapports avec d'autres hommes
- femmes victimes de fistules obstétricales
- femmes victimes de violences, y compris les MGF et les mariages précoces
- jeunes et adolescents

Et les groupes effectivement atteints sont :

- les hommes, femmes et jeunes en matière de sensibilisation aux droits et à l'accès aux soins de santé reproductive
- les handicapés (tous sexes et âges de la reproduction)
- les jeunes et adolescents en matière de SR
- les femmes victimes de fistules obstétricales
- les travailleurs du sexe, homme ayant des rapports avec d'autres hommes
- les femmes victimes de VBG, de mutilations génitales, de mariages précoces, de rapt
- les réfugiés / personnes en situation d'urgence
- les personnels de santé
- les leaders communautaires et religieux
- les journalistes
- les planificateurs du développement,
- les décideurs
- les chargés de programme et chefs de projet
- les utilisateurs de données statistiques, plus particulièrement sur les questions de démographie.

D'une façon générale, les stratégies du 7^{ème} Programme permettent d'atteindre largement ses populations cibles, sur l'ensemble du territoire. Ceci est possible grâce au recours aux moyens de communication de masse (radio, télévision, journalistes formés par le programme) et aux activités qui passent par des acteurs de dimension nationale. Dans le cas de l'action via les associations à base communautaire, que ce soit pour les activités d'IEC/CCC comme pour la DBC, il est possible de travailler avec les relais communautaires, avec les représentants associatifs, les leaders communautaires, avec les personnels de santé des niveaux primaire et secondaire de la pyramide sanitaire, apportant ainsi de l'information, de la sensibilisation, du conseil et des services à la population burkinabé. L'évaluation des émissions radiophonique de PMC a montré que 74% des ménages enquêtés avaient écouté le feuilleton (de 38% dans la région du Centre où la télévision est un médium beaucoup plus présent) à 100% sur le Plateau Central et dans l'Est. De plus, 78% des personnes enquêtées dans les formations sanitaires ont déclaré avoir écouté l'émission.

Les femmes victimes de violence et les jeunes filles victimes de rapt sont atteintes grâce au projet soutenu par le FCG en partenariat avec l'Action sociale dans la région de l'Est et dont les résultats ont fait l'objet d'une nouvelle requête de financement pour consolider les acquis et étendre les actions.

Dans le domaine du produit 2, avec le système de mentorat en particulier, on permet à de jeunes recrues, fraîchement sorties de l'école de formation de recevoir un appui qui leur est assurément utile, ne serait-ce que psychologiquement. Ce dispositif a également l'avantage de valoriser les compétences et l'estime de soi des SF tutrices ou maïeuticiens tuteurs qui se voient confiés une responsabilité intéressante.

Dans le domaine de la FO, il est clair que le programme contribue très largement à la détection des cas, à leur PEC et aux réparations chirurgicales, dont le taux de succès est passé de 78% en 2012 à 90% en 2014.

Les handicapés et les populations clés sont une population prise en compte par le 7^{ème} Programme à travers l'appui au renforcement des capacités de leur structure.

Les problématiques spécifiques des réfugiés et celle des personnes victimes de crises humanitaires sont également prises en compte par le programme.

Les jeunes et adolescents, souvent insuffisamment pris en compte par les politiques publiques, sont également des bénéficiaires clairement identifiés et concernés par nombre d'actions prioritaires du programme, en matière de SSR, au travers du développement des capacités des centres jeunes, de la sensibilisation à travers les médias, le développement des compétences spécifiques des personnels de santé. Un certain nombre d'activités visant des groupes particuliers sont encore à l'état de pilote et n'ont pas atteint les volumes et la couverture qui était prévue dans le programme. C'est le cas, notamment, du recours au dispositif de l'Ecole des Maris (EdM), qui vise à augmenter la demande de services de santé de la reproduction de la part des femmes enceintes en passant par leurs maris pour lever les obstacles sociaux au développement de cette demande. Seuls 10 EdM ont pour le moment été créés sous l'impulsion du 7^{ème} Programme contre 40 comme initialement prévu pour la période d'intervention.

Question 2.4 : Le 7ème Programme produit-il des résultats inattendus (non prévus), positifs ou négatifs, et lesquels?

Il n'y a pas eu véritablement de résultats « inattendus », mais on peut citer des résultats qui, non spécifiquement prévus, sont à mettre au crédit du programme. Ceux-ci incluent :

- la création d'une Coordination Nationale des Associations de Lutte contre les Fistules Obstétricales (CONALFO) qui a résulté des efforts faits dans le cadre du produit 5 pour développer l'appui aux ONG et associations qui travaillent dans ce domaine ;
- La reprise des émissions de sensibilisation à la SR/PF (développés par PMC) par STV à Kaya. STV a informé PMC de la reprise de la diffusion. Des thèmes liés aux questions d'équité et de genre sont aussi repris dans ces émissions.

4.3. Analyse du critère d'Efficiace

Question 3.1 : Dans quelle mesure les ressources humaines, financières et administratives mobilisées dans le cadre du programme ont-elles été converties en résultats ?

Globalement, la programmation, avec les ressources financières correspondant aux activités planifiées dans les PTA et PTT, est souvent trop ambitieuse par rapport aux capacités réelles d'exécution des partenaires. Les taux d'exécution physique sont inférieurs à 75% dans l'ensemble. Ceci est dû à la fois au fait que trop d'activités sont programmées par certains acteurs, mais aussi au fait que les fonds pour les mener sont souvent très inférieurs à ceux envisagés dans les PTA et arrivent souvent tardivement, laissant peu de temps pour les dépenser. Malgré cela, les modalités de mise en œuvre du programme permettent un assez bon degré d'efficiace dans le rapport entre l'emploi des ressources et l'obtention des résultats obtenus, qui sont très nombreux dans tous les domaines. En particulier, elles permettent d'atteindre une couverture nationale des activités, comme prévu par le programme. Ceci permet notamment de renforcer et de valoriser les compétences et capacités nationales des organisations non-gouvernementales burkinabés et d'utiliser ces compétences pour atteindre les résultats escomptés. L'emploi d'un très grand nombre d'acteurs de terrain permet d'atteindre une vaste population à des coûts relativement modestes, pour une partie au moins des activités.

Population & Développement : En dépit des ressources modiques allouées à la composante P&D, le programme a enregistré des résultats probants en termes d'efficiace. Les manuels d'intégration, le document de politique de population et sa diffusion, l'implantation des unités IMIS dans les 13 régions, la constitution d'une expertise nationale en collecte et analyse de données, etc., sont des acquis importants, obtenus avec des moyens très modestes.

Santé de la Reproduction : En s'appuyant sur un grand nombre de modalités techniques et de financement, dont le PADS, les ONG et réseaux nationaux d'associations locales burkinabés, le 7^{ème} Programme parvient à couvrir l'ensemble du territoire, à atteindre avec un niveau élevé d'efficacité les populations cibles du programme, et à produire un nombre très élevé de résultats. Cependant, les fonds disponibles sont répartis sur un très grand nombre d'acteurs qui, en définitive, disposent de peu de moyens pour mener l'ensemble des actions prévues dans les PTA. De plus, les procédures de gestion amènent à la libération très tardive des fonds trimestriels, laissant peu de temps aux opérateurs pour mener à bien les activités dans de bonnes conditions. Des efforts ont été entrepris pour remédier à cette situation, mais avec peu d'effets. Les ONG ou OSC qui le peuvent préfinancent pour assurer une production en quantité et qualité suffisantes des résultats prévus.

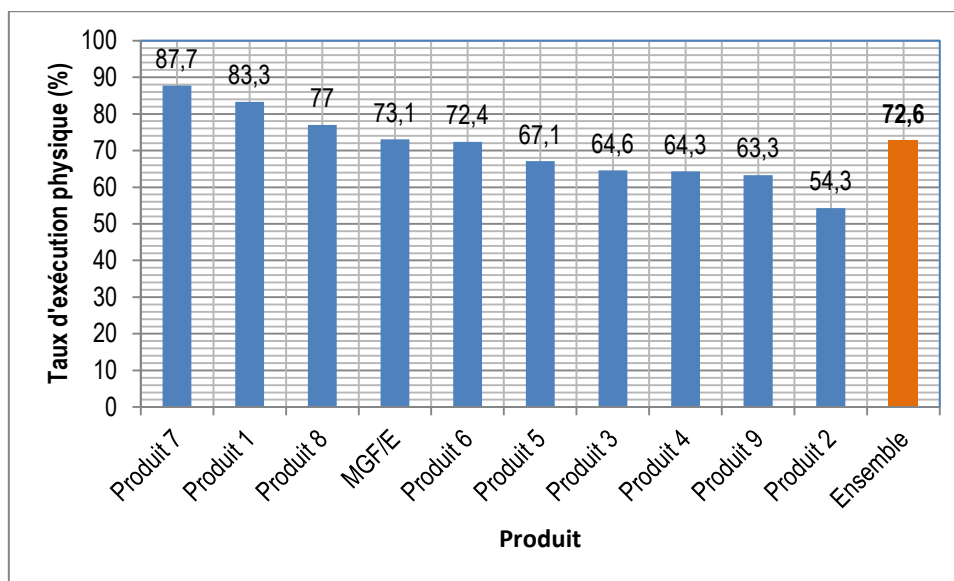
Le choix et le recrutement des partenaires d'exécution et de mise en œuvre ne suivent pas des procédures standardisées, en dehors de ceux recrutés pour la DBC via le PADS. Ceci réduit la capacité à retenir les meilleures solutions techniques aux coûts les plus compétitifs, alors que l'on manque de ressources pour certaines activités, notamment pour assurer l'extension de la couverture.

Genre et Droits Humains : L'adéquation entre résultats obtenus et ressources utilisées est positive. En dépit de la faible enveloppe budgétaire allouée à la Composante genre, un important travail a été réalisé par le 7^{ème} programme pour accompagner le MPFG dans la réalisation de ses missions à travers la contribution dans la mise en œuvre du PAO/PNG.

La stratégie du faire faire à travers la mise en place de relais d'agents de changements ou d'animateurs endogènes de même que l'appui aux OSC intervenant dans les zones ciblées pour la réalisation d'activités de prévention et prise en charge des victimes ont contribué à limiter les coûts de réalisation des activités tout en valorisant l'expertise interne des structures de mise en œuvre et en reconnaissant leur savoir-faire sur des thématiques bien appropriées (lutte contre les mariages forcés/précoces, le rapt des filles, les violences de genre en milieu scolaire ou en situation d'urgence, lutte contre les MGF/E).

L'UNFPA est actif dans un très grand nombre de domaines touchant directement à la santé sexuelle et de la reproduction et aux questions de genre (ces deux composantes se recoupant dans certains cas notamment au travers d'opérateurs travaillant sur les deux domaines). Ces interventions se font en partenariat avec un nombre considérable d'acteurs, directement et indirectement. Cette multiplication d'actions et d'acteurs influence la capacité des ressources à atteindre les résultats escomptés et leur gestion.

Le niveau de réalisation des activités n'excède pas 75% chaque année, d'après les données disponibles : 67,5% en 2011 ; 72,6% en 2014 – voir le détail par produits dans le graphique 4 pour l'année 2014.

Graphique 4 : Taux d'exécution physique du 7^{ème} programme par produit en 2014

Source : Rapport annuel 2014, UNFPA

Le problème provient, en partie, du fait que les PTA et les PTT, signés entre l'UNFPA et ses partenaires d'exécution, prévoient beaucoup plus d'activités et de ressources financières que ce que le programme peut réellement absorber. Les activités identifiées dans les PTA et PTT sont ensuite déclinées chez les opérateurs qui, à leur tour, planifient leurs activités. A ce niveau il n'est pas rare de trouver plusieurs dizaines d'activité planifiées par opérateur. Ceci est reconnu par les acteurs du programme. C'est également dû au fait que les ressources disponibles pour le programme ne sont finalement connues qu'assez tardivement au cours de l'année d'exécution. En effet, les montants disponibles en provenance des fonds thématiques de l'UNFPA, qui représentent l'essentiel du financement du 7^{ème} Programme (contrairement à ce qui était initialement prévu), ne sont connus que plusieurs mois après le début de l'année.

Les montants prévisionnels de dépenses sont donc très importants. En 2012, par exemple, les montants inscrits dans les PTA s'élevaient à 6,43 milliards de FCFA au total (environ 13 M USD), tandis que le montant prévisionnel pour l'année dans le PAPP n'était que de 1,73 milliards de FCFA (3,5 M USD). L'allocation n'a été qu'à peine la moitié (3,10 milliards FCFA ou 6,2 M USD) de ce qui était inscrit dans les PTA pour une dépense, in fine, de 2,75 milliards FCFA. Il n'y a pas un PTA global, ni par composante, mais des PTA par chef de file et par partenaire d'exécution principal. Des PTT sont ensuite élaborés chaque trimestre.

Les taux d'exécution financière indiqués dans les rapports sont élevés, mais ils ne tiennent compte au dénominateur que des montants finalement alloués, et non pas des montants effectivement prévus. Pour 2012, le taux d'exécution financière réel (montant dépensé rapporté au montant prévu dans les PTA), n'est en fait que de 48,2%.

R.3.1.1. Pour la composante P&D :

En vue d'atteindre les objectifs fixés avec moins de ressources, la composante P&D s'est focalisée sur un petit nombre de structures dont les interventions dans le domaine de population et développement pouvaient avoir des impacts à grande échelle, c'est-à-dire produire des effets multiplicateurs. Il s'agit notamment de certains ministères sectoriels, des organisations de la société civile, des directions régionales de la planification, etc.

En matière de mobilisation de ressources dans la composante P&D la situation est très mitigée. Le secteur n'attire pas beaucoup les bailleurs de fonds. L'insuffisance des ressources a été évoquée par la plupart des partenaires d'exécution de la composante P&D. Le programme devrait donc procéder à un ciblage stratégique des partenaires au développement sensibles aux données statistiques et aux politiques de population, et aussi appuyer le plaidoyer pour une plus grande mobilisation de ressources en faveur des politiques de population, y compris selon des stratégies nouvelles, afin qu'elles aient un impact réel sur la dynamique de la population (fécondité, mortalité, migration).

Dans une perspective de bonne gouvernance, le programme est passé d'une logique de moyens à une logique de résultats. Il a pris soin de s'assurer que tous les éléments et secteurs d'activités soient bien pris en compte dans le budget alloué à la composante P&D. Dans la mesure où, en matière budgétaire, la demande est toujours supérieure aux disponibilités, les priorités et choix budgétaires ont été déterminés de façon réaliste.

Au cours des trois premières années de sa mise œuvre, le programme a connu des retards dans l'exécution des activités : les rapports d'activités étaient souvent élaborés et déposés avec des retards significatifs. Ceci entraînait des décalages importants entre les différents plannings annuels établis et les délais de réalisation réels des activités. Certains partenaires

d'exécution ont expliqué que les retards résultaient de la modicité du budget alloué à la composante P&D, de la justification tardive des fonds reçus par les partenaires de mise en œuvre, du nombre très élevé de pièces justificatives non conformes aux règles de gestion financière, et de la longueur des procédures pour le décaissement des fonds.

Beaucoup d'efforts ont été consentis en 2014 pour combler ces retards. Certaines cibles ont ainsi été atteintes à 100 % et même plus avant la fin de ce programme. On peut citer, entre autres : l'élaboration et la révision des cinq (05) politiques nationales qui intègrent les questions de population, le nombre de cadres formés en collecte, traitement, diffusion des données des recensements et autres données statistiques y inclus dans les situations d'urgences humanitaires.

En termes de ressources humaines, même si la plupart des partenaires d'exécution nécessitent des formations appropriées, l'évaluation a constaté que les principaux responsables sont des professionnels en population et développement dotés d'une qualification appropriée en matière d'intégration des variables démographiques et sociales dans la planification du développement, ou de collecte, de traitement et analyse de données, ce qui rend le programme encore plus efficient. La connaissance, le savoir-faire et les compétences et les qualifications du personnel travaillant dans le cadre de cette composante ont largement contribué à l'efficience et à la performance du programme. Car c'est avec leur appui multiforme que les services ont été initiés et rendus, que les activités ont été conçues et réalisées, et que les ajustements nécessaires ont été effectués en cas de besoin.

R.3.1.2. Pour la composante SSR

3.1.2.1. Des modalités techniques qui permettent un accès efficace aux populations cibles

Une caractéristique importante du programme, et un axe majeur de sa méthodologie de mise en œuvre, est le développement de partenariats. Il s'est d'ailleurs doté d'une stratégie spécifique que l'on retrouve tant dans sa composante SR que Genre. Des partenariats ont aussi été mis en œuvre avec les organisations de la société civile nationales (FEBAH, RELECORE, Mwangaza Action, le RAJS, l'ABBEF, PAMAC) qui travaillent elles-mêmes avec de très nombreuses associations locales, et avec des ONG internationales (Marie Stopes International, Plan, FCI, etc.) qui ont une expérience diverse, comparative, et une bonne organisation. Ceci permet de disposer d'une palette d'acteurs aux compétences diverses et complémentaires, qui donne la possibilité d'expérimenter diverses solutions, de couvrir un grand territoire (par exemple Plan Burkina intervient dans au moins 8 provinces) et d'aborder des sujets sur lesquels elles ont une compétence avérée, par leur connaissance du contexte local et/ou par leur capacité technique. Sur le plan national, l'ABBEF, fédératrice de très nombreux acteurs locaux, a une expérience avérée et une activité diversifiée dans le domaine de la santé de la reproduction. Elle possède une équipe mobile (avec l'appui du Programme notamment), six cliniques et des centres pour les femmes et les jeunes, emploie des pairs éducateurs, fait de la Distribution à Base Communautaire (DBC) de contraceptifs, est active dans le plaidoyer et fait de la recherche-action. Un organisme international reconnu, comme MSI, par exemple, complète bien ce que des OSC nationales peuvent faire. MSI est une organisation à grande surface d'intervention internationale, qui connaît bien les problématiques de la prise en charge des femmes en couche, mais aussi les problématiques liées à l'avortement, et fournit des services à des populations difficiles d'accès ou dans des contextes compliqués, dans de très nombreux pays.

En matière de communication, le recours aux médias modernes, très populaires au Burkina Faso comme la radio (premier média) et la télévision, qui touchent de larges populations est un élément clé du programme. Ces médias permettent de communiquer de différentes façons, sur différentes thématiques et dans les langues locales autant qu'en français, puisque les programmes diffusés ont été traduits dans les langues les plus parlées au Burkina Faso (mooré, dioula, fulfuldé).

Les objectifs de plaidoyer, de sensibilisation, d'information et de communication pour le changement (IEC/CCC) sont aussi atteints par d'autres canaux, y compris par le divertissement. Ceci inclut notamment le théâtre participatif employé par les ONG/OSC. Ces moyens de communication touchent notamment les populations jeunes et les femmes au foyer. En revanche, les outils des réseaux électroniques sont peu utilisés. Il est noté à ce propos que « à ce jour le pays enregistre un taux de pénétration d'internet de 1,1% ce qui reste faible par rapport au niveau africain estimé à 5,3% ». On note malgré tout « une croissance du nombre d'utilisateurs des réseaux sociaux dans le pays, surtout au niveau des jeunes ». L'accent est donc mis, dans ce domaine, sur le développement de la page électronique de l'UNFPA. Cependant on peut douter qu'elle constitue véritablement une source d'information pour un public jeune davantage tourné vers les réseaux sociaux et les sites de divertissement, de partage de vidéos, etc.

Les boîtes à image constituent certes un outil commode de sensibilisation et de mobilisation sociale mais il apparaît que celles utilisées sont incomplètes et moins adaptées au contexte actuel. Il faudrait adapter ces outils, notamment à l'aide de photos (il existe aussi une boîte à image qui les utilise), et les compléter à l'aide de films et autres moyens didactiques de sensibilisation collective ou ciblée.

Le théâtre forum (participatif) semble donner de bons résultats d'après les études disponibles. Il y est fait opportunément recours assez largement par plusieurs partenaires du programme, permettant, là aussi, de toucher un nombre important de personnes de façon divertissante et interactive.

Dans le domaine de la communication, des messages transmis (ou de la façon dont ils sont reçus), il y a des domaines où l'efficacité ne paraît pas tout à fait assurée. C'est le cas notamment de la formation des jeunes aux questions de la SR, comme vu avec l'ONG IPC et leur partenaire ARF à Tenkodogo. La douzaine de jeunes filles interviewées semblaient n'avoir retiré de leur formation que des messages de comportement vis-à-vis de la figure de l'adulte (respect, écoute) et de leur façon de s'asseoir (« pour ne pas montrer nos parties génitales »)... Ceci peut être le résultat de l'usage inadéquat des supports de communication ou bien de biais introduits par les communicateurs. L'évaluation n'a pu le vérifier, mais ceci mériterait une analyse spécifique de la part du programme.

De même, l'emploi de la technique de l'École des Maris demanderait à être suivi de près. En effet, la visite de l'EdM de Rumba a noté que les personnes venant aux causeries éducatives organisées par les « maris modèles » sont surtout les femmes (voir Annexe 7). Or, les hommes sont aussi visés par cette stratégie, sachant l'influence prépondérante qu'ils ont dans les décisions concernant les questions de santé et du nombre d'enfants.

3.1.2.2. Les modalités de financement et de mise en œuvre du programme au travers d'un ensemble de partenariats avec des opérateurs qui ont beaucoup de relais auprès de la population et une couverture nationale assurent, en principe, que les fonds disponibles sont dépensés à des activités qui touchent directement les personnes ciblées par le 7^{ème} Programme. C'est le cas avec des réseaux d'association ou opérateurs nationaux comme l'ABBEF, l'IPC, le PAMAC, RELECORE ou la FEBAH. Ces opérateurs nationaux travaillent, de plus, avec une kyrielle d'associations locales. Par exemple, le PAMAC travaille avec environ 550 structures locales (dont 200 directement et 350 indirectement). Ces entités ont une surface financière relativement importante, grâce à un grand nombre de partenaires techniques et financiers. Ceci leur permet de disposer de structures de gestion capables de prendre en charge d'importants financements directement, et de préfinancer, si besoin est, lorsque des fonds promis tardent à arriver.

Le recours à des mécanismes de financement nationaux, sectoriels, est un autre des moyens permettant au programme une couverture nationale et la contribution aux impacts visés tant par les cadres politiques internationaux et nationaux que par les produits du PAPP. C'est le cas avec le PADS et le FCG. Ainsi, le recours au PADS, mécanisme de financement du secteur de la santé établi sous forme de programme depuis 2005, et bien rodé, permet d'atteindre un très grand nombre d'acteurs sur l'ensemble du territoire. Dans le domaine de la DBC, selon le PADS, ce sont 143 associations et acteurs locaux qui ont bénéficié de financements, au travers de 19 ONG, pour un montant moyen de 4,6 millions de FCFA (environ 9.300 USD), en 2013. Ce sont des sommes donc relativement faibles qui sont mises à disposition des opérateurs locaux, mais avec lesquelles il est possible de produire certains résultats en raison de la faiblesse des coûts d'opération à leur niveau. Aussi, si l'on assure un bon niveau de couverture, cette couverture est donc étirée et fine. Or, pour produire un effet et exercer une influence, il faut des moyens relativement importants, en tout cas dans un contexte où de nombreux acteurs opèrent. De leur côté, les opérateurs, qui ont plusieurs bailleurs, présentent souvent l'ensemble de leur plan d'action à chacun d'eux, ou bien un plan d'action trop ambitieux. La remarque en a été faite à plusieurs reprises auprès des opérateurs afin qu'ils concentrent leurs plans d'action sur les seules activités pouvant être prises en charge par le programme. Il s'est avéré, au cours des entretiens, que les partenaires du Programme ne se comprennent pas toujours bien sur ces questions.

A ces mécanismes de financement il faudrait ajouter le recours au système mondial d'approvisionnement de l'UNFPA qui fournit directement la CAMEG en produits contraceptifs, lesquels, selon les sources nationales, représentent 60% des dépenses de produits de la PF au Burkina Faso.

3.1.2.3. En termes de coût-efficacité de l'emploi des ressources, le très grand nombre d'activités planifiées, qui limite les fonds disponibles pour chacune d'entre elles, oblige à des arbitrages et à des ajustements et limite de facto l'ampleur ou la profondeur des activités menées. En dépit de cela, le volume de production des résultats demeure impressionnant. C'est particulièrement le cas des formations qui ont concerné des centaines de professionnels de santé, d'animateurs et de superviseurs des ONG/OSC impliquées dans les activités d'IEC/CCC et de DBC, etc. Il en résulte une augmentation patente des capacités, au moins en termes de capital humain à l'échelle nationale. Néanmoins, ces résultats pourraient parfois être plus consistants, plus nombreux et, ou, de meilleure qualité si la libération des fonds se faisait plus à temps.

Enfin, des questions se posent concernant le choix des intervenants. En effet, si les partenaires de mise en œuvre semblent pertinents au regard des domaines d'intervention, au moins d'un point de vue technique ou de couverture, par contre, leur sélection n'emploie pas des critères préétablis et harmonisés pour tous, en dehors des partenaires recrutés pour la mise en œuvre de la DBC qui ont été identifiés au travers des procédures du PADS. Ceci diffère de ce qui est en général en vigueur dans un programme de développement financé par un bailleur extérieur. Il est donc difficile de dire si l'on a sélectionné forcément les meilleurs partenaires possibles, ou si l'on a adopté la meilleure disposition ou organisation possible. On crée des partenariats sur la base des opportunités qui se présentent. Un CP parle de choix « implicite », un autre de choix « naturel », autrement dit le choix se fait sur des bases empiriques et non standardisées. On peut donner l'exemple du projet radiophonique avec Population Media Center (PMC). Il a coûté 1,6 M\$ (voir tableau 9), soit 3,8% du budget total du programme, pour une activité étalée sur 2 ans environ. PMC semble certes disposer d'une expérience intéressante dans son domaine et la modalité retenue était assurément intéressante (156 épisodes de 15 minutes chacun en langues mooré et autant en langue dioula). Mais, PMC n'avait jamais travaillé au Burkina Faso auparavant, et, d'autre part, un autre partenaire,

RAJS, indique que depuis trois ans des propositions sont faites au UNFPA pour développer des sketches radiophoniques de 15 mn à destination des adolescents et des jeunes et qu'ils n'ont reçu jusqu'à présent aucun retour positif. Deux questions au moins peuvent être posées à l'aune de cet exemple : a) la méthode proposée était-elle la plus appropriée dans le contexte burkinabé et pour l'objectif donné (la technique utilisée provient du Mexique) ? b) a-t-on obtenu le meilleur rapport de coût-efficacité du choix effectué (n'aurait-on pu obtenir le même résultat avec un partenariat moins coûteux) ? Une question subsidiaire à cette seconde question est, en outre : N'aurait-on pas pu dégager des fonds importants (au regard du budget attribué à PMC) et les rendre disponibles pour d'autres opérateurs qui ont dû, comme indiqué par certains interlocuteurs (comme Plan Burkina par exemple), réduire la couverture de leur action ou supprimer des activités par manque de fonds ?

R.3.1.3. Pour la composante Genre

La composante Genre ne compte que pour 5% des dépenses du programme. Malgré de faibles moyens financiers, cet appui a néanmoins permis au programme de renforcer les capacités techniques de certains acteurs gouvernementaux et de la société civile impliqués dans la mise en œuvre de la PNG, de financer l'achat d'équipements, de mener des plaidoyers et des actions de sensibilisation sur les violences basées sur le genre et la lutte contre les MGF/E, d'assurer la prise en charge de quelques victimes de violences de genre et de réaliser des études et modules d'enseignement du genre au niveau universitaire. Sur les montants alloués pour l'exécution des PTA de la composante Genre, au moins 60% sont retenus pour la gestion/ coordination de l'UNFPA et des partenaires. Ce qui reste est réparti entre les partenaires qui exécutent les activités sur le terrain selon leur capacité d'absorption, la nature et le nombre des activités, etc. En réalité, le montant alloué à chaque organisation est relativement bas et varie entre un à dix millions FCFA par an et par structure.

Les résultats obtenus au niveau de la Composante Genre justifiaient bien les ressources investies. Les ressources ne sont certes pas suffisantes, mais celles qui sont disponibles ont été utilisées de manière rationnelle, suivant les règles de gestion en vigueur sous le contrôle du chef de file, SP/CONAPGenre et de la DGCOOP.

Par ailleurs, la Composante Genre a fait l'objet de partenariats pertinents avec certaines agences du SNU (UNICEF/ PNUD). La mise en œuvre des deux programmes conjoints, dont celui sur les VEEF très récent (fin 2014) a contribué à développer une synergie d'action et un partage des rôles et des responsabilités entre acteurs. En développant sur le terrain une approche multi acteurs et un ancrage institutionnel au niveau régional et décentralisé avec les services techniques dédiés (action sociale, police, gendarmerie, commune, promotion de la femme et du genre, santé, économie et planification, etc.), une certaine durabilité des interventions est alors garantie grâce à un meilleur suivi et un rendu des progrès sur le terrain.

Question 3.2 : Les modalités de la gestion du programme sont-elles adaptées aux besoins de sa mise en œuvre ?

Constats principaux :

Le 7^{ème} Programme applique des procédures de gestion qui associent les procédures de l'Etat et celles de l'UNFPA, comme la trimestrialisation des procédures de planification et de mises à disposition des fonds pour l'exécution des activités prévues dans les PTA et les PTT. Il en résulte un dispositif qui remplit certes une fonction indispensable de contrôle, mais qui est lourd et lent, pyramidal. Les délais de mise à disposition des fonds, souvent moindres que prévus, sont parfois très longs, laissant peu de temps aux partenaires d'exécution pour mettre en œuvre leur PTT. Mais des efforts ont été engagés pour réduire les délais d'élaboration et d'entérinement des programmes de travail.

L'UNFPA et ses partenaires disposent de personnels compétents qui s'efforcent d'entretenir des relations constructives. Mais le temps et les ressources consacrées aux procédures administratives restreignent la capacité des chargés de programme à s'impliquer davantage sur le terrain pour assurer le suivi du programme.

On est en présence d'une organisation pyramidale où les CP travaillent avec les Chefs de File, qui travaillent avec les opérateurs ou sous-traitants (avec plusieurs niveaux de sous-traitance en fonction des niveaux de capacité de gestion / type de gestion financière régie directe ou indirecte). Les appuis / supervisions formatives, sont plutôt rares, manquent de moyens.

PTA : d'importants délais d'élaboration et d'approbation

La planification des activités est faite de manière participative avec la partie nationale, à travers la DGEP, la DGCOOP et les chefs de file, en association avec les Partenaires d'Exécution, « porteurs de PTA ». Cependant, une fois les PTA établis, une revue d'arbitrage est effectuée qui réunit le Bureau Pays et chaque chef de file. Les PE ne sont pas directement associés à ces arbitrages et sont ultérieurement informés des éventuelles coupes effectuées dans les plans et budgets. Ceci peut créer une certaine incompréhension chez certains d'entre eux, d'autant que ces coupes peuvent être sévères. De plus, il y a souvent des réductions ou annulations en cours d'exercice, et les fonds finalement alloués sont souvent plus faibles qu'initialement prévu. L'information sur les montants annuels finalement disponibles ne parvient parfois qu'au cours du second semestre. Ceci est dû, notamment, au fait que l'information concernant les fonds thématiques parvient tardivement, alors qu'ils représentent une part très importante du financement du Programme. Par ailleurs, les apports issus des fonds réguliers de l'UNFPA ne sont pas toujours au rendez-vous. Pour 2015 les choses ne devraient guère s'arranger puisque ce budget a été réduit de moitié.

La plupart des PE et partenaires de mise en œuvre rencontrés, tant au niveau central qu'en périphérie, ont déploré la signature tardive des PTA et un recadrage fréquent des activités et des budgets pour arriver à « entrer dans les budgets disponibles ». Le délai d'élaboration des PTA est parfois mis en cause. Il faut tout de même signaler que les délais de signature des PTA ont été réduits depuis le démarrage du 7^{ème} Programme et que de nouvelles mesures ont été prises pour accélérer encore le processus de leur élaboration et de leur entérinement.

Une planification qui associe insuffisamment certains acteurs

Il est ressorti des discussions avec les partenaires d'exécution que l'UNFPA développe son exercice de programmation opérationnelle sans véritable participation des responsables régionaux, comme cela a été signalé par les DREP, par ailleurs peu impliquées dans la mise en œuvre et le suivi du 7^{ème} Programme. Le résultat en est une intervention qui s'impose aux planificateurs des régions.

Une chaîne de gestion financière lourde et lente

Les lourdeurs administratives et les difficultés de respects des délais et de présentation des justificatifs admis pour éviter des retours des pièces et souvent même de ressources non utilisées à temps rendent parfois difficile la production des résultats attendus. Le fait d'établir des Plans de Travail Trimestriels et d'avoir des décaissements également trimestriels (qui ne peuvent intervenir que lorsqu'on a pu justifier d'au moins 80% de dépenses sur le décaissement précédent), rend parfois difficile l'exécution des plans de travail. Les fonds ne parvenant souvent qu'au cours du deuxième mois du trimestre, les exécutants ont peu de temps pour agir. Les opérateurs les moins expérimentés ou qui se situent en bout de chaîne et ne sont pas PE, reçoivent les fonds très tardivement. Par ailleurs, ils ont tendance à planifier trop d'activités dans leurs PTA et PTT. La plupart des acteurs interrogés souhaitent un système plus souple. Malgré tout, des efforts sont en cours, et les revues semestrielles et annuelles sont vécues comme des moments forts appréciés par l'ensemble des acteurs pour s'approprier davantage le programme et valoriser mieux l'expertise commune et/ou propre à chaque structure partenaire. L'absence d'une véritable stratégie institutionnelle de simplification de procédures

L'évaluation a constaté que face aux lourdeurs administratives, les personnes rencontrées semblaient ne pas avoir de solution et donnaient l'impression d'être devant un obstacle difficilement contournable. Ceci semble d'ailleurs une constante parmi les agences du SNU qui ont confirmé que leurs procédures sont également très lourdes. Mais, elles trouvent leur justification dans la nécessité légitime d'un contrôle financier et ont souvent été conçues pour « éviter les dérapages constatés dans la gestion de certains programmes ». Les procédures de l'UNFPA s'ajoutent à la multiplicité des formalités exigées par l'administration publique. Ces formalités émanent souvent de différentes institutions, c'est pourquoi leur bonne coordination peut aider à alléger de nombreuses lourdeurs administratives constatées.

Une compréhension insuffisante entre partenaires

Il existe parfois des incompréhensions entre les services de l'Etat et les OSC ou associations locales impliquées dans le programme. L'Etat est soucieux d'une bonne utilisation de ces ressources fournies, tandis que les OSC indexent la capacité de faire avancer les choses au niveau des administrations publiques. Ce sont des préoccupations classiques rencontrées dans le cadre du partenariat public-privé. Néanmoins, le fait que le programme ait mis l'accent sur ce type de partenariat est un pari sur le fait que des collaborations peuvent effectivement être établies, que la compréhension et la complémentarité peuvent être développées, car les uns et les autres opèrent de façon très différente. Grâce à ces collaborations, des populations auxquelles il était, autrefois, difficile d'accéder bénéficient des prestations appuyées par le programme, et de façon souvent innovante.

Des chargés de programme de qualité et impliqués, mais assez éloignés du terrain

Il est également important de noter la qualité de l'expertise des personnels chargés du pilotage et du suivi du programme au sein même du Bureau Pays. Les personnels sont souvent d'anciens cadres de la fonction publique, et ont exercé des responsabilités, y compris opérationnelles, au sein de structures clé du système. Globalement les Chargés de Programme (CP) ont un bon contact avec les Partenaires d'Exécution et les chefs de file. Les personnels du Bureau participent en outre aux commissions thématiques et comités de pilotage sectoriels et sous-sectoriels. Dans le domaine de la santé, le Bureau est représenté dans l'ensemble des commissions thématiques (financement ; ressources humaines ; gouvernance ; prestations ; informations sanitaires ; infrastructures, équipements et produits de la santé) de suivi du PNDS.

4.4. Analyse du critère de Pérennité

Question 4.1 : Dans quelle mesure les effets des activités appuyées par l'UNFPA Burkina Faso sont-ils susceptibles de durer après la fin des interventions ?

Le développement des compétences, et notamment du capital humain, et le développement d'outils et de dispositifs de soutien des actions menées, sont des garanties de permanence d'un ensemble d'acquis du programme. Globalement, les activités du Programme s'inscrivent dans la SCADD, cadre de référence nationale, ce qui est un gage d'appropriation par les autorités nationales. Cependant, la faiblesse des financements publics et la rotation importante du personnel, notamment du personnel ayant bénéficié des formations du programme, sont des facteurs limitatifs importants de la pérennité des résultats obtenus par le programme.

Dans le domaine de P&D, le 7^{ème} programme a développé des facteurs de durabilité au cours de sa mise en œuvre : la participation, l'implication et la prise en charge du programme par les parties prenantes ; l'environnement politique ; la sensibilisation et la formation ; l'engagement des autorités politiques, administratives, traditionnelles, religieuses et de la société civile. A cela, il faut ajouter l'appropriation nationale et le renforcement des capacités nationales. Mais cette durabilité reste encore fragile du fait de sa relative dépendance de l'aide extérieure.

Dans le domaine de la SSR, le développement du capital humain, gage de pérennité des actions engagées, est un trait majeur de l'intervention du 7^{ème} programme. De même, les systèmes de tutorat ou de supervision active établis avec l'appui du programme, comme dans le cas des SF ou de l'audit des décès maternels et néo-natals, valorisent la tâche des personnes qui en sont chargées autant qu'il assure le maintien d'une qualité des soins. Le développement de toute une chaîne de prise en charge, et en routine, des femmes victimes de fistules obstétricales, et son intégration dans les systèmes déjà en place, est un facteur positif de pérennité de cette PEC. Mais la chaîne de prise en charge en routine repose encore sur d'acteurs et manque cruellement de financement. Dans le cas de la Planification Familiale, le financement par l'UNFPA de l'acquisition des produits de la SR, et notamment des contraceptifs, demeure un apport essentiel, en dépit des efforts consentis par l'Etat qui rappellent son engagement dans ce domaine. Globalement, les activités appuyées par le programme s'inscrivent dans le cadre du PNDS 2011-2020, gage de leur appropriation par les autorités nationales.

Genre et Droits Humains, le programme a mis à la disposition du gouvernement et développé un nombre important de stratégies et d'outils utiles afin de faciliter la prise en compte de la dimension genre dans les politiques et programmes nationaux de développement. L'existence de politiques sectorielles genre sensibles, de personnes ressources et de modules genre pour introduire l'enseignement de l'approche genre à l'Université de Ouagadougou sont des facteurs de durabilité.

Pour les violences basées sur le genre et la promotion des droits des filles et des femmes, on note l'existence au sein des communautés touchées par le programme de relais ou d'agents de changement capables de poursuivre les actions de CCC. L'application effective de la loi en matière de lutte contre les MGF/E contribue à dissuader les auteurs et à réduire la pratique.

R.4.1.1. Pour ce qui concerne la composante P&D :

L'évaluation de la durabilité du programme dans sa composante P&D s'est basée sur les éléments suivants : (i) renforcement des capacités nationales ; (ii) implication des partenaires nationaux dans la conception et la mise en œuvre des politiques et programmes ; (iii) prise en main du programme par le gouvernement.

4.1.1.1. Le renforcement des capacités nationales

Le 7^{ème} programme s'inscrit dans la perspective de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD), en accordant une attention spéciale à la formation et au renforcement des capacités nationales en matière d'élaboration, de mise en œuvre, de suivi des politiques de population, de la prise en compte des facteurs démographiques et sociaux dans la planification du développement, de la collecte, du traitement et de l'analyse de données. A cet égard, **les cadres nationaux ont acquis un savoir-faire** dans ces différents aspects, si bien que le recours à l'expertise extérieure devient de plus en plus rare. L'appropriation par les nationaux de tous les outils de collecte, de traitement et d'analyse de données a commencé à mettre fin à une assistance technique étrangère qui a longtemps dominé la recherche démographique, économique et sociale au Burkina Faso.

En outre, les bénéficiaires dans leur majorité, ont mentionné que les connaissances acquises, à travers les multiples formations reçues en population et développement ont permis d'améliorer leur performance individuelle et par ricochet celle de leur institution et que cette action est en train de s'installer dans la durée. Pour consolider cette durabilité, Ils ont émis un certain nombre de suggestions telles que : la pérennisation du Programme, la poursuite de la formation et du recyclage en population et développement, la création d'un mécanisme de pérennisation des résultats les plus probants, etc.

Les bénéficiaires ont aussi souhaité que le renforcement des capacités en population et développement se poursuive afin de bâtir une expertise locale forte et capable de prendre en charge à terme les besoins de formation en intégration des questions de population, de collecte et d'analyse de données.

4.1.1.2. L'implication des partenaires nationaux dans la conception et la mise en œuvre des politiques et programmes

L'évaluation a aussi constaté qu'outre le renforcement des capacités nationales, l'implication des parties prenantes dans la conception et la mise en œuvre du programme, leur détermination à continuer d'appuyer ou d'exécuter les activités, ou même de reproduire les mêmes activités dans d'autres régions, et la prise en main du programme par le gouvernement lui-même, sont autant de facteurs de durabilité, cités par toutes les personnes interrogées.

La notion de durabilité doit être située dans le contexte général de l'Afrique. Pendant longtemps les programmes de développement ont agi en fonction d'un modèle conventionnel de transfert de technologie et de connaissances dans lequel ils se posaient en pourvoyeurs de connaissances aux populations (Scoones in Guèye; 1999). Les populations, à force de voir leur cadre de référence et leurs savoirs et savoir-faire étouffés, ont fini par adopter quelquefois une attitude d'auto-dévalorisation qui s'est traduite par ce qu'il était convenu d'appeler « une mentalité d'assistés ». L'UNFPA a adopté une approche contraire en impliquant les partenaires nationaux à toutes les étapes de développement des programmes qu'il appuie au Burkina Faso. En effet, une plus grande implication des partenaires nationaux à la définition des problèmes nationaux, à l'identification des solutions et à leur mise en œuvre, contribue à donner plus d'efficacité et de durabilité aux programmes qui en découlent.

4.1.1.3. La prise en main du programme par le gouvernement

La contribution financière du gouvernement (contrepartie nationale) aux activités du programme, la création au sein des ministères sectoriels des directions générales de statistiques, s'inscrivent également dans la durabilité, même si le programme reste relativement dépendant de l'aide extérieure comme en matière de recensement général de la population ou d'autres opérations de collecte d'envergure nationale.

Le gouvernement appuie lui-même l'implantation du programme dans tout le territoire national. Il a mis en place des structures qui assurent la coordination générale du programme, le suivi et l'évaluation, et parfois fournit du personnel en cas de besoin. La présence de l'Etat à toutes les étapes du cycle de ce programme, est un facteur déterminant de la durabilité qui en découle.

Mais l'évaluation a pu aussi constater que dans beaucoup de cas observés, le succès de la durabilité dépend aussi souvent de personnes clés (chef de file des produits, responsables d'ONG, Directeurs régionaux de la planification, etc.); leur départ peut compromettre la survie des acquis du programme. Ou encore, la motivation des intervenants et le travail bénévole de certaines parties prenantes sont des facteurs importants dont la continuité après le retrait de l'assistance externe n'est pas assurée.

Au total, les conditions requises pour une appropriation effective du programme ne sont pas totalement réunies en population et développement, en particulier l'insuffisance en ressources humaines qualifiées, l'implication insuffisante des responsables au niveau des directions régionales de planification et la faible implication des bénéficiaires. L'assistance technique nationale (consultants nationaux) a porté son fruit à court terme mais pose des problèmes de pérennité par manque de transfert de compétences. Enfin, une bonne partie des activités en lien avec cette composante reste supportée par les financements extérieurs, même si le Gouvernement contribue financièrement à un certain niveau et offre les ressources humaines et l'infrastructure nécessaire.

R.4.1.2. En matière de SR :

Des centaines de personnels de santé, d'animateurs et de relais communautaires ont été formés entre 2011 et 2014 par le programme, par exemple, aux SONU de Base et Complets, à la CPN recentrée, à l'intégration des problématiques de la SR (et de la SRAJ pour ce qui concerne les plus jeunes) dans les activités liées au VIH/SIDA, au handicap, à la promotion de la santé au plus près des populations, à la PEC des personnes en situation d'urgence humanitaire, la PEC des fistules obstétricales, etc. Par ailleurs, des systèmes de tutorat, pour les Sages-Femmes et pour les audits de décès maternels et néonataux avec l'appui de la SOGOB ont été mis en place. Le développement de ce capital humain est en principe gage de pérennité. Les connaissances acquises et entretenues doivent mener à des interventions plus qualitatives de la part des personnes formées. De même la diffusion de l'information et de la connaissance auprès des responsables locaux, chefs religieux ou coutumiers, permet d'assurer que les messages seront portés par les personnes vers qui la population se tourne, en principe, pour trouver un appui social, spirituel, et qui sera donc un appui mieux informé en matière de SR. Par ailleurs, il convient de rappeler que les activités appuyées par le Programme s'inscrivent correctement dans le cadre national de développement du secteur de la santé, ce qui est un gage de leur appropriation par les autorités nationales. Cependant, la forte mobilité des personnels constitue un facteur limitatif des effets de long terme du développement de ces capacités. A cela, il faut ajouter la grande dépendance financière de l'Etat à l'égard des bailleurs de fonds extérieurs, et l'insuffisance de financement national pour la santé (9% des dépenses de l'Etat en exécution réelle contre les 15% prévus par l'engagement d'Abuja). Ceci est valable dans le domaine de la SR, en dépit d'efforts importants consentis pour la gratuité des SONU, dont l'accouchement, et le financement des produits de la PF.

D'autres facteurs, plus spécifiques sont revus dans l'analyse par produit qui suit :

4.1.2.1. Produit 2

La DSF indique que le dispositif de tutorat donnant pleine satisfaction à divers niveaux du système de santé (ECD, DRS, DSF), il est prévu de l'étendre à tout le pays et d'inscrire ce dispositif dans les plans d'action des structures afin qu'il puisse bénéficier des financements de l'ensemble des partenaires (Etat compris). La question de l'avenir du financement du système de tutorat demeure néanmoins posée.

4.1.2.2. Produit 3

Une bonne part de l'effort a porté sur le développement de compétences, ainsi que sur la diffusion de l'information et de la connaissance. Ce sont là des investissements qui doivent, en principe, perdurer. Cependant, des facteurs limitatifs de la portée et de la durabilité des actions menées demeurent. Par exemple, on peut se demander si l'audit des décès maternels serait maintenu en l'absence d'un soutien financier. Au CHR de Tenkodogo, par exemple, des fonds importants ont été demandés chaque année pour mener à bien cette activité (une fois par an). En 2012, année de l'emménagement du CHR dans ses nouveaux bâtiments, une somme de 10 MF avait été demandée, et 0,6 MF accordés. L'année suivante 1,1 MF avaient été accordés, pour une demande de 8,7 MF. En 2014, alors que la demande ne portait plus que sur 1,3 MF, rien n'a été attribué, et au moment de la visite au CHR, mi-décembre, aucune activité n'avait encore été menée. Le budget annuel global du CHR est de 1,36 milliards FCFA. La somme jugée nécessaire pour mener cette activité d'audit des décès maternels et néonataux ne représente donc que 0,01% du budget global de l'hôpital.

La rémunération par le programme de certains des personnels formés et équipés, notamment des équipes mobiles (Marie Stopes International par exemple), pose évidemment problème pour une éventuelle poursuite de ces activités de stratégies de plaidoyer et d'information dirigées directement vers la population. La même question se pose concernant la rémunération des relais communautaires (comme discuté dans l'analyse d'efficacité pour les relais de l'ABBEF).

Un point positif en faveur de la pérennité de ces diverses activités est le fait que les ONG/OSC impliquées dans leur mise en œuvre disposent de capacités de levées de fonds auprès d'un éventail assez large de bailleurs, individuels comme institutionnels, privés comme publics. Ce sont souvent des organisations en place depuis de nombreuses années, qui disposent d'une solide expérience dans le financement de projets et sont capables d'entrer dans un processus de contractualisation avec des entités publiques pour assurer certains services de base.

4.1.2.3. Produit 4

En matière de FO, la PEC se fait désormais en routine, ce qui est une garantie de pérennité, davantage que si l'on s'en tient à des campagnes. C'est probablement aussi moins coûteux de procéder ainsi que de lancer des opérations ponctuelles. C'est aussi bien mieux d'un point de vue médical car il est préférable de disposer d'un petit nombre de centres dans lesquels les interventions chirurgicales peuvent se faire de façon régulière (et sur un volume suffisant), afin d'assurer que la qualité de la pratique est maintenue et même améliorée. Les personnes formées sont nombreuses. Cependant, la PEC chirurgicale en routine n'est aujourd'hui effective qu'au CMA Schiphra où une personne réalise les $\frac{3}{4}$ des interventions dans le pays. Ailleurs, le volume d'intervention est faible, ce qui pose la question du maintien de la capacité à les réaliser sur le long terme. De plus, la FO est un domaine qui est très dépendant de l'appui de l'UNFPA. Sans son appui cette activité très coûteuse s'arrêterait (pour une FO dite « simple », il faut compter une à deux interventions, pour une FO « moyenne », cinq à six, et pour une FO « compliquée » on peut dépasser 10 interventions). Il en est de même pour les autres aspects de la PEC socio-économique. La création de la Coordination Nationale des Associations de Lutte contre les FO pourrait contribuer à solidifier la réponse au problème de la FO, au moins pour ce qui concerne la PEC.

4.1.2.4. Produit 5

Pour ce qui est de la sécurisation des produits de la SR/PF, l'appui fourni par l'UNFPA est proportionnellement très important (60% des produits de contraception fournis dans le pays en particulier). De son côté, l'Etat alloue 500 MFCFA annuellement, et les acquisitions de produits contraceptifs entre 2011 et 2014 ont représenté au total 2,78 milliards de FCFA. Néanmoins, on note encore une dépendance sérieuse de l'Etat vis-à-vis des PTF dans ce domaine (les autres sources de financement sont surtout l'USAID et l'OOAS), et, pour 2015, le budget de l'Etat a été ramené à 375 M FCFA.

4.1.2.5. Produit 8

Les mêmes remarques faites pour les produits précédents s'appliquent au produit 8 (SRAJ). Les activités de plaidoyer, d'IEC/CCC à grande échelle, pourraient souffrir d'un recul des volumes financiers disponibles, car elles sont coûteuses pour l'Etat.

R.4.1.3. La Composante genre et droits humains comporte des interventions qui peuvent asseoir la durabilité des résultats du programme si elles sont poursuivies et recadrées :

4.1.3.1. Renforcement des capacités techniques et institutionnelles

L'analyse des produits de la composante genre montre que celle-ci intègre les éléments de durabilité, notamment à travers le renforcement du cadre juridique et institutionnel, le renforcement des capacités des acteurs de mise en œuvre de la PNG, des OSC et le renforcement des mécanismes de lutte contre les VBG. La disponibilité des textes juridiques est un gage de durabilité des actions du programme sur le terrain. La relecture du Code Pénal et du Code de Procédure Pénale dans l'optique genre, l'appui à la révision du Code des Personnes et de la Famille en cours sous le contrôle du MPFG et la traduction et diffusion prévue des textes contribueront à l'amélioration du cadre juridique. Les acteurs judiciaires et extrajudiciaires disposent de textes de référence pouvant leur permettre de sanctionner les cas de violences domestiques et celles basées sur le genre (viol, harcèlement sexuel, mariage précoce/forcé, rapt des filles, etc.).

4.1.3.2. Appropriation des outils par les partenaires

Les capacités de la partie nationale ont été renforcées pour l'intégration de l'approche genre dans les politiques et programmes (guides méthodologiques d'intégration du genre, modules, etc.). Des sessions de formation spécifiques sur diverses thématiques (genre, GAR, CEDEF, etc.) ont également été assurées afin d'outiller d'avantage les acteurs étatiques que ceux de la société civile pour disposer de données et d'informations utiles pour des analyses genre mieux réalisées et par conséquent aider à la définition de stratégies mieux adaptées.

Mais la maîtrise de ces outils demande encore beaucoup d'efforts et de pratique à tous les niveaux afin que l'approche genre et l'approche basée sur les droits soient bien appropriées et puissent efficacement se traduire facilement dans la définition des stratégies et le choix des activités de façon plus pertinente. Un accompagnement cadré dans le temps s'impose pour soutenir l'application des nouveaux acquis et les rendus des progrès dans le domaine du genre.

La planification du développement axée sur les résultats et sensible au genre exige encore des efforts au plan conceptuel, des pratiques et de la volonté politique à travers un accompagnement institutionnel des personnes en charge de ce mandat pour conduire à bien les transformations sociales escomptées au Burkina Faso.

4.1.3.3. Les stratégies visant la continuation des activités à la fin du programme

Malgré toutes les stratégies développées et l'accompagnement sur le terrain par les partenaires d'exécution, les structures impliquées dans la composante ont toujours besoin d'actualiser leurs connaissances et leur maîtrise des outils d'analyse et de planification sensible au genre pour poursuivre seules (être plus autonome) les activités mises en œuvre. Un engagement et une volonté politique plus forte, dynamique, mieux structurée, des moyens importants en ressources humaines et financières, une plus grande implication des ONG, des leaders religieux et communautaires non seulement dans toutes les interventions, mais aussi dans la prise de décisions est indispensable pour rendre compte des progrès en matière d'égalité des sexes et des droits sexuelles et de la reproduction des femmes, des jeunes, des adolescents et des groupes marginalisés.

Les acquis en matière de genre sont bien amorcés mais restent fragiles sans un processus d'accompagnement de qualité dans la durée. Le contexte socioculturel, politique et économique malgré les avancées en matière de genre au niveau national, connaît toujours des résistances au changement, notamment en ce qui concerne l'égalité des sexes et la promotion des droits des femmes. Néanmoins, le Burkina Faso engrange des belles expériences et démontre sa capacité à faire des droits des femmes et des jeunes une priorité nationale. Mais des efforts restent à faire à tous les niveaux et dans tous les domaines. Car il s'agit de repenser le pouvoir et les capacités des femmes et des hommes en termes de valorisation de leur contribution au développement et de leur statut sans discrimination aucune. C'est un processus de prise de conscience au niveau individuel et collectif qui doit être accompagné et encadré au niveau des politiques publiques avec une réelle volonté de justice sociale, notamment en ce qui concerne la santé de la reproduction et les violences basées sur le genre. Et pour disposer des informations fiables à même d'apprécier les progrès en la matière, les questions de population et développement et des données de qualités (quantitative et qualitative) s'imposent et doivent se traduire dans les options nationales d'élaboration des politiques publiques nationales et sectorielles.

Question 4.2 : La conception du programme et la programmation de ses activités ont-elles prévu une stratégie claire d'appropriation et de transfert de compétence ?

CONSTATS GLOBAUX / Q 4.2

Il n'y a pas à proprement parler de stratégie de sortie, ou pour assurer la consolidation et la pérennisation des acquis, ni dans le cadre du programme ni par les autorités nationales et l'ensemble des participants et bénéficiaires du programme. Certes, beaucoup des actions engagées par le programme visent au développement du capital humain qui doit assurer la permanence des résultats. Mais il manque de mesures pour assurer un suivi-accompagnement, pourtant critique, à ces actions, en dehors, peut-être, de ce qui est conçu dans les programmes de mentorat ou tutorat (des sages-femmes et des professionnels de santé chargés des audits de décès maternels et néonataux).

Le changement d'échelle réalisé entre les 6^{ème} et 7^{ème} programmes a souligné l'importance politique donnée à l'ensemble des actions engagées avec l'appui de l'UNFPA. Leur inscription dans les cadres stratégiques de développement globaux et sectoriels, internationaux comme nationaux, constituent des gages de pérennité des actions menées. Mais leurs effets seront permanents aussi dans la mesure où ces cadres le seront eux-mêmes et contribueront à des transformations positives et acceptées au Burkina Faso.

Il n'apparaît pas clairement qu'une stratégie de sortie ait été mise en place dans aucun domaine, en dehors peut-être de ce qui a été constaté à propos de la tentative du programme de développer un mécanisme de sortie pour rendre les structures et OSC plus autonomes en les outillant au plan technique. Néanmoins, ceci reste insuffisant sans une assistance rapprochée pendant une période de temps et l'apport de ressources conséquentes.

Néanmoins, le développement des capacités est clairement un axe important de l'intervention de l'UNFPA au Burkina Faso. On le constate dans toutes les composantes du programme. En SR, par exemple, le nombre d'activités de formation et de développement des capacités au niveau associatif est la preuve de l'importance donnée à l'investissement en capacité et compétences. Il en est de même avec le développement des capacités de formation endogène, comme avec l'appui fourni aux SF (tutorat) et aux ENSP et autres écoles formant des SF. L'importance de cette dimension capacitative du programme a d'ailleurs fait l'objet d'une attention particulière dans le rapport annuel 2014 du programme, contrairement aux autres années.

Cependant, on ne voit pas de directives claires et d'appui spécifique en matière d'accompagnement, de suivi, en dehors peut-être du système de tutorat pour les SF et avec la SOGOB, qui est une activité en soi. Le rapport 2014 du programme note d'ailleurs que, dans le domaine des FO, « des sorties de suivi post-formation ont été prévues mais n'ont pu être réalisées par le pool de formateurs ».

Le MS semble tout à fait convaincu de la pertinence et de l'importance des activités développées avec l'appui de l'UNFPA. Dans le domaine du développement des capacités des personnels en SR et de l'intégration des bonnes pratiques, il y a une reconnaissance marquée de la nécessité de poursuivre et d'étendre à tout le pays le système du tutorat des SF. Néanmoins il manque dans la conception du programme et dans sa programmation annuelle, d'une véritable orientation vers l'appropriation concrète (budgétaire par exemple), même si la seule budgétisation n'est pas, en soi, un gage du financement durable d'une activité.

Le passage à l'échelle réalisé entre les 6^{ème} et 7^{ème} programmes marque la volonté d'inscrire les actions engagées dans la durée et de les faire contribuer à la réalisation des objectifs de développement du pays, et notamment des objectifs sectoriels identifiés dans la SCADD, le PNDS ou la PNG. Ces cadres constituent, en eux-mêmes, des gages de durabilité. Encore faut-il qu'ils soient eux-mêmes assortis d'une garantie de permanence, de continuité dans l'effort. Ils sont des cadres visant au changement, à la transformation, autres acceptions du terme « développement ». C'est la volonté et la direction de ces transformations, de ce développement, qui, en définitive, assureront la permanence des résultats ou non.

Chapitre 5. Positionnement stratégique

5.1. Alignement stratégique

5.1.1. Alignement institutionnel

Question 5.1.1 : Dans quelle mesure le programme de l'UNFPA au Burkina Faso correspond-il aux priorités exprimées par le Fonds dans son plan stratégique (2008-2013 puis 2014-2017) ?

Le plan stratégique 2008-2013 de l'UNFPA a été révisé en 2011 pour tenir compte des nouvelles orientations prises dans le cadre stratégique du Fonds. Le nouveau plan stratégique (2014-2017) a, à son tour, introduit des approches nouvelles, dont une remise à plat de l'organisation interne de pilotage du programme.

Constats principaux :

Les activités de l'UNFPA au Burkina Faso sont en parfaite adéquation avec les principes du Plan Stratégique de l'UNFPA 2008-2013, qui accorde notamment, une attention particulière aux groupes vulnérables, à la coopération sud-sud et au développement des capacités. Elles s'inscrivent également dans le Plan Stratégiques 2014-2017. Certains aspects sont néanmoins assez peu développés, notamment en ce qui concerne la prise en compte du VIH/SIDA, la dimension transversale de la durabilité environnementale ou de la coopération Sud-Sud.

Des efforts très importants ont été faits pour assurer l'alignement avec ces orientations stratégiques. Les nouvelles dispositions, dont l'organisation ciblée impliquant des « groupements thématiques » *Femmes et Jeunes (y compris les adolescents)*, ont rendu un peu plus flou le mandat de l'UNFPA qui jusqu'ici reposait sur trois composantes, toujours en vigueur dans les faits : P&D, SSR, GDH. Une démarche pragmatique a été adoptée afin de ne pas bouleverser la programmation et les lignes d'action adoptées d'un commun accord avec les autorités nationales et les partenaires d'exécution.

R.5.1.1.1. Evolution du cadre de référence

En 2012, la structure du PAPP a été reprise suite à la revue du plan stratégique de l'UNFPA (2008-2011) arrivé à échéance, ce qui a amené à l'augmentation du nombre de produits (de 7 à 9) tout en resserrant et spécifiant les domaines d'intervention (le nombre d'effets UNDAF impactés par le programme est passé de 7 à 4, ce qui a conduit par exemple à l'abandon des activités liées à la PTME). On a également introduit le regroupement des interventions en deux groupes thématiques (« femmes » et « jeunes »), conformément à l'orientation décidée dans le Plan Stratégique 2014-2017. Cependant, la notion de « composante » (SR, P&D et Genre & Droits Humains) n'a pas disparu dans les faits. Ceci tend à rendre un peu plus flou le mandat de l'UNFPA qui jusqu'ici reposait sur ces trois composantes.

L'objectif de l'organisation en groupes thématiques est d'éviter le travail en « silo » (par composante) après le constat qu'il limitait la possibilité de passerelles entre les domaines. Il amène, en principe, à une plus grande transversalité entre ces domaines d'expertise et d'intervention dans l'optique d'un plus grand impact des activités. Mais il peut renvoyer aussi à une interrogation plus large sur la place de l'UNFPA dans le concert des agences onusiennes et des partenaires au développement en général, dont les mandats peuvent paraître plus clairement définis ou lisibles de l'extérieur (comme l'OMS, l'UNICEF ou la FAO). Il crée en tout cas un niveau supplémentaire de coordination et de gestion, en dépit de ce que des documents présentant cette nouvelle organisation affirment, mais semblent contredire dans les recommandations de mise en œuvre²⁷. En outre, on note qu'un jargon nouveau est apparu où il est question de rencontres « *intra-cluster* » et « *inter-cluster* », où se retrouvent des « *team leaders* » des « *co-team leaders* » et des « *team members* » (la notion de chargé de programme n'ayant pas pour autant disparu) et où les domaines d'intervention ou d'intérêt deviennent des « cibles ». Pourtant, l'organisation est déjà complexe et d'un coût élevé. Il n'est pas clair en quoi cette nouvelle organisation permettra une plus grande pertinence des choix d'investissement du Fonds, où la notion de « population » semble même disparaître... On peut ajouter le fait que ces changements de nature managériale s'ajoutent aux évolutions successives du cadre stratégique, lequel engendre beaucoup de confusion parmi même les partenaires du Fonds qui semblent ne plus savoir à qui se référer parfois. On peut certes estimer que les efforts très importants effectués par le Bureau et ses partenaires pour assurer la correspondance entre les actions et les différents cadres stratégiques force quelque peu les partenaires d'exécution à assurer ces liens à leur tour, et à ne retenir en conséquence que les activités les plus à même de répondre aux choix stratégiques. On a vu cependant que ce n'est pas toujours le cas.

²⁷ Voir par exemple : Burkina Faso country office ; Groupe de réflexion approche cluster. *Opérationnalisation de l'approche cluster*.

Pour éviter que le programme ne soit une nouvelle fois modifié, le Bureau a souhaité que seul le document de programme pays (DPP) soit adapté, et non pas le PAPP. Les nouvelles orientations seront donc introduites dans le prochain cadre de coopération (8^{ème} Programme). La structure actuelle du budget semble conforme aux prescriptions du nouveau plan stratégique, tandis que le Bureau travaille déjà à l'alignement sur les axes d'intervention à l'aide d'un comité de travail restreint.

R.5.1.1.2. De gros efforts d'alignement

Une batterie de documents et d'outils ont été développés pour assurer ou confirmer l'alignement du Plan d'Action du Programme Pays 2011-2015 avec les cadres stratégiques de référence (PNUAD/UNDAF, SCADD, Plans Stratégiques successifs de l'UNFPA) et pour identifier les manques dans la réponse proposée par le Programme et les objectifs fixés dans ces cadres. C'est surtout le cas du rapport entre le PAPP et les Plans Stratégiques du FNUAP. Il existe ainsi, dans ce cas précis, une analyse des écarts entre les actions en cours et le cadre évolutif du Plan Stratégique (un « fichier d'analyse des *gaps* »). Par exemple, dans le cas du Premier Résultat du Plan Stratégique 2014-2017 (consacré aux « *services intégrés de santé sexuelle et procréative (y compris la planification familiale, la santé maternelle et le VIH)* »), on trouve l'identification d'un besoin accru de « *Promotion de la coopération Sud-Sud* » et de « *l'échange des meilleures pratiques* ». Cette démarche permet donc d'identifier la façon de combler les manques par rapport aux objectifs du Plan Stratégique et d'assurer un alignement aussi étroit que possible.

R.5.1.1.3. Prise en compte des axes du plan stratégique

Le 7^{ème} Programme est globalement fidèle à l'approche de la coopération prônée par l'UNFPA, qui repose sur « *la coopération axée sur les droits de l'homme, l'égalité des sexes, la durabilité environnementale, la gestion axée sur les résultats et le développement des capacités* ». Mais dans la pratique, on constate quelques écarts entre réalités et intentions.

Les droits humains sont l'objet d'une bonne part du programme qui s'efforce de développer l'accès aux services de santé de base des femmes, des jeunes et adolescents, et particulièrement des populations marginalisées, et un accès équitable. Il consacre également un investissement important dans la prise en compte des questions d'équité et d'égalité de traitement des personnes, tant dans la dimension sexuelle du genre que dans les questions de discrimination, de rejet pour cause de différence ou de condition débilitante (le handicap, la condition d'albinos, la fistule obstétricale, etc.). Les troubles mentaux, qui sont pourtant parmi les facteurs les plus fréquents de stigmatisation ou de rejet, ne sont pas, en revanche pris en compte de façon explicite dans les actions menées par le 7^{ème} Programme.

La dimension environnementale (et de durabilité environnementale) du programme est fort peu explicite dans les faits, également. On ne trouve pas trace de cette considération dans les actions menées.

La gestion axée sur les résultats (GAR) est bien une dimension intégrée dans la conception et la mise en œuvre du programme. D'ailleurs, des formations ont été effectuées sur la GAR dans le cadre du renforcement des capacités des acteurs du programme en matière de suivi-évaluation. Cependant, comme le chapitre suivant l'analyse, la mise en œuvre de cette approche ne semble pas être suffisamment appliquée dans la conduite même du 7^{ème} Programme.

Dans le cadre de la mise en œuvre du 7^{ème} Programme, le développement des capacités revêt une importance qui a été analysée dans les chapitres précédents. Il y a consacré une part importante de son budget. Les personnels de plusieurs ministères ont bénéficié de l'appui de l'UNFPA en termes de renforcement des capacités techniques et institutionnelles au niveau central et décentralisé. On peut citer, entre autres : les ministères de la Santé, de l'Economie et de la Planification, du Genre, et des institutions comme l'Assemblée Nationale. Les ONG, viennent s'ajouter à cette liste.

Cet appui de l'UNFPA se présente sous diverses formes : assistance technique en matière d'élaboration des politiques, programmes et projets sectoriels de développement (politique de genre, PNDS, politique de la jeunesse ...). L'assistance technique inclut aussi des experts et consultants positionnés au niveau central et régional pour encadrer les partenaires nationaux dans leur travail quotidien. La formation des partenaires nationaux bénéficie aussi de cette assistance technique : formations données au staff de l'INSD, au personnel dans les différentes structures sanitaires du pays. L'assistance technique a également été déployée en vue de la formation des formateurs, ce qui constitue un important facteur d'appropriation et de durabilité.

Des formations ont été également prodiguées aux pairs éducateurs. Les thèmes traités sont la santé reproductive des jeunes, la PF, le VIH/SIDA, les VBG etc. Les jeunes ainsi formés sont préparés à partager leurs connaissances avec les autres jeunes, et sont désormais en mesure de former les autres en matière de changement de comportements à travers des causeries éducatives, les activités de sensibilisation, etc. L'action des pairs éducateurs s'étend aux services de santé, aux communautés, à l'ensemble de la population.

R.5.1.1.4. Coopération Sud-Sud

Le plan Stratégique 2014-2017 rappelle qu'« *un des domaines particuliers du travail en amont dans lequel l'UNFPA prévoit de renforcer sa participation est la coopération Sud-Sud et la coopération triangulaire.* » Néanmoins, ces aspects n'ont pas été

pris explicitement en compte par le PAPP. L'équipe de l'évaluation a cependant constaté qu'il y a eu dans certains domaines quelques échanges entre le Bureau UNFPA du Burkina Faso et les Bureaux de la RDC, du Congo, du Niger et des Philippines. En outre, les voyages d'étude, et la possibilité de participer aux conférences, aux séminaires et ateliers étaient proposés. Cela a été le cas, par exemple, avec l'Ecole des Maris, dispositif initialement mis en place au Niger, dans la région de Zinder, où les indicateurs sont les plus déprimés du pays. Des représentants de l'UNFPA de plusieurs pays de la sous-région, dont le Burkina Faso, s'y sont rendus en 2011. Ceci a permis l'importation du dispositif au Burkina Faso, et sa mise en place dans la région du Centre-Nord avec l'ONG Mwangaza Action.

5.1.2. Alignement systémique

Question 5.1.2 : Dans quelle mesure l'UNFPA a contribué aux complémentarités et évité les duplications ou doublons au sein de l'Equipe Pays ?

Constats principaux :

En appui à la SCADD 2011-2015 et à la réponse globale apportée par le Système des Nations Unies (SNU) dans le cadre de son programme de coopération global (l'UNDAF 2011-2015), l'UNFPA a défini un cadre d'intervention stratégique : le Programme Pays ou PP1. Celui-ci est décliné en Programmes de Coopération quinquennaux. Le 7ème Programme (2011-2015) est donc en adéquation temporelle avec les cycles 2011-2015 de la SCADD et de l'UNDAF.

Initialement, le cadre d'intervention du SNU a été élaboré à partir d'un diagnostic national tenant lieu de Bilan Commun de Pays (BCP) pour fournir de la matière première à l'élaboration du Plan cadre des Nations Unies pour l'Aide au Développement (UNDAF) 2011-2015. Ces deux instruments fondamentaux du processus de programmation du SNU permettent de rendre plus cohérent et efficace son appui aux efforts de développement des pays bénéficiaires. Le BCP a servi de base à l'élaboration de l'UNDAF 2011-2015, en accord avec le gouvernement et son plan de développement national décliné dans la SCADD. Comme vu au chapitre 1, l'UNDAF tire également son essence de la SCADD, et le Document de Programme Pays (DPP) 2011-2015, le PAPP et les Plans annuels de travail (PTA) sont élaborés sur la base des orientations de l'UNDAF et du Plan Stratégique de l'UNFPA.

Le septième programme de coopération a été développé sous le prisme du plan cadre des nations unies pour l'aide au développement (UNDAF) 2011-2015. Les liens entre les produits du PP et ceux de l'UNDAF ont été clairement définis et la contribution spécifique du programme à la mise en œuvre de l'UNDAF est partie intégrante des revues annuelle, de la revue à mi-parcours du programme et est reflétée dans les rapports annuels de l'UNDAF. Afin d'éviter les duplications complémentarité et promouvoir la complémentarité au sein de l'équipes pays des programmes conjoints ont été défini dans l'UNDAF et mis en œuvre. L'UNFPA assure le leadership dans deux de des quatre programmes conjoints auxquels il participe ; ce sont les programmes conjoints santé maternelle, néonatale et infantile (MNCH), lutte contre le VIH, et les programmes conjoints Mutilation Génitale Féminine (MGF) et Violence à l'Egard des Filles et des Femmes (VEFF) pour lesquels il est lead.

Cependant, lors de rencontres avec des responsables nationaux, le besoin d'une meilleure coordination a été exprimé et l'on attend des agences des Nations Unies qu'elles établissent une meilleure coordination pour améliorer leur efficacité et leur efficacité et développer leurs synergies, compte tenu en particulier du montant limité des fonds alloués à chacune d'entre elles.

Bien que les cycles de programmation des agences GNUD (Groupe des Nations Unies sur le Développement), qui sont au centre de la formulation et de la mise en œuvre de l'UNDAF, aient été harmonisés en 2001, les agences concernées par l'UNDAF conservent encore des approches de programmation, suivi et évaluation différenciées.

La formulation d'un Plan cadre de coopération (UNDAF) bien conçu et opérationnel représente donc un défi majeur compte tenu : a) des différences entre les mandats, les priorités et les approches des organisations ; b) de la connaissance limitée qu'à chaque agence des programmes et stratégies des autres; c) des contraintes de temps et des priorités multiples au sein des organisations qui affectent le temps qu'elles peuvent allouer à l'élaboration de fonctions et de mécanismes communs pour rendre l'UNDAF opérationnel.

Le Système des Nations Unies au Burkina Faso se caractérise donc par une forte Equipe Pays dont l'effectif est composé de 19 agences (10 résidentes et 9 non résidentes). Cependant, on observe encore la persistance d'une communication bilatérale (entre chaque agence et le Gouvernement burkinabè) et d'une programmation qui accorde encore une faible place à une communication horizontale entre agences. Au niveau central (Agences des NU et les ministères), il n'existe pas d'autres mécanismes de coordination entre agences, en dehors du processus de l'UNDAF qui devrait seulement être un point de départ dans la recherche des complémentarités. Il faut cependant mentionner que dans le passé, l'UNFPA a fait des expériences fructueuses qui lui ont permis de jouer un rôle de premier plan, notamment dans les domaines du VIH et sida, du Genre, de la CARMMA, etc. On peut aussi citer le fait que, considérant le manque de pertinence et d'impact de son

investissement dans le domaine de la PTME , notamment par rapport à d'autres agences, l'UNFPA a réduit son activité dans ce domaine pour se concentrer sur son cœur d'activité qui est la prévention du VIH au niveau des jeunes.

5.2. Capacité de réponse

Question 5.2 : Dans quelle mesure le bureau de l'UNFPA-Burkina Faso a-t-il été capable de répondre aux changements intervenus dans le contexte national durant la période de mise en œuvre du programme ?

Constats principaux : Dans le domaine de la Santé génésique, certains éléments importants de la réalité de terrain méritent une plus grande attention que celle accordée aujourd'hui par le Programme de coopération de l'UNFPA au Burkina Faso. Ceci concerne notamment les obstacles entravant la mise en œuvre effective des politiques et stratégies en matière de soins obstétricaux.

Le 7^{ème} Programme est bien aligné sur les politiques générales et sectorielles nationales des domaines dans lesquels il intervient. Il a même activement contribué au développement de certaines d'entre elles. Il propose donc une position plutôt proactive que réactive.

Les cadres nationaux ont évolué, certes, quoique relativement peu dans le domaine de la SR par exemple, car le PNDS en cours porte sur la période 2011-2020. Par ailleurs, le Programme lui-même a été force de propositions ou a fourni un appui important dans le développement de politiques et de programmes sectoriels ou sous-sectoriels importants, en population, dans le Genre (PNG), comme dans la SR (Plan National de Relance de la PF 2013-2015, programme nationale de lutte contre les fistules, par exemple), dans la jeunesse (politique nationale de jeunesse). Le relatif essoufflement du secteur de la santé quant à sa capacité à produire des résultats dans la continuité a été compensé par un partenariat solide et diversifié avec la société civile pour offrir les services de SR au niveau communautaire en soutien au système de santé. Au-delà du suivi des activités du programme, le bureau a apporté une contribution significative aux instances de suivi du PNDS et autres cadres de coordination des PTF (PADS, PTF santé, CSD santé nutrition) où les questions relatives aux grands programmes de la santé sont discutés et des solutions proposées. La question de l'évaluation de la subvention et des problèmes d'application ont fait l'objet de plusieurs recommandations.

Tableau 122 : Données statistiques obstétricales 2010-2014

	Nombre d'accouchements assistés en FS (public + privé)	Evacuation obstétricales – échelon 1 vers 2 & 3 (*)	Evacuation obstétricales – échelon 2 vers 3 (**)	Total évacuations obstétricales	Taux de césarienne	Nb décès néo-natals	Nb décès maternels	Taux de décès (pour 100.000 parturientes) (***)
2010	539 859			26 244	1.6		416	67.6
2011	575 421			31 881	1.8		742	129.1
2012	624 348			39 801	1.9		876	142.6
2013	633 272	30 848	7 220	38 068	2.1	3 215	754	122.3
2014	701 654	39 932	5 554	45 486	2.3	3 809	805	121.3

Source de donnée: *Annuaire statistiques Santé 2010 à 2014*

(*) Des CSPS vers les CMA et les CHR

(**) Des CMA vers les CHR et CHU

(***) Calculé sur les naissances ayant donné lieu à un séjour en suite de couche au niveau district (CSPS ou CMA) (soit 663.773 sur un total de 701.654 accouchements en 2014 par exemple)

L'analyse régulière des données du SNISS a également poussé l'UNFPA à accompagner le Ministère de la santé à mettre en place des outils d'amélioration de sa réponse tels que la surveillance hebdomadaire des décès maternels et néonataux et les ateliers de planification sur les constatations, la surveillance hebdomadaire des produits vitaux de santé et des contraceptifs pour réduire les ruptures de stock etc.

5.3. Valeur ajoutée

Question 5.3.1 : Dans quelle mesure le programme de l'UNFPA Burkina Faso contribue-t-il à l'obtention de résultats additionnels à ceux produits par le gouvernement du Burkina Faso et les autres partenaires de développement (et dans quelle mesure ces résultats pourraient-ils être atteints sans l'intervention du Fonds) ?

Constats principaux (Valeur ajoutée / Q 5.3.1)

D'une façon générale, l'UNFPA dispose d'un ensemble d'avantages comparatifs qui soulignent l'originalité des interventions qu'il met en œuvre. Ceci inclut : sa capacité au plaidoyer et au développement de politiques, notamment dans une optique de prise en compte des droits humains, la prise en compte de populations ou de thèmes délaissés, l'expérimentation de solutions diversifiées et innovantes (comme dans le développement de la demande de soins de santé génésique), une approche holistique et transversale des sujets, la prise en compte de domaines encore fragiles, comme la Fistule obstétricale et les questions de genre, l'intégration de la planification familiale dans les services de base proposés aux populations. Sans le Fonds, les luttes contre les fistules obstétricales, les violences basées sur le genre, ou même la mortalité maternelle, seraient très diminuées au Burkina Faso. Cependant, les contraintes de gestion du programme limitent le parti qui peut être tiré des atouts distinctifs du Fonds.

Toutes les parties prenantes, et tous les partenaires au développement reconnaissent que le premier avantage comparatif du Fonds est sa grande **expertise en plaidoyer et sa grande capacité de dialogue** avec ses différents partenaires internationaux et nationaux. Ceci permet au Bureau Pays de jouer à la fois le rôle de bailleur de fonds, de facilitateur, de conseiller du Gouvernement et de son interlocuteur auprès des autres bailleurs de fonds. Ce rôle de facilitateur et d'intermédiaire apparaît clairement dans le domaine des opérations de collecte de données d'envergure nationale. Un autre exemple de ceci est le rôle de coordination des partenaires d'appui joué par l'UNFPA pour faire avancer les questions de genre et amener différentes catégories d'acteurs autour d'un « projet commun », traduit par les produits 6 et 7, et qui force les acteurs à des synergies d'actions pour tendre vers un même résultat.

L'UNFPA a aussi montré sa grande habilité en « **Policy dialogue** », son deuxième avantage comparatif, par exemple en faisant intégrer les questions de population dans la SCADD et d'autres cadres stratégiques sectoriels. La lutte contre les violences basées sur le genre et droits humains, contre les fistules obstétricales et la mortalité maternelle, permettent à l'UNFPA de faire la différence avec les autres partenaires au développement. Son rôle de chef de file Genre au niveau du SNU mais aussi au niveau national a contribué largement au plan technique et financier à l'élaboration de la PNG qui a mené à l'exécution d'un premier plan d'action opérationnel, dont uniquement le programme de renforcement des capacités a pu être réellement mis en œuvre grâce au partenariat avec l'UNFPA.

Le troisième avantage comparatif reconnu est celui du rôle de l'UNFPA comme **défenseur et promoteur** des droits en matière de santé de la reproduction, du genre et droits humains d'une manière générale. Par exemple, dans le domaine de la fistule obstétricale, domaine complexe largement ignoré par les autorités sanitaires et la plupart des bailleurs de fonds, ou dans celui de la planification familiale, les compétences et financement mobilisés par l'UNFPA paraissent difficilement remplaçables.

Le quatrième avantage comparatif fait de l'UNFPA le **pionnier** en matière de réparation des fistules obstétricales, dans la formation de gynécologues et de chirurgiens urologues, de sages-femmes et infirmières, et la réinsertion des femmes victimes de fistules jusque-là exclues de leurs communautés. En matière de FO, la DGS considère qu'il est le principal partenaire qui fournisse un appui, et c'est vérifié sur le terrain. L'UNFPA est également indispensable dans le domaine de la PF et cela est reconnu par les autorités du Ministère de la Santé qui relèvent à ce propos que « *quand on pense à PF on se tourne d'abord vers l'UNFPA* ».

Le cinquième avantage comparatif du Fonds, ce sont les **capacités techniques** qu'il est seul à développer dans les domaines de la prise en compte des questions de population dans la planification du développement, de collecte, de traitement, d'analyse de données, et des enquêtes de grande envergure. C'est illustré, par exemple, par l'assistance technique de qualité et la disponibilité dans l'accompagnement surtout dans le cadre sectoriel de concertation (CSD) de la SCADD sur la thématique genre dont le MPFG a le mandat et doit assurer la mission. Le programme est le seul à répondre à la nécessité de disposer de statistiques fiables et actualisées pour concevoir, mettre en œuvre et évaluer les politiques de réforme économique et enfin pour mesurer leurs impacts sur le plan social.

Le sixième avantage comparatif de la coopération Burkina-Faso-UNFPA, est celui de la **présence sur le terrain**. En effet, l'UNFPA intervient dans les 13 régions du pays et a tissé des liens de partenariat étroits avec les autorités et les intervenants locaux et acquis une connaissance des conditions locales, ainsi qu'une précieuse expérience de l'action de terrain dans ses domaines de spécialisation.

Un septième avantage comparatif est constitué par l'**emploi d'approches originales et innovantes** adoptées pour le travail sur le terrain. C'est le cas avec le tutorat des SF ou des gynécologues par leurs pairs, l'approche « Individu-Famille-Communauté » (IFC), les cases d'attente pour les parturientes, les cellules villageoises de gestion des urgences obstétricales et néonatales, la campagne « talents de jeunes » menée par le RAJS, ou le théâtre participatif. Le développement d'approches holistiques ou transversales, qui prennent en compte l'ensemble de la chaîne d'une problématique donnée, font partie de cette approche originale, qui manque parfois chez les autres partenaires. C'est très clairement le cas avec les FO et en matière de SONU. Le Fonds propose également une approche originale, et assez unique, pour la prise en compte de la santé des jeunes et adolescents, population souvent mal appréhendée par les autorités sanitaires et les principaux PTF. Le

plan stratégique de la santé des jeunes et adolescents n'a ainsi pas été renouvelé depuis longtemps et la direction qui leur était consacrée au sein de la DGS a été supprimée il y a quelques années. Dans le domaine du genre, on note aussi la proposition d'un Observatoire national. La réflexion en a été lancée depuis 2011. Il serait sous la responsabilité du SP/ CONAP Genre, mais peu a été fait, sauf depuis mi-2014 où un groupe de réflexion a été établi.

Le Fonds joue dans quelques domaines un **rôle unique**, où, sans sa présence, certains domaines seraient très fragilisés. C'est clairement le cas des FO. On le voit aussi dans la sécurisation des produits de la SR où l'UNFPA finance une proportion majoritaire des besoins nationaux. Pour certains produits contraceptifs, sa contribution représente même 100% des dépenses. Selon le Plan d'introduction de Sayana Press, « *En 2012, un total de 660.200 unités de Depo IM a été expédié au Burkina Faso, avec 42 % de la commande totale d'injectables payée par UNFPA et 58 % payée par l'USAID. La contribution des donateurs a varié d'année en année. L'UNFPA a payé 100 % des injectables commandés dans le pays en 2008, 99 % en 2009 et 100 % en 2011.* »²⁸

Par contre, du fait de procédures lourdes, le programme apparaît comme l'un des plus difficiles à mettre en œuvre, selon le MS, même si on peut comprendre la nécessité d'établir des garde-fous pour prévenir les errements. De plus, la modalité de programmation et de gestion du programme fait qu'il est, apparemment, difficile à la partie nationale de décaisser sa contribution financière aux activités, même si elle a signé le document de programme de la coopération bilatérale qui prévoit cet apport. L'explication avancée par l'Etat est que, contrairement aux autres bailleurs, l'UNFPA n'établit pas d'Unité de Programme ou Unité de Gestion de Projet, qui serait formalisée par un texte.

Question 5.3.2 : L'UNFPA est-il en mesure d'exploiter les approches distinctes, les complémentarités qui s'offrent à lui ?

Constats principaux : L'organisation du travail du Bureau Pays, notamment au travers de la mise en œuvre de sa stratégie de communication, et ses relations avec un vaste éventail de partenaires, permet au programme d'exploiter la palette de solutions disponibles pour aborder les défis de l'accès à la population dans des domaines parfois difficiles, délaissés, et où la communication n'est pas aisée.

La priorité donnée aux populations souvent marginalisées (handicapés, FVFO, femmes victimes de VBG, réfugiés, travailleuses du sexe, homosexuels) est une caractéristique de l'intervention de l'UNFPA. Cette préoccupation distingue l'action de l'agence, même si elle n'est pas la seule à se préoccuper des populations vulnérables (handicapés et réfugiés notamment).

Dans le domaine du handicap, l'appui est assez original (mise à disposition de matériaux en braille, CD pour les sourds et malentendants) dans un domaine plutôt négligé (SR/PF) par ailleurs.

L'appui aux femmes victimes de fistules, à n'en pas douter, est bienvenu, alors qu'il s'agit d'une population largement exclue socialement et économiquement. L'approche est axée, en principe, sur la PEC en routine, ce qui est en principe gage de pérennité et plutôt plus souhaitable que les campagnes.

La mise en œuvre d'un accès direct aux populations par le biais des OSC/ONG et de leurs relais auprès des communautés villageoises ou de quartier (associations locales, animateurs et relais communautaires, centres de jeunesse, cliniques, etc.) est également une originalité mise en œuvre par le 7^{ème} Programme particulièrement qui a développé des partenariats avec un très grand nombre d'organisations.

Le travail mené avec les leaders traditionnels, coutumiers, ou religieux, également une caractéristique du programme, lui permet d'atteindre également, et d'une autre façon, les populations ciblées.

Dans le même ordre d'idée, le 7^{ème} Programme, dans son ambition de passage à l'échelle nationale, a donné la priorité de communication aux moyens modernes (radio et télévision notamment) qui permettent de s'adresser à une vaste population, ce qui constitue là aussi une originalité de l'approche proposées par le programme.

Une autre originalité du 7^{ème} programme, c'est d'avoir utilisé des sage femmes séniors (retraitées ou ayant au moins une dizaine d'années d'expériences pour la mise en œuvre d'une approche innovante qu'est le mentorat pour accompagner les jeunes sages-femmes/maïeuticiens nouvellement affectés dans des zones difficiles. Cette approche en amont a été précédée d'une révision des curricula de formation en y intégrant les compétences essentielles, les meilleures pratiques en SONU/PF, avec un accent sur l'enseignement modulaire et le développement standardisé des compétences à la fois dans les écoles publiques que privées. Désormais, l'examen de fin de cycle est unique dans tout le territoire. La mise en Œuvre de l'Approche IFC (individu, famille et communauté) a été une opportunité pour renforcer l'implication de la communauté dans la prise en charge de sa propre santé avec un impact considérable sur la réduction du premier et du second retard. De plus en plus le recours précoce à la formation sanitaire en cas de signes de danger est systématique dans les zones de mise en œuvre de cette approche.

²⁸ Reproductive Health Interchange (<http://www.myaccessrh.org/rhi-home>)

Chapitre 6. Système de gestion et de suivi-évaluation

Dans un premier temps ce chapitre analyse les dispositions de coordination et de gestion du 7^{ème} Programme avant de se consacrer au système de suivi-évaluation.

6.1. Dispositif institutionnel de coordination

Question 6.1 : Dans quelle mesure le dispositif institutionnel de coordination dans la mise en œuvre des activités du programme a-t-il contribué à l'atteinte des résultats ?

Constats principaux :

Le 7^{ème} Programme prend en compte les principes de la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement, qui implique notamment un alignement sur les modalités de gestion de l'Etat auquel l'aide est apportée. Le Ministère de l'Economie et des Finances est ainsi en charge de la coordination du programme, tandis qu'à la tête de chaque produit a été placée une entité publique. Mais dans les faits, les entorses aux principes posés existent et les difficultés de mise en œuvre ne manquent pas. Ainsi, l'UNFPA applique aussi ses modalités de gestion et établit des PTA au lieu d'identifier les activités des cadres stratégiques nationaux qu'il appuierait spécifiquement, sans pour autant avoir recours à une disposition de gestion de type approche projet (avec une unité de gestion), en dépit d'un grand nombre de partenariats et de sous-traitances.

Afin de remédier aux difficultés engendrées par ces mécanismes, le Fonds apporte un soutien à certains des partenaires (chefs de file comme partenaires d'exécution) afin qu'ils mettent en œuvre plus aisément la gestion du programme et ses activités, pour un coût équivalent à 2,2% du coût du programme en année pleine.

R.6.1.1. Complexité des mécanismes institutionnels de coordination et de gestion du 7^{ème} Programme

Le PAPP a prévu des mécanismes de coordination du programme, en conformité avec les dispositions de gestion de l'aide au développement passant par les procédures de l'Etat. Ainsi, le Ministère de l'Economie et des Finances par l'intermédiaire de la Direction Générale de la Coopération (DGCOOP), assure la coordination générale du 7^{ème} programme, tandis que la coordination de la gestion financière revient à la Direction Générale du Trésor et de la Comptabilité Publique (DGTCP). Parmi ses nombreuses tâches, la DGTCP est en charge de l'organisation des audits annuels des PTA et du suivi des recommandations qui en sont tirées. La coordination technique est assurée par les Ministères de l'Economie et des Finances, et de la Santé. Il faut surtout retenir de ce qui précède que, contrairement à l'opinion répandue au sein des partenaires d'exécution, la coordination du programme, tant au niveau central que régional, relève de la seule responsabilité du Gouvernement et non de l'UNFPA.

R.6.1.2 L'exécution nationale au cœur de la mise en œuvre du programme

Conformément aux simplifications et à l'harmonisation des procédures des agences du SNU, le Gouvernement assume la responsabilité globale des activités décrites dans le Plan d'Action du Programme Pays (PAPP). La modalité pour l'ensemble du Plan d'Action 2011-2015 est l'exécution nationale (NEX).

Des chefs de file assurent la coordination de chaque produit. Les entités choisies, d'un commun accord entre le Fonds et le Gouvernement, sont chargées de valider l'élaboration des PTA qui sont établis avec chacun des partenaires d'exécution principaux (il n'y a pas de PTA global). Le chef de file joue également un rôle important dans la chaîne de gestion du programme : il compile les rapports d'avancement tirés des rapports de chaque partenaire ainsi que les requêtes de fonds pour l'ensemble des partenaires d'exécution directement sous sa responsabilité. Il doit assurer la cohérence de l'action dans chaque produit, une mémoire institutionnelle pour une meilleure intégration et capitalisation des actions menées au sein des systèmes publics chargés de mettre en œuvre les politiques et stratégies nationales auquel le programme apporte son concours. Il organise et anime les revues trimestrielles et annuelles, assiste les partenaires d'exécution dans la finalisation des PTA et le suivi au plan financier (justificatif, vérification et rapportage), assure le rapportage et les visites conjointes de terrain, et rend compte à la DGCOOP, chargée de la coordination de l'ensemble des produits. Les chefs de file sont les entités publiques suivantes : DSF, DPP, DGEP, SP-CNLS/IST, SP/CONAP-G.

Ce dispositif permet de faire régulièrement le point des progrès réalisés, des difficultés et des solutions appropriées pour lever les blocages et avancer vers l'atteinte des résultats attendus, notamment au travers de la tenue régulière de rencontres de bilan et de planification entre le chef de file et le Bureau Pays. Il permet aussi aux acteurs de partager leurs expériences et les bonnes pratiques. C'est également l'occasion pour le chef de file d'identifier les nouveaux besoins d'appui et d'accompagnement des partenaires. Ceci conduit à la planification de sessions de renforcement des capacités spécifiques sur les aspects de gestion et de maîtrise des procédures organisées par l'UNFPA en collaboration avec la DGCOOP.

En mettant l'exécution nationale au centre de la mise en œuvre du 7^{ème} Programme, l'UNFPA s'inscrit dans la vision qui prédomine aujourd'hui en matière de procédures de mobilisation de l'aide au développement. En effet, qu'il s'agisse de l'aide

projet ou de l'aide budgétaire, les partenaires nationaux doivent jouer les premiers rôles, s'approprier les règles modernes de gestion et être prêts à rendre compte, dans l'esprit de la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement. Le défi ici est moins la disponibilité des ressources que les capacités des parties nationales à les gérer selon les procédures en vigueur au sein du SNU.

Le 7^{ème} Programme a aussi la caractéristique de s'appuyer fortement sur les ONG et OSC, internationales et nationales. Ceci induit un rapport tri-partite entre l'UNFPA, le gouvernement et ces entités indépendantes. Or, les rapports entretenus entre le Programme et ses partenaires d'exécution varient d'un type de partenaire à l'autre. Si les chefs de file sont des entités publiques, nombre des partenaires d'exécution (PE) sont des ONG ou OSC de grande envergure (MSI, Plan Burkina, FCI, Mwangaza Action). En outre, si les chefs de file sont chargés de coordonner les travaux avec ces entités au sein de chaque produit, ils ne versent pas forcément eux-mêmes à ces partenaires les fonds correspondant à l'exécution de chaque PTA agréé avec chacun. Une partie de ces entités reçoivent directement les fonds depuis le MEF. Ceci rend particulièrement complexe la gestion et le suivi du programme, au moins en termes administratifs et financiers.

Afin d'améliorer l'efficacité de la planification et de la gestion, le programme a entrepris des actions visant le renforcement des capacités des PE sur les procédures de gestion UNFPA et la Gestion Axée sur les Résultats. Ceci a inclus des formations à la GAR et aux procédures de gestion. Un nombre important de personnels d'appui administratif et financier, financés par l'UNFPA et dédiés au Programme ont également été positionnés auprès de structures de l'Etat (DGCOOP, DGTCP, DGEP/DPP, DSF, DPS, SP-CNLS/IST). Au total ce sont une trentaine de postes qui ont été financés depuis 2011, dont une vingtaine en SR, 8 en P&D et 3 pour la composante Genre. Ces personnels comprennent deux experts en SR, un en genre, un en analyse P&D. Pour le reste, il s'agit de gestionnaires comptables et financiers (10), de chauffeurs (6), et de secrétaires (4). L'équipe du Produit 4 (FO) de Dori au Sahel était constituée de 4 animateurs et un superviseur, dispositif classique pour les activités d'IEC/CCC auprès des populations. Le coût global de cet appui en personnel représente environ 120 Millions FCFA en années pleine, soit près de 240.000 USD, équivalent à 2,2% des dépenses totales du programme en 2014 (voir tableau 9).

Des équipements et des véhicules ont également été fournis aux directions ou structures appuyées par le programme. Par exemple, deux véhicules ont été fournis à la DSF. Cependant, ces véhicules sont gérés au sein du parc automobile de la DSF et sont pas seulement dédiés aux activités du programme.

Dans une approche programme, les procédures et les moyens de l'Etat devraient, en principe, être employés pour suivre et rapporter sur le programme. Des structures comme la Comptabilité Publique (DGTCP) ou le SP/CNLS-IST ont des moyens importants et une longue expérience de la coopération internationale. Mais, on constate ceci avec d'autres bailleurs de fonds, comme l'UE ou la BAD. Le dispositif d'appui actuel est complexe, avec la DGEP qui s'occupe du suivi physique du portefeuille de programmes, et la DGTCP qui assure un suivi financier, tandis que la DGCOOP assure la supervision de l'ensemble. Ceci conduit à une fragmentation du suivi confirmée par les entretiens avec les interlocuteurs des différentes directions.

Dans les faits, la question de l'effectivité de l'alignement sur la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide demeure. En effet, alors que d'autres partenaires, y compris du SNU, comme l'UNICEF, appuient explicitement des plans stratégiques sectoriels du pays, sans établir de PTA, l'UNFPA poursuit une politique qui rend difficilement lisible sa programmation. La DSF, par exemple, signale que les autres PTF qui l'appuient visent davantage l'intégration de leurs activités dans les plans d'action du MS. C'est d'ailleurs ce qui se passe au niveau régional (DRS) et des établissements autonomes (CHU, CHR, ENSP et autres) où les plans d'actions font effectivement l'objet d'une présentation à l'ensemble des PTF dont UNFPA, qui choisissent quelles actions ils sont prêts à appuyer, comme confirmé lors de la visite de terrain.

6.2. Suivi-évaluation du 7^{ème} Programme

Question 6.3 : Dans quelle mesure le système de suivi et d'évaluation a-t-il contribué à la prise de décision dans le cadre de l'exécution du programme ?

Principaux constats : Le Programme s'est doté d'un cadre stratégique de suivi-évaluation très élaboré, où la DGEP joue un rôle central de coordination. Cependant, ce cadre souffre d'insuffisances pratiques, dont des faiblesses du cadre logique et du système de mesure de la performance. De plus, les produits sont énoncés en des termes trop globaux, tandis que les indicateurs ne répondent pas tous aux critères de spécificité, mesurabilité, atteignabilité, pertinence et délimitation dans le temps. En revanche, le suivi des recommandations s'est développé. Formellement organisé que pour les revues conjointes, il est désormais étendu à l'ensemble des activités de suivi-évaluation, notamment grâce à des points de situation lors des réunions mensuelles. Le renforcement des capacités de suivi-évaluation des partenaires a également été inscrit dans les activités du Programme.

R.6.3.1. Caractéristiques du système de suivi-évaluation du 7^{ème} Programme de coopération

En 2011, l'UNFPA s'est doté d'une Stratégie de Suivi et Evaluation 2011-2015 qui donne les orientations stratégiques en vue de mieux rendre compte de la mise en œuvre du Plan d'action du programme pays pour la période 2011-2015 sur les

principes de la Gestion Axée sur les Résultats et les Droits humains. Une deuxième version du Plan Stratégique de Suivi-Evaluation (PSSE) est datée de février 2013. Le plan établit clairement que c'est à la Direction Générale de l'Economie et de la Planification (DGEP) du MEF que revient la responsabilité de la coordination de la mise en œuvre du PSSE. La DGEP dispose à cet effet d'une assistance technique financée par le programme. Le Bureau Pays dispose, lui, également d'une unité de suivi-évaluation.

Le programme dispose d'une matrice de suivi-évaluation, dotée d'indicateurs, qui a été révisée après 2012. Néanmoins, les indicateurs posent un certain nombre de problèmes, notamment eu égard à l'approche de la GAR. Dans le cas de la composante Genre, par exemple, si les indicateurs sont en lien avec les résultats visés, leur utilisation renseigne difficilement sur les effets attendus pour les partenaires. Tous les indicateurs sont de premier niveau et renseignent principalement sur la réalisation des activités et non d'effets à terme. Ils renseignent plus difficilement sur les progrès genre réalisés dans la composante. Il aurait été intéressant d'avoir aussi des « indicateurs qualitatifs » pour aider à mieux appréhender et mesurer les changements en cours.

Dans le domaine de la SR, pour le produit 3 (SONU), les deux premiers indicateurs (« nombre de structures SONU pour 500.000 habitants » et « pourcentage de personnes (hommes et femmes de plus de 15 ans) qui connaissent au moins deux signes de danger au cours de la grossesse ») ne concernent pas le seul programme : ils sont d'ordre national et général et sont impactés par l'intervention d'un grand nombre d'acteurs à commencer par le MS. De plus, ils reposent sur des enquêtes, ce qui est en général déconseillé pour le suivi d'un programme donné. Le rapport annuel de 2011 notait à ce propos que l'on ne disposait pas alors des données de base de certains indicateurs parce qu'elles n'avaient pas encore été livrées par les enquêtes (cas de l'enquête CAP de 2012). Pour le produit 5, les trois indicateurs ne sont pas spécifiques au programme non plus, même s'il est vrai que l'UNFPA est un partenaire majeur (mais pas unique) du MS dans le domaine de la PF. Il en est de même pour les 2 premiers indicateurs du produit 8.

D'une manière générale, le suivi des produits et des effets, et le suivi des hypothèses et risques, et dans une mesure incomplète le suivi des recommandations, sont insuffisamment pris en compte. Les types d'activités de suivi et évaluation sont ceux de presque tous les PAPP de l'UNFPA : (i) Etudes / Enquête et recherche ; (ii) Système de Suivi ; (iii) Evaluations ; (iv) Revues ; (v) Activités d'appui ; (vi) Grandes étapes de l'évaluation de l'UNDAF.

Le suivi des intrants et des activités fait l'objet d'une attention soutenue dans les tâches quotidiennes du staff du bureau, avec un accent particulier mis sur les dépenses. D'une manière générale, on peut considérer qu'à ce niveau tout se déroule bien, même s'il faut déplorer certaines insuffisances liées aux retards accumulés dans le traitement des dossiers financiers, comme analysé précédemment. De façon spécifique, le suivi des intrants et des activités se fait à partir des éléments suivants :

1. PTA, rapports financiers, ATLAS, production régulière de différents rapports (de progrès, financiers) ; les audits annuels des PTA, organisés par la DGCOOP, font également partie de ce dispositif ;
2. La tenue régulière des réunions entre l'UNFPA, le gouvernement et les partenaires au développement ;
3. Le suivi des activités se fait le plus souvent à partir du bureau et moins à partir du terrain ;
4. Des rapports concernant les missions sur le terrain ; les revues conjointes ; des évaluations externes ; l'audit annuel ; l'évaluation à-parcours ; l'évaluation finale du programme, etc.

Un système de suivi évaluation sur la voie de l'émergence

Les principales insuffisances du système de suivi-évaluation actuel sont : (i) la formulation trop globale et approximative des produits ; (ii) la formulation d'indicateurs insuffisamment directs, objectifs, pratiques et adéquats ; (iii) l'absence d'un suivi orienté vers les résultats.

Tableau 13 : Insuffisance du système de suivi et évaluation du programme pays

Formulation trop globale et approximative des produits	Les produits sont souvent formulés globalement rendant difficile leur attribution à l'UNFPA seul. Ces formulations approximatives dénotent une ambition excessive qui dénature l'objectif du produit, le rend impossible à atteindre.
Formulation d'indicateurs insuffisamment directs, objectifs, pratiques et adéquats	Les indicateurs contenus dans le PAPP sont pour la plupart de qualité moyenne ; en conséquence, leur utilisation pour mesurer le changement vers l'atteinte des résultats s'avère bien difficile. Il y a donc nécessité d'affiner certains indicateurs afin d'en faire de véritables outils pour mesurer les progrès accomplis vers les résultats (données de base fiables, cohérentes dans le temps, etc.)
Peu d'accent mis sur l'importance d'un suivi et évaluation orienté vers les résultats.	En dépit de l'accent mis par le Plan stratégique de l'UNFPA sur un suivi et évaluation orienté vers les résultats, on constate qu'il y a encore peu d'attention accordée aux résultats dans le travail quotidien des chargés des programmes et de leurs partenaires nationaux et internationaux. L'attention est surtout concentrée sur l'exécution du budget et des activités. Dans un tel contexte où il y a un manque patent de culture en matière de gestion axée sur les résultats, le staff du bureau ne peut que se limiter exclusivement à des tâches relatives à la gestion des intrants et des activités.

Suivi des recommandations : un suivi en voie de développement.

Les documents de rapportage du programme ne mettent pas suffisamment en exergue un suivi systématique des recommandations faites ou des conseils donnés. On constate cependant, dans les rapports de revue conjointe, que l'on s'efforce de suivre la mise en place des recommandations faites à la suite des rencontres précédentes.

Le format des rapports annuels a évolué, et un dispositif d'identification des difficultés ou obstacles et de recommandations visant à les traiter, présent dans le rapport de 2011, a disparu après. Les recommandations faites en regard des difficultés ou défis identifiées, lorsqu'il y en a, nécessiteraient d'être plus concrètes ou opérationnelles. Par exemple, dans le rapport de 2014 on signale un « *faible engagement des structures publiques dans la prise en charge des FO* », et la recommandation est « *amener les structures publiques à prendre en charge les FVFO en routine* »... Autre exemple (2014) : « *faible mobilisation des ressources de l'Etat* » ; « *prendre des dispositions nécessaires pour une mobilisation effective de la contrepartie nationale au niveau des différents produits* »... Ainsi formulées, ces recommandations semblent peu opérationnelles. Le dispositif de suivi des recommandations est en voie de consolidation avec le renforcement récent de l'unité de suivi-évaluation et l'introduction d'un suivi mensuel de tous les produits par le Bureau.

Le suivi financier du programme comporte quelques imperfections qui peuvent rendre sa lecture difficile : le cadre de ce suivi change d'une année sur l'autre – en 2014, par exemple, le montant budgétisé dans le PAPP n'apparaît plus, tandis qu'on trouve une colonne « *montant mobilisé* » qui n'apparaissait pas jusque-là, et qu'apparaît un « *taux d'allocation* », nouveau.

Suivi des hypothèses et des risques

Le Bureau de l'UNFPA opère un suivi régulier des hypothèses et des risques en collaboration avec les autres agences du système des Nations Unies. Ainsi, l'identification des risques est régulièrement faite entre l'UNFPA et les autres partenaires, entre l'UNFPA et le gouvernement à travers de nombreuses réunions de concertation qui se tiennent au cours de l'année.

Le bon suivi des hypothèses et des risques réalisés par l'UNFPA est largement dû :

- aux bonnes relations que l'UNFPA entretient avec les autres agences et les partenaires nationaux ;
- à la bonne perception que les autres partenaires et le gouvernement ont de l'UNFPA comme valeur ajoutée.

Cependant, la principale lacune constatée est le manque de formalisation par l'UNFPA du suivi des hypothèses et risques. Il n'existe pas d'outils spécifiques, ni d'un système de gestion approprié de risques.

Des éléments susceptibles d'améliorer la situation

Le système actuel présente des aspects positifs qui peuvent être améliorés et pris en compte dans le prochain programme. Par exemple :

- Il existe déjà un partenariat entre l'UNFPA et le gouvernement en matière de suivi et d'évaluation qui doit être renforcé dans une approche véritablement participative en ce qui concerne la formulation d'outils appropriés (y compris à partir des audits annuels des PTA) ;
- Il existe une prise de conscience réelle de l'importance et de la nécessité de mettre en place un système de suivi et évaluation efficace ;
- il existe des compétences individuelles en suivi et évaluation qui pourraient être bien exploitées et développées ;
- Il existe un expert national en suivi et évaluation recruté par l'UNFPA et placé à la DGCOOP.

R.6.3.2. Renforcement des capacités nationales

Le renforcement des capacités nationales en suivi et évaluation est une obligation ainsi que le stipule le Plan stratégique de l'UNFPA. Au niveau programmatique, l'UNFPA apporte son appui au système statistique national, à l'amélioration de la collecte et de l'analyse des données, à l'organisation des recensements et des EDS. Il y a eu des appuis importants, notamment en termes de formation, mais l'absence d'une stratégie de développement des capacités n'a pas permis de créer une masse critique de compétences, d'accompagnement, de conditions nécessaires pour bâtir un véritable système de suivi et évaluation orienté vers les résultats, et utile pour la prise de décisions. Enfin, le renforcement des capacités en Suivi-Evaluation devrait se faire à deux niveaux : le niveau central et le niveau décentralisé. Il importe à cet égard de veiller à une bonne utilisation des outils technologiques disponibles et notamment à leur approbation par tous les acteurs concernés. La diffusion des informations et une approche participative sont également essentielles pour le renforcement des capacités.

Chapitre 7. Enseignements et Conclusions

7.1. Forces et faiblesses du 7^{ème} programme

Sans être exhaustif, les **principales forces** du 7^{ème} Programme sont :

- Sa grande conformité avec les priorités nationales ;
- La grande importance accordée au renforcement des capacités nationales par les trois composantes : ce renforcement des capacités nationales se présente souvent comme une combinaison d'appui matériel, de formations et d'ateliers, permettant le transfert de connaissances et le partage des expériences à différents niveaux et dans les domaines prioritaires d'intervention de l'UNFPA ;
- La grande ouverture aux Organisations de la Société Civile : cette ouverture repose sur la conviction qu'une société civile dotée de moyens d'action efficace peut constituer un élément essentiel au succès du passage à l'échelle. Les synergies que le programme a créées avec les OSC peuvent aider sur une grande échelle à relever les défis de la pauvreté, des inégalités de genre et de l'exclusion sociale;
- La conception de prises en charge holistiques et transversales : c'est manifeste dans l'approche systématique pour créer une chaîne complète de PEC des FVFO. On le voit d'une manière générale en SR et dans le domaine du genre où un très grand nombre de domaines clé de l'amélioration de la quantité et de la qualité de la prise en charge des femmes enceintes, de l'accouchement et des nouveau-nés est mise en œuvre, avec, de plus, un effort placé tant sur l'amélioration de l'offre de prestations que de l'augmentation de leur demande ;
- Un programme qui va au plus près des populations, y compris les plus vulnérables : tant en SR que dans la dimension « genre », le programme développe tout un pan des services sociaux qui manquaient jusque-là à l'endroit de groupes de population en grande détresse sociale et économique, démunis de droits, rejetés, ignorés ou discriminés : réfugiés, femmes victimes de violences, jeunes filles forcées au mariage et à des grossesses précoces, femmes ayant avorté, FVFO, handicapés, travailleuses du sexe et hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes.

Quant aux **faiblesses du programme**, les principales se présentent comme suit :

- Une fragmentation des ressources et des activités : le passage du programme à l'échelle ne s'est pas fait sans contraintes : quand on étend la zone d'intervention d'un programme, le volume des activités augmente aussi, les partenaires d'exécution deviennent plus nombreux. Tout cela a eu des conséquences (i) les ressources qui se sont souvent avérées insuffisantes pour réaliser certaines activités, (ii) sur le pilotage du programme qui est rendue beaucoup plus complexe, et (iii) sur l'efficacité de la gestion et du suivi-évaluation.
- Des procédures de gestion administrative et financière qui rendent parfois difficile la capacité des opérateurs à produire des résultats : dans ce contexte de multiplication des partenaires et de complexification des interventions, le vécu des partenaires d'exécution du programme est parfois assez difficile dès lors qu'il s'agit de d'exigences de règles de procédures et de respect des délais. L'arrivée souvent tardive des fonds trimestriels rend difficile l'exécution des plans d'action. Il arrive qu'un partenaire d'exécution ne puisse obtenir que deux avances sur les quatre normalement prévues dans l'année.
- Un système de suivi et évaluation encore insuffisamment performant : l'une des faiblesses du système de suivi et évaluation du programme est que certains indicateurs rendent difficile la mesure ou l'appréciation des progrès vers l'atteinte des résultats. Ainsi, la contribution de l'UNFPA aux effets du Plan stratégique et de l'UNDAF ne ressort pas clairement.

7.2. Leçons apprises

On retiendra du 7^{ème} programme les leçons principales suivantes :

- La participation effective du Bureau pays à toutes les instances de décision dans le cadre de la SCADD et de l'UNDAF, et à des réunions de groupements thématiques sur les actions humanitaires, a permis de mettre sur l'agenda national, les questions clés concernant la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD) ;
- Les acquis en matière de développement des capacités sont importants mais fragiles (FO, SONU – emploi inadéquat ou insuffisant des outils et équipements disponibles, mobilité du personnel formé, faiblesse d'autres aspects de la chaîne de la prise en charge). Ainsi, le manque de sang, de capacité d'évacuation sanitaire médicalisée, le subventionnement des SONU partiellement mis en œuvre soulignent la nécessité, pour consolider et pérenniser les acquis, de mettre l'accent sur le renforcement de la qualité des soins ;

- Un travail énorme de sensibilisation est accompli, mais son impact est encore mal connu et les messages transmis aux populations, surtout via les organisations à base communautaire, peuvent parfois être éloignés des objectifs initiaux du programme, ou incomplets ;
- Les semaines ou journées thématiques (des sages-femmes, de la PF) ont un retentissement important ;
- En dépit des constats faits par tous, bailleur, administrateurs, partenaires, des difficultés de mise en œuvre du programme liées aux procédures de programmation et gestion demeurent. Ceci s'accompagne d'un certain niveau d'incompréhension entre acteurs. Cependant, la volonté existe de travailler ensemble pour réduire les temps de procédures, améliorer la qualité de la programmation et libérer plus rapidement les fonds pour la mise en œuvre des activités ;
- Le cadre de résultats du programme ne permet pas d'en apprécier tout l'impact.

7.3. Conclusions

Les conclusions sont organisées aussi bien aux niveaux stratégique et programmatique qu'au niveau du système de gestion et de suivi et évaluation du programme de coopération.

7.3.1. Niveau stratégique

Conclusion NS/1 : Le programme de coopération Burkina Faso-UNFPA 2011-2015 s'inscrit parfaitement dans la vision des Plans Stratégiques successifs de l'UNFPA (2009-2013 puis 2014-2017) ; il accorde donc une attention particulière aux populations pauvres et vulnérables, au développement des capacités ; cependant, la coopération sud-sud y occupe encore une place marginale.

En particulier, l'UNFPA mène un combat acharné contre la mortalité maternelle dont le niveau élevé reste toujours préoccupant. De même, le Fonds est pionnier dans la lutte contre les inégalités de genre et la défense des droits en santé de la reproduction, et son action dans ce domaine produit des résultats visibles sur le terrain. Ces efforts se traduisent par un effort marqué visant le **renforcement des capacités** dans les trois domaines programmatiques. Cependant, le renforcement des capacités en gestion axée sur les résultats au niveau central et régional est encore insuffisant au regard des besoins.

En dehors de quelques cas isolés (échanges avec les Bureaux UNFPA du Congo, du Burundi, du Niger ou des Philippines), la **coopération sud-sud** n'a pas occupé la place qui doit lui revenir dans ce programme appuyé par l'UNFPA. La mise en place d'une stratégie spécifique par le Bureau pourrait ouvrir le programme à des nouvelles perspectives.

Conclusion NS/2 : La plupart des parties prenantes interrogées reconnaissent la valeur ajoutée de l'UNFPA dans ses trois domaines d'intervention.

Parmi les valeurs ajoutées incontestables de l'UNFPA dans la coopération avec le gouvernement du Burkina Faso figure l'expertise avérée du Fonds dans le domaine de la collecte, du traitement et de l'analyse de données. L'UNFPA est chef de file des grandes opérations de collecte qui se déroulent dans le pays. C'est la seule agence du SNU qui investit aussi massivement dans la formation des démographes et statisticiens, pour fournir aux planificateurs et aux décideurs des données fiables en vue d'élaborer des politiques et programmes de développement crédibles, et permettre une prise de décision fondée sur des informations objectives. Aucune agence du SNU n'est allée aussi loin que l'UNFPA dans le plaidoyer et la sensibilisation en vue de la prise en compte des questions de population dans la planification du développement. Aux niveaux central et régional, l'intégration des questions transversales est passée de la phase théorique à la phase opérationnelle, grâce à l'appui continu de l'organisation. Tous les partenaires au développement saluent, à juste titre, la qualité de cette expertise.

L'UNFPA est un véritable pionnier, leader et défenseur naturel des droits en matière de santé sexuelle et reproductive, des femmes victimes de violences sexuelles ou privées de leurs droits fondamentaux, des femmes victimes de fistules rejetées par leurs communautés, du rapt des filles et des femmes, etc. Autant de chantiers que l'UNFPA a été parmi les premiers à ouvrir ou à appuyer, avec des résultats probants. Le Fonds joue également un rôle pivot dans la prise en compte des problématiques de la PF et dans le développement de son acceptation et de son accessibilité.

Conclusion NS/3 : La durabilité des résultats du programme est renforcée par le développement des capacités et l'énorme travail de sensibilisation et de mobilisation sociale, mais reste toujours fragile, d'autant qu'il manque une véritable stratégie d'appropriation, et que la dépendance à l'aide extérieure reste forte.

Parmi les facteurs de durabilité les plus importants, on compte le renforcement des capacités (des centaines de personnes formées, des structures institutionnelles et de santé équipées, des systèmes développés comme dans le cas du suivi de l'approvisionnement en produits de la PF). Un travail énorme de sensibilisation et de plaidoyer est effectué dans tous les domaines. Le développement des politiques et programmes nationaux, et l'intégration des questions de population dans ces politiques et programmes complètent ce tableau.

Néanmoins, des facteurs de fragilité de cette durabilité demeurent. En effet, le niveau d'appropriation et de viabilité des résultats du programme ne leur permettent pas encore de perdurer en l'absence de « stimuli » externes et les chances qu'ont les acquis des interventions de se maintenir une fois que les partenaires techniques et financiers auront achevé de financer ou de soutenir l'action sont moyennes. Malgré les efforts consentis, il manque encore de ressources humaines qualifiées et on note une faible implication des responsables, en particulier au niveau local.

Conclusion NS/4 : Le changement d'échelle du programme a été une nécessité, mais demande des investissements de plus en plus importants pour faire face aux besoins croissants des populations.

La volonté de couvrir l'ensemble du territoire national répond à la nécessité d'étendre les retombées du programme à l'ensemble de la population plus rapidement et de manière plus durable pour répondre aux objectifs des cadres internationaux et nationaux de développement. Le passage à l'échelle demeure un défi que l'UNFPA ne peut relever qu'en menant une réflexion soutenue, en adoptant une planification stratégique et une gestion avisée et plus efficiente, ainsi qu'en assurant une allocation de ressources appropriée. C'est un processus long qui suppose la transposition à plus grande échelle des innovations en matière de population et développement, de genre et de SR, ou d'autres expérimentations sur le terrain qui ont fait la preuve de leur efficacité.

Conclusion NS/5 : Le pilotage du programme est parfois rendu difficile par la multiplication des partenaires et des solutions méthodologiques et techniques pour atteindre une population aussi large et diversifiées que possible, particulièrement dans le domaine de la SSR, dans un contexte de procédures de gestion complexes, et d'un système de suivi-évaluation encore largement perfectible.

Ceci s'est traduit par les aspects suivants :

- Une organisation hiérarchisée, du fait d'un ensemble de partenaires très fourni qui mériterait d'être resserré ;
- Des procédures alourdies par un grand nombre de partenaires d'exécution ;
- La difficulté de tout suivre de façon adéquate ;
- Des montants pour chacun des partenaires d'exécution souvent faibles, qui plus est dans un système de sélection des partenaires qui n'optimise pas le rendement de la dépense comme on l'a vu avec le choix du partenaire du développement des messages radiophoniques.

7.3.2. Niveau programmatique

7.3.2.1. Conclusions concernant Population et développement

Conclusion P&D/1 : Les efforts sont faits en matière de prise en compte des questions de population dans les plans et programmes sectoriels de développement, et de mise en œuvre de la politique nationale (PNP) de population. Mais beaucoup reste encore à faire pour que cette intégration soit effective à tous les niveaux et pour que la PNP soit largement vulgarisée.

Des progrès considérables ont été réalisés en matière d'intégration des questions de population dans les plans et programmes nationaux de développement au cours de la mise en œuvre de ce programme. Mais d'après les informations disponibles, il s'avère que les politiques sectorielles n'intègrent pas encore assez les variables démographiques dans leur contexte ou diagnostic, leurs objectifs et leurs stratégies de mise en œuvre. En outre, des efforts restent aussi à faire pour que la PNP soit effectivement mise en œuvre. Le problème actuel est davantage celui de la maîtrise de la croissance démographique et surtout celui de l'éducation et de l'emploi des jeunes, du fait de l'arrivée à l'âge d'activité de générations de plus en plus nombreuses.

Conclusion P&D/2 : Les ressources humaines pour mener à bien l'intégration des questions de population dans la planification du développement, et dans la collecte et l'analyse de données sont encore insuffisantes en termes de quantité et de qualité.

La structure chargée des politiques de population et de l'intégration des variables démographiques dans la planification du développement ne compte aucun démographe. La DPP n'a pas de moyens suffisants, techniques, humains ou financiers, pour accomplir ses multiples missions. Il a été signalé à l'équipe de l'évaluation que beaucoup de démographes formés ont quitté l'INSD pour des perspectives meilleures, notamment ceux formés dans le cadre du recensement 2006. Il n'est donc pas facile avec l'effectif de personnel actuel, de piloter la PNP et d'établir des liens entre elle et les politiques sectorielles, promouvoir l'intégration des questions de population, l'analyse et l'utilisation des données. En même temps, il faut améliorer les connaissances en matière d'interrelations entre population et développement, développer une expertise nationale en intégration, production et analyse des données sexo-spécifiques et des analyses de genre.

Conclusion P&D/3 : L'insuffisante fonctionnalité des unités IMIS dans les régions constitue un blocage à la production et à une plus grande utilisation des données sociodémographiques

Les DREP ont encore un grand besoin de formations et de renforcement des capacités dans le domaine de l'archivage et de la valorisation des données de recensements généraux de la population et de l'habitation et des enquêtes auprès des

ménages, pour mieux maîtriser cet important outil qu'est IMIS. De nombreux ateliers de formation à l'intention des cadres statisticiens, démographes et informaticiens, spécialistes du traitement des données, ont déjà eu lieu avec l'appui de l'UNFPA, mais ceux-ci sont jugés insuffisants au regard de la mobilité du personnel de l'administration publique.

Conclusion P&D/4 : L'appui de l'UNFPA à l'ensemble du système statistique national a donné une impulsion nouvelle à la production et à l'utilisation des données sociodémographiques

L'appui de l'UNFPA concerne non seulement la mise en place des bases de calcul de nombreux indicateurs de développement, mais aussi le suivi des OMD, grâce à la mise en place des données démographiques et des indicateurs appropriés. Actuellement, l'UNFPA assure le leadership du 5^{ème} recensement général de la population, en collaboration avec les autres partenaires au développement. L'UNFPA a donc toujours été activement présent dans la réalisation périodique d'enquêtes d'envergure nationale comme l'EDS, MICS, les enquêtes sur le bien-être des ménages, la production des statistiques courantes. Mais de nombreuses difficultés demeurent comme la faible valorisation des informations de routine, la faible recours aux bases de données d'envergure nationale pour la réalisation d'analyses approfondies, l'insuffisance quantitative et qualitative des ressources humaines, et la faiblesse des moyens logistiques notamment informatiques.

7.3.2.1. Conclusions concernant la composante santé sexuelle et de la reproduction

Conclusion SR/1 : L'apport de l'UNFPA dans le domaine de la SR, aligné avec les cadres prévus à cet effet, permet de renforcer significativement le volume et la qualité de l'offre de services.

Ceci se manifeste à travers :

- l'accent fort mis sur le développement des capacités, axe stratégique du programme ;
- le très gros travail mené en termes de plaidoyer, de sensibilisation, de communication, d'information (IEC/CCC), y compris par le biais des média de masse, mais aussi du travail réalisé sur le terrain à l'aide des réseaux associatifs et des organisations à base communautaire ;
- la couverture nationale du programme.

Conclusion SR/2 : Le développement des compétences, s'il est indispensable, n'est, en soi, pas suffisant pour assurer la montée en puissance de la qualité des prestations et de leur pérennité.

Des centaines de personnes ont été formées, et équipées, mais dans certains domaines, comme la réparation de la fistule obstétricale, où le nombre de personnes actives en routine est encore faible, l'emploi de ces ressources présente des difficultés encore importantes. L'emploi des équipements fournis ou déjà en place, ou bien l'impact pratique des formations semblent encore fragile. D'autres facteurs d'effectivité de cet emploi qui doivent donc être pris en compte incluent les conditions de travail, les incitations à la performance, le mouvement du personnel formé (qui tend à s'accroître après la formation). La continuité de l'appui est à assurer et même à développer pour certains domaines critiques (comme l'accès aux SONU) et difficiles et peu financés (comme la FO et la PF).

Conclusion SR/3 : La prise en charge de la dystocie et des complications graves de l'accouchement n'est semble-t-il que peu impactée encore.

Si les moyens fournis par le 7^{ème} Programme ont permis d'augmenter les capacités de quelques structures sanitaires, d'importants obstacles demeurent, certains domaines de la chaîne de PEC des parturientes, et notamment en vue de réduire les trois retards principaux, ont été peu impactés. Parmi les obstacles principaux encore à appréhender de façon plus systématique, et que le prochain programme pourrait retenir pour un appui spécifique afin de renforcer les effets que le développement de la capacité en SONU ont déjà produit, on peut noter :

- le manque de moyens d'évacuation et de médicalisation de cette évacuation ;
- les déficiences de la chaîne du sang (et notamment le manque de poches de sang ou produits sanguins) alors que l'hémorragie post-partum est la première cause spécifiquement identifiée de mortalité en couches ;
- le manque de kits d'accouchement (en général constitués sur place et payés par les parturientes malgré le subventionnement des prestations de SR) ;
- la question du subventionnement des SONU (et du financement de la SR en général).

Conclusion SR/4 : Au travers de ses partenariats avec les ONG et la société civile, l'UNFPA parvient à toucher une population très large et diverse, et à atteindre les populations marginalisées et démunies, en général dénuées de droits fondamentaux, y compris la dignité.

Le travail fait avec les leaders communautaires ou religieux, les réseaux nationaux d'associations locales, les média, permet d'atteindre l'ensemble de la population burkinabé. Et grâce à une prise en compte des spécificités de populations marginalisées, de spécialiser le message et la réponse apportée à leur problématique spécifique, comme il est manifeste dans

les domaines de la fistule obstétricale, des réfugiés, des handicapés, des personnes ayant des relations sexuelles avec des personnes du même sexe ou qui commercialisent des relations sexuelles.

Conclusion SR/5 : En plus d'ambitionner une couverture nationale, le 7^{ème} Programme agit comme une pépinière d'expérimentations et de projets, et un catalyseur d'innovation, à travers un vaste nombre de partenaires.

L'ambition de changer d'échelle, géographique et en termes d'intervention, et d'aborder les questions de la SSR de façon holistique et transversale, a induit la mise en place d'un vaste éventail d'approches, dont celles qui sont mises en œuvre par une large palette de partenaires internationaux et nationaux. Ceci inclut l'Ecole des Maris, mais aussi le tutorat des SF, la DBC, les équipes mobiles, l'organisation des journées ou semaines thématiques, le théâtre participatif, etc. Cet éventail d'interventions et d'expérimentations, qui permet d'affronter les défis de la SSR sous divers angles et de différentes façons, pose cependant le problème de l'harmonisation et du suivi de l'ensemble des initiatives et appelle une systématisation de l'étude des processus et de leurs effets avant de changer d'échelle.

Conclusion SR/6 : Sans l'appui de l'UNFPA, certains domaines souffriraient d'un manque important de ressources.

Grâce au plaidoyer, à l'appui financier, au développement des capacités, et, d'une manière générale, à une approche holistique et transversale, le programme permet l'intégration plutôt réussie des problématiques difficiles à aborder comme la Fistule Obstétricale, la Planification Familiale et le traitement spécifique de la SSR des jeunes et des adolescents. En creux, ce rôle central joué par l'UNFPA dans ces domaines, certes difficiles, laisse apparaître la fragilité des acquis. Malgré l'augmentation du budget de l'Etat alloué à la santé, les ressources disponibles pour ces domaines importants mais difficiles sont encore insuffisantes. Ceci amène les partenaires externes à maintenir leur effort pour éviter que les résultats obtenus se détériorent de nouveau.

Conclusion SR/7 : La pertinence des mécanismes ou des messages (IEC/CCC) pourrait être améliorée.

C'est le cas des messages véhiculés par les Ecoles des Maris ou les OBC, c'est-à-dire par le travail fait par les animateurs (qui doivent être davantage professionnalisés) et les relais communautaires. L'emploi des outils de communication et le contenu des messages transmis ne paraissent pas toujours adéquats. La conclusion pose, notamment, la question de la complémentarité entre ASC, relais et agents de santé impliqués dans les stratégies mobiles et avancées, qui n'a pas été véritablement abordée par le programme ou ses partenaires du Ministère de la Santé.

Conclusion SR/8 : Le cadre de mesure des résultats du programme ne permet pas véritablement d'en mesurer les effets.

Les indicateurs de mesure d'effets retenus sont d'ordre global, sectoriels, mais ne permettent pas de mesurer des effets du programme dans les facteurs permettant l'amélioration des indicateurs sectoriels. Les données disponibles pour ces derniers indiquent une amélioration de l'accouchement assisté, par exemple. Mais, on constate aussi une stagnation du niveau de certains indicateurs après une forte progression (accouchement assisté par du personnel qualifié, CPN) qui ont même un peu reculé depuis 2011-2012. Des enquêtes récentes (PMC), mais qui demanderaient à être confirmées, font apparaître une remontée de la fréquence des grossesses précoces. Il est donc important de formuler des indicateurs qui permettent d'identifier la contribution du Programme à ces objectifs sectoriels ou sous-sectoriels, et de pouvoir distinguer entre les divers facteurs et leurs effets. Les obstacles reconnus dans le domaine des SONU en particulier sont des éléments à prendre en compte dans cette appréciation. D'autres, peut-être moins bien maîtrisés par les cadres prévus, peuvent inclure, par exemple, une difficulté de relation entre les personnels de santé et les parturientes qui est due tant aux croyances et aux difficultés d'accès (notamment financier) de ces dernières, qu'aux attitudes et aux difficultés à communiquer des premiers.

7.3.2.3. Conclusions concernant la composante genre et droits humains

Conclusion G/1 : Le plaidoyer, l'appui technique et financier du Programme Pays ont contribué à l'amélioration du cadre juridique et institutionnel dans le domaine du genre y compris les violences basées sur le genre.

Avec l'appui du programme pays en cours, le Burkina Faso dispose de manuels et de modules de formation genre spécifique qui ont été testés, ce qui permet une bonne opportunité d'affinement de ces outils dans la perspective de les intégrer dans les curricula de formation au niveau universitaire et dans les enseignements d'une politique d'équité et d'égalité de genre. En outre la contribution de l'UNFPA à l'élaboration du 7^{ème} rapport CEDEF a permis au pays de faire le point et d'avoir une situation actualisée de ses engagements internationaux et nationaux. La traduction de la CEDEF en langues nationales, la confection et diffusion de brochures sur les droits de la femme, ainsi que de la connaissance de la loi sur les VEF, sont autant d'outils disponibles visant l'accès à l'information et à la justice pour les victimes bafouées dans leurs droits.

Conclusion G/2 : Le Programme a permis de renforcer partiellement les capacités des Partenaires d'exécution et de l'Equipe de mise en œuvre au niveau du Bureau.

La participation des partenaires d'exécution à des conférences et ateliers sur différentes thématiques dans le domaine de genre a contribué à une exécution acceptable des activités de la composante. Mais, l'appropriation des concepts et leur traduction dans la pratique reste encore un défi important pour les partenaires d'exécution.

Conclusion G/3 : L'exécution du 7^{ème} programme de coopération a permis d'éveiller, d'informer et d'améliorer la prise de conscience des populations et des acteurs de défense des droits humains sur les violences basées sur le genre et leur conséquences néfastes.

Les études sur les Mutilations Génitales Féminines (MGF) et les Violences Basées sur le Genre (VGB), le rapt des filles et des femmes dans la région de l'Est ont permis de disposer des données de base en vue d'actions beaucoup plus ciblées pour éradiquer ce phénomène. Mais une meilleure cohérence entre les partenaires d'intervention sur ces thématiques bien qu'orientées nécessite un recadrage du produit 7 pour le rendre plus digeste, lisible et valorisé. Le grand travail de sensibilisation et de mobilisation sociale autour de ces enjeux ont eu pour effets des changements de comportement à différents niveaux, mais également des engagements communs pris publiquement pour éradiquer les VBG et la « tolérance zéro » pour les MGF/E. Cependant, les dénonciations, le suivi des victimes des violences, la prise en charge psycho sociale et économique, les réparations des torts, la mise en place des structures de veille au niveau communautaire demeurent des défis que le prochain programme devra intégrer dans sa planification.

Conclusion G/4 : L'exécution des programmes conjoints et la capacité de mobilisation des ressources par l'UNFPA pour la mise en œuvre de la PNG et l'alimentation du FCG démontrent la valeur ajoutée de l'UNFPA comme chef de file du SNU sur les questions de genre et des droits humains.

En effet, la capacité de mobilisation des ressources auprès d'autres partenaires a été vivement appréciée par la partie nationale (MPFG). De même, tout le travail de coordination, de veille et d'interpellation auprès des PTF, membres du CCG et via le FCG démontrent suffisamment le rôle moteur de l'UNFPA dans le domaine des questions de genre et des droits humains. L'UNFPA pourrait revoir son appui à l'effectivité de l'Observatoire du Genre qui reste une priorité au niveau national pour rendre davantage compte des progrès réalisés dans ce domaine.

7.3.2.4. Conclusions concernant le système de gestion et de suivi et évaluation

Conclusion G/SE/1 : Le système de gestion financière semble être un handicap pour le programme en général, qui a des conséquences en matière de quantité et de qualité d'exécution des plans d'action.

Dans un contexte de multiplication des partenaires d'exécution du Programme, les procédures de gestion administrative s'avèrent lourdes. Elles contribuent à des retards à toutes les étapes, accentuent la stratification de l'organisation de gestion, dans un contexte où les procédures de planification et de gestion financière doivent être relancées quatre fois par an. En outre, les montants alloués sont connus tardivement, notamment pour les fonds thématiques – une part très importante des ressources financières allouées par l'UNFPA. L'arrivée tardive des fonds aux opérateurs laisse souvent peu de temps pour les exécuter dans de bonnes conditions. La multiplication des acteurs accentue la difficulté de la tâche administrative.

Conclusion G/SE/2 : Le cadre logique qui accompagne le 7^{ème} Programme ne fait pas clairement ressortir l'articulation entre les effets recherchés, les résultats attendus, et les activités.

Si le suivi des intrants et des activités semble satisfaisant, celui des produits est en revanche moins évident. L'insuffisance d'un système de suivi-évaluation axé sur les résultats, la formulation des produits et des indicateurs, rendent parfois difficile l'appréciation de la performance réelle du programme. La définition de certains produits est souvent trop générale et imprécise et leur champ d'application trop vaste. Cette imprécision rend encore plus difficile l'élaboration d'indicateurs directs, objectifs, pratiques et adéquats. Certains indicateurs utilisés sont des indicateurs de processus ou de produits qui ne permettent pas de mettre en évidence les retombées du programme sur les populations cibles. D'autres sont trop généraux ou sectoriels pour rendre compte des effets propres de l'intervention de l'UNFPA.

Chapitre 8. Recommandations

Suivant la structuration utilisée pour les conclusions, les recommandations sont présentées par niveau (stratégique et programmatique) et pour le système de gestion et de suivi-évaluation. Les conclusions auxquelles elles se rattachent sont indiquées. Un niveau de priorité est ensuite attribué (1= élevé ; 2= assez élevé).

8.1. Recommandations de niveau stratégique

Recommandation NS/1 : Créer les conditions d'une durabilité effective des résultats du programme en développant une stratégie de développement des capacités en vue de consolider les acquis. (<i>Référence = conclusions NS/3 et SR/5</i>)	Priorité 1	Bureau Pays
--	-------------------	--------------------

Une « stratégie de sortie » conçue dans le cadre de la création des conditions de durabilité des résultats du programme devrait être élaborée et jointe au PAPP et aux PTA. Elle comporte, entre autres, les éléments suivants : des résultats que l'on souhaite généraliser, les expériences ayant eu un succès durable et dont tous les éléments sont documentés, l'identification des mesures et décisions requises aux niveaux politique, légal et administratif au plan national et local, pour permettre l'institutionnalisation et la réplication du programme. Il conviendrait donc de prévoir une telle « stratégie de sortie » tant pour la finalisation du 7^{ème} Programme que dans le cadre de la programmation du prochain cycle de coopération entre l'UNFPA et le Burkina Faso.

L'élaboration d'une stratégie de développement des capacités est également capitale. Le développement des capacités est un axe majeur du 7^{ème} Programme. Il conviendrait donc, pour le prochain cycle de programmation, de développer une stratégie spécifique afin de renforcer la capacité du programme à atteindre ses résultats.

Recommandation NS/2 : Envisager une programmation plus recentrée des projets et programmes. (<i>Réf. = conclusions NS/5 et G/SE/1</i>)	Priorité 1	Bureau Pays
---	-------------------	--------------------

Afin d'améliorer l'efficacité du programme par rapport aux ressources disponibles, et particulièrement en vue de la programmation du prochain cycle de coopération UNFPA – Burkina Faso, il conviendrait de réduire le nombre d'activités menées, de recentrer donc ses domaines d'intervention. Ceci amènerait à un moindre nombre de stratégies à mener, voire de produits à mettre en œuvre. Et ceci devrait aussi concerner le nombre de partenaires d'exécution et de mise en œuvre de ces activités. Ceci permettrait de mobiliser davantage de ressources par activité, de manière à en augmenter la couverture et l'impact, et aussi de réduire le volume des procédures de gestion, et donc leur coût.

Il convient aussi de mettre en place un dispositif formel minimum et standardisé de recrutement des opérateurs de premier rang (ce qui est en principe prévu d'après les informations transmises par le Bureau) et de second rang, afin de garantir la meilleure qualification possible des participants et le meilleur rapport qualité-prix (ou coût-efficacité) des prestations. Ceci pourrait passer par des procédures d'appels d'offre ou d'appels à propositions.

8.2. Recommandations de niveau programmatique

8.2.1. Recommandations concernant Population et Développement

Recommandation P&D/1 : L'UNFPA devrait renforcer son appui à l'ensemble du système statistique national afin d'améliorer les capacités nationales de production et d'utilisation des données sociodémographiques, indispensables au suivi et évaluation des politiques et programmes de développement, à l'identification des inégalités de genre et à l'évaluation des situations d'urgence. (<i>Réf = conclusion P&D/4</i>)	Priorité 1	Bureau Pays
--	-------------------	--------------------

Outre les activités classiques de collecte et d'analyse de données, l'UNFPA devrait renforcer son appui à :

- La collecte et l'analyse des données sur les VBG, la diffusion régulière d'analyse et de rapports quantitatifs et qualitatifs sur les différents types de violences basées sur le genre ;
- L'implantation d'un système de collecte des données sur les VBG dans les structures d'offre des services en termes de prévention et de réponse multisectorielle à ce phénomène ;
- La désagrégation de toutes les données pertinentes par âge et par sexe ;
- Le développement des indicateurs tenant compte des différences d'âge et de sexe ;
- L'implication des partenaires dans l'usage, l'analyse et la diffusion des données par âge et par sexe ;
- Le développement des capacités nationales en matière de collecte et d'analyse de données en vue d'évaluer des situations d'urgence ;
- L'introduction d'un programme d'enquêtes dans lequel des phases de collecte de données sont répétées à des intervalles réguliers et annuels. Exemple, des enquêtes de Démographie et de santé continues (ESDS continues). Ce

dispositif permettrait de mettre à la disposition des utilisateurs et des producteurs de statistiques et des décideurs politiques une grande variété de données actualisées ou tout simplement inédites nécessaires à une bonne planification économique et sociale ;

- L'utilisation des bases de données de l'EDS-Continue pour promouvoir des études approfondies dans de nombreux domaines du développement économique et social ;
- L'Appui à la réalisation des études thématiques en lien avec le dividende démographique.

8.2.2. Recommandations concernant la Santé Sexuelle et de la Reproduction

Recommandation SR/1 : Accorder une importance particulière à l'offre de soins de santé maternelle de qualité en soutenant le développement, la mise en œuvre et le suivi d'un plan de développement des SONU, y compris le passage à l'échelle du mentorat. (Réf. = conclusion SR/3)	Priorité 1	Bureau Pays
---	-------------------	--------------------

Une prise en compte plus intégrée des trois retards devrait contribuer à améliorer les effets et les résultats des actions engagées en matière de réduction de la mortalité maternelle. En particulier, le programme devrait développer son action en vue d'améliorer l'accès et la qualité des soins pour les complications de l'accouchement. Ceci pourrait amener le prochain programme à porter son effort sur :

- l'extension à l'ensemble des régions du pays du dispositif de tutorat des SF ;
- l'appui à l'élaboration d'une stratégie de mise à disposition de moyens d'évacuation médicalisés ;
- la sécurisation de la chaîne du sang et de la mise à disposition des produits sanguins ;
- un appui au MS pour la mise en œuvre d'un système de communication (les « flottes » notamment) permettant de suivre au mieux les cas détectés.

Recommandation SR/2 : Appuyer les partenaires de mise en œuvre dans l'adaptation des outils d'IEC/CCC. (Réf. = conclusion SR/8)	Priorité 1	Bureau Pays
--	-------------------	--------------------

Les outils de l'IEC/CCC aujourd'hui utilisés ne sont pas toujours bien adaptés (boîtes à images de qualité moyenne, peu illustratives et souvent utilisées de façon très sélective et partielle). Pour assurer une plus grande répercussion de leur emploi, il conviendrait d'adapter et de diversifier ces outils, d'ouvrir leur palette, dans l'esprit de ce qui est déjà entrepris dans certains cas : utilisation de supports multimédias, projection de films, intensification du recours aux sketches et au théâtre participatif, radio, télévision, boîtes à images utilisant des photos plutôt que des dessins et dont les messages soient plus en phase avec les contextes, etc.

Il conviendrait donc d'analyser plus en profondeur, d'une façon participative, l'ensemble des outils retenus, leur mode d'utilisation, les effets qu'ils induisent, et d'observer aussi ce qui se fait ailleurs, de tirer des conséquences des observations faites et des études menées. Ceci doit être mené aussi tôt que possible afin de pouvoir intégrer les leçons apprises et recommandations au prochain cycle de coopération UNFPA – Burkina Faso. La complémentarité du travail des relais communautaires (sous la responsabilité des OBC) et des agents communautaires de santé (sous celle du MS) doit aussi être abordée, comme elle peut l'être dans d'autres pays qui ont un recours accru à l'usage des agents communautaires. ASC et agents ou relais communautaires sont parfois employés pour des objectifs qui se recouvrent, mais avec des moyens et des niveaux de préparation très variables, pas toujours harmonisés et suffisamment professionnalisés. C'est un domaine dans lequel on peut envisager d'importantes complémentarités, où les formations peuvent se conformer aux standards prévus par les autorités sanitaires pour le travail des agents communautaires de santé.

8.2.3. Recommandations concernant le genre et les droits humains

Recommandation G/1 : Poursuivre le renforcement des capacités des partenaires d'exécution, du staff du bureau et des autres acteurs pour une meilleure promotion du droit d'être à l'abri des violences basées sur le genre et l'accès de services de qualité, y compris dans les contextes de crise humanitaire. (Réf. = conclusions G/1 et G/3)	Priorité 1	Bureau Pays
--	-------------------	--------------------

L'UNFPA devra poursuivre son appui au renforcement des capacités opérationnelles des partenaires d'exécution et de l'équipe de mise en œuvre de la composante Genre au niveau du Bureau compte-tenu de la nouveauté de la thématique pour une mise à niveau de l'ensemble des chargés de programme et des chefs de file. Ceci permettra d'améliorer la compréhension des enjeux et de faciliter par la suite leur prise en compte dans l'accompagnement et la mise en œuvre des engagements CEDEF.

La prise de conscience et la capacité à revendiquer une vie sociale et économique sans violences sexistes devra être une priorité pour le prochain programme. Même en situation d'urgence humanitaire, une offre de services de qualité doit être fournie aux bénéficiaires.

L'UNFPA pourrait accompagner davantage dans leurs missions les structures nationales et déconcentrées, particulièrement pour renforcer les capacités de travail des juges, magistrats, officiers et auxiliaires de justice dans le domaine du respect et de la protection des victimes de violences basées sur le genre. Ceci devrait comprendre le développement des capacités des systèmes régionaux et nationaux de protection des droits humains afin de veiller à l'application des recommandations relatives aux droits sexuels et reproductifs, notamment les capacités des institutions nationales de défense des droits humains (EPU), qui reste un défi à relever. L'appui à fournir doit faciliter l'application des lois en vigueur visant la promotion, la prévention, la protection des droits ; il a besoin de dispositif compétents et de mesures incitatives pour rassurer les victimes et les accompagner dans la réhabilitation de leurs droits. Les structures nationales et déconcentrées de l'action sociale, de la justice, de la police, de la gendarmerie et de la santé sont les maillons prioritaires que l'UNFPA pourrait accompagner davantage dans leurs missions.

Recommandation G/2 : Recentrer l'accompagnement sur deux ou trois partenaires capables d'assurer l'intégration des questions de genre à la santé sexuelle et reproductive pour mieux contribuer à la réduction de la mortalité maternelle. (Réf. = conclusion G1/ G/4)	Priorité 1	Bureau Pays
---	-------------------	--------------------

Les ressources étant limitée pour faire face aux défis actuels en matière de genre, il serait judicieux pour l'UNFPA de recentrer son appui en direction d'un nombre plus réduit de partenaires pour plus d'impact sur le terrain.

- Aussi, les partenariats tissés dans le cadre universitaire à Ouagadougou (Chaire Genre et ISSP) pour intégrer dans les curricula un enseignement de qualité pour une meilleure prise en compte de l'approche genre et celle basée sur les droits doivent être mieux articulés, mieux soutenus. Une meilleure synergie d'action entre la Chaire Genre et l'ISSP de l'Université de Ouagadougou pour des résultats plus probants et visibles est à encourager. Il convient donc d'appuyer la formation des concepteurs et des techniciens de politiques sociales et économiques au fait des évolutions du contexte national pour faire les liens avec les engagements internationaux ratifiés pour la promotion des droits des femmes et viser l'égalité des sexes. Le dispositif de formation du genre actuellement en cours depuis deux années consécutives à l'ISSP a besoin d'être bien suivi, évalué et encouragé vers le développement de partenariats pour enrichir les contenus des formations en lien avec les besoins des cibles.
- Avec les OSC, les appuis techniques, méthodologiques et institutionnels doivent être également recentrés, plus dynamiques et renforcés pour tirer parti des connaissances déjà acquises, mais qui risquent de se perdre si une continuité dans le soutien et le suivi de l'action n'est pas assurée. Des ateliers de partage et de mutualisation des bonnes pratiques peuvent être planifiés à cet effet. De même, l'appui à la capitalisation des expériences en cours par des instituts de recherches avec ces organisations sont à encourager pour rendre compte des évolutions et des effets amorcés dans les réalités sociales des femmes et des hommes en termes de changement de comportement et d'autonomisation pour des prises de décisions plus éclairées aussi bien dans la sphère privé (réduction des violences conjugales) que dans la sphère public (engagement politique et citoyen).
- Dans la même logique, le suivi accompagnement de l'UNFPA aux structures en charge du genre devrait aider à une meilleure conception et opérationnalisation du mécanisme de suivi-évaluation des progrès genre au niveau national. Les réflexions amorcées pour la mise en place de l'observatoire national genre devraient faire l'objet d'attention pour le futur programme. Ce mécanisme de suivi pourra être arrimé aux mécanismes déjà existants pour plus d'efficacité et les résultats de l'évaluation en cours du premier PAO/PNG devraient servir d'input pour l'affiner. Par ailleurs, l'option de retenir l'IDISA comme matrice d'appréciation des progrès genre est une priorité pour le pays. L'UNFPA devrait accompagner la partie nationale dans la maîtrise et surtout la production des rapports de progrès sous ce format. La gestion des connaissances et la capitalisation des bonnes pratiques en matière de genre, en SR et P&D, pourrait ainsi être capitalisée et les résultats/ enseignements largement diffusés au niveau national et sous régional.

8.3. Recommandations concernant la gestion et le système de suivi-évaluation

Recommandation G/SE/1 : Apporter un appui à l'amélioration du cadre des résultats du programme pour mieux s'inscrire dans la vision de la Gestion Axée sur les Résultats (Réf. = conclusion G/SE/2)	Priorité 1	Bureau Pays
--	-------------------	--------------------

L'analyse du cadre des résultats du programme a montré des insuffisances dans l'articulation entre les effets recherchés, les résultats à atteindre, les activités à mettre en œuvre et les indicateurs. Pour l'améliorer l'UNFPA devrait aider à :

- Formuler de façon aussi concise que possible les produits du programme ;
- Utiliser des indicateurs d'effet qui mesurent spécifiquement des effets produits par le programme, et non pas des effets concernant l'ensemble du secteur dans lequel le programme intervient, et éviter les indicateurs qui demandent à être renseignés par le biais d'enquêtes ;
- Introduire la sexo-spécificité dans les indicateurs retenus, autant que possible ;
- Disposer de niveaux de référence et données aussi récentes que possibles sur la situation où l'on vise un changement ; ceci renvoie aussi aux recommandations NS/2 en matière de documentation et d'analyse.