REPUBLIQUE DU NIGER

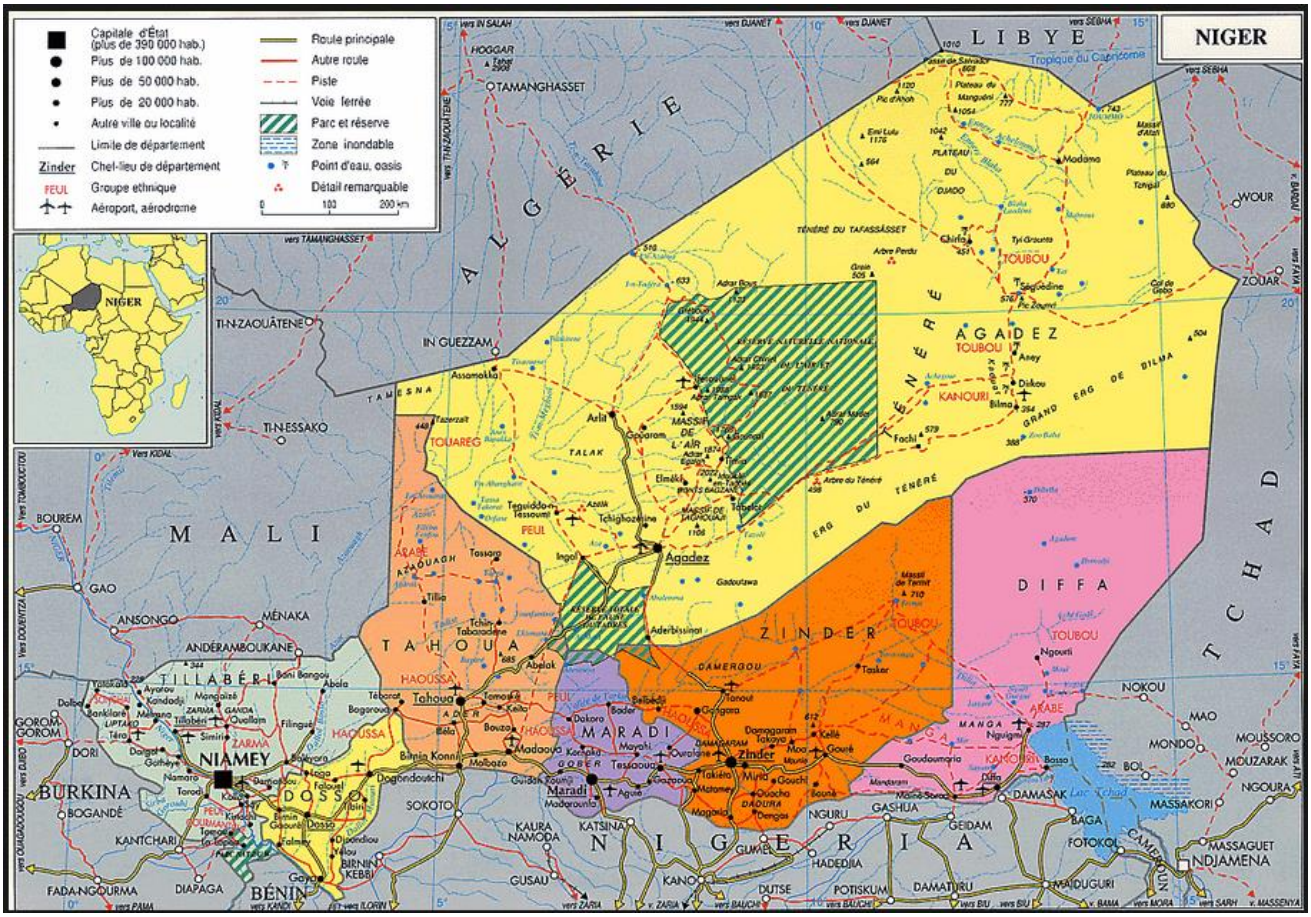
Fonds des Nations Unies pour la Population

EVALUATION DU 8ème PROGRAMME DE PAYS UNFPA/NIGER 2014-2018

Période évaluée : 1er Janvier 2014 – 30 Juin 2017

RAPPORT FINAL D'EVALUATION

Juin 2018



Equipe d'évaluation	
Chef de mission, Consultant International, Thématique SSR	**Tiburce NYIAMA**
Consultant National, Thématique Population & Développement	**Harouna HAMIDOU**

Exception : Le contenu de ce rapport ne reflete pas nécessairement l'opinion de l'UNFPA. Il s'agit de l'appréciation des consultants suite à l'analyse des données et évidences collectées.

REMERCIEMENTS

Des acteurs nationaux et internationaux ont contribué à l'évaluation finale du 8ème Programme de coopération entre l'UNFPA et l'Etat du Niger. L'équipe d'évaluation reconnaît au Bureau Pays de l'UNFPA au Niger et aux membres du Groupe de Référence de l'Evaluation l'accompagnement continu apporté. Une appréciation particulière va à l'endroit de M. le Représentant Résident, Dr. Nestor Azandegbe, de l'Assistant Représentant Résident et Coordinateur du Programme, M. Hassane Ali et du Chargé de Programme Suivi et Evaluation, M. Abdoul Razaou Issa pour la qualité de leur investissement en vue du succès de l'évaluation. M. Simon-Pierre Tegang, Conseiller Technique en Suivi et Evaluation au bureau Régional de l'UNFPA pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre à Dakar/Sénégal, a apporté l'assistance technique nécessaire.

L'obligeance de l'équipe d'évaluation va aussi à l'endroit des 7 Ministères en charge de la Santé, de la Jeunesse, du Genre, de la population, de l'enseignement secondaire, de la formation professionnelle et technique et du Plan, l'ENESP D. Zika, l'ONPPC et l'INS ; des Agences des Nations Unies parmi lesquelles, L'ONUSIDA, Le PAM, l'UNICEF, L'UNDSS, UNHCR, OMS. OCHA ; FAO, ONUFEMME et le PNUD, et enfin des OSC dont Akarass, Lafia Matassa, SONGES, MDM, CONIPRAT, ANIMAS, FEVVEF, ACTPIN, ACTN, ADKOUL, FEFEM, CADEL, AGIR+... pour la fourniture d'information et de documents.

Quant aux autorités administratives, aux prestataires des services en périphérie, aux acteurs communautaires et aux bénéficiaires rencontrés, gratitude leur est exprimée pour l'accueil et leur participation à l'évaluation.

Table des matières

ABREVIATIONS ET ACRONYMES 5
RESUME ANALYTIQUE 8
CHAPITRE I : INTRODUCTION 12
CHAPITRE 2 : CONTEXTE DU PAYS 19
2.1- Objectifs du Développement et Stratégies Nationales 19
2.2- Rôle de l'aide extérieure 23
CHAPITRE 3 : REPONSE STRATEGIQUE UNFPA ET PROGRAMME 26
3.1- Réponse stratégique de l'UNFPA 26
3.2- Programmes de Pays UNFPA 26
Chapitre 4 : RESULTATS – REPONSES AUX QUESTIONS D'EVALUATION 30
4.1 REPONSE A LA QUESTION D'EVALUATION 1 SUR LA PERTINENCE DU PP8 30
4.2 REPONSE A LA QUESTION D'EVALUATION 2 SUR LA REACTIVITE DU PP8 36
4.3 REPONSE A LA QUESTION D'EVALUATION 3 SUR L'EFFICIENCE DU PP8 38
4.4 REPONSE A LA QUESTION D'EVALUATION 4 SUR L'EFFICACITE DU PP8 50
4.5 REPONSE A LA QUESTION D'EVALUATION 5 SUR LA DURABILITE DU PP8 63
4.6 REPONSE A LA QUESTION D'EVALUATION 6 SUR LA COORDINATION UNCT 68
4.7 REPONSE À LA QUESTION D'EVALUATION 7 SUR LA VALEUR AJOUTEE DU PP8 70
CHAPITRE 5 : CONCLUSIONS ET LEçONS APPRISES 72
5.1 LEÇONS APPRISES DU 8ème PROGRAMME 72
5.2 CONCLUSIONS DU NIVEAU PROGRAMMATIQUE 73
5.3 CONCLUSIONS DU NIVEAU STRATEGIQUE 73
CHAPITRE 6 : RECOMMANDATIONS 75

ABREVIATIONS ET ACRONYMES

ACTN	Association des Chefs Traditionnels du Niger
ADKUL/TA	ONG ADKUL/Tahoua
AFD	Agence Française de Développement
AGIR+	ONG AGIR+
ANBF	Association Nigérienne pour le Bien-Etre Familial
ANMS/PSI	Association Nigérienne pour le Marketing Social / Population Services International
AS	Aire de santé
BP	Bureau Pays
CAJ	Centre Amis des Jeunes
CCA	Common Country Assessment ou Bilan Commun de Pays
CCSI	Chef de Centre de Santé Intégré
CE	Centre d'Ecoute
CEDEAO	Communauté Économique Des États de l'Afrique de l'Ouest
CIPD	Conférence Internationale sur la Population et le Développement
CNDH	Commission Nationale des Droit de l'Homme
COM	Communication
CPAP	Country Programme Action
CPE/EPP	Country Program Evaluation/Evaluation du Programme de Pays
CPN	Consultation Prénatale
CPoN	Consultation Post Natale
CSE	Chargé de Suivi & Evaluation
DD	Direction/Directeur Départemental/e
DR	Direction/Directeur Régional/e
DRSP	Direction Régionale de la Santé Publique
DS	District de Santé
DSME	Direction de la Santé Mère et Enfant
DSSR	Droits relatifs à la Santé Sexuelle et Reproductive
EDSN/MICS	Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples du Niger
EG	Entretien de groupe
EIA	Entretien Individuel Approfondi
EPP/CPD	Evaluation du Programme de Pays/ Country Program Document
EQ	Evaluation Question
EQA	Evaluation Quality Assessment ; Appréciation de la Qualité de l'Evaluation
ESDG	Enquête de Surveillance de 2ème Génération
ESC	Education Sexuelle Complète
FAO	Food and Agriculture Organization
FGD	Focus Group Discussion
FS	Formation sanitaire
GDD	Groupe de Discussion Dirigée
GRE	Groupe de Référence de l'Evaluation
GTTR	Groupe Technique de Travail Régional

HACT	l'Approche Harmonisée de Transfert de Fonds
IDH	Indice de Développement Humain
INS	Institut National de la Statistique
IPs	Implementing Partners ou Partenaires de mise en Œuvre
IST	Infection Sexuellement Transmissible
JICA	Japan International Cooperation Agency
KADEL/ZR	ONG KADEL Zinder
KfW	Banque Allemande de Développement
MCD	Médecin Chef de District
MES	Ministère de l'Enseignement Secondaire
MESRS	Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique
MFPT	Ministère de la formation Professionnelle et Technique
MGF	Mutilations Génitales Féminines
MICS	Enquête Démographique à Indicateurs Multiples
MJS	Ministère de la Jeunesse des Sports
MP	Ministère de la Population
MPAT/DC	Ministère de Plan de l'Aménagement du Territoire et du Développement Communautaire
MPF/PE	Ministère de la Protection de la Femme et de la Protection de l'Enfant
MS	Ministère de la Santé
NPO	National Program Officer (Chef de Programme)
OCDE	Organisation de Coopération et de Développement Economique
OD	Observation Directe
ODD	**Objectifs de Développement Durable**
OIM	Organisation Internationale pour les Migrations
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONU	Organisation des Nations Unies
ONUFEMMES	Organisation des Nations Unies pour les Femmes
ONUSIDA	Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
OOAS	Organisation Ouest Africaine de la Santé
OSC	Organisation de la Société Civile
OSD	Orientations Stratégiques du Développement
P&D	Population et Développement
PAM	Programme Alimentaire Mondial
PDES	Plan de Développement Economique et Social
PDS	Plan de Développement de la Santé
PE ; PI	Partenaires d'Exécution, Partenaires d'Implémentation
PF	Planning Familial
PH	Pharmacie/Pharmacien
PIP	Programme d'Investissement Public
PNG	Politique Nationale Genre
PNUAD/UNDAF	Plan cadre des Nations Unies pour l'Aide au Développement
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PP	Programme Pays

PPS	Point de Prestation de Services
PS	Plan Stratégique
PTME	Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant
PVVIH	Personne Vivant avec le VIH
RD	Revue Documentaire
RGP/H	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
RH	Ressource(s) Humaine(s)
RHU	Réponse Humanitaire d'Urgence
RM	Responsable Médicament
S&E	Suivi et Evaluation
SAF	Services Administratif et Financier
SCDI	la Stratégie de Croissance de Développement Inclusive
SDDCI	Stratégie de développement Durable et de Croissance Inclusive du Niger à l'horizon 2035
SIDA/VIH-SIDA	Syndrome de l'Immunodéficience Humaine Acquise ; Virus de l'Immunodéficience Humaine
SMN/SMNI	Santé maternelle et néonatale ; Santé Maternelle et Néonatale et Infantile
SNI	Système National d'Information Sanitaire
SNU	Système des Nations Unis
SOS-FEM	ONG SOS-FEM
SR	Santé de la Reproduction
SR	Santé de la Reproduction
SSR	Santé sexuelle et reproductive
SSRAJ	Santé Sexuelle et Reproductive des Adolescents et Jeunes
STATS.	Statistiques
UA	Union Africaine
UE	Union Européenne
UNCT	Equipe Pays des Nations Unies ; United Nations Country Team
UNEG	United Nations Evaluation Group
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
UNHCR	Haut-Commissariat aux Réfugiés des Nations Unies
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VBG	Violences Basées sur le Genre
WCARO	West and Central African Regional Office

RESUME ANALYTIQUE

CONTEXTE ET OBJECTIFS

Le 8ème programme pays de coopération 2014-2018 entre le Niger et UNFPA (PP8) cadre avec le Plan cadre des Nations Unies pour l'Aide au Développement 2014-2018. Son évaluation indépendante en apprécie la pertinence, l'efficience, l'efficacité, la durabilité, la synergie avec l'UNCT et sa valeur ajoutée. Les objectifs de l'évaluation consistent à : (1) Fournir une appréciation indépendante pour renforcer la redevabilité du Bureau Pays par rapport à la pertinence et la performance du Programme vis-à-vis des donateurs, partenaires et parties prenantes ; et (2) à Tirer des enseignements et identifier des bonnes pratiques pour informer la conception du prochain cycle de programmation.

CHAMP DE L'EVALUATION ET METHODOLOGIE

L'évaluation a couvert la période du 01/01/2014 au 30/06/2017 pour toutes les 23 interventions du CPAP portant les 9 produits du PP8, les 5 strates géographiques du Niger et toutes les catégories de parties prenantes et bénéficiaires des 44 Districts Sanitaires. Les interventions du programme se fondent dans 15 Projets/programmes Atlas dont : (1) Activités de support des programmes ; (2) Appui aux acteurs pour la mise en place du mécanisme de gestion des données et de réponse aux VBG ; (3) Capacité nationale à prévenir les mariages d'enfants et les grossesses chez les adolescentes ; (4) Education sexuelle complète (ESC) communautaire et scolaire promouvant les droits humains et l'égalité des sexes ; (5) Programmes de lutte contre le VIH sans stigmatisation ou discrimination ; (6) Pf et SPSR ; (7) Santé Maternelle et Néonatale ; (8) Mise en place d'un projet pilote d'introduction et d'évaluation de Sayana Press dans les DS de Magaria, Téra, Mayahi et Madarounfa au Niger ; (9) Prévention de la VBG et des pratiques nuisibles ; (10) Renforcement de capacité nationale en matière de: - formation des sages-femmes et de gestion des ressources humaines ; - SONU ; - prévention et traitement des FO et promotion de la réinsertion sociale des patientes après traitement ; (11) Renforcement de la capacité à formuler et mettre en œuvre des politiques fondées sur les droits intégrant les données sur la dynamique de la population, à la SSR et au VIH, ainsi que leurs liens avec le développement durable ; (12) Renforcement de: - Systèmes nationaux de SPSR ; - Capacités nationales en matière d'interventions communautaires en faveur de la PF ; (13) Renforcement des systèmes de protection pour des progrès en droits reproductifs, l'égalité des sexes et la non-discrimination ; (14) la RHU ; (15) Programme global UNFPA-UNICEF pour éliminer le Mariage des Enfants.

La méthodologie s'inspire de celle de l'UNFPA pour l'évaluation des programmes pays. Elle intègre les questions clés pour l'appréciation des critères recommandés par le Groupe des Nations Unies pour l'Evaluation (UNEG) et l'OCDE, à savoir : (i) pertinence, (ii) efficience, (iii) efficacité et (iv) durabilité ; ainsi que la contribution de l'UNFPA au mécanisme de Coordination UNCT et la Valeur ajoutée au niveau national dans les différents domaines relevant de son mandat. Enfin, l'évaluation a examiné et apprécié la fonctionnalité du Suivi-Evaluation (S&E). Les questions clés de l'évaluation ont été affinées dans chacune des composantes programmatiques, du positionnement stratégique, du S&E et de la communication par des sous-critères exprimés sous forme d'hypothèses soumises à vérification empirique. Tous les Partenaires d'Exécution (PE) ont été interviewés. Le choix des zones géographiques a été informé par l'acuité de la vulnérabilité aux crises humanitaires et de la pauvreté. Le nombre et les noms des entités visitées dans les régions ont été déterminés par consensus avec le BP autour d'une proposition des évaluateurs ; sur la base du volume d'activités, de la meilleure représentativité des stratégies/activités du programme et du budget alloué à l'entité (PTA).

Trois principales méthodes de collecte de données ont été utilisées. **La revue documentaire** a porté sur des documents programmatiques et stratégiques (CPD et son plan d'action; PTAs ; rapports d'activités, de suivi, de recherche ; d'évaluation sectoriels ; matrice de suivi des indicateurs) ; et stratégiques (plan stratégique

UNFPA2014-2017, document UNDAF 2014-2018). **Les entretiens** auprès des acteurs de la mise en œuvre dont les agences du SNU ; ainsi que des groupes de discussion dirigées (GDD) avec les bénéficiaires. **L'Observation Directe (OD)** documentant la disponibilité des intrants pour les services. La collecte des données s'est déroulée du 29 Novembre au 15 Décembre 2017. Une analyse du contenu des données collectées (72 entretiens des parties prenantes ; 12 OD de sites des services et 10 GDD avec les bénéficiaires) a dégagé les évolutions et déterminants clés. L'analyse a reposé sur les constats empiriques et la comparaison des résultats obtenus par les trois méthodes de collecte ou triangulation.

Les difficultés, contraintes et limites de l'évaluation ont affecté la disponibilité des documents nécessaires au passage des évaluateurs du fait d'aléas de communication. L'indisponibilité ou des lourdeurs administratives ont empêché quelques entretiens institutionnels. Des problèmes climatiques ont limité l'itinéraire du consultant international sur le terrain. Les risques sécuritaires ont imposé des remplacements de sites initiaux de la collecte. L'inclusion d'indicateurs de processus dans la matrice d'évaluation du PP8 ne permet pas une lecture optimale des progrès sur les produits. Concernant les solutions, les échanges avec le BP et les parties prenantes ont résolu l'essentiel des déficits antérieurs de données. Cependant les limites de la qualité des données et informations liées aux systèmes d'informations sectoriels et du BP et l'atténuation de la lisibilité des progrès sur les produits par l'utilisation de plusieurs indicateurs de processus ont constitués des limites contextuelles pour l'EPP.

PRINCIPALES CONCLUSIONS

Pertinence : Le programme apporte une contribution suffisante par rapport aux droits de la population y compris les adolescents et jeunes en matière de SR, Genre & égalité des sexes et P&D et a contribué à améliorer la provision de ces services aux bénéficiaires. Il est aligné aux priorités nationales énoncés dans le PNDS 2014-2017 ; au plan stratégique 2014-2017 de l'UNFPA et aux effets 3 et 4 l'UNDAF 2014-2017. Ainsi, les priorités de développement fixées par les cadres politiques internationaux et nationaux ont été prises en compte en matière de SR, Genre & Droit, et dynamique démographique. Néanmoins, l'insuffisance des financements, l'extension du programme sur toute la vaste superficie du Niger, et les lourdeurs imputables aux procédures administratives de l'UNFPA, des limites dans la mise en œuvre ont affecté la satisfaction optimale des droits et des priorités.

Réactivité : Le programme a adéquatement pris en considération les besoins induits par les déplacements internes de population et afflux de réfugiés suite aux attaques terroristes et aux conflits dans des pays d'accueil d'expatriés nigériens. Pour y parvenir, la RHU a mobilisé près de 1000 000 USD par an, mis en place le DMU dans les régions concernées et déployé des activités intégrées de réponse aux crises. L'insuffisance des fonds et les limites de la coordination entre intervenants ont entravé l'optimisation de la réponse.

Efficience : L'analyse du rapport entre les ressources et les résultats jusqu'ici obtenus dénote une légère insuffisance. En effet, avec un succès notoire en mobilisation financière (159,8%), le taux de réalisation global des cibles attendues au 30 Juin 2017 est de 83%, légèrement en dessous du taux d'exécution financière (86,4%). Les stratégies pour l'efficacité de la gestion des ressources ont été passablement adéquates du fait des faiblesses ayant affectés la planification, le respect du chronogramme et la coordination de la disponibilité des différentes ressources pour l'offre des services.

Efficacité : Au seuil du 30 Juin 2017, 83% des cibles des indicateurs de performance sont atteintes. L'offre des services SR s'est améliorée en couverture, disponibilité des intrants, volume des soins et promotion endogène (EdM, ES) avec 85% (17/20) des indicateurs ayant dépassés les cibles attendues. Ceci s'explique par l'intensification et la diversité de la communication à base communautaire surtout chez les ado/jeunes. Cependant sur les 42 indicateurs de performance cumulés du fait de l'alignement du programme au PS2014-2017 et des révisions intervenues, l'efficacité est néanmoins atténuée car 40% (17/42) des indicateurs sont des mesures de processus. Concernant les indicateurs non atteints des entraves liées à l'implémentation, à l'environnement institutionnel, socioculturel et physique sont à adresser.

Durabilité : Le PP8 a remarquablement soutenu les partenaires de mise en œuvre pour assurer la durabilité, à travers l'exécution nationale (NEx), le renforcement des capacités (prestation, planification, coordination, gestion rationalisée), selon l'approche GAR, le renforcement des systèmes sectoriels, des mécanismes d'appropriation et d'intégration dans les systèmes et pratiques des 6 secteurs de développement cibles et dans les 14 ONGs partenaires, y compris le niveau communautaire. Ainsi, le PP8 s'est appuyé sur le financement du transfert des produits de santé par l'Etat. Cependant, ces efforts ont connus des limites dues, à l'absence d'une vision stratégique permettant une approche systématique pour adresser les défis identifiés. Cette absence s'associe à des gaps tels : l'absence du renforcement des capacités en matière de mobilisation des ressources ; l'inadéquation de la priorisation des allocations financières ; la vulnérabilité des FS à la gratuité ; la verticalité de certaines interventions, la faible synergie entre l'Etat et la Société civile.

Coordination UNCT : L'UNFPA/Niger a suffisamment contribué au bon fonctionnement de l'UNCT et des autres instances de gouvernance de l'UNDAF. L'on relève une réactivité de 92% aux sollicitations de l'UNCT ainsi que d'importantes contributions stratégiques (amélioration de la prise en compte du genre, de la SR et du dividende démographique dans le processus de développement) ; un leadership robuste dans le cadre de la coordination du groupe genre, du groupe national des PTF du MPF/PE et des PTF secteur santé au niveau de trois GTTR ; et des apports de propositions concrètes pour contribuer à l'amélioration du fonctionnement de UNCT et particulièrement les synergies pour l'élaboration, l'implémentation et le suivi de l'UNDAF.

Valeur Ajoutée : A l'action de l'UNFPA dans le cadre du 8ème PP, et à travers tous les champs de son mandat, les parties prenantes ont identifiés 8 activités spécifiques ; 7 approches spécifiques et 6 avantages comparatifs, lesquels témoignent à suffisance de la valeur ajoutée de l'institution dans le concert des partenaires au développement du Niger.

Considérations stratégiques:
Des efforts considérables d'autonomisation économique des filles Illimin, de formation des enseignants du secondaire en ESC, de mise en place de Clubs des futurs maris sont des actions non prévues dans le CPD, mais réalisées pour les besoins identifiés pendant la mise en œuvre. Plusieurs actions de dialogue politique et de plaidoyer de haut niveau ont été menées auprès du Président de la République, des ministres, des parlementaires des agences du SNU, des leaders religieux et des chefs traditionnels pour la prise en compte de la maitrise de la croissance démographique comme axe majeur des plans de développement. Ce plaidoyer a aussi promu la validation du module ESC, le développement des synergies avec le projet SWEDD. Cependant, la mise en œuvre du programme a été entravée par quelques limites dans la programmation et la planification. Il s'agit notamment (1) du choix perfectible des indicateurs de produit et leur nombre pléthorique ; (2) Des prévisions budgétaires estimatives, insuffisamment basée sur une quantification et la fluctuation de coûts ; (3) D'un système de S&E faiblement fonctionnel. Les difficultés du S&E incluent : une faiblesse du circuit interne de partage des données entre les composantes programmatiques et l'unité S&E ; la qualité perfectible des données programmatiques ; des incohérences entre sources de données ; une dualité des circuits (SNIS ; superviseurs UNFPA) entre, les niveaux régions et ONG et le niveau central, la faible circulation des données entre les points de prestation de services et les niveaux d'agrégation et de coordination. La logique d'intervention, globalement adéquate, révèle cependant une nomenclature peu harmonisée et une chaîne des résultats/indicateurs à affiner.

RECOMMANDATIONS

1) Pertinence et Réactivité : Améliorer l'utilisation des documents existant sur la vulnérabilité du pays aux crises et l'envergure des besoins prévisibles dans la planification en vue de (i) mieux rationaliser la budgétisation prévisionnelle; (ii) adopter des stratégies à haut impact ; et (iii) renforcer le plaidoyer et la mobilisation des ressources. Il faudrait en outre, renforcer l'autonomisation économique des jeunes déplacés/réfugiés pour prévenir l'immigration clandestine et de délinquance.

2) Efficience: Optimiser le choix des zones, des populations cibles, des thématiques d'intervention, et l'utilisation des ressources, pour réduire la dispersion et améliorer l'impact à travers : (a) le diagnostic et la stratégie de

réduction des obstacles institutionnels aux décaissements à temps des fonds vers les PE; (b) un plan d'action participatif favorisant la mobilisation des ressources, la mise œuvre et la supervision formative ; (c) l'analyse anticipée des obstacles aux opérations (ex. logistiques, infrastructures routières, climatique) dans le contexte Nigérien ; (d) une planification améliorée par une quantification rationnelle, une fixation des cibles de performance, la détermination systématique du quota UNFPA par rapport aux cibles nationales ; et (e) des stratégies de formation plus adéquates et la supervision formative.

3) Efficacité : L'efficacité du programme s'améliorerait **avec** (a) une maîtrise du système d'information et de gestion logistique ; (b) la concentration de l'action dans les zones prioritaires/vulnérables ; (c) Un plaidoyer de l'UNFPA aboutissant à des alternatives réduisant les rotations du personnel formé et améliorant la disponibilité en RH et logistique dans les PPS ; (d) l'optimisation de l'accès aux services SSR grâce à (i) une planification rationnalisée et l'intensification des interventions d'ESC et CCC; (ii) l'accès universel à la SSRAJ.

4) Durabilité : Un modèle de partenariat stratégique incluant les secteurs public et privé, la société civile, et les bénéficiaires, basé sur la concertation, favoriserait (a) une meilleure appropriation du plan de renforcement des capacités ; (b) une meilleure mobilisation et gestion des ressources. En outre, il faudrait systématiser le tutorat pour durablement renforcer les capacités des prestataires de services.

5) Coordination UNCT : Malgré ses apports appréciables à l'UNCT, l'UNFPA pourrait mieux concourir à fédérer les agences sœurs pour plus d'harmonie et moins de doublons dans l'appui au développement du Niger.

6) Valeur ajoutée et Positionnement stratégique : Pour améliorer son positionnement et sa valeur ajoutée, L'UNFPA pourrait : (1) Davantage accompagner le Gouvernement Nigérien dans le renforcement de la capacité institutionnelle et de la synergie des intervenants du secteur santé aux niveaux communautaire et institutionnel, notamment pour l'accès à l'information sur la SSR et la disponibilité des contraceptifs ; (2) Améliorer la participation des parties prenantes, l'efficacité de l'action et l'image du Bureau de Pays par l'ajustement de son modèle de partenariat; (3) Optimiser la logique d'intervention, le dispositif de S&E et la qualité des données, en : (a) Harmonisant la nomenclature de planification, normalisant la chaîne des résultats, assurant un meilleur choix des indicateurs et fixant des cibles ambitieuses mais réalistes ; (b) Identifiant et résolvant les entraves du circuit des données; (c) Appuyant (savoir-faire ; fonds) l'opérationnalisation du DHIS2 à tous les niveaux ; (4) Améliorer le suivi et l'efficacité de la communication par la définition et le suivi d'indicateurs d'effets spécifiques et le renforcement de la capitalisation des bonnes pratiques.

.

CHAPITRE I : INTRODUCTION

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

1.1.1. Raison d'être de l'évaluation

L'évaluation porte sur le 8ème programme de coopération 2014-2018 (PP8) entre le Gouvernement du Niger et le Fonds des Nations Unies pour la Population. Le PP8 comprend trois domaines: (1) santé maternelle et néonatale (SMN) ; (2) planification Familiale (PF) ; (3) Santé sexuelle et reproductive des jeunes et éducation sexuelle complète (SSRAJ/ESC), y compris population et développement (P&D); genre et égalité des sexes. L'agenda de l'UNFPA prévoyait une évaluation finale de programme de pays pour le Niger en 2017, afin de fournir les informations nécessaires au Gouvernement, à l'UNFPA et acteurs clés de développement pour optimiser le PP8 et planifier le PP9.

1.1.2. Objectifs de l'évaluation du 8è programme de pays UNFPA/Niger

L'objectif général de l'évaluation est :	Les objectifs spécifiques qui en découlent sont :
Obtenir une mesure indépendante des progrès réalisés vers l'atteinte des résultats attendus du 8ème Programme du Niger	*a) Renforcer la redevabilité du Bureau Pays par rapport à la pertinence et la performance du Programme vis-à-vis des donateurs, partenaires et parties prenantes ;* *b) Tirer des enseignements et identifier des bonnes pratiques pour informer la conception du prochain cycle de programmation.*

1.2. Champ de l'évaluation

L'évaluation finale du PP8 porte sur la période Janvier 2014/30 Juin 2017 et couvre les trois (3) composantes programmatique, le positionnement stratégique de l'UNFPA dans la coopération pour le développement au Niger et l'ensemble du Niger, ciblant toutes les parties concerné(e)s (cf. tableau 1.1 ci-dessous.)

Tableau 1.1 : Champ de l'évaluation selon les aspects couverts et les éléments à investiguer

Aspects couverts	Eléments concernés
Dimension Programmatique	♦ Interventions, réalisations et résultats du programme dans les zones cibles en relation avec les composantes du programme pays
Dimension Stratégique	♦ Alignement et le positionnement stratégique et ♦ Gestion
Envergure territoriale :	♦ L'ensemble du pays est considéré
Aspects thématiques :	♦les 9 produits du programme ; ♦les 3 domaines : (a) santé maternelle et néonatale ; (b) planification Familiale ; (c) Santé sexuelle et reproductive des jeunes & adolescents et éducation sexuelle ainsi que le plaidoyer et le dialogue politique en faveur de : (i) la production et de l'utilisation des données sociodémographiques pour la planification d'un développement inclusif ; ii) la prise en compte des besoins et droits des femmes et des jeunes ; iii) la réponse aux urgences humanitaires.
Aspects Conceptuels :	♦ La dynamique programmatique : pertinence, efficience, durabilité, valeur ajoutée, efficacité; ♦ La logique d'intervention du programme: cohérence par rapport aux résultats escomptés et son respect durant l'implémentation ; ♦ La dynamique institutionnelle (montage institutionnel, pyramide d'intervention et coordination/synergie des partenaires.
Les Parties:	♦ L'UNFPA et Parties prenantes stratégiques : Multi/Bilatéraux, SNU, ♦ Les PE: Ministères et ONG ; ♦ Les Partenaires opérationnels (ONG, associations, Réseaux) et bénéficiaires.

1.3. Méthodologie et processus de l'évaluation

1.3.1. Critères et questions d'évaluation

1.3.1.1. Critères d'évaluation

L'évaluation se fonde sur les 4 critères de l'UNEG et l'OCDE que sont la Pertinence, l'Efficience, l'Efficacité et la Durabilité. En outre, le positionnement stratégique dans l'Equipe Pays des Nations Unies (UNCT), la valeur ajoutée de UNFPA et sa capacité de réaction face aux sinistres intervenus après l'élaboration du CPD analysés.

1.3.1.2. **Questions d'évaluation**

Les questions d'évaluation génériques proposées par le BP ont été affinées par l'équipe d'évaluation pour les rendre plus spécifiques aux produits du programme. Les questions reformulées (1,2, 4 et 6) ont été validées suite aux concertations avec le bureau pays de l'UNFPA et le Groupe de Référence de l'Evaluation (GRE). Les libellés consensuels définitifs figurent au tableau 1.1 ci-dessous.

Tableau 1.1. : Formulation finale des questions d'évaluation.

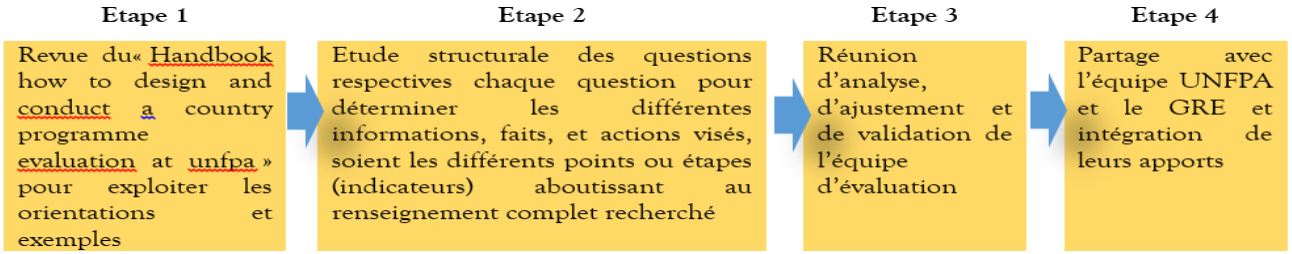
Questions finales par critère
Pertinence, EQ1 : Dans quelle mesure le programme a-t-il été : conforme à l'approche droits[1]humains pour les services destinés à la population et aux ado/jeunes en particulier ; conforme aux priorités fixées par les cadres politiques internationaux et nationaux ; adéquat pour répondre aux besoins contextuels de la population et des ado/jeunes en particulier.
Réactivité, EQ2 : Dans quelle mesure le bureau pays a-t-il répondu aux changements des besoins et priorités nationaux ou aux changements causés par la crise ou les changements politiques majeurs? Quelle était la qualité de la réponse? Qu'est ce qui a permis l'adaptabilité et l'acceptabilité des interventions par les bénéficiaires?
Efficience, EQ3 : Dans quelle mesure les ressources humaines, financières, et administratives mobilisées dans le cadre du programme (et leur combinaison) ont-elles été converties en résultats ?
Efficacité, EQ4 : Dans quelle mesure les interventions appuyées par le 8ième programme ont-elles contribuées (ou sont susceptibles de contribuer) à : (a) L'amélioration de la demande et l'accès aux services de la santé maternelle, en intégrant toutes les zones et couches de populations les plus vulnérables à travers le pays ; (b) L'accès aux services de planification familiale des femmes en intégrant toutes les zones et couches de populations les plus vulnérables à travers le pays ; (c) L'accès des jeunes à l'information et services de SSRAJ de qualité en intégrant toutes les zones et couches les plus vulnérables à travers le pays ?
Durabilité, EQ5 : Dans quelle mesure le BP a-t-il soutenu ses partenaires pour assurer l'appropriation et la durabilité des acquis et effets de ses interventions ? (Quel a été le niveau de l'appui en matière de développement des capacités et d'établissement des mécanismes de durabilité dont l'appropriation ?)
Coordination UNCT, EQ6 : Dans quelle mesure le Bureau de Pays a-t-il contribué au bon fonctionnement de l'UNCT et les autres instances de gouvernance de l'UNDAF (Axes de l'UNDAF, Groupes thématiques et Unité de Coordination de la Coopération) ?
Valeur Ajoutée, EQ7 : Quelle est la valeur ajoutée apportée par le Bureau Pays au niveau national dans les différents domaines relevant de son mandat telle que perçue par les parties prenantes nationales?

1.3.1.3. Choix des questions d'évaluation

Sur la base des objectifs de l'évaluation et des critères retenus, des modèles de questions ont été choisis dans le « *Handbook how to design and conduct a country programme evaluation at UNFPA* ». Les consultants ont procédé par 4 étapes consignées figure ci-dessous.

[1] Prise en compte des droits dans la planification et la MEO: droits sexuels et reproductifs ; Droits humains, égalité, dignité, équité ; Genre et égalité des sexes.

Figure 1 : Etapes d'opérationnalisation des questions d'évaluation par la formulation des indicateurs



1.3.2. Méthodes pour la collecte et l'analyse des données

1.3.2.1. Méthodes de collecte

L'on a combiné (1) la Revue documentaire ; (2) les entretiens en présentiels (tête-à-tête ou groupe) dans les institutions, (3) l'observation directe et enfin ; (4) les GDD tenus dans un cadre choisi avec les répondant(e)s pour limiter les interférences sociales et physiques. La confidentialité et la liberté de conscience des répondant(e)s ont été prises en compte dans l'installation des séances et les échanges. **La Revue documentaire** a utilisé *une grille de revue dont les rubriques, sections et items sont* les questions d'évaluation, les hypothèses de vérification et les indicateurs de constat. Cette structure décrit les résultats du PP8, les modalités de mise en œuvre, la logique d'intervention, les leçons apprises, les bonnes pratiques, l'évolution dans le temps entre 2014 et 2017 et des suggestions des parties prenantes clés. *Les sources exploitées* comprennent (a) les Documents Stratégiques ; (b) les Documents Programmatiques ; (c) les documents de Recherche Suivi-Evaluation et (d) les accords de Partenariat.
Les Entretiens ont été réalisé avec *un guide d'entretien* explorant les 4 critères d'évaluation, sondant les avis, analyses et suggestions des parties prenantes institutionnelles. Selon les cibles, les entretiens ont été individuels approfondis ; de groupe approfondis ou informels. **Les groupes de discussions dirigées (GDD) basés sur** un guide de GDD explorant la Pertinence, la Réactivité, l'Efficacité, la Durabilité et la Valeur Ajoutée, animés chacun par un modérateur et un rapporteur, réunissaient généralement 10 bénéficiaires. Les mobilisateurs des participant(e) ont été orientés pour le choix d'un site conforme à l'éthique et à la qualité. Les réponses ont été synthétisées. **L'Observation Directe (OD) a couvert** des points de prestation des services (FS, Centres d'écoute, Agents communautaires, établissement scolaire, Centre de Jeunes, Ecoles de Maris …) avec une grille d'observation simplifiée renseignant la disponibilité des intrants de PF et santé maternelle et guidant la visite du staff, de l'infrastructure, la revue de l'organigramme, des outils de travail et des courbes de résultats.

1.3.2.2. Validation et analyse des données

Une assurance qualité rigoureuse visant leur validation a été appliqué aux données collectées. Pour le faire une variété d'outils, leur triangulation (comparaison croisée de plusieurs méthodes de collecte de données) et l'échange permanent avec les gestionnaires de programme au niveau du Bureau de Pays ont été utilisés. En outre, les évaluateurs ont développé une matrice d'évaluation bien structurée qui a permis de consolider de façon systématique et au fur et à mesure, les données collectées pour chacune des questions d'évaluations. Cette matrice a facilité l'identification des gaps et la réalisation d'une collecte additionnelle des données. L'analyse des données a été descriptive, explicative et projective. ***L'analyse descriptive*** sur les données quantitatives a déterminé les progrès sur les indicateurs de produit au 30 Juin 2017, et le niveau d'exécution des PTAs. ***L'Analyse Explicative*** a permis de mettre en évidence les déterminants liés à l'atteinte des résultats. ***L'Analyse projective***, à travers une synthèse des deux niveaux d'analyse précédents a pronostiqué la performance du PP8 au 31 Décembre 2018. L'analyse quantitative a reposé sur la statistique descriptive. L'analyse du contenu des données qualitatives a décrit les faits et leurs liens thématiques (influence, association).

1.3.3. Sélection de l'échantillon des parties prenantes et bénéficiaires

1.3.3.1. Cartographie des parties prenantes et bénéficiaires

Les 9 produits du 8ème PP couvrent les 8 régions, 63 Départements ; 72 DS et 266 Communes. Dans les secteurs publics et privé, la société civile et la communauté, des partenaires ont été associées à la mise en œuvre selon leur compétence thématique et leur expérience. Les 3 formes de partenariat sont : (1) la contractualisation des PE (partenaires d'exécution) ayant des Plans de Travail Annuel (PTA) avec l'UNFPA ; (2) la sous-contractualisation ou la collaboration des « Autres partenaires » (OSC, réseaux de jeunes…) avec les PE et l'UNFPA dans le cadre de l'exécution directe ; puis (3) l'implication des parties prenantes dont les agences du SNU. Les PEs gouvernementaux (cf. Tableau 4.4. ci-après) sont intervenus du niveau national au niveau communal, sur l'ensemble du territoire. Certains PE de la société civile couvrent le pays (ACTN, Lafia Matassa, SONGES) et d'autres quelques régions (Akarass, Croix-Rouge, ANIMAS, MdM, ACTPIN,…).

La « CARTOGRAPHIE DES PARTIES PRENANTES DU 8è PP UNFPA/Niger» (annexe 4) répartit les acteurs par produit, lie chaque produit du CPD avec un produit et un effet de l'UNDAF2014-2018. Elle indique pour chaque produit, les PEs, les autres partenaires et parties prenantes, le niveau d'intervention, les unités de services impliquées et le profil des personnels concernés. Les six catégories de prestataires recensées sont : les personnels de santé, les enseignants du secondaire et du professionnel ; les animateurs des centres de jeunes et CAJ ; les agents psychosociaux et techniques de la réponse VBG et réinsertion/autonomisation socio-économique des Femmes Guéries des FO, des survivantes des VBG/MGF/Mariage précoces ; les acteurs communautaires (Pair-Educateurs/jeunes, ASC, matrones, chefs traditionnels et animateurs communautaires…) ; et les hommes formés par les écoles de maris. Les 10 profils de bénéficiaires identifiées figurent au tableau 4.6 ci-après.

1.3.3.2. Cartographie des Points de Prestation des Services (structures/acteurs) du 8è PP

Le PP8 de l'UNFPA a mobilisé 5 pyramides sectorielles de prestations des services selon structuration suivante :

Secteur	*Services*	*PPS impliqués*
Santé	Centraux/nationaux, Régionaux, Départementaux, de district, communaux, communautaires et locaux	FS, DBC, Matrones, Médiatrices.
Jeunesse		centres de jeunes (CJ) ; Centre Amis des CAJ, réseaux et associations des jeunes, Pairs-Educateur (PE).
Genre		Centres de Promotion de la femme ; de formation aux arts et métiers ; de VBG ; Ecoles de maris, groupements des femmes…
Education		Lycées, collèges ; Centres d'apprentissage & d'Arts et Métiers

1.3.3.3. Échantillon de l'évaluation du 8e PP UNFPA/Niger

- **Echantillon des parties prenantes stratégiques**

La stratification, informée par l'acuité de la vulnérabilité aux crises humanitaires et de la pauvreté, a inclus 1 à 2 régions par aires géographiques ; soient, la région de Tahoua dans le Nord; Diffa et Zinder dans l'Est ; Maradi dans le Sud ; puis Niamey et Tillabéry dans l'Ouest. Tillabéry a été inclus comme un adjuvent rural pour le milieu urbain de Niamey. Au niveau des départements et communes, les chefs-lieux de la région sélectionnée, et un département/commune périphérique dans l'intervalle d'une heure de route ont été retenus. Tous les démembrements des administrations compétentes au niveau régional et départemental ont été inclus. A la commune, on a retenu les services en charge du genre ; population, jeunesse, éducation secondaire et professionnelle. En santé, le DS du chef-lieu de la région sélectionnée a été retenu impliquant le service administratif du DS et l'HD. Quant aux aires de santé, celle du siège du DS et une autre rurale dans la commune voisine ont été retenues. Par secteur de développement tous les types de PPS concernés ont été inclus en alternant d'un site à l'autre pour donner une chance à chaque type. Le nombre et les noms des entités visitées ont été déterminés par consensus entre le bureau pays et les évaluateurs suite aux échanges sur la proposition de ces derniers, sur la base de trois critères principaux : le volume d'activités, une meilleure représentativité des stratégies/activités du programme et le budget alloué à l'entité (PTA).

Tableau 4.4. : Echantillon des parties prenantes stratégiques

Catégorie	Profil	Type d'entretien	Total Participants	
			Prévus	Couverts
UNFPA	NPO : 12 ; Top management : 2	2 EG	14	13
SNU	OMS, PNUD, UNICEF, PAM, UNHCR, ONUSIDA, ONUFEMMES, FAO	7 EI	8	8
Partenaire de mise en œuvre	[a]7Ministères ; 13 ONG ou ASSOCIATIONS (13) et 1 CNDH	21 EG	21	20[b]
Autres partenaires	ADKUL/TA, KADEL/ZR, SOS-FEM, AGIR+,	5 EI	5	4
Acteurs intermédiaires	1DRSP (DR, Stats, PH, SR ; COM, SAF) x 5 6 DR & 1 ONG (7* 5 régions)	5 EG 5 E G	30 35	30 35
Acteurs opérationnels	5DS (MCD,CSE,PH,SR,COM,SAF)	5 E G	30	30
	7 DD ministères	5 EG	35	35
Acteurs périphériques	10 AS (CCSI, RM, Stats)	10 E G	30	20
	7 Services sectoriels communaux ; 5 Régions	5 EG	35	21[c]
Ensemble		**65 EI/EG**	**243**	**216**

[a] Les 7 Ministères : (1) Santé Publique, (2) Enseignement Secondaire, (3) Enseignement Professionnelle et Technique, (4) Promotion de la Femme et Protection de l'Enfant, (5) Population, (6) Plan, (7) Jeunesse et Sports ; [b] Oxfam non investigué pour cause d'absence de cadre éligible pour l'interview, Croix Rouge : pas informé de la collaboration de son institution avec l'UNFPA sur la RHU en périphérie ; [c] Entretien Programmé par l'autorité administrative (Tahoua) ou l'axe UNFPA (Diffa) au-delà du séjour des évaluateurs

- Echantillon des PPS

Tableau 4.5. : Echantillon des points de prestation de service

Types de PPS	National	Régional et Départemental					Communal				Communautés	Total
CNTS		Niamey	Maradi	Diffa	Tahoua	Zinder	Kalfou	Kantché	Sayam	Danissa	Sona	
HNR	1											1
HR	1											1
M.R, Gazobi	1											1
CVBG/Ecoles des maris									1	-	1	2
CHR		1										1
CRTS						1						1
CSME			1	1	1							3
CAJ							1	1				2
CJ/Espaces sûrs									1	1	1	3
CFM							1	1		1		3
CA										1		1
Lycée							1	1				2
Collège									1		1	2
Total	3	1	1	1	1	1	3	3	3	3	3	23

- **Echantillon des focus group**

Un GDD pour chacune des 10 catégories inclusives de bénéficiaires a été réalisé dans les 10 sites visités.

Tableau 4.6. : Echantillon des focus group

LES CATEGORIES DES BENEFICIAIRES	SITES	NBRE DE FGD	
		Prévu	Réel

1-Femmes de 15-49 ans/ Femmes enceintes	Sayam	1	1
2-Femmes porteuses ou traitées de FO/ Bénéficiaires de réinsertion et réhabilitation socio-éco (post FO, VBG et autonomisation)	Niamey	1	1
3-Sages-femmes	Maradi	1	1
4-Jeunes et adolescents déscolarisés	Sona	1	1
5-Jeunes et adolescents	Kantché	1	1
6-Hommes formés par les écoles des maris	Tahoua	1	1
7-PVVIH	Zinder	1	1
8-Elèves du secondaire et de l'enseignement professionnel & technique	Dan Issa	1	1
9-Refugiés/ migrants	Diffa	1	1
10-Leaders/animateurs communautaires/RC/Groupements femmes ou jeunes	Tahoua	1	1

1.3.4. Appréciation de l'évaluabilité, limites et risques

1.3.4.1. Déficits de données et risques

Les données de routine produites par les PPS sectoriels et les constats des supervisions conjointes (Administration, autres PE et UNFPA) ont montré quelques discordances. Certaines informations recherchées n'ont pas été accessibles suite à quelques difficultés de communication entre le BP et certaines parties prenantes. Des lourdeurs administratives ont parfois conduit à l'insuffisance de la préparation des répondants et de la disponibilité des sources de données (acteurs et documents). Concernant les risques, les menaces sécuritaires ont induit des modifications d'itinéraire, entraînant des changements dans l'échantillonnage. L'insécurité et les contraintes de calendrier de la mission ont affecté le respect de la stratification géographique de l'échantillon. Les aléas météorologiques ont annulé le voyage par avion du consultant international entre Niamey et Diffa, forçant le consultant national à prendre le relais par voie terrestre.

1.3.4.2. Actions prises pour compenser les déficits de données

Une interaction continue avec le BP et les autres acteurs a permis d'améliorer la complétude des données. La couverture des cibles de l'évaluation a été sauvegardée par des ajustements continus de l'échantillon et de l'itinéraire de collecte selon les contraintes d'agenda et de sécurité. La triangulation a permis de corrigés certaines données. Pour les quelques entretiens manqués des remplacements ont été faits en ciblant les structures paires. Ainsi, la disponibilité et la qualité des données programmatiques du 1er semestre 2017 se sont améliorées entre les phases de démarrage et de rapportage de l'évaluation. Pour les données financières désagrégées par produit et par année et la mise en évidence de la cumulation des résultats pour les indicateurs concernés (ex. les nouvelles acceptrices de la PF), l'UNFPA a pu produire un dossier électronique de centralisation (Supports - Situation des stocks »).

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

Les échanges avec le BP et les parties prenantes ont résolu l'essentiel des déficits antérieurs de données. Cependant les limites de la qualité des données et informations liées aux systèmes d'informations sectoriels et du BP sont restées une contrainte contextuelle pour l'EPP.

1.3.5. Processus de l'évaluation

1.3.5.1. Aperçu du Processus de l'évaluation en 5 phases

I— La Phase de préparation ou préliminaire inclut : (1) la mise en place du groupe de référence ; (2) la préparation des termes de référence ; (3) la collecte initiale de la documentation relative au programme du pays (y compris la liste des projets dans Atlas et **(4)** la sélection et le recrutement des évaluateurs**.**

II— La Phase de démarrage structure le processus d'évaluation. Pour ce faire l'équipe de l'évaluation doit : (a) Avoir toutes les informations sur le Programme de Pays et le contexte national ; (b) Choisir et adapter les questions d'évaluation et identifier les méthodes les plus appropriées pour la collecte et l'analyse des données et (c Sélectionner l'échantillon de parties prenantes à rencontrer au cours de la phase de terrain. Durant cette phase l'équipe d'évaluation va planifier la collecte des données, développer les outils de collecte, obtenir le complément de documentation nécessaire. Cette phase a abouti au rapport de démarrage de l'évaluation. Un appui technique a été donné à distance par le bureau régional pour faciliter les échanges techniques avec l'équipe de l'évaluation.

III— La Phase de terrain : La collecte des données sur le terrain s'est déroulée du 29 Novembre au 15 Décembre 2017. La collecte a observé la méthodologie et le plan de travail indiqués dans le rapport de démarrage. Les données collectées étaient systématiquement consolidées dans la matrice d'évaluation au fur et à mesure, afin d'assurer leur complétude et de les trianguler avec d'autres sources d'informations pour validation. Les résultats préliminaires ont été restitués, discutés et validés dans une réunion mobilisant des membres du Groupe de Référence de l'Evaluation (GRE) et du Bureau de Pays.

IV— La phase d'analyse et de rédaction du rapport de l'évaluation a consisté à analyser les données et à rédiger le rapport final. Les étapes parcourues incluent : ♦ L'exploitation du contenu de la matrice d'évaluation ; ♦ l'analyse approfondie intégrant les apports de la réunion de restitution des résultats préliminaires ; ♦ l'élaboration du rapport provisoire ; ♦la soumission dudit rapport au BP ; ♦l'évaluation de la qualité par le BP en concertation le GRE et le BR (Bureau Régional UNFPA) et apports desdites parties ; ♦l'intégration de ces nouveaux apports par les évaluateurs ; ♦soumission de la version révisée du rapport final ; ♦confirmation de la bonne qualité dudit rapport par le BP et le GRE.

V— Phase de dissémination : un atelier national de dissémination du rapport de l'évaluation a été organisé **en date du 03 Mai 2018 ;** regroupant les partenaires d'exécution, les donateurs, des membres de l'UNCT au Niger, des représentants du Bureau Régional et d'autres parties prenantes concernées. Suite à cet atelier, les observations des parties prenantes ont permis de réviser le rapport, avec emphase sur les conclusions et recommandations- pour produire le rapport final de l'évaluation qui sera transmis à toutes les unités concernées au sein de l'UNFPA. UNFPA apportera des réponses aux différentes conclusions et recommandations pour produire la « Réponse des services/Management Response » de l'évaluation. Le rapport d'évaluation, ainsi que le « Réponse des services », seront publiés dans la base de données d'évaluation de UNFPA par le Bureau d'Evaluation. Le rapport d'évaluation sera également mis à la disposition du Conseil d'administration de l'UNFPA et diffusé au sein et à l'extérieur de l'organisation. **Les Utilisateurs de l'Evaluation sont** principalement le BP/UNFPA/Niger, le BR de UNFPA pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre (WCARO) et le siège de l'UNFPA. Les partenaires pays de l'UNFPA et les autres partenaires de développement, dont le SNU au Niger sont des utilisateurs potentiels.

1.3.5.2. Gestionnaire de l'évaluation

Le Responsable de S&E du Bureau de Pays UNFPA, Gestionnaire de l'évaluation a assuré l'organisation administrative et technique de l'EPP, sous la supervision du Représentant de l'UNFPA et a adressé les besoins des évaluateurs. Le GRE, comité composé de 8 membres dont le gouvernement et les ONG, le Bureau Régional de l'UNFPA et le Bureau de Pays était présidé par le Représentant de l'UNFPA ou son mandataire. Le GRE a assuré un accompagnement technique et stratégique de l'évaluation (cf. TDR de l'évaluation, Annexe 1). L'équipe de l'évaluation était composée du Consultant International Tiburce NYIAMA, chef d'équipe et du Consultant National Harouna HAMIDOU. Le Consultant International avait la responsabilité globale de l'évaluation.
Pour faciliter le déroulement de la mission, les évaluateurs ont reçu les appuis logistique et administratifs suivants de UNFPA: (a) briefing de sécurité ; (b) autorisations de voyage et ordres de mission ; (c) Facilitation de la mission sur le terrain ; (d) mise à disposition de la logistique pour la collecte (ex. véhicules et tous frais y relatifs ; billets d'avion Niamey-Diffa-Niamey) ; (e) mobilisation des participant/es aux FGD ; interprétariat en langues locales; outils et supports de collecte.

CHAPITRE 2 : CONTEXTE DU PAYS

2.1- Objectifs du Développement et Stratégies Nationales

Le Niger est un pays sahélien d'une superficie de 1 267 000 kilomètres carrés, dont 75% de désert avec une population qui s'élevait en 2012 à 17 138 707 d'habitants (RGP/H) dont 49,4% d'hommes et 50,6% de femmes.

Sur le plan économique, le Niger est l'un des pays les plus pauvres du monde, avec 80% de la population disposant de moins de 2$ U.S par jour. Le PIB était de 3 659,6 milliards de FCFA (7,3 milliards d'US$) en 2013, soit 205 600 FCFA (411 US $) par habitant/an, avec une économie reposant principalement sur le secteur agro-pastoral et les services administratifs. Le secteur minier sur lequel reposent des espoirs, ne participe actuellement qu'à 4 % de la richesse nationale produite. Au cours de la période 2012-2016, le taux de croissance de l'économie nigérienne est passé de 11,8% en 2012 à 5% en 2016 avec un taux moyen de 6,7%. Ce taux est proche du niveau de 7% jugé nécessaire pour permettre un essor réel de l'économie nigérienne et réduire significativement le niveau de pauvreté. Toutefois, cette moyenne masque le caractère erratique de la croissance économique dû au poids de l'agriculture, secteur encore peu mécanisé et très vulnérable aux chocs climatiques, aux fluctuations des cours des matières premières, notamment les principaux produits d'exportations (l'uranium et le pétrole), à la faible diversification de l'économie. Aussi, cette croissance apparait insuffisante pour faire face aux besoins sociaux importants liés à l'accroissement démographique. De 2012 à 2016, la composition sectorielle du PIB n'a pas connu de changement important. Les parts des secteurs primaire et tertiaire restent prépondérantes.

Le Document d'Orientations Économiques (DOE) a servi de base au programme économique et financier du Niger appuyé par la Facilité élargie de crédit (FEC) avec le Fonds Monétaire International (FMI), catalyseur des contributions d'autres partenaires. Il vise le soutien de la croissance et de la promotion du développement durable, dans un environnement de bonne gouvernance. L'orientation stratégique porte sur le renforcement du potentiel économique du Niger en vue de réaliser un rythme de croissance accéléré, à même de répondre aux objectifs d'amélioration du revenu et de création d'emplois, et de consolidation des fondements d'un développement durable. Dans l'effort de réponse de l'Etat, ce document s'associe à l'adoption de la Stratégie de développement Durable et de Croissance Inclusive (SDDCI) du Niger à l'horizon 2035 (SDDCI Niger 2035) dont les six priorités sont (i) assurer la sécurité du territoire ; (ii) disposer d'une administration publique performante, capable de conduire les réformes qui s'imposent ; (iii) conduire une réforme vigoureuse du système éducatif et de santé pour permettre au pays de disposer du capital humain indispensable pour assurer son décollage économique ; (iv) maîtriser la croissance démographique pour la ramener à un taux compatible à celui de la croissance économique ; (v) moderniser et dynamiser les systèmes agro-pastoraux et l'économie rurale pour créer massivement des emplois décents et réduire la pauvreté ; (vi) faciliter le développement d'un secteur privé dynamique capable de créer massivement des emplois décents.

2.1.1 Population et Développement

La réduction de la pauvreté prônée par le gouvernement nigérien passe par une maîtrise de la croissance démographique à travers la réduction de la fécondité, la baisse de la mortalité et la promotion de la contraception. En 2016, la population du Niger a été estimée à 19 865 068 habitants dont 9 899 990 hommes (49,8%) et 9 965 078 femmes (INS, 2016). Le taux de croissance annuelle de la population, très élevé, est de 3,9% et l'indice synthétique de fécondité est à 7,6 enfants par femme. Les adolescentes âgées de 15 à 19 ans contribuent pour 14% à la fécondité totale. Soixante-seize pour cent (76,3%) des filles âgées de 20 à 24 ans sont mariées avant l'âge de 18 ans, et 28% avant l'âge de 15 ans (EDSN MICS 2012).
Dans cette population, les proportions de quelques groupes importants sont les suivants : femmes 50,2% ; résidents urbains (3 242 161 habitants) 16,3% ; les jeunes, majoritaires, dont 58,4% pour les moins de 18 ans ; les potentiellement active (15-64 ans) soit 45,5% (9 037 209 habitants) ; les scolarisables (6-11ans) 20,7% ; les enfants de moins de 5 ans de 20,6%. Cette structure de la population nigérienne montre les nombreux défis auxquels est confronté le Gouvernement en termes d'éducation à la base, de santé infantile et maternelle et de

création d'emploi. La structure de la population et le rythme de sa croissance affectent l'atteinte des objectifs en matière de développement économique et social. En effet, cette forte croissance démographique entraine une énorme pression sur les ressources de manière générale et accentue la demande en services publics (santé, éducation, eau potable et alimentation) et de l'emploi. Cela contribue également à rehausser le ratio de dépendance démographique qui s'est établi à 112% en 2015. Les limites des politiques mises en œuvre ces dernières années doivent conduire à un changement de méthode et à une mobilisation plus forte et mieux concertée de l'ensemble des acteurs.
La qualité des ressources humaines est la clé de voute du développement économique et social de toute nation. Des ressources humaines bien formées et en bonne santé réduisent le risque de chômage. Une bonne formation a trait non seulement à la qualité des enseignements mais aussi et surtout à l'adéquation de la formation aux besoins de l'économie. Aussi, le développement à long terme exige l'éducation pour tous. Une autre dimension majeure de la qualité des ressources humaines a trait à l'analphabétisme qui reste très élevé. En outre, la qualité du capital humain dépend aussi des prestations des services de santé pour tous, qui au regard de la couverture sanitaire, de la situation de la santé de la mère et de l'enfant et de la nutrition est à améliorer.

Le recul de l'éthique au travail, notamment dans la fonction publique, le recul de la valeur du mérite, l'incivisme fiscal et par rapport au bien public, les perceptions sur les questions démographiques et sur l'école et particulièrement la scolarisation des filles ne sont pas de nature à favoriser le développement. Le changement de ces comportements et de ces mentalités est indispensable pour la modernisation sociale, politique et économique du pays.

2.1.2- Situation sanitaire

Selon l'enquête EDSN/MICS, en 2012, le ratio de mortalité maternelle est de 535 décès pour 100 000 naissances vivantes ; l'évaluation des OMD réalisée en décembre 2015 rapporte un Ratio de Mortalité Maternelle (RMM) de 520/100 000 naissances vivantes (NV). Malgré la baisse régulière de ce ratio depuis plusieurs décennies, les résultats restent encore très insuffisants au vu des engagements souscrits dans le cadre des OMD. La majorité de ces décès survient chez des adolescentes ou des adultes jeunes (avant l'âge de 24 ans). Pour réaliser la cible de l'OMD 5 (2015), le ratio de mortalité maternelle devait descendre jusqu'à 175 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes. Au rythme actuel de la réduction de la mortalité maternelle, il faudra encore des décennies au pays pour atteindre la cible de l'OMD 5. En 2050 par exemple, le ratio de mortalité maternelle serait d'environ 303 décès pour 100 000 naissances vivantes si le rythme actuel de réduction de la mortalité maternelle ne change pas.
En outre, le pays ne dispose pas de données d'envergure nationale valides sur l'incidence et la prévalence des Fistules Génitales Féminines et le nombre de femmes qui ont accès au traitement. Toutefois selon les estimations des chercheurs de l'Université John Hopkins, l'incidence de la Fistules Génitales Féminines est estimée entre 700 à 756 nouveaux cas par an. La fistule est plus fréquente chez les primipares. La majorité des patientes sont jeunes, indigentes, provenant des zones rurales reculées où les infrastructures sanitaires et les moyens de communication sont insuffisants et mal adaptés. Onze centres de prise en charge des Fistules Obstétricales sont opérationnels.
La mortalité maternelle étant multifactorielle, il y a nécessité de promouvoir des actions multisectorielles intégrées pour son contrôle. En effet, le niveau d'instruction, l'autonomisation de la fille et de la femme, l'état des routes, la disponibilité de moyens de transport etc. sont des déterminants de cette mortalité. La situation d'autres indicateurs clés par rapport au mandat de l'UNFPA est présentée dans le tableau 1 ci-dessous.

Tableau 1 : Evolution de quelques indicateurs clés :

Indicateur	Tendance	Valeur initiale	Valeur de référence avant PP8
INDICATEURS D'EFFETS			
Taux de mortalité néonatale	Baisse	33%° (2006)	24% EDSN MICS 2012
Taux de la prévalence contraceptive moderne	Hausse	5% (2006)	12,2% (U: 27,0% ; R: 9,7%) (EDSN MICS 2012)
Taux d'accouchements assisté par personnel qualifié	Hausse	18% (2006)	29% (EDSN MICS 2012)

Prévalence fistule obstétricale	NA	0,2% (EDSN 2006)	0,2% (EDSN MICS 2012)
OFFRE DE SANTE			
Couverture nationale du système de santé	NA	41% (2006)	47,87% (2013)
Structures de santé SONUB			27% (enquête SONU 2010-11) ; 29% (2013, données de supervision)
Ratio Sage-femme vs femmes 15-49ans,			1 pour 3689 (SNIS, 2011)
Médecin vs habitants			1 pour 22403 (SNIS, 2011)
% du budget alloué à la santé			6,5% vs 15% attendus (INS, 2015)

2.1.3- Contexte humanitaire

Le Niger évolue dans un environnement caractérisé par diverses crises humanitaires. Des groupes terroristes posent des problèmes sécuritaires sur les frontières avec le Nigeria (Région de Diffa), le Mali (Régions de Tahoua et Tillabery) et la Lybie (Région d'Agadez). Il s'ensuit des mouvements de populations ayant affecté plus de 300,000 personnes (y compris des réfugiés, retournés, déplacés internes, migrants), d'une insécurité alimentaire et nutritionnelle chronique ayant touché plus de 2 millions de personnes en 2017[2], d'inondations de plus en plus fréquentes avec plus de 116 898 sinistrés et 55 décès au 15 septembre 2017[3] et d'épidémies (choléra, méningite, fièvre de la vallée du Rift, Hépatite E). La réponse nationale aux différentes crises comprend (i) la mise en place de nouveaux mécanismes de coordination humanitaire adaptés (y compris la création d'un ministère en charge de l'action humanitaire), (ii) l'élaboration des HNO (Humanitarian Needs Overview) et HRP (Humanitarian Response Plan) annuels, (iii) La prise en compte des impératifs de gestion des urgences dans le développement durable comme un des principes directeurs du PDES 2017-2021.

2.1.4- Situation du Genre et des Droits

Durant ces trois dernières décennies, la promotion de la femme et les inégalités de genre ont gagné beaucoup d'importance dans l'effort de développement. Plusieurs conférences régionales et mondiales ont travaillé à remodeler la vision sur les conditions de vie des femmes, les relations de pouvoir entre les hommes et les femmes et le respect équitable des droits humains dont les droits des femmes sont une partie intégrante. Cependant, la prise en compte du genre dans le processus de développement au Niger, est largement à améliorer du fait entre autres de la persistance des pratiques d'inégalités malgré les progrès acquis d'un secteur à l'autre. En effet, avec un indice d'inégalité du genre de 0,674 en 2016, le pays est 149ème/152 pays classés. Ces inégalités affectent surtout l'accès/participation à l'éducation, à la santé reproductive, dans l'économie et la prise de décisions.

L'accès à **l'éducation** et ou l'alphabétisation des femmes reste faible. La faible scolarisation des adolescentes est liée au mariage précoce (âge médian respectif à la première union : 15,6 ans ; 16,7 ans et 21,1 ans pour femmes sans aucun niveau d'instruction, avec une instruction primaire, puis avec une instruction secondaire ou plus (EDS-MICS, 2012)). En 2015-2016, le taux brut de scolarisation était de 70,2% pour les filles et 82% pour les garçons dans le primaire. Dans le secondaire, il est de 28,8% pour les filles et 39,6% pour les garçons. La déperdition scolaire est plus importante chez les filles au fur et à mesure qu'elles gravissent les niveaux d'enseignement.

L'accès à **la santé de la reproduction** est à améliorer : la fécondité a peu évolué durant les dernières décennies. En rappel, l'entrée en union chez les femmes reste extrêmement précoce avec 61% des femmes du groupe d'âge 15-19 ans mariées (EDS-MICS, 2012) contre seulement 7% chez les hommes du même groupe d'âge. Prises dans leur ensemble, près de 76,3%des femmes sont mariées avant l'âge de 18 ans et près de la moitié connaissent leur

[2] Niger Humanitarian Needs Overview 2017, OCHA

3 Récapitulatif Situation inondation à la date du 15 Septembre 2017, Direction de la préparation de l'alerte et de la gestion des catastrophes

première maternité avant l'âge de 18 ans. Ceci entraîne pour ces jeunes filles une série de conséquences sociales et sanitaires, dont : a) un cursus scolaire abrégé ; b) un risque accru de fistule obstétricale et de décès maternel et infantile ; et c) la violation de leurs droits avec divers effets néfastes pour ces victimes. La situation de la femme est également caractérisée par une grande vulnérabilité au VIH/SIDA même si le Niger est l'un des pays les moins affectés par la pandémie en Afrique Sub-saharienne avec un taux de séroprévalence en dessous de 1%. Les mutilations génitales féminines, bien qu'ayant sensiblement diminué ces dernières années, sont encore pratiquées dans certaines régions.

La participation des femmes est inégale dans le secteur **économique**. L'on note une inégale répartition des rôles et des responsabilités dans la division du travail ainsi que des difficultés dans l'accès, la gestion et le contrôle des ressources, l'inégalité d'accès aux opportunités économiques et la faible valorisation du travail de la femme dans l'économie du ménage. En matière d'emploi, la participation des femmes à la vie active est faible avec un taux de chômage deux fois plus élevé (25%) comparé à la population active de sexe masculin (11,8%).

La Réponse de l'Etat du Niger à ces problèmes liés au genre et à l'égalité des sexes, se structure autour de la mise en place du Ministère en charge de la Protection de la Femme et de la Protection des Enfants. L'action dudit ministère est cadrée par plusieurs documents de référence politiques et stratégiques dont la Politique National du Genre. Au plan sous régional la CEDEAO a adopté une position commune de promotion des droits et du pouvoir des femmes et retenu la perspective-genre comme démarche pour une prise en compte effective des inégalités de genre dans les programmes d'intervention à travers la sous-région. La CEDEAO, à l'occasion de la 26ème session de l'Autorité des Chefs d'Etat et de Gouvernement tenue en janvier 2003 à Dakar, a pris des mesures institutionnelles relatives à la création d'une Division Genre au niveau de la Commission de la CEDEAO, la mise en place d'une Commission Genre et la transformation de l'Association des Femmes de l'Afrique de l'Ouest (AFAO) en Centre de la CEDEAO pour le Développement du Genre (CCDG) dont le siège est à Dakar. En somme, le contexte mondial et régional offrent au Niger de réelles opportunités pour réaliser l'équité et l'égalité de genre. Autour des agendas mondiaux (ODD2016-2030, DUDH1948, CEDAW1979 etc.) et régionaux ou sous régionaux (NEPAD, CEDEAO/CCDG, Protocole de Maputo2003…) , les engagements de la communauté internationale et des leaders de la sous-région en faveur de la réduction de la pauvreté, de l'égalité des sexes et du développement constituent une opportunité d'importance pour la mobilisation des moyens financiers, humains et techniques nécessaires quant à la réussite du pari de la croissance et du développement durable au Niger.

2.1.4- Situation des Adolescents (es) et Jeunes

Au Niger, la population selon le recensement général (RGPH 2012) se situait à plus de 17 millions d'habitants. Les estimations de sources concordantes indiquent plus de 20 millions d'habitants en 2017. Le RGPH indique que les jeunes âgés de moins de 25 ans sont estimés à 69% de la population totale, tandis que les adolescents de moins de 15 ans constituent 51,6%. L'importance numérique des jeunes est un avantage fondamental pour le développement économique du pays. Seulement, pour tirer les avantages économiques du potentiel des jeunes, il faut investir dans certains domaines comme la santé. Or, au Niger, plusieurs défis existent notamment en matière de santé reproductive des jeunes et des adolescents. Il s'agit des grossesses non désirées, de fécondité élevée, de la mortalité chez les jeunes et adolescents, de l'accès insuffisant aux services SSR. La santé des jeunes filles est davantage menacée par le mariage précoce et les grossesses précoces. Les grossesses des adolescentes, ont des conséquences sur leur santé et leur avenir. Les complications de la grossesse et de l'accouchement conduisent à 34,4% des décès chez les filles de 15 à 19 (EDSN – 2012). Le Rapport 2014 « surveillance des décès maternels, revue et riposte », indique que 52% des décès maternels déclarés par les FS (formations sanitaires), concernent les filles de moins de 24 ans. Cependant, l'intérêt pour la capitalisation de la fenêtre d'opportunité démographique au niveau de la communauté internationale, des partenaires au développement et des décideurs financiers est une opportunité à saisir pour le Niger.

Depuis presque une décennie, les autorités nigériennes, avec l'appui des PTF, dont l'UNFPA, mènent des actions pour la promotion de la santé de la reproduction à l'endroit des jeunes. Dans ce cadre, plusieurs services sont offerts aux jeunes, il s'agit du counseling, du référencement, de la prise en charge syndromique ou thérapeutique

des jeunes et adolescents ayant contracté une infection sexuellement transmissible, de la mise à disposition de produits contraceptifs. Les sites de services incluent des centres "amis des jeunes", d'autres FS sanitaires publiques et quelques centres médicaux privés.

De nombreuses organisations et réseaux œuvrent et participent au mandat de l'UNFPA. Parmi eux, 12[4] furent partenaires durant le 8ème PP. Les domaines d'activités de ces structures de jeunes incluent la santé (SR,IST,VIH, soins nourrissons, PEC Psychosociale, Counseling) ; la défense des droits (adolescents, jeunes, enfants, jeunes travailleurs, femmes) ; La promotion des Jeunes, adolescents, enfants et de la jeune fille (Leadership, éducation, soutien conditions de vie, développement du potentiel jeunes) ; l'autonomisation Economique/professionnelle (AGR, promo emploi, formation qualifiante) ; la paix (paix, stabilité sociale, culture) ; la protection de l'environnement ; la lutte contre la pauvreté (soutiens enfants en difficulté) ; la Promotion de la femme (Participation au développement, réduction de la marginalisation, protection, éducation) ; La réduction pratiques, attitudes, représentations néfastes contre les enfants, les jeunes filles, les femmes… A travers la synergie avec l'Etat et l'UNFPA, des actions clés menées dans ces domaines incluent : (a) le plaidoyer pour la prise en compte des aspirations des jeunes et adolescents dans les politiques et programmes ; (b) l'implication dans l'élaboration et la revue des politiques et stratégies concernant les jeunes comme la participation à la revue du plan d'action national PF 2013-2020, et à l'élaboration du plan de la santé des adolescents et jeunes » ; (c) l'information et la formation à l'endroit des organisation de jeunes ; (d) des campagnes de sensibilisations à l'endroit de nos pairs jeunes et adolescents ; (e) des actions de positionnement auprès des organisations nationales (étatiques et non) et internationales au Niger ; (f) des conférences, des thé-débats, des quizz ou des projections suivies de débats », des publications sur les réseaux sociaux, des émissions sur les radios communautaires pour atteindre les jeunes et adolescents déscolarisés et ceux des zones périphériques. L'Etat fait face à des défis dont le financement adéquat de la planification familiale ou encore la faiblesse des capacités sectorielles et les lourdeurs administratives, malgré l'existence d'une loi SR et d'un décret d'application afférent. Les partenaires sont interpellés pour un appui conséquent du plan stratégique PF 2017-2020 du Niger qui va remplacer le plan d'action national PF ; y compris pour un accompagnement important aux initiatives jeunes dans le cadre de la SR/PF pour sortir de la modicité des apports antérieurs. L'appui de l'UNFPA a consisté dans des actions de renforcement politico-stratégique au niveau des instances étatiques en charge des questions de jeunesse et SSRAJ en particulier d'une part ; et dans des initiatives impliquant de nombreuses associations des jeunes (Listes disponibles : Support - associations de jeunesse sur Pop & Dev) pour apporter des services directs aux bénéficiaires, d'autre part.

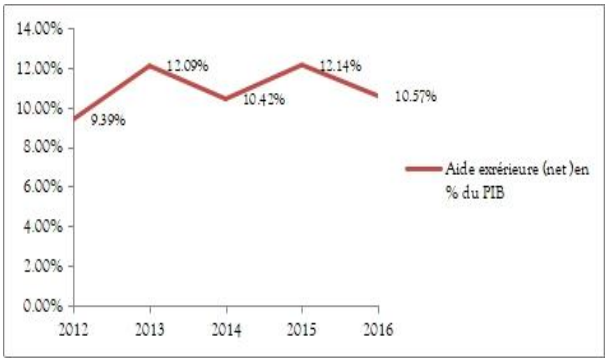
2.2- Rôle de l'aide extérieure

Dans le cadre de la Coopération Internationale, des pays ayant besoin de fonds sollicitent le plus souvent les pays à capacité de financement à travers !es mécanismes de l'aide et de l'endettement. Le Niger, pays structurellement faible a besoin de financement, exploite les deux mécanismes. En outre, un choc sur l'aide influence plus la croissance économique qu'un choc sur l'agriculture et tous les deux sont inférieurs à l'effet d'un choc sur le travail qualifié. Ce dernier est le déterminant le plus significatif de la croissance économique au Niger.

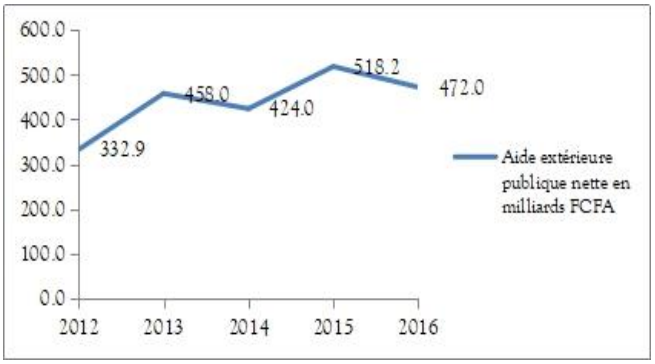
2.2.1. Ampleur et évolution de l'aide extérieure dans le pays

[4] Conseil national de la jeunesse (CNJ) ; parlement des jeunes, réseau scout (Association nigérienne des scouts pour l'environnement) ; cellule des jeunes femmes leaders (COJEFIL) ; Comité national des jeunes filles leaders (CNJL) ; Réseau national des jeunes pour la population et le développement (REJPOD) ; ROJALNU ; ONG FAD (femme action et développement) ; Association des Scouts du Niger ; ONG AAFER ; AfriYan ; RENAJDD ; LEAMA4dev ; Leadership Universitaire pour le changement de comportement (LUC); Jeunes leaders promoteurs du Dividende Démographique (projet SWEDD).

La part de l'APD dans l'économie du pays a représenté environ 11.04% du PIB durant la plupart de la période évaluée (2014-2016). En valeur absolue, elle est passée de 424 Milliards de CFA en 2014 à 472 Milliards de CFA durant le même période. L'aide publique au développement opère essentiellement par l'appui à des Atlas Projects et programmes focalisés sur des résultats qui visent l'atteinte des objectifs fixés en matière de réduction de la pauvreté. La question de son efficacité a été et reste encore sujet à débats. La coordination de l'aide publique au développement (APD) est assurée par le gouvernement à travers le Secrétariat permanent (interministériel) en charge de la mise en œuvre du PDES a été créé. Ce Secrétariat est en charge la mobilisation et le suivi des ressources pour le financement du PDES. Le comité Etat/PTF (OCDE/CAD) a un Secrétariat qui réunit l'ensemble des PTF présents au Niger, sous la coordination conjointe du PNUD et la Banque mondiale.



Graphique 2.1 : Part de l'APD dans l'économie du Niger en % du PIB entre 2012 et 2016



Graphique 2.2 : Evolution de l'APD dans le pays au cours des 5 dernières années.

- **Perspectives d'avenir de l'APD**

L'APD s'est inscrite en hausse. Après une contraction enregistrée en 2010 pendant la transition militaire consécutive au coup d'État et la suspension de la coopération par les PTF, l'APD est repartie à la hausse en 2011 pour atteindre 206.8 milliards XOF, presque un doublement par rapport à son niveau de 2010. Elle a été en hausse moyenne de 34,775 Milliards de FCFA entre 2012 et 2016.

2.2.3. Source de l'APD

- Liste des principaux acteurs par catégorie (Multi, Bilatéraux ; ONG ; Privés ....)

Les principaux pourvoyeurs d'APD sont la BID, la BAD, l'Union Européenne, la Banque Mondiale, la JICA, la CTB, l'Allemagne, La France, le SNU... La part de l'UNFPA dans le cadre du PP8 a été 1.8% en 2014 et de 1.2% en 2015 et en 2016.

Tableau 2.1.: Recettes de l'APD par secteur thématique et par année durant les 5 dernières années.

Aide extérieure en milliards de FCFA au cours des cinq dernières années					
Principaux domaines de l'APD	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**
Total des dons	**216,5**	**304,9**	**222,1**	**232,6**	**270,3**
Part de l'UNFPA			**9,17**	7,15	**7,22**
Appui budgétaire	93,1	53,9	67,9	76,6	66,2
Dons projets	123,4	251,0	154,2	156,0	204,0
Tirages sur emprunts extérieure par l'Etat	88,6	125,2	166,1	242,0	178,8
Remises de dettes extérieures	**3,0**	**0,7**	**0,0**	**0,0**	**0,0**

Aide extérieure brute 1)	**308,1**	**430,8**	**388,2**	**474,6**	**417,7**
Intérêts sur la dette extérieure publique	-6,9	-8,4	-10,0	-13,1	-18,1
Amortissement sur la dette extérieure publique	-17,9	-18,8	-25,8	-30,5	-36,2
Aide extérieure publique nette	**332,9**	**458,0**	**424,0**	**518,2**	**472,0**
Proportion de la part de l'UNFPA			2,2%	1,4%	1,5%

2.3 Evolution de l'environnement du programme au cours de l'implémentation

Le Plan de Développement Economique et Social (PDES) 2017-2021 est le premier plan quinquennal de l'opérationnalisation de la Stratégie de Développement Durable et de Croissance Inclusive (SDDCI) Niger 2035 adoptée par le Gouvernement le 9 mai 2017. Par conséquent, il tire ses fondements de la vision issue de cette stratégie, à travers laquelle le Niger affirme sa ferme volonté de transformation à tous les niveaux et surtout son désir d'éradiquer la pauvreté et les inégalités. Le PDES 2017-2021 a été élaboré dans un contexte international, régional et national marqué par des préoccupations majeures comme la persistance des menaces terroristes, la migration clandestine, la baisse des prix des matières premières, le changement climatique.
Dans l'ensemble, le projet SWEDD répond aux quatre critères régionaux pour bénéficier des fonds régionaux de l'IDA: (i) Trois pays doivent au moins être impliqués: le projet implique six pays: Le Burkina Faso, le Tchad, la Côte d'Ivoire, le Niger, le Mali et la Mauritanie; (ii) Le projet doit comporter des retombées, soit économiques ou sociales, sur les pays tiers de la région: le projet appuiera la création ou le renforcement de trois types différents de produits régionaux ; (iii) reflète un vif intérêt auprès des organismes régionaux et des pays de la région ; (iv) fournit une plate-forme pour un niveau élevé d'harmonisation des politiques entre les pays.
Les interventions proposées par le projet seront articulées autour de trois composantes principales.
La composante 1 créera la demande pour les produits et services de santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile et nutritionnelle (SRMNIN) en favorisant le changement social et comportemental et l'autonomisation des femmes et des adolescentes. La composante 2 renforcera les capacités régionales afin d'améliorer l'offre en produits SRMNIN et en personnel qualifié. La composante 3 renforcera le plaidoyer et la concertation de haut niveau et les capacités d'élaboration des politiques et la mise en œuvre du projet.
En terme de planification familiale, le Niger à travers le **Plan PF 2013-2020,** est l'un des pays qui pourraient le plus bénéficier d'une croissance de la planification familiale, et ce, à plusieurs égards, notamment sur les plans de la santé et de la qualité de vie. Le moment est idéal pour accélérer les efforts en planification familiale puisque le gouvernement nigérien fait de la PF une priorité, et ce, jusque dans les régions. De plus, plusieurs programmes reconnus sont prêts à être étendus dans le reste du pays.

Les menaces actuelles sont le terrorisme et la criminalité organisée. La situation en Libye, au Mali et au Nigéria où sévissent des organisations terroristes, notamment l'Etat Islamique, **Al-Qaïda au Maghreb islamique (AQMI)** et Boko Haram, l'atteste. Ces organisations terroristes sont, par ailleurs, étroitement liées, aux organisations de trafic de drogues, d'armes, de cigarettes, de trafic humain etc… A ces menaces s'ajoutent les conflits intercommunautaires, notamment entre agriculteurs et éleveurs, le grand banditisme, en particulier les coupeurs de route, et des risques récurrents comme les inondations et les sécheresses entrainant des crises humanitaires d'ampleur variable. Ainsi l'état d'urgence, déclaré initialement le 3 mars dans sept départements de Tahoua et de Tillabéry, a été prorogé de 3 mois, le 18 septembre 2017.Selon des informations, non exhaustives, dans les deux régions, 46 attaques perpétrées par des groupes armés ont été enregistrées depuis février 2016. Les mesures sécuritaires en vigueur à Tahoua et à Tillabéry ont occasionné, entre autres, la fermeture de 16 marchés et les difficultés de fonctionnement de quelques structures sanitaires et éducatives dans les zones où l'accès est limité. Les restrictions sur la circulation routière restent en vigueur.

CHAPITRE 3 : REPONSE STRATEGIQUE UNFPA ET PROGRAMME

Pour appuyer le Gouvernement du Niger dans ses efforts de développement durable, l'UNFPA a initié et appuyé l'implémentation du 8ième programme de coopération Niger-UNFPA 2014-2018. Ledit programme, aligné sur le plan stratégique 2014-2017 de UNFPA, se veut une contribution à la réponse aux priorités nationales énoncées dans le Plan de Développement Economique et Social (PDES) 2012-2015 dont la durée de validité a été prorogée jusqu'au 31 décembre 2016. Cette contribution se situe dans le contexte du Plan-Cadre des Nations Unies pour l'Aide au Développement, soit l'UNDAF 2014-2018 qui déploie trois domaines de coopération à savoir : (i) développement social et capital humain, (ii) gouvernance et (iii) accroissement de la résilience des populations.

3.1- Réponse stratégique de l'UNFPA

Bien que les mortalités maternelle et néonatale soient en baisse, la croissance démographique reste toujours élevée, la petite fille se marie très tôt avec tout ce que cela engendre comme conséquence. Pour amener la population aux changements de comportement, l'élaboration du programme Gouvernement-UNFPA, a connu également la participation inclusive de toutes les parties prenantes y compris les acteurs de la société civile, les associations de jeunes et les associations de femmes. En effet, cette démarche permet la prise en compte des toutes les cibles.

3.2- Programmes de Pays UNFPA

En formulant l'hypothèse que le Gouvernement maintiendra son engagement en matière de population et de planification familiale, le Programme vise à accélérer la réalisation des droits équitables des adolescents, des jeunes et des femmes dans les domaines de la santé maternelle, de la planification familiale et du leadership. Le programme comprend trois résultats qui contribuent aux effets trois et quatre de l'UNDAF. Il s'agit de : la Santé maternelle et néonatale, la Planification familiale et la Santé sexuelle et procréative des jeunes et l'éducation sexuelle complète.

3.2.1- Programme de Pays précédent (2009-2013)

Le septième programme de pays 2009-2013 de l'UNFPA a déployé une série de réalisations. l'UNFPA a apporté un appui, entre autres, à l'élaboration d'un plan de développement sanitaire (PDS 2010-2015) dont les priorités incluent : a) les soins obstétricaux et néonatals d'urgence (SONU); b) la planification familiale (PF) ; c) la Prévention de la Transmission Mère-Enfant du VIH (PTME) ; d) la sécurisation des produits de santé de la reproduction (SPSR), et e) le renforcement du système de référence et contre référence. Ces axes ont constitué l'ossature du 7ième Programme Pays auxquels s'ajoutent les questions de Population et Développement, du genre et celles des crises humanitaires. Notons également que le 8ième Programme Pays est une suite logique du 7ième programme Pays. Des activités ont été menées sous les différents produits conduisant ainsi aux effets escomptés.
L'évaluation finale a montré que le 7ème Programme a contribué à :
- (i) l'élaboration du Plan de Développement Économique et Social (PDES 2012-2015) , (ii) l'élaboration d'un plan de planification familiale, 2013-2020; (iii) la gratuité des soins pour les accouchements, l'organisation des consultations pré et post natales, le dépistage et la prise en charge des cancers de l'appareil génital; (iv) l'inscription d'une ligne budgétaire pour l'achat de produits; (v) l'adoption d'une politique nationale relative à l'égalité des sexes (Politique Nationale

de Genre); et (vi) la déclaration du Gouvernement en matière de Politique de Population (DGPP) 2007-2015;
- l'augmentation de la couverture en soins obstétricaux et néonatals d'urgence (SONU); en planification familiale (PF) ; et en PTME
-l'augmentation au niveau national du pourcentage de centres de santé n'ayant aucune rupture de stocks de contraceptifs de 0% en 2007 à 97,5% en 2012 sur l'ensemble du pays;
- l'amélioration de la participation communautaire par le renforcement de la référence/contre référence, la distribution des produits SR en communauté et l'animation communautaire par 280 Écoles de maris.
- le renforcement de la SSRAJ à travers l'appui à un programme spécifique incluant l'opérationnalisation de 27 Centres amis des jeunes;
- la réponse aux crises humanitaires à travers la distribution de Kits SR et le renforcement des capacités nationales de réponse aux VBG;
- la création d'un environnement favorable à la prise en compte des questions relatives à la population, à la santé de la reproduction et à l'égalité des sexes. Cela grâce au renforcement des alliances stratégiques avec les principales parties prenantes; l'appui au RGPH4 et à diverses enquêtes/études dont l'EDS MICS 2012 et le renforcement des capacités en production des données;
- l'amélioration de la prise en compte du genre par la mise en œuvre d'un programme conjoint et le renforcement des mécanismes mobilisation et de synergie des acteurs/bailleurs et du cadre de financement; à la réduction de 50% de la mutilation génitale féminine.
Les principales recommandations de l'évaluation finale dudit programme ont suggéré de : (1) renforcer le partenariat avec les leaders communautaire et des élus locaux pour une bonne efficacité des actions; (2) ancrer les interventions dans les institutions publiques décentralisées pour la viabilité; (3) donner un rôle central à la participation des hommes pour l'efficacité de l'action en faveur des femmes; (4) Ajuster le ciblage des intervention, renforcer la coordination et le suivi-évaluation en vue d'une meilleur efficacité et d'un meilleur pilotage selon les évidences.

3.2.2. Programme de Pays 2014-2018 de l'UNFPA et Ajustements

L'UNFPA a défini des produits dans trois domaines d'intervention dont la Santé maternelle et néonatale, la Planification familiale et la Santé sexuelle et procréative des jeunes et éducation sexuelle. Selon les deux listes ci-dessous, les produits du 8ème programme ont évolué de 8 à 9 suite à l'alignement au Plan Stratégique 2014-2017 de l'UNFPA.

LISTE 1 : PRODUITS INITIAUX DU CPAP	LISTE 2 : PRODUITS ALIGNES SUR LE PS 2014-2017
SANTE MATERNELLE ET NEONATALE	
Produit 1 : La capacité nationale en matière de formation des ressources humaines pour les soins de sage-femme et la gestion de ces ressources humaines est renforcée. **Produit 2** : Les capacités nationales en matière de soins obstétricaux et néonatals d'urgence sont renforcées. **Produit 3** : les capacités nationales de prévention et de traitement des fistules obstétricales et de promotion de la réinsertion sociale des patientes après traitement sont renforcées.	**Output 3**: Les capacités nationales à fournir des services complets de santé maternelle accrues **Output 5**: Capacités nationale à fournir des services de santé sexuelle et reproductive dans les situations de crise humanitaire, renforcés

PLANIFICATION FAMILIALE

Produit 4 : Systèmes nationaux de sécurisation de l'approvisionnement en produits de santé de la reproduction renforcés **Produit 5 :** Capacités nationales en matière d'interventions communautaires en faveur de la planification familiale renforcées	**Output 2:** Capacité nationale à créer un environnement favorable à l'augmentation de la demande et de l'offre de contraceptifs modernes et à l'amélioration des services de planification familiale de qualité sans contrainte, ni discrimination et violence accrue

SANTE SEXUELLE ET REPRODUCTIVE DES JEUNES ET EDUCATION SEXUELLE

Produit 1 : Capacité nationale à programmer des services essentiels de santé sexuelle et reproductive à l'intention des jeunes et des adolescents marginalisés accrue	**Output 4 :** Capacité nationale pour offrir des programmes de VIH sans discrimination, renforcée
Produit 2 : Capacité nationale à intégrer les questions relatives à la santé sexuelle et reproductive des jeunes et adolescents dans les politiques, lois, plans et programmes nationaux accrue.	**Output 8** : Capacité des partenaires à élaborer et à exécuter des programmes complets destinés aux adolescentes marginalisées, notamment celles exposées au risque d'un mariage précoce, renforcée. **Output 14** : Capacité à formuler et mettre en œuvre des politiques fondées sur les droits qui intègrent les données relatives à la dynamique de la population, à la santé sexuelle et procréative et au HIV, ainsi que leur lien avec le développement durable, renforcée
Produit 3 : Capacité nationale à prévenir les mariages d'enfants et les grossesses chez les adolescentes accrue.	**Output 7**: Capacité nationale à élaborer et à exécuter une éducation sexuelle complète (ESC) communautaire et scolaire promouvant les droits humains et l'égalité des sexes, accrue **Output 9** : Les systèmes de protection nationaux et internationaux afin de faire progresser les droits reproductifs, l'égalité des sexes et la non-discrimination et de remédier à la violence basées sur le genre, renforcés **Output 10** : Capacités nationales à prévenir les violences basées sur le genre et les pratiques néfastes et à rendre possible la prestation des services multisectoriels notamment dans les situations de crise, accrues

Le programme est conçu pour contribuer à : a) Soutien à l'harmonisation et l'adaptation des curricula et programmes d'enseignement de la pratique des soins de sage-femme; b) Amélioration du recrutement et de la gestion des carrières des sages-femmes ; c) Extension des structures de soins obstétricaux ; d) Renforcement du plateau technique ; e) Intégration des questions humanitaires ; f) Prévention et traitement de la fistule obstétricale, réinsertion sociale et économique des femmes victimes ; g) Renforcement des capacités nationales en matière de

formation sur la planification familiale et sur l'intégration des services de PF et VIH/SIDA ; h) Renforcement des systèmes d'information et de gestion logistique ; i) Mise à l'échelle de la stratégie École des Maris ; j) Renforcement de la Distribution à base communautaire(DBC) des contraceptifs ; k)_Développement et mise en œuvre de stratégies à haut impact à l'endroit de groupes difficilement accessibles ; l) Délégation et transfert des tâches ; m) Opérationnalisation de centres des jeunes pour améliorer l'accès des jeunes aux services de SR/ PF et de dépistage du VIH-SIDA ; n) Appui au développement des compétences de vie courante (CVC) chez les adolescents et les jeunes en matière de SSRAJ, notamment la prévention et la prise en charge des IST/VIH-Sida et la prévention des grossesses ; o) Intensification des activités de CCC, de plaidoyer, de mobilisation sociale et communautaire en matière de SR en direction des groupes cibles spécifiques ; p) Collecte et analyse approfondie des données socio démographiques issues des grandes enquêtes et gestion des bases de données et des systèmes d'information sur les jeunes et adolescents ; q) Renforcement des capacités des acteurs nationaux et régionaux et des jeunes pour l'élaboration et la mise en œuvre de politiques, plans et programmes en matière de santé sexuelle et reproductive des jeunes et adolescents ; r) Intégration des questions de population, de l'égalité des sexes et de droits de la procréation dans les politiques et programmes en faveur des jeunes et adolescents ; s) Promotion d'interventions intégrées et multisectorielles centrées sur les adolescentes ;t) Implication des familles, des leaders et de la communauté en vue d'une transformation positive des normes sociales ; u) Renforcement de la prise en compte des données de qualité liées aux adolescentes dans les politiques, plans et programmes de développement.

CHAPITRE 4 : RESULTATS – REPONSES AUX QUESTIONS D'EVALUATION

Le chapitre 4 présente les résultats de l'évaluation. Lesdits résultats, sont des réponses aux 7 questions investiguées. Ils expriment les constats faits dans les sources documentaires, les entretiens, les observations de sites et les groupes de discutions. La réponse à chacune des questions comporte : 1) la déclaration du niveau de satisfaction par rapport au critère d'évaluation (pertinence,..., efficacité,..., valeur ajoutée) ; 2) l'exposé des faits étayant ladite satisfaction à travers la vérification des hypothèses de réponse à la question et ; 3) les indicateurs démonstratifs desdites hypothèses. Le niveau de satisfaction d'un critère d'évaluation est déterminé par la proportion des hypothèses validées. Le degré de validation d'une hypothèse est déterminé par la proportion de ses indicateurs démonstratifs validés. L'échelle suivante à 5 scores détermine le degré de satisfaction des 7 critères ou questions d'évaluation par le PP8.

SCORE	NIVEAU DE PERFORMANCE	EQUIVALENTS
5	Excédentaire	Excessif-ive
4	Excellent	Exhaustif, Complet (-ète)
3	Bon(ne)	Satisfaisant, Suffisant
2	Passable	Plus ou moins satisfaisant ; Mitigé(e)
1	Faible	Insatisfaisant(e) ; Insuffisante(e)
0	Nul(le)	Inexistant(e)

Figure 4.1: Echelle de performance de l'évaluation du 8ème PP (UNFPA/Niger)

4.1 REPONSE A LA QUESTION D'EVALUATION 1 SUR LA PERTINENCE DU PP8

La pertinence du 8ème programme de pays est appréciée par la réponse à la question suivante :

Question d'évaluation EQ1 (Pertinence) : Dans quelle mesure le programme a-t-il été : (a) conforme à l'approche droits[5] humains pour les services destinés à la population et aux ado/jeunes en particulier ; (b) conforme aux priorités fixées par les cadres politiques internationaux et nationaux ; adéquat pour répondre aux besoins contextuels de la population et des ado/jeunes en particulier.

Les deux hypothèses formulées sont vérifiées sous les titres 4.1.1 et 4.1.2 ci-après.

4.1.1 (H_1) Niveau de conformité de l'appui du programme par rapport aux droits de la population y compris les adolescents et jeunes

L'hypothèse 1 pose que « (H_1) L'appui apporté par le programme est suffisamment conforme aux droits de la population y compris les adolescents et jeunes ». Trois indicateurs ont été appréciés en vue de la vérification.

4.1.1.1 (I_1) Droits humains identifiés en particulier en matière de SR, P&D, genre et égalité des sexes et (I_2) qui ont été pris en compte

a) Droits identifiés de la population et des adolescents en particulier en matière de SR, P&D, genre et égalité des sexes

Au plan stratégique, les 6 piliers (cf. tableau 4.1 ci-dessus) de l'approche droits de l'UNFPA prennent en compte tous les droits fondamentaux de l'homme en lien direct avec le mandat de l'agence. Quant à l'angle opérationnel, les investigations ont mis en évidence les droits des populations et adolescents en matière de SR, P&D, genre et

[5] Prise en compte des droits dans la planification et la MEO: droits sexuels et reproductifs ; Droits humains, égalité, dignité, équité ; Genre et égalité des sexes

égalité des sexes pris en compte dans les interventions du 8ème programme. Les documents de référence du programme dont la charte de l'ONU, la DUDH de 1948 et le plan stratégique UNFPA2014-2017 contiennent des droits Humains et en particulier ceux des femmes et des adolescents, en matière de SR, P&D, genre et égalité des sexes. La liste incluse des droits humains en question est la suivante :

1. le droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de la personne
2. la liberté d'association, d'expression, de réunion et de déplacement
3. le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint
4. le droit à ne pas faire l'objet d'arrestation ou de détention arbitraire
5. le droit à un procès équitable
6. le droit à des conditions de travail justes et favorables
7. le droit à des conditions adéquates de nourriture, de logement et de sécurité sociale
8. le droit à l'éducation
9. le droit à une protection égale de la loi
10. le droit à ne pas faire l'objet d'immixtions arbitraires dans sa vie privée, sa famille, son domicile ou sa correspondance
11. le droit à ne pas être soumis à la torture ni à des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants
12. le droit à ne pas être soumis à l'esclavage
13. le droit à une nationalité
14. la liberté de pensée, de conscience et de religion
15. le droit de voter et de participer à la conduite des affaires publiques
16. le droit de participer à la vie culturelle

a) Droits de la population et des adolescents en particulier en matière de SR, P&D, genre et égalité des sexes pris en compte par le PP8

Le mandat de l'UNFPA centre son approche droits sur 12/16 droits fondamentaux selon le tableau 4.1 ci-après. L'on relève que seul les droits/libertés 4, 5, 12 et 14 dont le lien n'est pas assez direct avec le mandat de l'UNFPA ne sont pas couverts. Ainsi, l'approche droits, dans le cadre du 8ème PP UNFPA Niger a impliqué 100% des droits et libertés liés au mandat de l'agence.

Tableau 4.1 : Droits humains adressés par les piliers de l'approche droit de l'UNFPA.

	Libellé d'approche droit	Droits humains adressés	Interventions prenant en comptes les droits respectifs
a)	L'accès universel aux informations, services SR, droits des femmes et jeunes abordables, plus spécifiquement pour les exclus et marginalisés	1, 3,9, 14,8	Ecole des EdM, PROGRAMME ADOLESCENTS & JEUNES (Illimin-Ado), CdFM, espaces citoyens (EC), sante maternelle et néonatale (SMN), lutte contre le VIH (R-VIH), Planning Familial (PF), réponses humanitaires (RHU), éducation sexuelle complète (ESC) ; Genre et Droits Humains (GenreDH) ; SSRAJ, SPSR ; VBG ; Fistule
b)	La prise en compte du point de vue des jeunes dans les politiques sociales et légales les concernant.	15, 16,7, 2	ESC, Appui aux développement des politiques et stratégies pour Jeunes
c)	Les mécanismes pour prévenir VBG protéger/réhabiliter filles/femmes victimes; dont la réparation par des sanctions	11, 1, 5,7	PROGRAMME VIOLENCE BASEE GENRE (VBG-autonomisation) ; GenreDH/Autonomisation)
d)	L'analyse situationnelle pour des stratégies/plans nationaux incluant des données SR, d'égalité genre et des droits des femmes	3, 9, 11,15	DONNEES & DYNAMIQUE POPULATION (DDP) ; Appui au développement des politiques et stratégies pour Jeunes ;
e)	Les stratégies et programmes de qualité pour : éradiquer pauvreté extrême et la	1, 10, 8, 3, 9, 7, 15,2	Illimin-Ado ; (VBG) ; GenreDH/autonomisation, SPSR, SMN (SONU,

	famine, promouvoir genre, l'égalité et l'autonomisation des femmes, la santé maternelle (SM), la Santé Sexuelle et Reproductive des Ado-Jeunes (SSRAJ), la réponse VIH/SIDA en particulier chez exclus et marginalisés		FO-réinsertion sociale, AA, Formation SF) ; (RHU), SSRAJ/EC, PF
f)	Le processus participatif basé sur l'accès universel, inclusif pour les exclus et marginalisés	1,2,3,6,7,8, 9,10,11,13, 15,16	Toutes les interventions

Le programme a déployé plusieurs interventions portant son approche droits. Les 23 principales sont listées dans le CPAP. Elles ont été regroupées sous les 15 Atlas Projects /programmes mis en œuvre. Leur contenu couvre les 12 droits/libertés humains pertinents ci-dessus. Il s'agit de : (1) Activités de support des programmes ; (2) Appui aux acteurs pour la mise en place du mécanisme de gestion des données et de réponse aux violences basées sur le genre ; (3) Capacité nationale à prévenir les mariages d'enfants et les grossesses chez les adolescentes ; (4) Education sexuelle complète (ESC) communautaire et scolaire promouvant les droits humains et l'égalité des sexes ; (5) Fournir des programmes de lutte contre le VIH sans aucune stigmatisation ou discrimination ; (6) Planification Familiale et SPSR ; (7) Santé Maternelle et Néonatale ; (8) Mise en place d'un projet pilote d'introduction et d'évaluation de Sayana Press dans les districts sanitaires de Magaria, Téra, Mayahi et Madarounfa au Niger ; (9) Prévention de la violence basée sur le genre et les pratiques nuisibles ; (10) Renforcement de Capacité nationale en matière de: - formation des sages-femmes et de gestion des ressources humaines ; - soins obstétricaux et néonatals d'urgence ; - prévention et traitement des fistules obstétricales et promotion de la réinsertion sociale des patientes après traitement ; (11) Renforcement de la capacité à formuler et mettre en œuvre des politiques fondées sur les droits (aux niveaux mondial, régional et national) qui intègrent les données relatives à la dynamique de la population, à la santé sexuelle et procréative et au VIH, ainsi que leurs liens avec le développement durable ; (12) Renforcement de: - Systèmes nationaux de sécurisation de l'approvisionnement en produits de santé de la reproduction ; - Capacités nationales en matière d'interventions communautaires en faveur de la planification familiale ; (13) Renforcement des systèmes de protection afin de faire progresser les droits reproductifs, l'égalité des sexes et la non- discrimination ; (14) Réponses aux situations de crises humanitaires ; (15) Programme global UNFPA-UNICEF pour l'élimination du Mariage des Enfants.

4.1.1.2 (I_3) Niveau de satisfaction suffisant des droits Humains en particulier en matière de SR, P&D, genre et égalité des sexes

La satisfaction des besoins de population et des adolescents en matière de SR, interrelations population et développement et Genre/Egalité des sexes est en principe relative pour un partenaire donné comme l'UNFPA. La complétude d'une telle satisfaction revenant à l'Etat, assisté de la communauté des Partenaires au développement. Ainsi, l'UNFPA se positionne en termes de part dans la satisfaction des besoins identifiés, comme l'illustre le cas des besoins en matière de PEC des FO et de mise en place des compétences SONU dans les CSI. L'on note que pour l'incidence de la FO estimée par John Hopkins University entre 700 et 756 nouveaux cas par an (soit au maximum 3790 cas sur 5 ans), le 8ème PP ambitionne de traiter 400 cas par an, soit 1600 en 4 ans (10,55% des cas attendus). Selon les Rapports annuels d'activités du REF/Niger (2013-2015, 2016, 2017), la réalisation a atteint 1595 cas traités sur la période 2015-2017. De même le programme a ambitionné de transformer 151 CSI sur 962 pour la prestation des SONU.

Du point de vue des résultats globalement performants obtenus (cf. 4.4. Efficacité) le niveau de satisfaction des besoins sur lesquels le programme s'est engagé est formellement suffisant. Cependant, les 4/10ème des résultats ne reflètent pas un changement de l'offre des services aux bénéficiaires, se bornant à mesurer des processus. Ce constat s'associe à l'ambivalence qui caractérise la situation de la satisfaction des droits, au vu des données primaires et secondaires de l'évaluation, présentées ci-dessous.

Les données ci-dessous, issues des interviews des parties prenantes et des bénéficiaires, ainsi que des sources documentaires présentent à la fois des aspects satisfaisants et d'autres moins satisfaisants, de la couverture des droits et besoins. Du point de vue de la satisfaction, l'on a relevé entre autres :

(1) la raréfaction des ruptures de stock dans les centres de santé; (2) l'amélioration de la prise en compte de la femme dans les décisions en matière de SR, grâce à l'action communautaire de l'ACTN et des EdM entre autres; (3) le renforcement, l'extension et la gratuité de certains soins (SONU, PF…) ; (4) le passage à l'échelle de la lutte contre les VBG et pratiques néfastes à travers des actions institutionnelles (cellules Genre, Centre VBG, ESC) et des actions communautaires (EdM, Comités de surveillance communautaires) ; (5) l'autonomisation des adolescents et leur éducation citoyenne pour la paix et la participation civique (Illimin, ESC, prévention des conflit & consolidation de la paix) ; (6) les avancées dans la capitalisation de la dynamique démographique, dans la planification du développement à travers le plaidoyer politique, la communication et la mobilisation communautaire, l'importante production des données de qualité et l'accompagnement d'une planification du développement fondée sur les données générales de population et celles spécifiques aux ado-jeunes et femmes, en particulier la SR, le genre et l'égalité, ainsi que le dividende démographique.
(7) Une progression performante/satisfaisante dans la création des EdM (1284/1500, soit 85,6%). En dépit de cette performance, les EdM sont implantées dans la localité siège des Centres de Santé Intégrés (CSI) ayant des indicateurs de santé génésique faibles. L'accessibilité pour les populations éloignées n'est pas assurée, malgré le besoin exprimé. Les activités foraines des CSI dans les localités périphériques constituent première réponse, qui pourrait être renforcée. De plus, l'on pourrait améliorer la proximité des EdM pour les populations périphériques.

Quant aux gaps, l'on citera : (1) L'insuffisance de l'appui à la SSRAJ, affectant la disponibilité des services conviviaux pour jeunes dont les CAJ; (2) l'insuffisance de l'appui en CCC ou communication pour le changement de comportement (absence de stratégie, faible couverture de population) ; (3) la fonctionnalité partielle des dispositifs du PBF, affectée par les difficultés à mobiliser la partie nationale et à la faible capacité des acteurs périphériques, et caractérisée par : 10/16 Espaces Citoyens opérationnels; 13/64 dialogues communautaires réalisés au Semestre 1, 2017, des lenteurs/insuffisances dans la mise en œuvre du projet en 2016 (0/64 dialogues ; 0/600 FDS formés, faible taux d'exécution budgétaire(56% en 2016 contre 18% à S1 2017) ; (5) la non concrétisation du volet AGR en faveur des jeunes ciblés par les actions de l'UNFPA (Rapport PBF 2016 et revue S1 2017).

4.1.1.3 Conclusion partielle 1 (Pertinence)

Dans sa conception, le programme a été suffisamment conforme aux droits de la population y compris ceux des adolescents et jeunes, étant basé sur une approche de promotion des droits humains universels. Les interventions ont adressé les 12 principes de droits correspondant au mandat de l'UNFPA. D'importantes avancées en termes de satisfaction desdits droits ont été enregistrées dans les domaines de la SR, du Genre & égalité des sexes et de P&D. Cependant des limites en termes de couverture, de complétude et de qualité de l'implémentation ont restreint la satisfaction du pourvoi de leurs droits aux bénéficiaires.

4.1.2 (H_2) Conformité de l'appui apporté par le programme aux priorités fixées par les cadres politiques internationaux et nationaux (PDES, PDS, DGPP).

L'hypothèse 2 de réponse à l'EQ1 postule que « (H_2) L'appui apporté par le programme est suffisamment conforme aux priorités fixées par les cadres politiques internationaux et nationaux (PDES, PDS, DGPP)». Ladite conjecture repose sur 3 indicateurs mesurant les constats démonstratifs.

4.1.2.1 (I_1) Les priorités fixées par les cadres politiques internationaux et nationaux

Selon les documents et les parties prenantes, une analyse des besoins a abouti à un common country assessment (CCA). Les principales sources de cette analyse comprennent les OMD, l'Agenda CIPD, le PDS 2010-2015, le PDES 2012-2015, le DSRP 2011-2015, l'EDSN MICS 2012, le RGPH 2012, et le document des Normes et

pratiques ICM. Les priorités par secteur sont les suivantes : **(1) Santé :** la réduction de la mortalité maternelle/infantile à travers l'offre des services SONU et accouchement assisté (AA); la capacité de chaque femme à gérer sa procréation à travers la PF, l'intégration des activités à haut impact, la SSRAJ de qualité pour jeunes, la Couverture universelle des services et la disponibilité des produits de SR de qualité (SPSR) ; **(2) Population :** la maitrise des interrelations entre la dynamique de population et le développement à travers des interventions pour mmaitriser la croissance démographique, capitaliser le dividende démographique, lutter contre l'extrême pauvreté, et lutter contre les pratiques néfastes (MP/MF, MGF) ; **(3) Enseignement et formation :** maintenir la jeune fille à l'école, améliorer le taux de scolarisation et donner une deuxième chance éducative aux déscolarisées et non scolarisées et assurer l'insertion socioprofessionnelle par la maîtrise des métiers adaptés à l'économie ; **(4) Protection de la femme :** autonomiser les femmes, assurer l'égalité de genre, intégrer systématiquement le genre dans les plans du développement ; **(5) Jeunesse** : placer les jeunes au centre de la participation citoyenne et de la promotion de la paix, garantir leur épanouissement et réaliser leur potentiel de moteur du développement ; **(6) Intersectoriel** : comme dans le cas du genre, les différents secteurs sont engagés à promouvoir des interventions pour les populations marginales et les groupes difficiles d'accès nomades.

4.1.2.2 (I_2) Inclusion des priorités dans le programme et (I_3) niveau de leur prise en compte

Sur la base des 15 Atlas Projects implémentés aucune omission de priorités n'a été observée selon le secteur et dans plusieurs cas, solidairement, les interventions ayant été stratégiquement inclusives en général. Quelques interventions illustratives ayant concrétisé les priorités suivent. Le secteur de la santé a déployé un paquet intégré, inclusif des services de SR pour les femmes, les adolescents, les jeunes et les populations vulnérables. Le secteur de la population a réalisé une communication intégrée pour le développement à travers la CCC, le plaidoyer et la mobilisation sociale par les chefs traditionnels et leaders religieux promouvant la maitrise de la croissance démographique; la capitalisation du Dividende Démographique, la lutte contre les pratiques néfastes (MP/MF, MGF) et l'autonomisation de la jeune fille. Dans le secteur de l'enseignement, l'éducation sexuelle complère (ESC) à l'école, la formation des adolescentes et jeunes de 10 à 24 ans aux métiers et à l'économie sociale & familiale, la communication et le plaidoyer ont concouru au maintien de la jeune fille à l'école et à l'amélioration du taux de scolarisation. Le secteur de la protection de la femme a développé une politique genre et avancé l'intégration du genre dans les plans de développement (PDC, Plans stratégiques nationaux, programmes nationaux). Cela, grâce au programme Illimin, aux EdM et CdFM, à la réinsertion des femmes traitées pour FO, au plaidoyer et à la formation à la planification du développement. Une amélioration de l'autonomisation des femmes et de l'égalité de genre a été observée.

Concernant le secteur de la jeunesse les priorités ont été portées par 9 principaux efforts. Il s'est agi de :

a. la création de partenariats avec des organisations et réseaux de jeunesse œuvrant sur la P&D, et appui à la mise en œuvre de leurs plans;
b. l'intégration de l'ESC dans l'enseignement secondaire (Curricula & formation des encadreurs);
c. la création de CdFM pour une SR responsable chez les jeunes garçons ;
d. l'Initiative des Adolescentes du Niger, «Illimin Zaman Dunia», pour prévenir mariages des enfants et grossesses précoces via une approche holistique renforçant les capacités des filles ado;
e. la formation professionnelle d'ado. déscolarisées dans les secteurs industriels porteurs ;
f. l'élaboration d'un Paquet Minimum d'Activités des CAJ, l'appui matériel aux centres et la création d'espaces citoyens (EC) en milieu rural ;
g. l'appui pour une ligne verte nationale informant les jeunes sur la SR (dont IST, VIH/SIDA, VBG) ;
h. La révision ou l'élaboration des politiques et stratégies nationales de la jeunesse, en y intégrant les questions de SSRAJ ; et
i. L'implémentation de stratégies d'inclusion et de participation à la prise de décision des jeunes et des femmes pour qu'ils contribuent à la consolidation de la paix dans les communes, la garantie d'un climat social apaisé et la mise en place de mécanismes pérennes de prévention et de gestion de conflits.

Suite à l'intégration de l'ESC dans le curricula de l'enseignement secondaire, le programme s'est rendu compte de la nécessité de la formation des enseignants pour viabiliser l'initiative. Ainsi, en dépit du fait que le CPAP ne le prévoyait pas, le programme a déjà formé 2434 enseignants sur les 4325 estimés. Cet effort est déterminant pour la généralisation et la qualité de l'ESC à l'école.
Des interventions spécifiques pour les populations marginales et les groupes difficiles d'accès ont couvert la périphérie des aires de santé, les déplacés, réfugiés et ado-jeunes analphabètes. Les approches mise à contribution incluent: les cliniques mobiles, les moto-ambulances, les consultations foraines, les réponses aux urgences humanitaires, y compris en ambulatoire, la délégation des taches aux des acteurs communautaires (DBC, Médiatrices communautaires, matrones, agents des cases de santé, etc.)

La couverture modérée des priorités nationales & internationales dans la MEO est tributaire de certaines limites programmatiques dont la contraction des délais d'implémentation, l'exécution partielle, l'ajournement, la non-exécution, la défaillance de l'opérationnalisation chez quelques PI et l'efficacité insuffisante liée à la dispersion des ressources. Les paragraphes ci-après étayent ces constats.

Le volet des déclarations d'abandon de MGF financée à travers l'ONG CONIPRAT, dans les régions de Tillabéri et Niamey, constituait la partie évènementielle dudit processus. La sensibilisation et le plaidoyer communautaires ont été faits en 2014, 2015 et 2016 (Cf. Tableau 4.4.3, indicateur 10.2 avec 346, 15% de performance). Cependant, les constats sur la phase de déclaration d'abandon des MGF suscitent des questionnements. La durée d'implémentation de cette phase a été courte. Quatre équipes de 2 animateurs chacune devaient réaliser des dialogues communautaires dans 50 villages jusqu'à l'obtention des déclarations communautaires d'abandon. Juste 6 semaines (15 Août/25 septembre 2016) ont été affectés à cette activité. L'emphase sur les leaders, a garanti leur information, et était compatible avec la production formelle de déclarations par ces leaders. Cependant, en dépit du fait que 12/12 plans de surveillance d'abandon ont été développés, aucun n'a été mis en œuvre.

La gratuité de l'accouchement assisté (AA) est une autre illustration. L'UNFPA avait démontré entre 2008 et 2012, l'impératif de la gratuité de l'AA pour un impact significatif sur la santé et la mortalité maternelle. Une augmentation nette de la fréquentation de l'AA avait résulté de l'offre gratuite financée par l'UE. Le plaidoyer de l'UNFPA fondé sur la réussite de cette expérience, n'a pas abouti à l'instauration de la gratuité de l'AA au Niger, malgré la gratuité des CPN et CPoN. Dans l'intervalle 2014-2015 ; profitant du financement des activités RMNCH, l'Etat a introduit le principe de gratuité. Après ces financements, une réticence à payer et par suite à utiliser les services d'AA a été rapportée par les personnels de santé et la population. Par ailleurs, la lenteur du remboursement aux FS des coûts de la gratuité par l'Etat compromet l'offre des services de santé. Ainsi, l'UNFPA s'est investi dans un plaidoyer politique qui a permis la mise en œuvre d'un plan d'apurement signé, actuellement en exécution. Il a été convenu que les engagements des donateurs seront effectifs quand le paiement des arriérés atteindra un niveau acceptable.

Le retard dans la mise à disposition des fonds dû aux procédures et aux lourdeurs administratives, la défaillance du partenaire de MEO ont été les principaux déterminants des cas d'insuffisance de l'exécution. Ainsi, la mise en œuvre partielle[6] du projet pilote Sayana Press ciblant les DS de Mayahi et de Madarounfa, est liée à la défaillance du partenaire Animas Sutura à tenir ses engagements. Les manquements de l'ONG incluent un retard de démarrage d'un an pour le marketing social au niveau des pharmacies privées, une faiblesse des résultats ayant conduit à une faible redevabilité puis à l'impossibilité pour le Comité National SPSR à décider la mise à l'échelle nationale de Sayana Press au niveau des DBC…

L'on note l'insuffisance de l'appui à l'offre des services conviviaux pour les jeunes (cf. 4.4.3.1 sous EQ4, efficacité) et la fonctionnalité des SONU dans les FS appuyées qui n'est pas optimale. L'instabilité de la capacité est observable du fait des délais dans la fourniture de certains équipements (ventouse et kit AMIU), la rotation des effectifs, des cas de non maîtrise des compétences apprises par les personnels dans les CSI périphériques.

Le 8ème PP, connaît une tendance à la dispersion des ressources et une couverture insuffisante de certaines interventions. Pour plusieurs initiatives dont la PF, l'égalité de genre et les SONU (70% des besoins nationaux), le programme se positionne sur la couverture exhaustive du pays. Ladite exhaustivité se comprend quant à un

[6] PTA et Etats de virements

appui intégré au niveau stratégique, mais pas pour des services au niveau opérationnel. La dispersion conduit à des insuffisances de financement, d'encadrement, de planification, de complétude et de qualité relevées par les répondants et dans la documentation. Ainsi, le programme devait mettre en place des SONU dans 151 FS dont la capacité en soins obstétricaux n'est pas optimale. Plusieurs des structures choisies présentent une insuffisance d'équipements (lits, tables d'accouchement, logistique de transport…) et une infrastructure inadéquate en termes d'espace de salle d'attente, isoloirs/intimité, espace et condition de stockage des produits SR… Il eût été plus rationnel, de réduire la cible des FS pour garantir sur un nombre réaliste, la mise en place des prérequis en soins obstétricaux, puis des capacités SONU fiables, certaines, pérennes par la suite. Dans le cadre de l'extension de la PF communautaire, les DBC souffrent de la faible capacité d'encadrement des ONGs et des ECD. Aussi, la surveillance des urgences obstétricales et la DBC sont affectées par les limites du bénévolat des agents communautaires impliqués (agents DBC, matrones, médiatrices…).

4.1.2.3 Conclusion partielle 2 (H2, Pertinence)

L'appui apporté par le programme est suffisamment conforme aux priorités fixées par les cadres politiques internationaux et nationaux. Lesdites priorités incluent une santé reproductive de qualité universellement accessible, l'égalité de genre, une dynamique démographique portant le développement, une jeunesse motrice de développement, y compris des services pour marginaux et groupes difficiles d'accès. Toutes les priorités ont été prises en compte. Le niveau de satisfaction par priorité est passable du fait de certaines limites programmatiques (insuffisance de : durée, efficacité, exécution, promptitude) et stratégiques (insuffisance des fonds, dispersion sur l'ensemble du pays, pesanteurs liées à l'administration et aux procédures de l'UNFPA, défaillance de certains PI.)

4.2 REPONSE A LA QUESTION D'EVALUATION 2 SUR LA REACTIVITE DU PP8

L'évaluation de la réactivité du 8ème PP s'est fondée sur la réponse à la question ci-après :

Question d'évaluation EQ2 (Réactivité) : Dans quelle mesure le bureau pays a-t-il répondu aux changements des besoins et priorités nationaux ou aux changements causés par la crise ou les changements politiques majeurs? Quelle était la qualité de la réponse? Qu'est ce qui a permis l'adaptabilité et l'acceptabilité des interventions par les bénéficiaires?

4.2.1 (H_1) Réponse aux changements survenus

L'hypothèse 1 sur la réactivité du PP8 est que « Le programme a suffisamment répondu aux changements des besoins et priorités nationaux ou aux changements causés par la crise ou les changements politiques majeurs ».

4.2.1.1 (I_1) Les changements survenus et les besoins émergents

Des épidémies, des attaques terroristes, la sècheresse, des invasions acridiennes, des grèves, des inondations, d'envergure variable ont affecté les populations bénéficiaires du PP8 entre Janvier 2014 et Juin 2017. La faible culture en matière de réponse aux catastrophes parmi les parties prenantes et bénéficiaires a suscité des attentes de la part de l'UNFPA, malgré que la plupart des événements étaient mineurs. Les événements d'envergure ayant nécessité l'intervention de l'UNFPA selon son mandat comprennent des attaques terroristes depuis 2015 et des conflits dans certains pays où résident des nigériens dont la RCA, le Mali et la Lybie. Les régions affectées par ces événements sont principalement Diffa, Tillabéry et Tahoua. Les principaux changements vécus par les bénéficiaires, sont des migrations (arrivées massives de réfugiés, de Nigériens retournés du Mali et de la Lybie, déplacements internes de population pour insécurité et instabilité). Il s'en est suivi : (a) l'augmentation de la mortalité contingente, (b) le dénuement extrême des groupes affectés, (c) l'exacerbation de la violence, (d) la

promiscuité associée aux comportements à risque SR, (e) l'extrême vulnérabilité des femmes, (f) le désœuvrement des jeunes, (g) la difficulté de l'accès aux services sociaux et sanitaires.

4.2.1.2 (I_2) Les interventions proposées par le Programme et leur (I_3) promptitude et la complétude des interventions par rapport aux besoins

— ***Interventions*** : l'UNFPA a mobilisé en moyenne 1 million de USD par an et coordonné la planification et la MEO de l'action d'urgence humanitaire au niveau national et sur le théâtre des opérations, en s'intégrant autant que possible avec le dispositif étatique de réponse civile aux catastrophes comportant les comités de coordination centraux et régionaux. L'UNFPA a institutionnalisé la RH en établissant un 1 NPO Humanitaire recruté au niveau du BP qui coordonne l'action humanitaire de l'institution. Un dispositif minimum d'urgence (DMU) a été mis en place au niveau des démembrements régionaux des administrations publiques partenaires assorti du stockage d'intrants pour RHU au niveau des régions et leur pré-positionnement dans les FS, de la formation des prestataires et de l'élaboration de plans d'action.

La réponse intense de crise a comporté : 1) l'intégration des instances de coordination des crises ; 2) la distribution des Kits SR, VBG, dignité; 3) la Surveillance et les prestations VBG dont la PEC médicale/Psycho-Sociale, la réinsertion socio-économique; 4) la Sensibilisation, la prévention & la PEC en matière de SSR ; 5) la réinsertion/autonomisation socioéconomique des victimes femmes et jeunes ; 6) la couverture des zones de haute insécurité/interdites d'accès aux frontières maliennes et nigériennes. Dans la région de Diffa, 16 CSI, couvrant les déplacés, 2 maternités de district de Nguigmi et Mainé Soroa, 1 centre de santé (régional) de la mère et de l'enfant et deux FS de référence ont reçu des kits SR, pour la PEC appropriée des accouchements normaux et des complications (Rapport CERF 2015). Davantage, l'UNFPA a collaboré avec l'OMS dans le programme conjoint du SNU sous financement CERF sur l'accès d'urgence aux soins de santé de base et de référence, la santé génésique; VIH / SIDA et vaccination anti-rougeoleuse. Les populations vulnérables ciblées comprenaient des femmes de 15-49ans, enceintes et allaitantes, des adolescents et des enfants de 0-5 ans (Report CERF March 2015). Les 2 agences se sont efforcées à atteindre les résultats d'accès fixés. La participation de l'UNFPA aux missions conjointes demeure un défi (Revue semestrielle 2017). De plus, en 2017 la RH à Diffa, particulièrement pour les VBG, connaît des améliorations grâce à la l'affectation d'un personnel qualifié. Plusieurs espaces sûrs humanitaires, la dotation de la région en kits SR en quantité suffisante sont des réalisations appréciées par les parties prenantes et les bénéficiaires.

— ***Promptitude satisfaisante et Complétude partielle et de la réponse :*** L'insuffisance de la mobilisation des ressources prévues (environ 50% en 2016) a affecté la réponse qui a été inégale d'un volet à l'autre : a) distribution complète des kits hygiéniques et d'accouchement ; b) déficits dans la réponse VBG (PEC médicale et Psycho-Sociale). Certains partenaires n'intégraient pas les cadres de coordination, surtout en région, d'où des doublons (prestations ; intrants) dans les volets VBG, SR, appui hydrique/hygiénique. En revanche, selon les parties prenantes et les bénéficiaires la promptitude de la réponse de l'UNFPA aux crises humanitaires est satisfaisante. L'UNFPA est reconnu comme acteur assez prompte pour prévenir la dégradation de la situation. Des ressources de partenaires différents ont été investies sur les mêmes apports dans des PPS identiques. Les apports concernés sont : (a) les kits de dignité (UNFPA, RESCUE…) ; (b) la mise à disposition des sages-femmes pour les services SR, (UNFPA, Save the Children) ; (c) les soins obstétricaux appuyés au CSI Chétimari à la fois par MSF et UNFPA, les services VBG offerts par OXFAM, RESCUE, UNFPA…qui déploient sans synergie mutuelle des cliniques mobiles et référaient vers le Centre de Référence VBG.

4.2.1.3 Conclusion partielle 1 (H1, Réactivité)

Le PP8 a suffisamment répondu aux changements dus aux mouvements de population. Une culture insuffisante sur la réponse aux catastrophes suscite des attentes indues vis-à-vis de l'UNFPA ; dont l'action a mobilisé 1 million de USD/an, coordonné la RHU, à tous les niveaux, encadré la mise en place du DMU dans les régions concernées

et, apporté une RHU intégrée aux crises, prompte, mais partielle pour insuffisance des fonds et doublons d'interventions. Certains acteurs échappant à la coordination, des ressources ont fait doublon dans certains PPS.

4.2.2 (H_2) Qualité de la réponse aux changements survenus ; (H3) adaptation et acceptabilité des stratégies

4.2.2.1 (I_1) La qualité des interventions proposées par le Programme

Selon documents et entretiens, la qualité de la réponse de l'UNFPA s'est démarquée par les éléments de pertinence, conformité et efficacité suivants : (a) l'anticipation à travers la mise en place du DMU ; (b) la constance de l'appui et de la supervision permettant de redresser les écarts et d'ajuster l'action selon les situations émergentes ; (c) la promotion de prestations à la pointe des pratiques standard (recrutement de 2 chirurgiens VNU et 8 SF de haute compétence ; mise en place d'un guide de pratiques opérationnelles standards pour VBG) ; (d) la fourniture d'intrants de qualité ; (e) le continuum d'accès aux services grâce des mécanismes de référencement mettant en synergie les niveaux communautaire, intermédiaire et national de prestation des services; (f) l'offre d'un paquet intégré de services pour l'accès universel ; (g) le renforcement des capacités des prestataires à tous les niveaux y compris à travers le tutorat.

4.2.2.2 (I_2) Adéquation, adaptation, acceptabilité des stratégies adoptées

La détermination des besoins en RHU pour les sites affectés a combiné (a) la détermination d'office des intrants nécessaires sur la base des risques historiques locaux et des pratiques universelles en RHU ; et (b) l'évaluation des besoins sur les sites de crise. Ces mesures ont permis l'adéquation du paquet des services proposés. La stratégie de la mobilité du dispositif d'intervention a permis à la réponse de l'UNFPA de s'ajuster aux événements de déplacement des populations sinistrées en dehors des campements initiaux, grâce à la mobilité des dispositifs (logistique de transport, personnel de terrain et communautaire…). Les stratégies de CCC, de Counseling et des approches de soins individualisés/discrets ont permis de contourner ou de maitriser les tabous et la stigmatisation qui pèsent sur la distribution du condom, la PEC des IST/VIH, et des VBG. Des espaces spécifiques pour jeunes, appelés "Espaces Surs» ont été mis en place dans les zones humanitaires. Au vu des besoins exprimés par les jeunes dans les zones non humanitaires, il serait souhaitable que le programme explore les possibilités de créer des espaces similaires pour les activités de SSRAJ dans les zones non humanitaires. Dans le cadre des interventions RHU, l'UNFPA a prévu et déployé des services d'espaces sûrs humanitaires (Revue semestrielle 2017, interview du staff, COAR2015-2016, document Atlas Projet- RHU). A date, 10 espaces ont été mis en place. Ces derniers prévoient d'enrôler 600 adolescentes, de renforcer leurs connaissances et compétences de vie courante et en matière de SR.

4.2.2.3 Conclusion partielle 2 (H2&H3, Réactivité)

La qualité des interventions est satisfaisante, grâce à des services anticipés, intégrés, d'accessibilité universelle, continus, pourvus en intrants standards et offerts par des prestataires formés. L'adéquation et l'acceptabilité de la RHU reposent sur une planification pertinente, la personnalisation des services et la communication réduisant l'effet des tabous. Mais l'adaptation a été mitigée entre avancées telle la réponse à la mobilité des victimes et limites telles le gap de l'offre du fait de ressources insuffisantes et le déficit de la couverture des besoins SSRAJ…).

4.3 REPONSE A LA QUESTION D'EVALUATION 3 SUR L'EFFICIENCE DU PP8

Afin d'apprécier l'efficience du PP8, les investigations se sont efforcées à répondre à la question suivante :

Question d'évaluation EQ3 (Efficience) : Dans quelle mesure les ressources humaines, financières, et administratives mobilisées dans le cadre du programme (et leur combinaison) ont-elles été converties en résultats ?

4.3.1 (H_1) Conversion des ressources en résultats

Selon l'hypothèse 1 de l'efficience les ressources humaines, matérielles, techniques, administratives et financières mobilisées ont suffisamment été converties en résultats. La vérification repose sur trois indicateurs.

4.3.1.1 (I_1) Ressources humaines, matérielles, techniques, administratives et financières mobilisées

Différentes ressources mobilisées [humaines (RH), matérielles (RM), techniques (RT), administrative (RA), et financières (RF)] ont été capacitées, recrutées, ou injectées aux 4 paliers de la pyramide d'implémentation (stratégique/national, intermédiaire/régional, opérationnel (départemental/DS) et communal/communautaire).

a) **D'importantes Ressources Humaines Mobilisées**:

D'importantes ressources sont mobilisées pour 7 secteurs [Santé, Jeunesse, Genre, Population, Plan, Education/Formation Professionnelle, Justice/Forces de Défense et de Sécurité **(FDS)**], société civile. Près de 25783 personnes ont été formées, institutionnels et communautaires (cf. rapports d'activités PP8). Les prévisions ne sont pas entièrement traçables. Selon les entretiens, les partenaires et l'UNFPA ne s'accordent pas toujours sur les effectifs à couvrir du fait des ressources et des perceptions hétérogènes des mandats de l'UNFPA et de la partie nationale. Cependant les engagements en matière de formation figurent dans les PTA annuels signés avec les partenaires. La communauté (19176) et la santé (4768) ont le plus gros des effectifs.

Tableau 4.3.1 : Répartition des ressources humaines formées par thématique SR

Thématique	Effectif
DBC	3202
Logistique/channel	198
Tutorat/on-the-job training	1 867
Technologie contraceptive	1 275
Médiatrice	400
Matrones	1 467
Sage-femmes rurales	11
Médecin en SR	2
Enseignants des écoles	19
SONU	130
SDMR	920
FO	32
DMU	641
TOTAL	10164

Selon le tableau ci-contre, dans le secteur de la santé, les formations/orientations ont couvert près de 10 164 participants. Certains d'entre eux ont été comptabilisés plus d'une fois d'une session à l'autre. L'identification des prévisions n'a pas été évidente. La répartition du personnel par thématique est issue de la base des données de l'unité M&E de l'UNFPA/Niger. Les 3202 staffs de DBC inclus 1 homme et 1 femme pour 1601 sites.

Les sessions de formation/orientation ont dispensé les compétences nécessaires aux diverses catégories de RH d'autres secteurs dont 1088 communautaires et 1925 institutionnels et leaders (cf. tableaux 4.3.2 et 4.3.3).

Tableau 4.3.2 : Formation RH[a] communautaire

Catégories	Effectif
Mentors	420
Facom	72

Tableau 4.3.3 : Formation RH P&D, autres secteurs et leaders

Catégories	Effectif
Députés nationaux	113
Députés juniors	80
Chefs traditionnels	592

Alphabétiseurs	420
Formateurs/encadreurs	32
Staffs ONG pris en charge	34
Superviseurs ES	8
Coachs	95
Superviseurs EdM	7
TOTAL	1088

[a] **RH : Ressources Humaines**

Femmes Leaders	96
Cadres nationaux	22
Jeunes Leaders Nigériens	500
Jeunes étudiants	170
Secrétaires Généraux	10
Directeurs Centraux	51
Communicateurs publics & privés	65
Directeurs Régionaux	90
Cadres régionaux	104
Maires	32
Enseignants Secondaire (2430/4325) ; Primaire (0/100)	2430
TOTAL	1925

Le recrutement ou la prise en charge financière a concerné environ 3519 personnes dont 2 chirurgiens VNU et 8 sages-femmes; 420 mentors, 72 facilitateurs communautaires (FACOM), 420 alphabétiseurs d'Espaces Surs (ES), 32 formateurs/encadreurs, 34 staff des 13 ONG partenaires, 8 superviseurs d'ES, 95 coachs d'EdM, 7 Superviseurs EdM et 400 médiatrices (1/village), 3202 agents DBC. Les 8 sages-femmes sous contrat de service UNFPA, dont 1 à 2 par région, excepté Niamey (pas de besoin) ont appuyé le programme jusqu'en fin 2016. La mise en place des RH selon la conversion de l'AT rapproché par région en AT par axe, n'est pas encore achevée.

La mobilisation bénévole ou partenariale a impliqué 22530 acteurs , dont près de 2000 professionnels et 1427 matrones, 14168 membres des EdM, 40 professionnelles du sexe en associations **pour la santé, 52** encadreurs/Animateurs de 52 CAJ, 23 encadreurs/animateurs de 23 CJ, 36 encadreurs/animateurs des 18 espaces citoyens, 10 encadreurs des clubs de Futurs Maris (CdFM) pour la **jeunesse** ; 42/35 personnels formés pour la mise en place des dispositifs VBG et la PEC des cas pour **Genre & Enfant ;** 2430 enseignants (SVT, Géo., Economie familiale), 5 conseillers et 16 Inspecteurs pédagogiques, 0/100 enseignants du primaire prévus formés sur la SR et la PF (cf.COAR 2016), 6/40 des encadreurs d'écoles normales d'instituteurs prévus pour **l'éducation/formation** ; 120 agents s'impliquent pour le produit 4 pour les **FDS** ; 65 cadres centraux, 194 cadres régionaux, 10 SG de ministères et 33 maires pour P&D/**population, autres secteurs concernés et mairies;** 49 communicatrices, 88 hommes de médias **pour la communication** ; 180 membres des réseaux/associations de jeunes réhabilités par le programme pour la société civile.

Le MES, avec l'appui de l'UNFPA, conduit depuis 2015 un programme de renforcement des capacités des enseignants de SVT, EFS et GEO en ESC, sur la base des nouveaux programmes SR élaborés et intégrés dans les curricula scolaires. « L'étude sur les acquis Scolaires en matière de SR » appuyée par l'UNFPA relève les difficultés rencontrées par les enseignants dont l'insuffisance de la formation (43% des enseignants SVT, EFS, HG non formés) ; de la documentation ; l'inadéquation de la formation initiale (didactique, contenu).

Certaines faiblesses de la mise en œuvre du programme sont imputables à la partie nationale dont l'affectation sans remplacement des chirurgiens des centres FO (Niamey, Dosso, Zinder) ayant conduit à l'arrêt de la prise en charge des FO dans ces structures et l'insuffisance du volume horaire des enseignements ESC. D'autres faiblesses sont partagées par la partie nationale et l'UNFPA telle l'insuffisance de la coordination des différents secteurs.

b) **<u>D'importantes Ressources Matérielles Mobilisées</u>**:

L'infrastructure a bénéficié de réhabilitation et mises à niveau grâce au PP8 pour 37 FS dans 6 régions, dont Tahoua(TA) ; Tillabéry (TY) ; Zinder (ZR) ; Maradi (MI) ; Diffa (DA) et Dosso (DO). Selon le tableau 4.3.4, les financements provenaient du Fonds Français Muskoka, du Luxembourg et du programme RMNCH. En général, le PP8 s'est appuyé sur l'existant (infrastructures publiques et société civile) pour desservir les bénéficiaires.

Tableau 4.3.4 : Infrastructures améliorées (réhabilitation ; mise à niveau) par le 8ème Programme

Fonds Français Muskoka	Luxembourg	RMNCH
1. CSI de Mainé Soroa(DA) 2. Kablewa(DA) 3. Nguigmi(DA) 4. CSI Binkari(DA) 5. HD Tchintabaraden (TA) 6. CSI kao, (TA) 7. CSI Maichilmi (TY) 8. CSI Mangaizé(TY) 9. CSI Bané Béri (TY) 10. CSI Digazibanda(TY) 11. CSI Birni (ZR) 12. CSI Dogo (ZR) 13. CSI Koulleram(ZR)	1. CHR Maradi (MI) 2. CRTS[a](MI) 3. CSI Maraka, (MI) 4. CSI Safo, (MI) 5. CSI N'Yelwa(MI) 6. CSI Guidan Wari (MI) 7. CSI Mayahi Urbain(MI) 8. CSI 17 Portes(MI)	1. N'guelawa (DA) 2. Diffa Commune(DA) 3. Foulatari(DA) 4. CSI Falwel, (DO) 5. CSI Sokorbé (DO) 6. CSI Moussdey (DO) 7. CSI Kogou(DO) 8. CSI Gabi(MI) 9. CSI Kornaka(MI) 10. CSI Ourno (TA) 11. CSI Bangui (TA) 12. CSI Laba (TA) 13. CSI Galmi(TA) 14. CSI Mangaizé(TY) 15. CSI Bané Béri (TY) 16. CSI Digazibanda(TY) 17. CSI Diomona(TY) 18. CSI Magari(ZR) 19. CSI Guidguir(ZR)

[a]CRTS : Centre régional de Transfusion Sanguine

La logistique de transport mobilisée comprend diverses acquisitions (cf. tableau 4.3.5 ci-dessous) dont les principales incluent : 1 camion d'acheminement des médicaments pour l'ONPPC en renfort au camion, encore fonctionnel, fourni par le 7ème PP ; 6/6 ambulances, 16/16 véhicules équipés pour la clinique mobile, 2/2 pick-Up et 6/6 motos pour la supervision générale, puis du marketing social au niveau des pharmacies privées et le suivi de la DBC du projet pilote de Sayana Press ; 20/20 tricycles de référencement.

La logistique TIC mise à disposition inclut 60/NR* ordinateurs équipés de Channel pour 44 DS, 4 dépôts ONPPC (zonaux, central), 8 DRSP et la DSME ; 1/1 ligne verte, 38/38 cellulaires en flotte, 3/3 mensualités de crédits de communication, 18/18 équipements sono pour 18 espaces citoyens, 1244/1500 kits EdM (batteries, torches, nattes…). **La logistique a été affectée à la tous les niveaux pour la MEO. Selon les besoins exprimés par site, les équipements SONO comprenaient :** amplificateur, baffles, consoles, groupes électrogènes, lecteurs DVD, micros HF, micros, pieds de micro, rouleaux câble électrique, micros-ampli baffle, panneaux solaires, pieds de perche, postes radios, postes téléviseurs, projecteurs et régulateurs de tensions.

Tableau 4.3.5 : Principales ressources logistiques de transport mobilisées par le PP8 UNFPA/Niger

Tableau 4.3.6 : Principales ressources logistiques tic mobilisées par le pp8 UNFPA/Niger

Item	2014 à juin 2017	
	Prévu	Réel
Toyota land cruiser station wagon 4.5d	1	2
Véhicules Toyota land cruiser 4wd pick up ex-factory	2	2
Toyota ld cruiser l200	0	1
Ambulance UNFPA	6	6
Véhicules équipés pour la clinique mobile	16	16
Véhicule pour don de sang	2	2
Moto TT/ motocyclettes	6[a]	6[a]
Camions d'approvisionnement	-	1
Tricycles ambulance/référencement	20	20

Sources : Etats des intrants, UNFPA

Item	2014 à juin 2017	
	Prévu	Réel
Imprimantes	20-	42
Ordinateurs portables	0	13
Ordinateurs desktop/pc	0	20
Ordinateurs équipés de channel	NR	60
Camera Digitale	0-	52
Vidéo projecteurs	0	1
Kits EdM	1500	1244
Ligne verte	1	1
Cellulaire en flotte–illimin data ; 3 Mois de crédits-Communication	38	38
Kit de sonorisation (EC/jeunes)	18	18

[a]NR : non renseigné

D'importantes quantités d'équipements médicaux ont été fournis par le PP8, selon le tableau 4.3.7 ci-après, dont 838 kits divers de SR, 1160 kits AMIU ; 550 Extracteurs à vide manuel, **60** tables d'accouchement; 805/525 kits de réparation des fistules (COAR2016) ; 100 stérilisateurs, 610 ventouses ; 18 tentes/standards UNICEF et autres modèles 18 ; 2 Spectrophomètres KENZA MAX 2. Les sources fournies par le BP sont souvent discordantes, tandis que les quantités planifiées sont souvent absentes. L'expression de la situation des achats et stocks a varié d'un staff du BP à l'autre, tout comme la nomenclature GAS. Des informations fournies aux évaluateurs ont été affectées par l'assimilation des besoins planifiés, sans provisions (quantité à commander) aux quantités commandées ou aux quantités fournies aux partenaires de MEO; ou encore par la confusion des quantités unitaires de produit aux quantités des packages.

Tableau 4.3.7a Principaux Equipement & Accessoires Médicaux-PP8 UNFPA/Niger:

	2014-2017	
	Prévu	Réel
KIT RH	821	838
Kit de réparation Fistules	525	805
Kits AMIU	2000	1160
Kit de dignité féminin	0	2400
Spatule, abdominale, malléable	4000	1000
Extracteur à vide, Bird,manuel	400	550
Stérilisateurs	100	100
Ventouses (SuctionPumpElect)	610	610
kits de réanimation de nouveau-né RESUSCITBAGCHIL1	100	100
Lampe d'examen	200	200
Poignée de scalpel no. 3, 13,5 cm ; Lame, scalpel, stérile, singl	218	218

Tableau 4.3.7b Principaux Equipement & Accessoires Médicaux-PP8 UNFPA/Niger:

	2014-2017	
	Prévu	Réel
Pompe, aspiration, électrique, porta	30	30
ASPIRATEUR chirurgical, avec accès	25	25
SPECULUMVAGINALL.2	1000	1000
CHAUSSURES TOM	0	31260
Tentes standards UNICEF et autres modèles	0	18
Spectrophomètre KENZA MAX	0	2
Tables d'accouchement	60	60
Table d'opération, avec accessoires	2	2
Edan F3[1] -Moniteur fœtal/jumeaux	2	2

Les médicaments mobilisés, incluent plusieurs lots de produits SONU et de contraceptifs pour les besoins nationaux quinquennaux. La complétude de la mobilisation a été variable. Les dépassements des prévisions incluent: les implants (286 828/284452) ; les kits fistule (455/425); le Misoprostol (939016/363996). La dotation alignée sur les prévisions

concerne : le Microgynon (4 407 060/4407060); le Microlut (1574 262/1574261) ; les condoms masculins (1 907 712/1 907 712). Les fournitures inférieures aux prévisions incluent le Metronidazole (35000/37660). En principe, les achats de produits médicaux sont faits par le siège de l'UNFPA. Cependant, le bureau a acquis des quantités supplémentaires de 60032 implants et 155000 Depoprovera. Des retards ont affecté l'approvisionnement. Ainsi, la commande des kits de dignité pour 2017, qui aurait dû se faire dès le premier trimestre, n'a été faite qu'au quatrième trimestre (Octobre 2017). Ces kits ne seront probablement livrés qu'en 2018. En 2015, six mois après la commande de Sayana Press pour le remplacement des stocks périmés, la livraison n'était pas faite à cause de la rupture des stocks au niveau global (rapport DMPA).

Tableau 4.3.8 : Principaux Médicaments/Produits de santé fournis par le 8ème programme UNFPA/Niger:

Item	*2014-2017*	
	Prévu	Réel
(NEXPLANON)/Etonogestrel 68mg x 1-Implant contraceptif	284452	286828
**Microgynon*	4407060	4407060
Microlut	1574261	1574262
Depo Provera. Injectable. Medroxy-progesterone acetate 150mg/ml (DMPA).	3125700	3124800
**CUT380APOLYMER - IUD T380*	20425	23925
Misoprostol 200mcg tablet	363996	939016
**Condoms Masculin*	1907712	1907712
**Condoms Féminins*	57666	58425
Magnesium sulphate 500mg/ml in	218200	218200
Metronidazole 5mg/ml, 100ml fo	37660	35000
Oxytocin 10 I.U./ml injection	743610	743220
Ampicillin sodium 1000mg (1g) powder for Injection in vial	180000	169000
Ampicillin sodium 1000mg (1g) powder for Injection in vial	154000	11000
Fistula Repair Kit 2A - Supple	425	455
Kit de dignité féminin	0	2400

Le matériel de communication mobilisé pour les canaux mass-média, interpersonnel et éducatif est présenté dans le tableau 4.3.9 ci-dessous.

Tableau 4.3.9 : Principaux Supports de communication

Items	**2014-2017**	
	Prévu	Réel
Feuilleton radio	0	1
Boites à images, divers prototypes	0	3000
Dépliants	0	3805[a]
Posters	0	40
Rapports/Etudes	0	14
Livres/Brochures	0	4001
Films	0	11
Emission radio	0	06
Chansons/Clip/Spot	NA	06
Vulves artificielles	NA	NA
Matériel didactique pour 8 Ecoles de Santé	NA	NA
Kakemono	0	23
Lot de matériels didactiques pour 1204 enseignants des Lycées & Collèges	2	2
Impression de brochures sur la fistule obstétricale	700	700

Les principaux matériels comprennent : 1 feuilleton radio ; «3000 boites à images ; 3505 dépliants, 40 posters, (11/0); films 06 émissions sur les antennes de radios communautaires, 400 livres/Brochures, 2 kits de matériels didactiques pour 1204 enseignants des Lycées & Collèges.
La documentation n'a pas laissé transparaître un processus de conception des supports de communication participatif, inclusif, à base communautaire et scientifiquement éprouvé. Les supports ont été tantôt spécifiques à des projets (ex. : Production et multiplication de 450 exemplaires de dépliants/dossiers de presse sur Sayana Press ; P15, Rapport RAPPORT DU PROJET DMPA SC - NIGER 21 04 2016.pdf) ; tantôt intégrés, transversaux par rapport à plusieurs projets comme les émissions sur les antennes des mass-médias ; 700/700 impression brochure.

[a] 300 Dépliants EdM en plus de 3505 autres du PP8

c) **Ressources techniques inclusives de qualité mobilisées** :

Le 8ème PP a mobilisé de l'expertise pour relever la qualité de la mise en œuvre, renforcer le cadre politico-stratégique du programme et la compétence des parties prenantes. Les principales ressources techniques mobilisées sont 73 missions de consultances ; 24 participation des acteurs de la partie nationale aux fora de partage de connaissances, expériences et de pratiques dans les thématiques du programme, la mise à disposition de ressources documentaires et de dispositif d'intelligence artificielle. Ainsi, les acteurs nationaux et les cadres de l'UNFPA de tous les secteurs impliqués dans le programme ont été appuyés par 24 activités de participation aux rencontres internationales de partage de connaissances, d'orientations, d'expériences et de bonnes pratiques.

Selon le tableau 4.3.9, 73 consultants (10 internationaux ; 63 nationaux) ont appuyé les procédures, généré des documents de référence et contribué à améliorer les savoirs et savoir-faire des parties prenantes du PP8, en réponse à des besoins stratégiques et opérationnels identifiés. L'expertise de 20 cadres contractuels de l'UNFPA et d'un Volontaire des Nations Unies (VNU) a été associée. Selon les fichiers de synthèse des consultants recrutés[7] par l'UNFPA et les IPs, les rapports des missions et les documents de référence produits, l'assistance technique a couvert les thèmes: Commune de convergence ; Genre ; Mariage précoce ; Operations ; PF ; Réponse humanitaire d'urgence ; Sécurisation des produits SR ; SONU, SDMR, S&E ; ADO/SSRAJ, Genre, VBG, Jeunes/Paix/Citoyenneté, Jeunes et P&D. Le taux de satisfaction vis-à-vis des dites prestation est suffisant.

Tableau 4.3.10 : Consultants & VNU mobilisés par le 8ème Programme, complétude et satisfaction

Catégorie	Prévus	Réalisé	Complétude (0=Non ; Oui=1)	Satisfaction : (Echelle[1])
Consultants Internationaux	10	10	Oui	Suffisante
Consultants Nationaux	63	63	Oui	Suffisante
VNU	1	1	Oui	Suffisante
Ensemble	74	74	Oui	Suffisante

[1] **Echelle de satisfaction : Nulle, Insuffisante, Passable, Suffisante, Excellente**

Sources : Synthèse des consultants nationaux/internationaux recrutés de 2014-2017 ; Synthèse des consultants recrutés par les IPs) ; **COAR ; rapports de missions et documents produits, entretiens des parties prenantes ; différents AP.**

En plus de l'appui des consultants, les interrelations entre population et développement ont bénéficié du renforcement des compétences en collecte et exploitation des données de routine, de recherche et de recensement et d'un accompagnement à la planification du développement sur la base des évidences. L'apport des ressources techniques a contribué entre autres à : (a) Développer des stratégies, des plans et politiques nationaux tels le PDES2017-2021, la Stratégie de Développement Durable et de Croissance Inclusive (SDDCI, Vision Niger 2035), le PDS, le PNS, le PNG, la PNJ, la PSSRAJ, le PNSR, le PNP, le PNES, le Plan national PF… ; (b) **Développer des protocoles, des modules de formation en procédures opérationnelles standards dont les POS pour les VBG. Cette production a porté sur les champs d'intervention que sont la** PF, les SONU, les SSRAJ et les VBG ; (c) **Développer les programmes** SSRAJ, sages-femmes, ou adolescentes déscolarisées/non scolarisée « ILLIMIN »….; (d) **Accompagner techniquement** des consultants et des cadres UNFPA aux secteurs ; (e) **Produire des données concernant l'**EDSN, l'analyse du RGPH, les SONU, SPSR, MGF… ; (f) **Appuyer l'amélioration du SIGL à travers la technologie cybernétique Channel.**

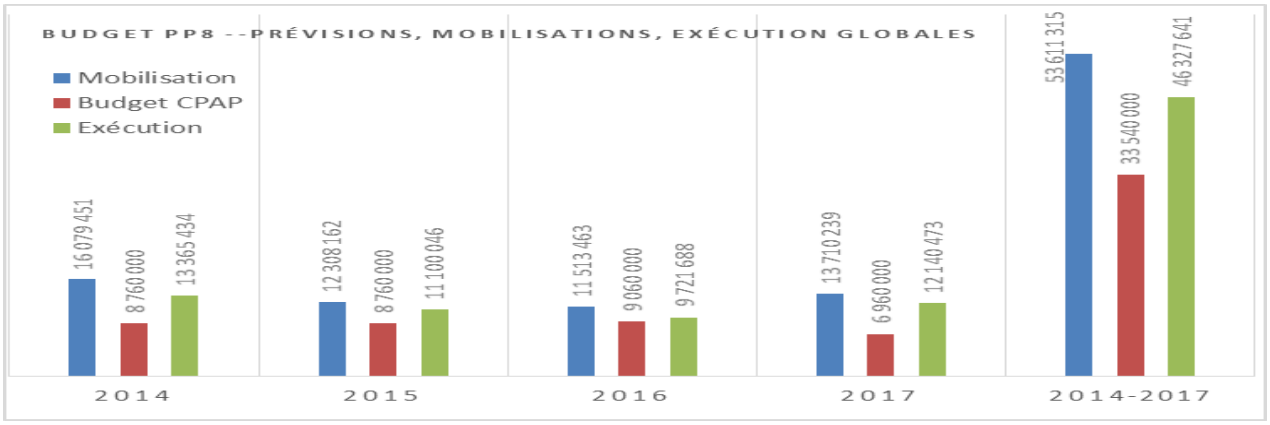
[7] Synthèse des consultants nationaux/internationaux recrutés de 2014-2017 ; Synthèse des consultants recrutés par les IPs

d) **Ressources Administratives Mobilisées**:

Le PP8 a mobilisé des ressources administratives en termes de mise en place de mécanismes de coordination dont (a) des réunions, des ateliers pour l'élaboration des PTA, la concertation, la revue des progrès, le partage d'expérience etc., au niveau national, intermédiaire et périphérique ; (b) l'encadrement opérationnel des parties prenantes par les antennes régionales de l'UNFPA puis les bureaux des axes ; (c) **l'appui au fonctionnement des PI** : 6 ministères, 14 ONG ; et (d) Le Renforcement de l'organigramme du BP pour l'encadrement PP8 ; restructuration des démembrements et recrutement de nouveaux personnels au bureau de Niamey. Le staff a ainsi évolué de 58 membres en 2014 à 60, au 30/06/2017. Cependant, l'on note parfois de l'incohérence des données ou leur non complétude. Ceci résulte d'une interaction inadéquate entre les maillons de la chaîne (prestataires, partenaires, assistant et NPO). Le manque d'une gestion des données en réseaux alimente largement ces difficultés. Il n'a pas été observé de système de contrôle de qualité des données.

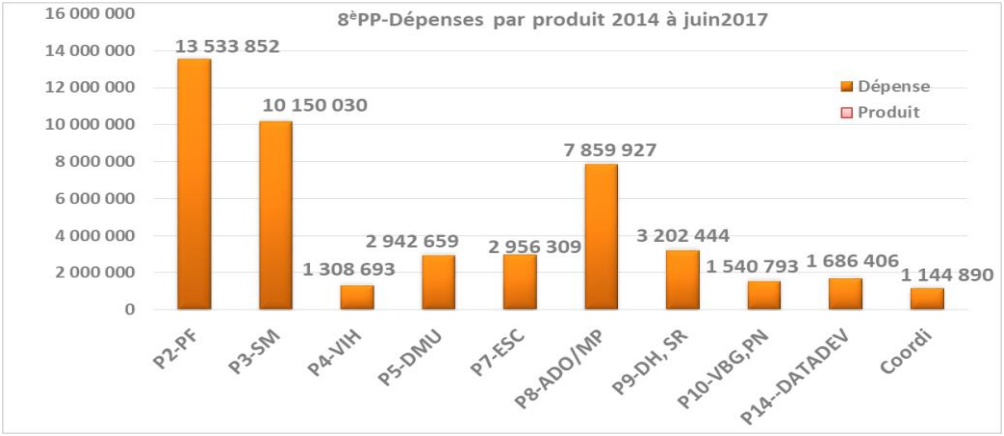
e) **Ressources financières au-delà des prévisions:**

Selon le graphique 4.3.1 ci-après, 53 611 315$US ont été mobilisés, dont 46 327 641 $US dépensés comparé au budget global (38,9 millions $US) du programme (cf. CPD2014-2018). La mobilisation inclut les transferts de reliquats de fonds multi - bi de 2013. Ainsi, le **taux de mobilisation est excédentaire (159, 8%)** et un à **taux d'exécution de 86,4%, important mais perfectible.**



Graphique 4.3.1 : Budget du PP8 ; Prévisions, Mobilisations, Exécution Globales—2014 à Juin 2017

La dépense a varié d'un produit à l'autre selon l'ordre d'importance décroissant présenté ci-dessous.



En $US :
1er) P2 (13.533.852) ;
2è) P3 (10.150.030) ;
3è) P8 (7 859 927) ;
4è) P9 (3 202 444) ;
5è) P7 (2 956 309)
6è) P5 (2 942 659) ;
7 è) P14(1 686 406) ;
8 è) P10 (1 540 793)
9 è) P4 (1 308 693) ;
10 è) Coor (1 144 890)

Graphique 4.3.2 Financement par produit

Selon le tableau 4.3.10, les fonds se concentrent sur les Produits 2 (PF), 3(SM) et 8(ADO/MP) pour près de 70% (67,3%) du budget. L'exécution budgétaire par produit est en moyenne de 91,8% ; elle est sensiblement à la traine pour les produits 14, 4 et 8 par ordre d'importance du déficit. Dans la base des données financières, l'on a noté

une différence entre le budget global mobilisé (53 611 315$US) et le budget déclaré par produit (50439447$US). La différence concerne les frais de gestion prélevés par le siège de l'UNFPA (IC for UNFPA).

Tableau 4.3.11 Allocation et exécution du budget par produit entre 2014 et Juin 2017

Produit	Budget	Dépense	Portion du Budget	Taux d'exécution
P2-PF	14 526 416	13 533 852	28,8%	93,2%
P3-SM	10 462 513	10 150 030	20,7%	97,0%
P4-VIH	1 380 256	1 308 693	2,7%	94,8%
P5-DMU	3 079 826	2 942 659	6,1%	95,5%
P7-ESC	3 645 325	2 956 309	7,2%	81,1%
P8-ADO/MP	9 054 669	7 859 927	18,0%	86,8%
P9-DH, SR	3 308 543	3 202 444	6,6%	96,8%
P10-VBG, PN	1 679 185	1 540 793	3,3%	91,8%
P14-DATADEV	2 152 791	1 686 406	4,3%	78,3%
Coordination	1 149 923	1 144 890	2,3%	99,6%
Total calculé	50 439 447	46 326 004	100,0%	91,8%

4.3.1.2 (I_2) Résultats Généraux du Programme associés aux ressources mobilisées

Le panorama des résultats du PP8 est proposé par le tableau 4.3.11

Tableau 4.3.12 : Performance du programme et des 9 produits

Programme/ Produit	Indicateurs non Performants (P<70%)	Indicateurs Performants (P ≥70%)	Rang du Produit
PP8	7 (17%)	35 (83%)	–
Produit2	1/5	4/5	6è
Produit3	0/8	8/8	1er
Produit4	2/4	2/4	8è
Produit5	0/3	3/3	1er
Produit7	0/3	3/3	1er
Produit8	¼	3/4	7è
Produit9	3/5	2/5	9è
Produit10	0/6	6/6	1er
Produit14	0/4	4/4	1er

Parmi les 42 indicateurs de la matrice de suivi du programme, 83% (35/42) sont performants (P≥ 70%).

Les produits les numéros 4 et 9 sont non-performants.

4.3.1.3 (I_3) Niveau de conversion des ressources en résultats

a) Efforts de conversion des ressources en résultats :

- Qualité insuffisante de la gestion du temps

Mis à part les acteurs des zones d'urgence humanitaires, les parties prenantes se sont généralement plaintes de la contraction des délais de mise en œuvre par les procédures de préparation des PTA et de décaissement des fonds. Plusieurs acteurs, dont le Ministère de la Santé, d'autres Ministères et des ONG, ont dit avoir appris à ne pas

programmer d'activités pour le 1er trimestre, du fait que les fonds arrivent très souvent en fin mars et Avril. Cette situation a négativement affecté la disponibilité des ressources mobilisées aux points de prestation des services.

- Qualité satisfaisante de la gestion des ressources : allocation, combinaison

Les ressources acquises ont globalement été affectées aux points de coordination centraux et intermédiaires, mais surtout aux points de prestation des services selon les besoins exprimés. Leur planification a généralement été participative, intégrée dans les PAA des DS et des DRSP. Les appuis techniques, y compris les consultances ont injecté une technicité satisfaisante aux dires des répondants et à la qualité des documents produits. La seule difficulté a été l'acceptabilité socio-culturelle, malgré la qualité scientifique, stratégique et opérationnelle des appuis techniques. Ainsi, les documents de stratégies, de politiques et de législation relatifs à l'ESC et la lutte contre le mariage précoces se sont butés à des résistances et incompréhensions motivées par les principes et croyances traditionnelles et religieuses. La gestion financière est adéquate. En effet les données l'audit financière 2015/2016 sur un montant total de 4 951 208,16 $US seuls 30 361$US (0,15%) étaient des dépenses inéligibles. Le suivi managérial a permis de sanctionner les acteurs qui s'écartent des règles et procédures prescrites. Suite à un audit qualifié, UNFPA a mis un terme à sa collaboration avec le partenaire d'exécution concerné.

Par contre, parmi les limites, l'on relève que :

b) Limites de la conversion des ressources en résultats, approches d'allocation inadéquates

● Des entretiens avec les DRSP (ex. Tahoua) et les rapports des missions conjointes montrent que le Misoprostol est souvent en quantités excessives dans des PPS à faible consommation. Cette situation pourrait s'expliquer par (a) la multiplicité des sources d'approvisionnement et de distribution ; (b) la faible capacité d'utilisation (prescription et observance). Des efforts de redéploiement sont entrepris qui ne résolvent pas à suffisance le problème. Certaines décisions d'allocation émanant de la DRSP ont parfois affectés la couverture des besoins du CHR de Niamey.

● Les Approches de Gestion des Ressources Humaines ont connu des options à effet non favorable à la MEO du 8ème PP. Ainsi les antennes régionales de l'UNFPA (8 régions) ont été transformées en bureaux de 3 axes couvrant 2 à 3 régions. La lecture des parties prenantes de la santé et du genre à cet effet est qu'il y a eu diminution de la complétude et de la promptitude de l'accompagnement à la résolution des difficultés opérationnelles, du fait d'une moindre régularité et d'une participation générale réduite au suivi/ajustement dans les régions.

● L'implication des ressources humaines du secteur public, les plus nombreuses, et le maintien des cadres de projet des ONG n'ont pas été optimaux. Dans le 1er cas, de nombreuses affectations ont dissout l'effet du renforcement des capacités. Globalement, les ONG (MDM, CONIPRAT, ANIMA SUTURA…) rapportent que le niveau d'implication des cadres dans le PP8/UNFPA, y compris à cause de la lourdeur des procédures de gestion et de redevabilité financières et administratives ; surpasse la fraction de leur rémunération couverte par ledit programme.

●. Les EdM fonctionnent sur base de bénévolat. Les financements fournis par UNFPA prennent en charge les formations/coaching, les équipements/outils, les supervisions. En dépit du fait que les stratégies des EdM ne prévoient les activités des maris modèles que dans les sites d'implantation des CSI, dans le but de rapprocher leurs services des communautés, ces derniers ont entrepris des activités dans d'autres villages sans frais de transport. UNFPA pourrait faire l'analyse de la valeur ajoutée de cette stratégie et la soutenir éventuellement.

● En 2016, les fonds pour les activités visant l'abandon des MGF n'ont été décaissés que pour une période courte (Juillet/Septembre 2016), limitant le temps imparti aux dialogues communautaires qui n'a été déployés que sur 6 semaines. Cette limite temporelle a potentiellement favorisé des déclarations d'abandon de façade. Aussi, la mise en place des services conviviaux ciblant les jeunes dans le cadre de la SSRAJ a connu quelques retards.

c) Performance des efforts de conversion des ressources en résultats

Le niveau d'exécution des ressources (86,4%) s'est empiriquement aligné au niveau de performance du programme (83%). En effet, les efforts de mobilisation des ressources ont été importants, mais la capitalisation de ces ressources pour produire des résultats a été approximative. Ce rapport approximatif d'efficience est amplifié du fait que les ressources mobilisées se chiffrent à 159,8% du montant de la valeur initiale du programme.

4.3.1.4 **Conclusion partielle 1, H1 :**

La mobilisation des ressources a été globalement significative par rapport aux besoins à couvrir en vue de l'atteinte des résultats fixés. Le niveau d'exécution des ressources (86,4%) est passablement aligné au niveau de performance du programme (83%). Les limites, essentiellement qualitatives, portent sur l'adéquation de certaines ressources et transversalement, sur la gestion et l'utilisation pour produire les résultats recherchés. De fait, les ressources mobilisées (159,8%) dépassent le budget du PP8 et des problèmes de qualité affectent l'offre du programme et les changements censés en résulter.

4.3.2.1 (H2) La combinaison des ressources mobilisées a passablement contribué à la conversion de ces derniers en résultats

a) Combinaison des ressources (I_1) et son apport à la conversion des ressources en résultats(I_2)

Concernant l'agencement des ressources, le programme a articulé dans la mise en œuvre toutes les formes de ressources y compris humaines, matérielles, techniques/administratives et financières.

- L'agencement quantitatif desdites ressources reste perfectible.

La qualité de la programmation et de la gestion du temps a été insuffisante. Mis à part les acteurs des zones d'urgence humanitaires, les parties prenantes se sont généralement plaintes de la contraction des délais de mise en œuvre par les procédures de préparation des PTA et de décaissement des fonds. Plusieurs acteurs, dont le Ministère de la Santé, d'autres Ministères et des ONG, ont dit avoir appris à ne pas programmer d'activités pour le 1er trimestre, du fait que les fonds arrivent très souvent en fin mars et Avril. Cette situation a négativement affecté la disponibilité des ressources mobilisées aux points de prestation des services. Dans ce contexte l'on relèvera la formation SONU pour des prestataires des structures sanitaires dans lesquelles le matériel (ex. ventouses ; kits AMIU) n'était pas toujours disponible immédiatement. Concernant l'approche pour aboutir à l'abandon des MGF, Les dialogues communautaires n'ont pu être déployés que sur 6 semaines, ouvrant potentiellement la porte aux déclarations de façade. L'appui à la mise en place de services conviviaux ciblant les ado-jeunes dans le cadre de la SSRAJ a connu des limites.

- L'agencement qualitatif des ressources a été d'une satisfaction relative.

Un cadre d'assurance qualité est en place, les régulateurs ou superviseurs des administrations et des ONG partenaires l'applique. Au Niger, Y compris avec l'appui de l'UNFPA, depuis fin 2013, la péremption affecte rarement les produits contraceptifs, la disponibilité se situe à l'avant-garde parmi les 46 pays couverts par le financement RHCS. Les ruptures de stock évoluent vers la phase d'élimination.
Concernant les aspects non satisfaisants quant à l'allocation et l'agencement des ressources l'on a noté des défaillances relevant d'une responsabilité partagée entre l'UNFPA et l'Etat pour insuffisance de la coordination, de la supervision et de l'accompagnement de la MEO. A ce titre, l'on citera :

— Les limites dans la disponibilité et dans la conservation des stocks (GAS) et équipements:

(a) Des ruptures de stocks de certains produits SR tels le DIU , le condom féminin et le Jadelle au niveau national en 2016 (ITW, DRSP/NY) et le deprovera, le Jadelle en 2015 au dépôt de zone de Tahoua.
(b) des ruptures de stocks : Environ 19% des FS ont connu au moins une rupture de stock de produit contraceptif au cours des trois derniers mois ayant précédé l'enquête RHCS 2016. Le DMPA a été en rupture de stock dans certains CSI de la zone du projet concerné en décembre 2015. Au 4ème trimestre 2015, la baisse de l'utilisation du DMPA SC a résulté d'une rupture de stock induite par le retard du remplacement du produit périmé (p5, rapport DMPA, 2016) par manque de disponibilité au niveau international. *Des cas de péremption ont été constatés* y compris 28 800 préservatifs masculins et le misoprostol au CSI de Sona.
— La *Distribution parfois inefficiente :* (i) le Misoprostol est souvent en quantités excessives dans des PPS à faible consommation. . (ii) Distribution d'intrants dans des PPS non qualifiés (ex. Intrants chirurgicaux dans certains CSI de 1ère catégorie) (E).

— La faiblesse dans le circuit national des produits de santé où le stockage ne répond pas toujours aux standards requis et les disfonctionnements de la chaine de froid sont récurrents.

— Les limites dans le déploiement du paquet des services : l'on citera (a) la récurrence de la non complétude du paquet de services SR (gaps : fonctions Ventouse et AMIU, offre conviviale pour jeunes, maîtrise de l'ensemble des technologies PF pour un choix élargi de la patiente); et (b) La non complétude du processus d'autonomisation économique. A ce sujet, malgré que l'autonomisation économique n'est pas un engagement de l'UNFPA dans le CPAP initial ; l'agence a appuyé ce volet auprès du MEP/T depuis 2016. L'Appui de UNFPA a porté sur la capacitation des adolescentes. L'UNFPA a alloué des kits attribués à certaines sur la base du mérite ou le regroupement en GIE. Dans ce contexte, la formation des adolescentes en matière d'autonomisation économique pour la lutte contre le mariage précoce n'a été associée que rarement à la fourniture de moyens de production dans le cadre des métiers appris. Une telle contingence maintient lesdites adolescentes dans une situation de précarité et de vulnérabilité, les exposent à divers abus. Un relai par la partie national aurait résolu ce gap.
— Les limites de la gestion de la capacité technique de la ressource humaine : à titre d'exemple l'on observe d'une part (a) la persistance de la non maîtrise de certaines pratiques malgré la formation (prescription/administration du Misoprostol, utilisation de la ventouse obstétricale, insertion IUD). Selon les interviews des acteurs santé et des cadres de l'UNFPA, ainsi que les COAR, reconnaissent la contribution des formations théoriques à cet impair. Depuis 2016, l'UNFPA a opté pour la formation par le tutorat
— L'accélération de la formation des enseignants pour l'utilisation du curriculum d'ESC, quoique ne faisant pas partie du programme initial, s'avère être d'une nécessité absolue afin que tous les enseignants du secondaire en bénéficient. Par ailleurs, « L'étude sur les acquis Scolaires en matière de SR » a mis en avant le problème d'adéquation relative de la formation initiale (didactique, contenu).

b) Suivi et évaluation pour optimiser la combinaison et la conversion des ressources en efficacité et efficience (I_1 et I_2)

La revue documentaire et les interviews de l'UNFPA, des autres acteurs et PPS ont permis d'apprécier la situation de la fonctionnalité du S&E. La substance des constats et analyses faits à travers le présent rapport est articulée dans ce passage spécifique au M&E. Du point de vue des acquis et avancées, il existe des dispositifs institutionnels de S&E dans les secteurs, dotés d'éléments clés classiques dont: (a) des systèmes d'information avec des circuits et bases de données; (b) la planification et le suivi-évaluation; (c) les outils de suivi-évaluation et le calendrier des missions ; (d) des rapports de mission et études. Le circuit des données administratives est pyramidal remontant les informations des PPS aux niveaux d'agrégation intermédiaires et centraux. Le SNIS (santé) et le Système d'Information pour la Gestion de l'Education (Education) en sont des illustrations. Du point de vue fonctionnel, le suivi-évaluation national fait d'importantes réalisations en matière de production des données. L'on observe des recensements (RGPH-IV 2012), des enquêtes nationales de référence (L'EDSN-**MICS** IV 2012, Profil pauvreté 2011[8], Enquête Genre[9]), des analyses (Catalogue des publications et services de l'INS, ...). En outre, les

[8] profil et déterminants de la **pauvreté** au **niger** en 2011 - INS-**Niger**
[9] **Niger** - **Enquête** Nationale de Violence Basée sur le **Genre** 2010

supervisions sont effectives dont la routine, les missions conjointes avec les partenaires au développement, dont l'UNFPA. Quant au BP de l'UNFPA, il dispose d'un système de suivi-évaluation, comprenant une unité spécialisée, un circuit des données qui reçoit les rapports des PE, des bureaux décentralisés de l'agence ou bien collecte auprès des structures régionales gouvernementales ou ONG régionales. Les NPOs constituent les points d'entrée des données au niveau du bureau et sont censés transmettre les données pour centralisation à l'unité S&E. La planification transversale, spécifique aux projets et aux partenaires et celle du M&E, la définition des indicateurs et cibles de MEO, la revue semestrielle/annuelle, les missions et rapports, l'évaluation annuelle des Plans de S&E sont effectifs. L'on note aussi le renforcement du SIGL par le programme informatique Channel ; la mobilisation de l'assistance technique pour renforcer la production et l'exploitation de qualité des données en vue de planifier le développement, l'appui au système sectoriel comme l'appui et le renseignement de 2 bases de données accessibles sur internet (NigerInfo et Open Data du Niger).

Cependant des limites significatives nécessitent des efforts pour mettre à niveau la contribution du suivi-évaluation à l'efficience et à l'efficacité des actions. En effet la fonctionnalité des systèmes d'information sectoriels variable d'un secteur à l'autre et celle du BP/UNFPA est relative. Dans les systèmes sectoriels, y compris la société civile partenaire, les principales limites observées incluent : la faiblesse de la gestion informatisées des données programmatiques et logistiques (cas du Chanel, DHIS), la lenteur du circuit officiel des données, une intégration insuffisante la société civile dans les systèmes des données ; un faible encadrement des DBC par les ONG et ECD dans l'extension communautaire de la PF ; l'insuffisance de l'encadrement des PPS (ex. DBC par les CSI[10] et ONG, CSI par les ECD) ; la couverture partielle du calendrier de supervision/monitoring, certains DS ne disposant pas de la logistique de transport pour la supervision, la faiblesse de la supervision formative…
Quant à l'UNFPA les principales limites présentées par son système de S&E comportent : une circulation des données partiellement fonctionnelle entre PE, unités de programme et l'unité M&E ; certaines données remontant parallèlement au circuit officiel; une insuffisance en disponibilité, cohérence et complétude des données ; l'absence d'un réseau de partage des données, la faiblesse du contrôle de qualité des données ; des faiblesses dans la planification des résultats et le réajustement programmatique face à la pluralité des indicateurs de processus et des performances surdimensionnées parmi les indicateurs suivis ; une planification technique et financière insuffisamment fondée sur la quantification réaliste ; une MEO perfectible des activités de S&E avec, notamment, la participation de l'UNFPA aux missions conjointes qui demeure un défi selon la Revue semestrielle 2017) , les faiblesses dans l'encadrement des initiatives communautaires dont l'insuffisance de l'assiduité et de l'application de certains coachs des EdM, un accompagnement limité des régions et districts ne permettant pas de résoudre à suffisance, des questions épineuses comme le redéploiement des intrants entre structures sanitaires.

4.3.2.2 Conclusion partielle 2, H2, EQ3 (Efficience)

L'on a observé une intégration quasiment exhaustive des différents types de ressources nécessaires et leur déploiement assez inclusif vers les points de prestation des services et les bénéficiaires. Cependant, la combinaison desdites ressources aux plans quantitatif et qualitatif n'a pas été d'une satisfaction optimale du fait des déficits comme l'insuffisance de la promptitude, des écarts entre la ressources humaine et la capacité technique; la capacité technique et la capacité logistique ; l'équilibre perfectible de l'allocation des fonds entre les différents services et produits du PP8. Cela a limité la contribution de la combinaison des ressources à leur transformation en résultats.

4.4 REPONSE A LA QUESTION D'EVALUATION 4 SUR L'EFFICACITE DU PP8

L'efficacité du PP8 a été investiguée selon la question d'évaluation suivante :

Question d'évaluation EQ4 (Efficacité) : Dans quelle mesure les interventions appuyées par le 8ième programme ont-elles contribué (ou sont susceptibles de contribuer) à : (a) l'atteinte des cibles de progrès ; (b) L'amélioration de la demande et l'accès aux services de la santé maternelle, en intégrant toutes les zones et

[10] Rapport mission conjointe de suivi_2016

couches de populations les plus vulnérables à travers le pays ; (c) L'accès aux services de planification familiale des femmes en intégrant toutes les zones et couches de populations les plus vulnérables à travers le pays ; (d) L'acces des jeunes à l'information et services de SSRAJ de qualité en intégrant toutes les zones et couches les plus vulnérables à travers le pays.

4.4.1 (H_1) Contribution suffisante des interventions à l'atteinte des cibles de progrès du Programme

4.4.1.1 (I_1) Existence d'interventions portant les cibles de progrès prévues pour le programme

Pour les 9 produits du PP8, 42 cibles plafonnées au 31 Décembre 2018 sont suivi par la matrice de suivi des indicateurs du programme. Le CPAP2014-2018 (pp8-14) présente 16 interventions qui portent les 9 produits. Les 16 interventions contribuent à l'atteinte des cibles en termes de cadrage politique ou stratégique, de planification opérationnelle, de déploiement de ressources, de capacitation des acteurs, des bénéficiaires et des systèmes, de provisions de services SR, Genre et P&D et d'apport en évidences.

4.4.1.2 (I_2) Niveau d'atteinte des cibles de progrès du PP8 à la suite des interventions déployées

La période du 1er Janvier 2014 au 30 Juin 2017 représente une proportion de 70% (7 semestres/10) de la durée du programme. Le dénominateur de l'évaluation est donc plafonné à 70% par rapport à la performance attendue en 2018. Ainsi, au 30 Juin 2017, tout indicateur réalisé par rapport à sa cible finale à 70% (i=70%) est performant ; à plus de 70% (i>70%), surperformant ; à moins de 70% (i<70%), contre-performant. La performance est calculée selon la formule : P = (R-B)/(C-B) ; (B=Base ; C=Cible ; R=Résultats obtenus au 30 Juin 2017; P=Performance ».

a) Niveau d'atteinte des cibles des progrès relatives aux produits 2 et 3

Selon la logique d'intervention du PP8, les produits 2 ; 3 ; 4 et 5 sont censés contribuer à l'Effet 1 du Plan stratégique UNFPA qui consiste en la « *Disponibilité et utilisation accrues de services intégrés de santé sexuelle et procréative (y compris la planification familiale, la santé maternelle, et le VIH/Sida) soucieux de l'égalité des sexes qui répondent aux normes en matière de droits de l'homme pour la qualité des soins et l'égalité d'accès* ». La performance (P) des indicateurs des produits 2 et 3 est suffisante, 12/13 étant sur-performants (P>70%).

Concernant le produit 2 (P 2: PF Conforme Accrue), l'on note que « *La Capacité nationale à créer un environnement favorable à l'augmentation de la demande et de l'offre de contraceptifs modernes et à l'amélioration des services de planification familiale de qualité sans contrainte, ni discrimination et violence* » a été suffisamment accrue ; car 4/5 des indicateurs ont une performance supérieure à 70%, niveau de progression minimal attendu à la date de l'évaluation. L'unique contreperformance concerne l'indicateur « *2.2) % de formations sanitaires sans rupture de stocks de contraceptif durant les trois derniers mois [Réf : 97% ; Cible : 100%]* » ; dont la réalisation est de 80,5% pour une performance de -550%. Cela est probablement lié à une mauvaise donnée de base reposant sur une enquête ciblant les structures SONU en 2012. Le suivi de l'indicateur 2.3a a été abandonné en 2016 pour raison de révision et d'alignement sur le nouveau PS de l'UNFPA. La matrice révisée de suivi CPAP2014-2018 en est renseignée jusqu'au 31/12/2016. La cible finale évaluée est celle du 31/12/2016 (1500 sites DBC), rapportée à la réalisation de 1591 (P=106,07%).

Relativement au produit 3 (P3 : Capacités SM Accrues), *les capacités nationales à fournir des services complets de santé maternelle ont été suffisamment accrues,* tous les indicateurs (8/8) étant sur-performants. Cependant, la complétude des SONU (indicateurs 3.4a et 3.4b) reste à améliorer selon la documentation et le déclaratifs des répondants. Par ailleurs, à l'image de plusieurs indicateurs du PP8, les cibles établies en cours de programme ou à la date de l'évaluation posent un problème de base de chiffrage et de bornes de la période d'évaluation. Ainsi, les apports du BP/UNFPA par rapport à l'indicateur *3.5b:* dont le suivi couvre la période de 2015 à 2018, fixent un

dénominateur sur 3 ans (1200) au lieu de 4 ans (1600) ». Le tableau 4.4.1, ci-dessous, présente les résultats et la performance des produits 2&3 du PP8.

Tableau 4.4.1 : Progrès et performance des produits 2 & 3 (SM/PF) entre 2014 et Juin 2017

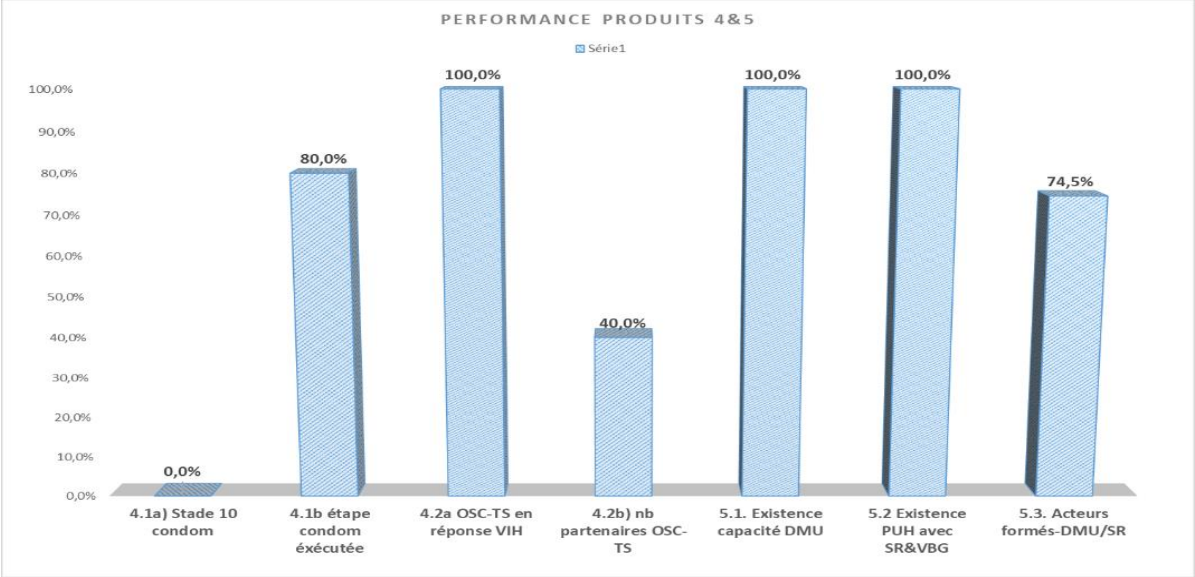
#	Indicateur	Réf	Cible2018	Résultats	Performance
1.	2.2.% de formations sanitaires sans rupture de stocks de contraceptif durant les trois derniers mois ; Réf : 97% ; Cible : 100% (P2 ; SPSR-PF)	97%	100%	80,5%a	-550,0%
2.	2.3a Nombre de sites DBC crées avec l'assistance de l'UNFPA : Réf. : 0 ; Cible : 1500 ; (P2 ; PF)	0	1500	1591	106,07%
3.	2.3b) Nombre de site DBC fonctionnels : Réf : 1301*97%=1262 (Rapport RHCS2015); Cible 2016 :1500 ; (P2 ; PF) [performance dès 50%= 3/6 semestre]	1262	1500	1441	75,21%
4.	2.3C Nombre de nouvelles acceptrices du programme PF Réf : 106 440 (SNIS 2015); Cible : 968997 ; (P2 ; PF)	106440	968997	934181	95,96%
5.	2.4. Nombre de chefs traditionnels qui participent activement aux activités de plaidoyer en matière de PF, de SM, d'égalité des sexes et de prévention des mariages d'enfants: Réf : 90 ; Cible : 250 ; (P2 ; SR/Genre)	90	250	235	90,63%
6.	3.1. Un programme de formation de sages-femmes élaboré sur la base des normes et standards de l'OMS et de l'ICM existe; Réf : 0 Cible : 1 ; (P3 ; RH/SF)	0	1	1,00	100,00%
7.	3.2a) Programme de formation de sages-femmes révisé avec l'appui de l'UNFPA ; Réf : 0 Cible : 1 ; (P3 ; RH/SF)	0	1	1,00	100,00%
8.	3.2b) Modules de formation soins sage-femme révisé et validé : Réf : 0 (2016); Cible: 1(P3 ; RH/SF)	0	1	1,00	100,00%
9.	3.3. Un Plan (s) d'action national Budgétisé basés sur l'évaluation des besoins en des SONU pour mettre à échelle des services de santé maternelle et néonatale existe:Réf:0 ; Cible : 1 ; (P3 ; SONU)	0	1	1,00	100,00%
10	3.4a).% d'établissements sanitaires offrant des soins obstétricaux d'urgence et néonatals ; Réf.: 29 % (2010) Cible : 41 % (2015); (P3 ; SONU) [70% ; 2018]	29%	41%	43	116,67%
11	3.4b) Nombre d'établissements sanitaires offrant des soins obstétricaux d'urgence et néonatals : Réf : 83 (Rapport ER SONU 2015) ; Cible : 151 ; (P3 ; SONU)	83	151	159	111,76%
12	3.5 a. % des femmes traitées pour FO avec l'assistance de l'UNFPA ; Réf : 54 %; Cible : 80 %==>63% ; (P3 ; FO)	54%	63%	76%	244.44%
13	3.5b: Nombre de fistules obstétricales réparées avec le soutien de l'UNFPA ; Réf: 0 ; Cible : 400x3ans. (P3 ; FO)	0	1200	1178	98,17%

b) Niveau d'atteinte des cibles des progrès relatives aux produits 4 & 5

La performance (P) a varié de passable à excellente entre le produit 4 et le produit 5 respectivement.

Au sujet du produit 4 (Offre VIH sans S&D [11]renforcée), « les Capacités nationales pour offrir des programmes de VIH sans discrimination ont été passablement renforcées » ; les 2/4 indicateurs étant performants. Les indicateurs à succès sont le 4.1b) (8/10 ; 80%) et le 4.2a). (1/1 ; 100%). L'indicateur 4.1a), qui ne permettait pas d'exprimer les progrès continus, mais plutôt un seuil final à terme, a été abandonné au profit de l'indicateur 4.1b).Quant au Produit 5 (P5 : Capacités DMU/SR renforcées), *les Capacités nationales à fournir des services de santé sexuelle et reproductive dans les situations de crise humanitaire ont été suffisamment renforcées* selon les indicateurs choisis pour le suivi, malgré qu'ils semblent non exhaustifs pour mesurer lesdites capacités nationales. La situation des indicateurs concernés est 5.1. (1/1 ; p=100%) ; le 5.2. (1/1 ; p=100%) et 5.3. (781/1000 ; p=74,53%).

[11] S&D : stigmatisation et discrimination



Graphique 4.4.1 : Performance des indicateurs des produits 4 & 5 (VIH- DMU/VBG)

c) Niveau d'atteinte des cibles des progrès relatives aux Produits 7 & 8

Les produits 7&8 du PP8 sont censés contribuer à l'Effet 2 du Plan stratégique UNFPA. Cet effet consiste en une « *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 performance (P) a été suffisante pour la majorité des indicateurs des produits 7 et 8. Au niveau du Produit 7, les résultats suggèrent que la « Capacité nationale à élaborer et à exécuter une éducation sexuelle complète (ESC) communautaire et scolaire promouvant les droits humains et l'égalité des sexes, a été suffisamment accrue. » En effet, la performance est excellente avec 3/3 indicateurs qui ont dépassé les cibles de 2018. Concernant l'indicateur 7.2 : 12 plans et programmes nationaux ont été appuyés par rapport à une cible de 10. Il s'agit de : (1) PNG (Politique Nationale Genre) ; (2) PNJ (Politique Nationale de la Jeunesse) ; (3) Initiatives Adolescentes ; (4) PDES (2017-2021) ; (5) PSEF(programme sectoriel de l'Education et de la Formation) ; (6) Stratégie de prévention des grossesses chez les ados ; (7) *SDDCI (Stratégie de Développement Durable et de Croissance Inclusive)* ; *(8) PDS (Plan de Développement Sanitaire)* ; *(9) HRP (Humanitarian Response Plan)* ; *(10) PSNL-VIH/SIDA (Plan Stratégique National de Lutte contre le VIH* ; *(11) Plan PF révisé 2017-2020* ; *(12) Politique de Protection Sociale.*

Les résultats sur le produit 8 laissent à penser que la « *Capacité des partenaires à élaborer et à exécuter des programmes complets destinés aux adolescentes marginalisées, notamment celles exposées au risque d'un mariage précoce.* », sa performance est suffisante, les ¾ de ses indicateurs présentant des cibles de fin de programme déjà dépassées. L'unique indicateur contre performant du produit 8, est le « *8.2. Nombre d'adolescents qui achèvent le programme d'autonomisation exécuté avec l'assistance de l'UNFPA. (Réf. : 0; Cible : 248 000)*». Son progrès a été de 65621 pour une performance de 26.46%.

Tableau 4.4.2 : Progrès et performances sur les indicateurs des produits 7 & 8

	Indicateur	Réf.	Cible2018	Résultats	Performance
21.	7.1. Curricula en matière d'éducation sexuelle complète aligné sur les standards internationaux. Réf : 1 ; Cible : 0 (P7 ; SSRAJ/ESC)	0	1	1,00	100,00%
22.	7.2 Nombre de plans et programmes. nationaux en matière de santé, d'éducation, d'égalité des sexes et de population, qui traitent de questions relatives à la SSRAJ y compris la violence sexiste, avec l'assistance de l'UNFPA: Réf : 0 ; Cible : 10 ; (P7 ; SSRAJ/ESC)	0	10	12	120,00%

23.	7.3. Nombre de partenariats de jeunes créés avec l'assistance de l'UNFPA: Référence : 0 ; Cible: 5 ; P7	0	5	5,00	100,00%
24.	8.1. Le pays dispose d'un programme de renforcement des capacités en matière de santé, social, économique à l'endroit des adolescentes exposées au risque du mariage : Réf : 0; Cible : 1 ; (P8 ; SSRAJ/ESC)	0	1	1	100,00%
25.	8.2. Nombre d'adolescents qui achèvent le programme d'autonomisation exécuté avec l'assistance de l'UNFPA Réf. : 0; Cible : 248 000 ; (P8 ; Genre/Autonomisation) ; seuil de performance 6/9 semestres (66,66%)	0	248000	65 621	26,46%
26.	8.3. % d'adolescentes du programme mariées qui adoptent des méthodes de planification familiale Réf: 08%; Cible : 50 % (P8 ; SSRAJ/PF)	8%	50%	54,56%	110,86%
27.	8.4 : Un programme d'autonomisation économique pour les adolescentes existe: Réf:0 ; Cible : 1 (P8 ; Ado/Genre)	0	1	1,00	100,00%

d) Niveau d'atteinte des cibles des progrès relatives aux Produits 9 & 10

Les produits 9 & 10 du PP8 sont censés contribuer à 3 effets dont : (1) l'Effet UNDAF 3, (utilisation accrue services sociaux & P&D) ; (2) l'effet UNDAF4 : (bonne gouvernance & consolidation Etat de droit) et l'Effet 3 Plan stratégique UNFPA (Progrès égalité genre/Droits SR, autonomisation féminine). Pour cette contribution, le PP8 a suivi 11 indicateurs (P9, 5 ; P10, 6).Globalement la performance du produit 9 est insuffisante ; 2/5ième des sont indicateurs performants dont le 9.2 (p= 75%) et le 9.3b) (p=75,92%). La performance est nulle (0%) pour 9.1a et 9.1b) ou insuffisante (18.25%) pour 9.3a). Cependant, les 6 indicateurs du produit 10 ont une performance excédentaire. Le nombre de centres de PEC holistique des survivantes de VBG créés avec l'appui de l'UNFPA (indicateur 10.1c) a évolué de 3 en 2015 (Tahoua, Zinder et Maradi) à 6 en 2016 (Diffa, Dosso et Tillabéry rajoutés) selon le Rapport NOA51 (2015 et 2016). La performance sur cet indicateur (250%) ainsi que sur le 10.2 (346,15%) questionne le réalisme de la planification, la réactivité en matière d'ajustement programmatique et la justesse de l'allocation des ressources entre les différentes interventions et activités du PP8.

Tableau 4.4.3 : Progrès et performances sur les indicateurs des produits 9 & 10

#	Indicateur	Réf.	Cible2018	Résultats	Performance
28.	9.1 a)Existence de recherches nationales relatives à la jouissance des droits de la santé sexuelle et reproductive conduites par une Institution Nationale des droits humains : Réf. : 0 ; Cible : 1 (P9 ; SR/Droits)	0	1	0,00	0,00%
29.	9.1b)Nombre d'études/recherches relatives à la jouissance des droits à la santé sexuelle et reproductive conduites par une institution nationale de droits de l'homme, appuyé par l'UNFPA: Réf.: 0; Cible: 2 (P9)	0	2	0,00	0,00%
30.	9.2.Nombre de rapports aux traités ou conventions produits par le pays intégrant les questions d'égalité de genre et santé sexuelle et reproductive: Réf: 0 ; Cible: 4 (P9 ; Genre/SR)	0	4	3	75%
31.	9.3a) Nombre d'écoles des maris qui ont soutenu l'institutionnalisation des programmes engageant les hommes et les garçons sur l'égalité des sexes ; Réf: 1100 ; Cible: 1500 (P9 ; Genre/SR)	1100	1500	1173	18.25%
32.	9.3b) Nombre d'écoles de maris créées : Réf. : 603 (Evaluat° finale Pilote EdM2008-2013); Cible 1500 (P9 ; Genre/SR)	603	1500	1284,00	75,92%
33.	10.1.a) Existence de mécanismes et dispositifs de réponse et de prise en compte des VBG dans les crises humanitaires Réf : 0; Cible : 1(P10 ; Genre/SR/VBG)	0	1	1.00	100,00%
34.	10.1b) Existence d'un mécanisme de collecte de données sur les VBG ; Réf: 0 ; Cible : 1 (P10 ; Genre/VBG)	0	1	1,00	100,00%
35.	10.1c) Nombre de centres de prise en charge holistique des survivantes de VBG créés avec l'appui de UNFPA: Réf: 1 (2015); Cible : 3 (P10 ; Genre/VBG)	1	3	6	250,00%

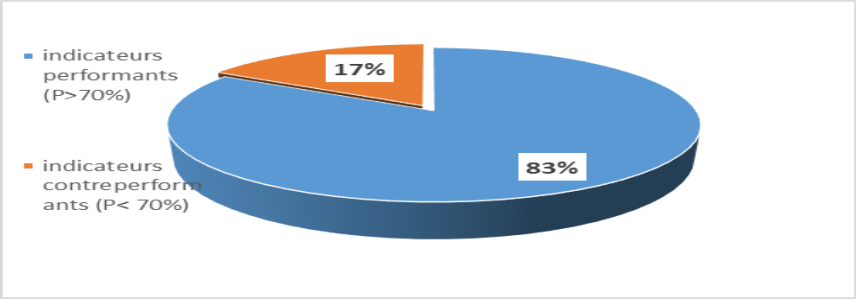
36.	10.2. Nombre de communautés supportées par UNFPA qui déclarent l'abandon des mutilations génitales féminines /excision (FGM/C) : Réf : 17 ; Cible : 30 (P10 ; Genre/MGF)	17	30	62,00	346,15%
37.	10.3 a): Nombre de partenaires formés pour la mise en œuvre des mécanismes et dispositifs de prise en compte des VBG: Réf. : 0 ; Cible 2018: 35 ; (P10 ; Genre/VBG) [stop en 2015, Matrice Suivi2016]	0	35	42	120,00%
38.	10.3b) Nombre de partenaires formés pour la prise en charge des VBG: Réf.: 4 (2015) ; Cible: 35. (P10; Genre/VBG)	4	35	42	122,58%

Le produit 14 du PP8 devrait contribuer à l'Effet 4 Plan stratégique UNFPA sur le Développement renforcé par l'analyse des liens entre dynamique démo et Développement/SR/Droits. Selon le tableau 4.4.4 la « *Capacité à formuler et mettre en œuvre des politiques fondées sur les droits qui intègrent les données relatives à la dynamique de la population, à la santé sexuelle et procréative et au HIV, ainsi que leur lien avec le développement durable*, a été excellemment *renforcée* ». La performance se situe à 100% pour les 4 indicateurs. Les cibles fixées pour la fin du programme sont déjà atteintes. La cible de l'indicateur « *14.2* a été réalisée à travers le renseignement de 2 bases de données accessibles sur internet: (a) NigerInfo à http://www.devinfo.org/nigerinfo/libraries/aspx/Home.aspx) et (b) Open Data du Niger à http://niger.opendataforafrica.org/.

Tableau 4.4.4 : Progrès et performances sur les indicateurs du produit 14

#	Indicateur	Réf.	Cible2018	Résultats	Performance
39	14.1.a) Le pays a mis en œuvre une analyse de situation dans le domaine de la population dans le but d'identifier les priorités nationales pour l'élaboration des politiques et programmes. Réf: 0 ; Cible: 1 (P14 ; P&D)	0	1	1,00	100,00%
40	14.1b) : Nombre d'études/recherches réalisée sur les questions de population et développement ; Réf : 0; Cible : 20 (P14 ; P&D)	0	20	20,00	100,00%
41	14.2. Nombre de base de données de population accessibles à travers une plateforme internet facilitant le mapping des inégalités socio-économiques et démographiques: Réf : 1 ; Cible : 2 (P14 ; P&D)	1	2	2	100,00%
42	14.3 : Existence d'un observatoire sur le Dividende Démographique ; Réf : 0; Cible : 1 ; (P14 ; P&D)	0	1	1,00	100,00%

e) Niveau d'atteinte des cibles des progrès relatives au 8ème Programme et ses 9 Produits



La performance globale du PP8 est suffisante. L'on observe 83% des indicateurs (35/42) performants/ou surperformants (P≥70%) et 17% des indicateurs (7/42) contreperformants (P<70%).

Graphique 4.4.2 : Performance globale 8ème UNFPA/Niger

4.4.1.3 Conclusion partielle 1 sur l'efficacité :

Chacune des 42 cibles de progrès du PP8 est portée par au moins un des 15 Atlas Projects. Lesdits projets contribuent à l'atteinte des cibles en termes de cadrage politique ou stratégique, de planification opérationnelle, de déploiement de ressources, de capacitation des acteurs, des bénéficiaires et des systèmes, de provisions de services SR, Genre et P&D et d'apport en évidences. Globalement, les interventions ont suffisamment contribué à l'atteinte des cibles de progrès du PP8, 83% des indicateurs (35/42) ayant été performants/ou surperformants.

4.4.2 (H_2) Contribution du PP8 à l'amélioration de la demande et de l'accès à la SR

L'hypothèse 2 de l'EQ4 sur l'efficacité postule que « *les interventions appuyées par le 8ième PP ont suffisamment contribué à améliorer la demande et l'accès aux services de santé maternelle particulièrement dans les zones et populations vulnérables* ».

4.4.2.1 (I_1&I_2) Contribution des interventions du 8PP à l'amélioration de la demande et de l'accès de la SM

Les interventions ont eu une contribution passable à l'amélioration de la demande et de l'accès des services de santé maternelle (SM) et de Planning Familial (PF). Des progrès ont été observés sur (a) l'offre des services, (b) le comportement des bénéficiaires et à travers (c) une étude analysant l'imputabilité vis-à-vis de l'action du 8ième PP.

a) Contribution à l'amélioration de la demande des services SM/PF

Les mécanismes de création de la demande dans le cadre du PP8 incluent les communication interpersonnelle et mass-media, la mobilisation sociale, le plaidoyer social, le marketing social et l'enseignement à travers plusieurs initiatives dont:

- **Les Ecoles de maris (EdM)**[12] sont au nombre de **1244 pour 1500 initialement prévues;** réparties sur 7 régions, 33 districts sanitaires (DS); 265 CSI. Par région l'on a : 362 à Zinder, 229 à Maradi, 184 à Tahoua et 172 à Dosso, 100 à Tillabéry, 142 à Diffa, 55 à Agadez[13]. Ces EdM diffusent des messages sur la nécessité d'utiliser les services SR et promeuvent les droits reproductifs et l'égalité de genre. L'évaluation de cette initiative a révélé des progressions de l'ordre de 20% sur des indicateurs clés tels la PF à l'avantage des CSI avec EdM, comparé à ceux qui sont dépourvus. La promotion de la fréquentation des centres de santé (CS) faite par **14108** maris modèles s'associe à une hausse de certains indicateurs SR dont les consultations pré et post natales, l'accouchement assisté et dans certaines localités les nouvelles acceptrices pour la planification familiale (PF). Ce contexte, avec les multiples dialogues communautaires incluant les religieux, réduit progressivement le tabou sur la PF.
- **Le projet illimin**[14] dans les 8 régions qui a informé sur les risques des mariages et grossesses précoces et mis en place les compétences de vie chez les adolescentes, y compris l'utilisation des services SM et de PF. Ce projet a déployé **420 espaces** sûrs (ES) couvrant 68 715 adolescentes et 30 581 sessions de **dialogues communautaires** animés par 72 Facilitateurs communautaires. Le nombre d'adolescentes mariées qui adoptent la PF a été de 2306/6720 prévues (COAR2016), les sources desdites données incluent les rapports de la phase pilote, du Bilan cycle 2, des ONG du cycle 3 et du Panier d'indicateurs T3 ONG.

- **Le Plaidoyer** en matière de planification familiale, de santé maternelle, d'égalité des sexes et de prévention des mariages d'enfants déployé par l'ACTN sur l'ensemble du Niger avec l'implication 235 chefs traditionnels à date.

[12] Evaluation de l'initiative « écoles des maris » UNFPA, Juillet2014
[13] Rapport Narratif RMNCH NIGER 2015
[14] Up date Zonta june en2017

- **La stratégie de la délégation des taches de SM** à 1275 agents communautaires[15] est mise en œuvre dans les régions de Tahoua (matrones), de Maradi et Zinder (médiatrices communautaires). L'unité RHCS de l'UNFPA déclare 1467 matrones et 400 médiatrices communautaires qui dispensent le paquet de services suivant : mobilisation communautaire pour la SR, reconnaissance des signes de danger de la grossesse, distribution du fer et référencement des femmes enceintes pour la CPN et accouchement aux CSI et offre de pilules et préservatifs pour la PF. Entre novembre 2016 et le 31 mai 2017, 19 275 femmes ont été référées par les CPN, les accouchements assistés, PF.
- **Les caravanes mobiles intégrées de sensibilisation** sur les thématiques SR, sont combinées aux causeries des pairs éducateurs dans les zones en situation d'urgence humanitaire.
- **L'éducation sexuelle complète** (ESC) communautaire et scolaire promouvant les droits humains et l'égalité des sexes) à travers les 8 régions du pays ; déploient 1365 enseignants de SVT, géographie et Economie familiale (1371 prévus)[16] qui informent les élèves du secondaire (lycées et collèges) sur la PF et la sexualité, les amenant à adopter des comportements sexuels responsables.
- **Le markéting social a été développé par Animas Sutura.** Cette ONG a développé le circuit de distribution des préservatifs et des contraceptifs en les introduisant dans les points de vente/cession des réseaux commercial et civile et en renforçant la demande par des supports promotionnels et la sensibilisation mass-média et interpersonnelle.

Ces initiatives ont été associées à d'importantes améliorations au niveau de la demande des services SM. Les hommes sont d'avantage impliqués dans la Santé Maternelle. Ils autorisent spontanément la fréquentation des FS par leur(s) femme(s) ou les y accompagnent et suivent l'observance des consignes données par le personnel de santé. L'augmentation de la fréquentation des PPS est empiriquement déclarée par la communauté et les personnels de santé. Les besoins impérieux constatés par les EdM au niveau des FS, ont amené leurs membres à mobiliser des ressources communautaires pour mettre en place, tantôt un mur d'enceinte, tantôt une salle d'attente. Selon les entretiens communautaires et des parties prenantes qui corroborent les sources documentaires dont le Rapport d'évaluation de l'initiative « Ecole des maris », les valeurs sociales s'inversent progressivement par rapport à la demande et l'utilisation de la SR dans les communautés bien couvertes par les interventions. En effet Le Makarantar Meguida (Membre de l'Ecole de Maris) est devenu le modèle pour son engagement dans la SR. Ceci lui vaut du prestige social et de la reconnaissance de la chefferie, de la FS, de la mairie et des partenaires au développement. Les communautés sollicitent de l'extension des interventions porteuses (EdM, Espaces Sûrs) qui permettent de résoudre différentes barrières à la santé maternelle. La gratuité de certains services et intrants (la PF, l'AMIU, le kit de dignité, l'expérimentation de l'accouchement gratuit à Tahoua) attirent les femmes vers les services SR. Dans certaines unités sanitaires, la communication a boosté la demande et l'utilisation des services SM. Ainsi, le District Sanitaire de Niamey 2 a vu son taux d'accouchements assistés par un personnel qualifié passer de 68% en 2015 à 90.49% en 2016[17]

b) Contribution à l'amélioration de l'accès aux services de santé maternelle et PF

Un paquet d'activités visant l'amélioration de l'accès à la PF et à la santé maternelle et néonatale (SMN) a été déroulé. Les capacités nationales ont ainsi été renforcées en : (●) formation des sages-femmes et gestion des ressources humaines, (●) soins obstétricaux et néonatals d'urgence ; (●) prévention et traitement des fistules obstétricales et promotion de la réinsertion sociale des patientes après traitement ; (●) acquisition et distribution des méthodes modernes de PF dont Sayana Press et le DMPA.

- *La formation des sages-femmes et gestion des ressources humaines*, en 2015, un programme de formation de sages-femmes a été élaboré sur la base des normes et standards de l'OMS et de la confédération internationale des

[15] Rapport NOA 51au 60617
[16] Rapport de la Revue Annuelle 2015 du Programme de Coopération Niger-UNFPA 2014-2018
[1717] Données annuelles 2016, DS NYII

SF en 2015 et en 2016 des modules de formation aux soins sage-femme ont été révisés et validés. Les écoles de santé ont été dotées en matériels et mannequins pour la pratique et la formation des enseignants et encadreurs. Ces avancées ont bénéficié aux élèves de toutes les écoles de formation concernées.

- *Les Soins obstétricaux et néonatals d'urgence et les services de santé maternelle* ; l'accès aux SONU a augmenté de 37 % à 43% des FS qui offrent les services entre 2014 et 2017 ; la construction/réhabilitation des maternités à Diffa (construction) et au CSI de Maradi (maternité réhabilitée), la transformation de Case de Santé en CSI ; le renforcement de la RHS par le recrutement de 10 VNU (8 SF et 2 Médecins/Gyné) ; l'amélioration en quantité de la formation dont le tutorat; la formation de tous les 240 agents de santé et acteurs humanitaires prévus sur le Dispositif Minimum d'Urgence en santé génésique avec l'assistance de l'UNFPA ; la mise en place du système de référencement entre la communauté et les FS; la mise en œuvre de stratégies/actions à impact dont les prestations foraines, les clinique mobiles, la sensibilisation par les EdM, et la gratuité des soins pour la FO, le PF, et partiellement pour les AA. L'UNFPA a appuyé l'élaboration d'un Plan (s) d'action national Budgétisé basés sur l'évaluation des besoins en des SONU pour mettre à échelle des services de santé maternelle et néonatale.

La Prévention et traitement des fistules obstétricales et la promotion de la réinsertion sociale des patientes après traitement : Le nombre de centres de prise en charge des FO a augmenté de 5 à 11 entre 2014/2017). Le personnel formé a augmenté de 19[18] à 32 entre 2014 et 2017. Selon le rapport sur la Situation de la fistule 2003-2015 et les Rapports REF 2016/2017, 605 femmes traitées pour FO ont bénéficié de réinsertion socio-économique.

- *L'acquisition et distribution des méthodes modernes de PF dont Sayana Press et le DMPA* : cette action a couvert toutes les 954 Aires Sanitaires du pays (954 CSI) et 963 cases de santé avec l'implication de plus 2500 prestataires formés. L'accès à la PF a été renforcé par les efforts suivants: l'appui à la quantification des besoins pour l'ensemble du pays, l'acquisition et l'appui à l'acheminement des contraceptifs jusqu'en région (DRSP et Dépôts Régionaux), le renforcement du circuit de distribution grâce à l'introduction d'un logiciel de gestion et la formation du personnel, la fourniture de 2 camions à l'ONPPC et l'aménagement de l'espace de stockage, la mise en place 1591 sites DBC dont 1432 fonctionnels et leur inclusion aux côtés des CSI et des Cases de santé dans l'offre de la PF ; l'organisation mensuelle de cliniques mobiles au moyen de 16 véhicules et le suivi des DBC, des FS et pharmacies privées au moyen de 2 pick-ups et 6 motos ; l'offre du DMPA sous cutané papar 963 cases de santé sur 1015 prévues.

Des résultats notables en matière d'amélioration de l'accès à la PF et à la SM ont été enregistrés. Au sujet des accouchements, on observe que le taux d'accouchement d'AA est passé de 39% à 47% entre 2012-2015 (MSP, 2016) ; le taux de d'accouchement par césarienne à Zinder, est passé de 0,97 à 1,67% entre 2014-2017. Concernant les SONU, les formations sanitaires offrant les SONUB sont passées de 34% à 60% entre 2014 et 2017, selon la DSME. **En effet, les structures ont été renforcées pour les SONU grâce notamment aux fonds RMNCH.** Le déficit des fonctions 5, 6 et 7 des SONU a été comblé par la mise à disposition, respectivement de Seringues AMIU, de Ventouse, de kits de réanimation du nouveau-né. Ainsi, en 2016, l'on a atteint 103 structures SONU. En matière de PF, la prévalence est passée de 12 à 14% (2012-2016).

c) Limites à la contribution des interventions appuyées par le 8ième PP à l'amélioration de l'accès des services de la santé maternelle et de Planning Familial

Malgré les progrès notables sus -mentionnés, il y a des limites importantes qui entravent l'optimisation de la demande et l'accès des services SM/PF.

- *La mise à disposition de moyens inadaptés dans certaines localités* : L'on note ici l'introduction d'ambulances-tricycles techniquement inadaptés au relief et à l'état des routes dans un certain nombre de zones de l'intérieur du pays, particulièrement les milieux accidentés et escarpés. Ainsi, sur les 20 motos tricycles mises en place,

[18] 19 personnels formés ; 10 gynécologues + 4chirurgiens+ 5 urologues

14 sont fonctionnelles et contribuent aux référencements ; 5 motos de Maradi et une (1) de Zinder devraient faire l'objet de redéploiement.

- *L'application de l'approche de mise à disposition dans l'approvisionnement en produits de santé* : Il s'agit de la mise à disposition d'intrants de santé sans commande formulée par les points de prestation de service (PPS). Il s'ensuit des produits (ex. Misoprostol) au seuil de la péremption sans que le personnel sanitaire (PS) ne sache quoi en faire.
- *L'insuffisance de la couverture des services dans les zones d'intervention choisies, dont la responsabilité est partagée entre le Ministère de la santé publique et l'UNFPA. Pour ce qui est de UNFPA, l'on relève* que l'effectif et la précarité des acteurs communautaires mis à contribution (DBC, EdM, coachs…) n'est pas toujours à la hauteur des besoins ; la non complétude des centres amis des jeunes; la disponibilité des 20 tricycles planifiés a été effective pour faciliter les référencements, cependant ces derniers ne sont pas fonctionnels car placés dans des zones inadaptées. L'arrêt de plusieurs sites DBC ; la décision du bureau pays UNFPA, d'arrêter le financement des centres amis des jeunes, suite à leur inefficacité révélée par l'enquête mondiale sur l'efficacité des CAJ. Le centre VBG de Diffa est fermé suite à la carence en personnel. Les données ci-dessus se recoupent dans les rapports d'activités des partenaires de MEO, les COAR2014-2016 et les interviews des parties prenantes et bénéficiaires.
- *Pour ce qui relève du MSP,* l'interruption de l'offre de certains services dans certains PPS, en l'occurrence la prise en charge des fistules obstétricales dans le CNRFO de Niamey, suite au départ à la retraite du chirurgien ; l'absence de solution pour l'acheminement des kits aux DBC et l'insuffisance de l'encadrement des DBC par les CSI[19] ; la démobilisation des agents distributeurs suite à l'absence de motivation ; les ruptures des stocks de divers produits (Jadelle, Tahoua 2015 et Sayana Press, T4 2015) relèvent de la double responsabilité du MSP et de l'UNFPA. .
- *La fluctuation de la disponibilité des contraceptifs* : à la date de l'évaluation, l'on note qu'il y a 80,5% des formations sanitaires sans rupture de stocks de contraceptif durant les trois derniers mois, soit un recul de 12,4% par rapport à la base de 97%. L'avis du BP/UNFPA est que la donnée de base aurait été surestimée par la généralisation d'une donnée de l'enquête SONU sur des FS spécifiques. Cependant l'enquête RHCS 2014 situe cette disponibilité entre 80% (FS primaires) et 100% (FS tertiaire). Selon les sources documentaires, dont le rapport de supervision conjointe 2016, les bénéficiaires ont relevé ici et là des cas de rupture de stock. Des ruptures affectent les FS (HD et CSI urbain) sans que le DS ne soit en rupture (ex. Nguigmi). A **Maradi,** les ruptures dans 33 structures sanitaires entre Août et Octobre 2016 concernaient le préservatif féminin. Dans la région de Tillabéry, les méthodes de longue durée ne sont pas toujours disponibles dans certaines formations sanitaires par manque d'agents formés (cas du DS de Tillabéry). Concernant la DMPA sous-cutané, l'on relève en 2017 des ruptures de stock ; la baisse du financement ; la non intégration du DMPA/SC dans les activités de routine.

Quant aux limites liées en l'environnement du programme, elles incluent :

- *La barrière financière* : plusieurs cas de non recours aux services, pour difficulté à payer, ont été relevés par le personnel de santé, les membres de la communauté et les parties prenantes concernant les prestations ou services payants. Il s'agit entre autres de l'évacuation des urgences obstétricales, de l'accouchement assisté par un personnel qualifié (AA), de l'Aspiration Manuelle Intra-Utérine (AMIU), …
- *(M) La barrière technique* : l'on note des gaps tels la non complétude du paquet des services (ex: laboratoire non fonctionnel ou absent au CSI Sona, et dans différents CSI de Maradi), l'absence de certaines fonctions (ventouse, AMIU, césarienne…). La disponibilité de la RHS est insuffisante du fait d'une rotation élevée aux postes de travail (abandon pour salaires peu attractifs, affectations…). Certaines FS se sont retrouvées avec 100% de nouveaux personnels dans un intervalle de 6 mois précédant l'évaluation. Ainsi, à Kalfou, l'ancienneté au poste plafonnait à 5mois. La vétusté des équipements est courante. Au CSI de Sona des tables d'accouchement et les lits sont en délabrement.

[19] Rapport mission conjointe de suivi_2016

- *Situation, us et coutumes /pratiques sociales néfastes* : L'ignorance des signes de risque/gravité des difficultés de grossesse et la perception de bravoure associée à l'accouchement dans sa chambre (Tillabéri), la pauvreté, et diverses réticences socioculturelles donnent sur une représentation négative des formations sanitaires et l'insuffisance de leur fréquentation. La DRSP de Maradi a noté une chute de 5% dans l'occurrence de l'AA du fait de la résurgence d'attitudes de réticence communautaire.

4.4.2.2 Conclusion partielle 2 (H2, EFFICACITE)

Les interventions appuyées par le PP8 semblent avoir eu une contribution variant de passable à excellente à l'amélioration de la demande et de l'accès des services de SM et de PF. La performance des produits 2 ; 3 ; 4 et 5 qui contribuent à l'effet de *disponibilité et d'utilisation accrues de services intégrés de SR dont la PF et la SM* a été globalement suffisante avec 17/20 (85%) indicateurs sur-performants. L'offre des services a progressé. L'on retient l'augmentation des PPS jusqu'au niveau communautaire, l'intensification de la communication et du plaidoyer endogène par les leaders communautaires, la mobilisation de quantités importantes de médicaments et équipements médicaux globalement alignés sur la quantification nationale; des renforcements d'infrastructures, de la logistique de référencement (ambulances et tricycles), l'appui à la formation académique et continue, l'amélioration de l'adhésion des bénéficiaires par des stratégies efficaces (EdM, ES). Mais les limites liées au programme et à l'environnement ont significativement mitigé l'optimisation de la demande et de l'accès aux services. Il s'est agi de gaps dans la couverture, la fonctionnalité et la continuité des principales interventions (EdM, DBC, SIGL, référencement, FO), des faiblesses systémiques (RHS, SIGL, plateau technique, recouvrement des coûts), des obstacles environnementaux (distances, mauvaises routes, insécurité, pauvreté, réticences communautaires).

4.4.3 (H_3) Contribution des interventions appuyées par le PP8 à l'accès des jeunes à l'information et aux services SSRAJ de qualité

L'hypothèse 3 de l'EQ4 sur l'efficacité postule que : *« Les interventions appuyées par le 8ième PP ont suffisamment contribué à l'accès des jeunes et particulièrement les plus vulnérables à l'information et services de SSRAJ de qualité ». Elle est vérifiée par les 2 indicateurs adressés par le paragraphe 4.4.3.1 ci-dessous.*

4.4.3.1 (I_1 &I_2) Niveau de contribution des interventions appuyées par le 8ième PP à l'accès à l'information et aux services de qualité des jeunes et particulièrement les plus vulnérables

a) **Actions mises en place pour contribuer à une information de qualité et à l'accès des services SSRAJ**

Le PP8 a mis en place diverses actions et principes pour l'information et l'accès des jeunes à la SSRAJ. Il s'agit du ciblage des adolescentes et jeunes extrascolaires, des jeunes retournés de pays en crise (Mali, Libye, RCA), la communication mass média, la pair-éducation, les CdFM, les espaces sûrs, espaces citoyens, l'ESC, les CAJ, le PBF, le plaidoyer et la communication par l'ACTN, la couverture de toutes les thématiques SSRAJ (ESC, PF, IST-VIH/SIDA, Grossesse Précoces …), la CCC en marge des grands événements, la création de 5 partenariats de jeunes impliquant le COJEFIL ; CNJFL ; ONG FAD ; ROJALNU, AfriYan, parlement des jeunes et le CNJ.

Les programmes jeunes ont impliqué 68 968 ado-jeunes de 420 espaces sûrs assortis de 72 FACOM pour les dialogues communautaires; 420 Mentors et 420 alphabétiseurs ; 500 membres de 18 espaces citoyens. Le programme Peace Building Funds (PBF) a mobilisé 1115 jeunes formés, des réseaux de jeunes, sur la prévention des conflits, la consolidation de la paix/Tahoua, dont 480 ont été réhabilités. Concernant l'éducation sexuelle complète à l'école (ESC), des établissements scolaires dispensent les enseignements avec 99,56% (1365/1371) d'enseignants de SVT, géographie et Economie familiale prévus formés dans les huit régions du Niger.

Dans le cadre des écoles de maris, à travers 5 régions (Tillabéri, Tahoua, Dosso, Maradi, Zinder) et 20 DS, 265 Clubs de futurs Maris (CdFM) mobilisant 3147 membres s'appuient sur 68 CSI. Ces jeunes de 15-24 ans non

mariés sont préparés à l'utilisation de la SR dans le cadre conjugal et à l'engagement pour le genre, l'égalité des sexes et les droits reproductifs. Ils sont initiés aux modules de base de la formation des membres des EdM. Les 3147 bénéficient de, et dispensent la Communication interpersonnelle (CIP) sur la SSRAJ. Au niveau mass-média, 25 Radios communautaires ont diffusés des émissions impliquant des centaines d'acteurs ; dont 39 leaders religieux, 65 agents de santé, 7 communicateurs, 132 membres des EdM qui ont participé à l'animation sur la PF en 2015. Les membres de 604 EdM ont suivi les émissions ; soit plus de 7200 auditeurs auxquels s'ajoutent l'auditoire classique (hommes et femmes) de la radio.

L'initiative de communication des chefs traditionnels avec l'ACTN mobilise 235 chefs dispensant la CCC en SSRAJ. La stratégie nationale SSRAJ a bénéficié d'un appui matériel à deux (2) centres de promotion de la jeunesse (parmi les 52 CAJ), la validation des PMA et statuts types des CAJ, l'appui continu au fonctionnement de la ligne verte, la formation de 15 écoutants en SSRAJ et VBG, l'offre de services SSRAJ lors d'évènements nationaux de la jeunesse, ainsi qu'un appui aux organisations de jeunesse partenaires œuvrant sur les questions de population et développement, plus spécifiquement sur la SSRAJ. L'ESC a été intégré dans le curricula de l'enseignement secondaire afin d'informer les jeunes scolarisés. En vue de l'améliorer la qualité de l'offre/SSRAJ, la RHS a été formée aux bonnes pratiques; des jeunes ont participé au développement du dialogue intergénérationnel et le tutorat, encadrant 480 jeunes filles et garçons plus vulnérables.

b) Résultats obtenus sur l'accès à l'information et aux services de qualité en matière de SSRAJ

Des progrès importants ont été enregistrés dont l'augmentation de l'utilisation des services. Des dizaines de milliers de jeunes ont été couverts par l'information à partir de sources scolaires et extrascolaires (ES, EC, CAJ, mass-média, campagnes). Des indicateurs d'utilisation des services ont été améliorés dont la proportion des adolescentes mariées qui adoptent la PF qui a évolué de 13% à 29,79% entre 2014 et 2017. Selon une étude de mai 2017[20] , 76,5% des élèves bénéficiant du programme ESC produisent de bonnes réponses sur les connaissances clés telles le début de la Puberté (garçons/filles), l'hygiène menstruelle, les risques des Grossesses précoces ; les conséquences des MGF ; les risques des IVG ; l'importance de la CPN ; la fécondation ; le rôle de la contraception/PF, la méthode de contraception la plus efficace, le rôle de l'Abstinence dans la prévention du VIH ; la transmission du VIH/Sida ; les avantages et la nécessité du test VIH pour tous et le rôle des tests prénuptiaux. La maîtrise des savoirs évolue avec le niveau scolaire avec des différences entre filles et garçons. Selon les entretiens et sources documentaires, les bénéfices de l'ESC chez les élèves comprennent : la disparition progressive des tabous, la diminution de la toxicomanie à l'école, la chute du taux des grossesses non désirées, la motivation à participer aux enseignements. Concernant les tabous, l'augmentation du nombre des jeunes entretenant un dialogue intergénérationnel avec leurs parents les a réduit; tandis que des filles sont passées du mutisme dans le débat sur l'ESC à une éloquence surpassant souvent celle des garçons.

c) **Limites à l'accès à l'information et aux services de qualité SSRAJ:**

La couverture en communication pour le changement de comportement (CCC) est insuffisante. La cible de 1/8ème des ado-jeunes, reste loin d'être atteinte. Suite à l'intégration de l'ESC dans le curriculum de l'enseignement secondaire, et à la formation des enseignants, les taux de pénétration de l'ESC dans les établissements secondaires varient entre 90% à (Maradi) et 50% à Tahoua. Cependant, dans certains établissements scolaires, quelques classes ne sont pas couvertes à l'instar du CEG de Kalfou (classes bénéficiaires : 3ème et 4ème). L'enseignement de l'ESC est entravé par la carence en outils didactiques, y compris pour les démonstrations, l'absence des prérequis chez certains enseignants, des difficultés pédagogiques (transmission du message ; méthode d'approche), et l'influence des restrictions religieuse et culturelles. Il y a manqué une stratégie de communication conforme aux standards autant pour la SSRAJ que pour les autres actions. Concrètement, il a manqué : – Une planification de la CCC fondée sur des cibles d'audience claires rapportées à la population de référence pour un impact

[20] Rapport de l'étude sur les acquis scolaires en santé de la reproduction, Mai-Juin2017

communicationnel ; — une analyse/étude spécifique des déterminants et de la dynamique comportementale, assortie d'une prise en compte systématique pour la préparation de l'atteinte des objectifs communicationnels; — une ingénierie conventionnelle adaptée à la situation, à travers un processus de choix, d'élaboration et de validation participatif des contenus, des supports et des approches et canaux. La qualité et l'efficacité de la communication en ont été impactées. Ainsi, les supports de communication étaient improvisés, à la demande spontanée pour la MEO ; leur qualité limitée (ex. des pagivoltes de sensibilisations surchargés d'images différentes traitant d'une même thématique) ; leur quantification spontanée ; la découverte des facteurs de rejet des pratiques promues, y compris chez des groupes sensibilisés/suivis était incidente durant la mise en œuvre (ex. les femmes éduquées et suivies en CPN refusant l'AA dans les DS de Bouza et Madaoua, par phobie de l'accouchement sur une table) cf. **MdM, Rapport Intermédiaire Juillet 2017.** La prévention et la prise en charge en matière de SSRAJ sont aussi insuffisantes, suite à divers gaps dont : (a) la rareté et la non fonctionnalité des CAJ/CJ ; (b) le non-financement des volets SSRAJ des PAA des structures sanitaires (cas DRSP/Zinder); l'absence de mesures attractives pour les jeunes dans la plupart des formations sanitaires.

Le CPAP ne prévoit pas d'activité de dispensation de l'ESC dans l'enseignement secondaire, ni de nombre d'enseignants à former. La mise en œuvre du PP8, ciblant prioritairement les adolescents extra-scolaires a suggéré la nécessité d'inclure les adolescents en milieu scolaire. Ainsi, 2430 enseignants (SVT, Géographie et Economie Familiale) ont été formés et l'ESC a été intégrée dans le curricula de formation de l'enseignement secondaire.

4.4.3.2 Conclusion partielle 3 (H3, EFFICACITE)

*Le PP8 a passablement contribué à l'accès des jeunes et dont les plus vulnérables à l'information et services de SSRAJ de qualité. Les progrès, très marqués pour les jeunes scolarisés et ceux fréquentant les PPS ont reposé sur u*ne combinaison inclusive de stratégies et initiatives de communication, d'enseignement et de prise en charge multisectorielle, avec un ancrage communautaire. Cependant, l'accès suffisant reste un défi, du fait de l'insuffisance de l'offre des services de prévention et de PEC SSRAJ et de la CCC pour les jeunes extrascolaires. Les facteurs à relever incluent : l'inadéquation de la planification et l'absence d'une stratégie articulée et spécifique de CCC, l'insuffisance des PPS (CAJ, CJ, EdM, Espaces Citoyens, CdFM, radios communautaires) et de leur couverture, l'application des bonnes pratiques par la RHS, une qualité perfectible du renforcement des capacités des enseignants/ESC, et les pesanteurs religieuses et coutumières.

4.4.4 Contribution de la logique d'intervention à l'atteinte des résultats du PP8

L'Annexe 9 propose la présentation schématique de la logique d'intervention et son analyse détaillée.

4.4.4.1 Adéquation de la structure de la logique d'intervention au vu des résultats recherchés.

La logique d'intervention et ses ajustements visent à contribuer aux effets 3 et 4 de l'UNDAF2014-2017 et 1, 2,3 et 4 du PS UNFPA2014-2018. Depuis 2014, tous ses paliers ont connus des changements dont l'importance atteint les 87% (cas des permutations des stratégies entre produits.). Toutes les stratégies ont été déployées, malgré les gaps d'exécution et d'adéquation affectant des activités et approches. La structure de ladite logique comprend 91 activités selon le CPAP et 397 selon le fichier Atlas Projects ; 23 stratégies (CPAP) ; 15 projets Atlas activités ; 9 produits et 6 effets. Les changements ci-dessus, l'absence de schéma d'alignement entre les stratégies et les projets, et les deux listes d'activités, limitent la traçabilité de la logique d'intervention.

4.4.4.2 Adéquation du déploiement de la logique d'intervention au vu des résultats poursuivis

La contribution des activités du CPAP ***à la réalisation des stratégies est importante car elles sont*** **pertinentes et d'une adéquation suffisante ou relative en majorité (89% ; 81/91 cas)**, malgré des préoccupations sur le classement de certaines par rapport aux stratégies et produits. La contribution des stratégies aux produits est

importante du fait d'une pertinence suffisante malgré une adéquation variable de la MEO. ***Le Potentiel de contribution des produits aux effets*** est suffisant mais pas optimal ; car le lien logique est substantiel tandis que la prévision ou le déploiement inclusif du paquet minimal des services nécessaires n'est pas acquis. Les limites à la contribution de la logique d'intervention à l'atteinte des résultats du PP8 incluent des gaps de planification (cas d'absence/insuffisance de prévisions en inputs et approches, de la focalisation géographique pour l'impact) ; des gaps dans la MEO (absence /insuffisance de l'exécution, résistance du milieu, gestion inadéquate du temps, ajustement des ressources à la situation). Davantage, la lisibilité de la logique du PP8 est relative. L'on note un problème d'harmonisation de la nomenclature et de la structuration de planification, le recours à 40% d'indicateurs de processus pour les produits. Un lexique, une intégration inclusive des labels dans tous les documents de référence et une normalisation de la chaîne des résultats et des indicateurs sont nécessaires pour améliorer la lisibilité du PP8 et du PP9.

4.5 REPONSE A LA QUESTION D'EVALUATION 5 SUR LA DURABILITE DU PP8

L'évaluation de la durabilité des interventions du PP8 a porté sur la réponse à la question suivante :

Question d'évaluation EQ5 (Durabilité) : EQ5 : Dans quelle mesure le BP a-t-il soutenu ses partenaires pour assurer l'appropriation et la durabilité des acquis et effets de ses interventions ? (Quel a été le niveau de l'appui en matière de développement des capacités et d'établissement des mécanismes de durabilité dont l'appropriation ?)

Deux hypothèses ont été formulées pour opérationnaliser la réponse à l'EQ5 sur la durabilité. Les sections 4.5.1 et 4.5.2 mettent en évidence les constats faits au niveau des sources documentaires, d'entretiens et d'observation des PPS pour vérifier respectivement l'une et l'autre hypothèse.

4.5.1 (H_1) Soutien du BP/UNFPA au développement des capacités des partenaires de mise en œuvre en vue de la durabilité des acquis et effets de ses interventions

L'hypothèse 1 sur la durabilité du programme énonce que : « *Le BP/UNFPA a- soutenu les partenaires de mise en œuvre en termes de développement des capacités pour assurer la durabilité des acquis et effets de ses interventions* ». Les deux indicateurs d'évaluation censés vérifier cette assertion constitue la matière des titres 4.5.1.1 et 4.5.1.2 ci-après.

4.5.1.1 (I_1) Identification des défis et gaps en matière de durabilité des interventions proposées par le programme

Les défis et gaps identifiés en matière de durabilité des acquis et effets du 8ème PP émanent du contexte nigérien et de la modeste capacité financière de l'UNFPA concernant les coûts nécessaires à la mise en place des transformations systémiques et stratégiques nécessaires pour la durabilité. Ces défis et gaps transparaissent de l'analyse des documents de référence tel l'UNDAF2014-2018, le CPD2014-2018 et le CPAP2014-2018, ces deux derniers documents insistant sur l'exécution nationale et l'appropriation des parties nationale et communautaires. L'analyse des données des entretiens d'évaluation corroborent la lecture des documents de référence. Il s'en est dégagé que les principaux défis suivants : (1) l'inclusion de la durabilité dans la planification y compris une stratégie systématique de durabilité et le cadrage de la planification sur la GAR; (2) la mobilisation des ressources ; (3) l'optimisation de l'implication des communautés ; (4) la formation des acteurs à la hauteur des besoins de la durabilité ; (5) l'optimisation de l'intégration des actions dans les systèmes sectoriels/communautaires, les procédures existantes et la routine des pratiques, (6) le renforcement des systèmes sectoriels et la rationalisation de la gestion dans les systèmes selon l'approche GAR ; (7) la culture du volontariat/bénévolat ; (8) la solvabilité de l'Etat concernant la gratuité ; (9) le financement du secteur santé par l'Etat à la hauteur d'une viabilité pour l'impact attendu.

A la lumière de ces défis, plusieurs gaps ou options peu adéquates se dégagent. La conception du programme n'a pas intégré une approche systématique pour assurer la durabilité du fait que le CPAP n'a pas proposé un plan de gestion des défis en matière de durabilité. Le cadrage de la planification du programme sur la GAR a été insuffisant. Dans ce sillage, l'on relève le faible réalisme/rationalité des prévisions financières, il n'y a pas de document de référence qui présente une analyse des coûts basée sur une quantification pertinente et rationnelle des intrants. Les quantifications ont été faites au fur et à mesure durant la préparation des PTA ou spontanément au cours d'activités affectées par une conception incomplète (ex : matériels de communication n'ont pris en compte dans la planification initiale).

Une planification des résultats incluant des extrants (17/42 ; 40.5% des indicateurs) pour suivre des produits, une allocation des ressources insuffisamment alignée sur les besoins respectifs concernant les produits et projets/ interventions, (pour le produit 8, le niveau d'atteinte des indicateurs est réalisé alors que le financement des activités continue). Pour le produit 9, les prévisions financières n'ont pas été alignées avec les besoins, un taux de consommation de 97% des ressources s'associe à une très faible performance soient 2 indicateurs performants sur 5. Tandis que le produit 10 tous les indicateurs surperformant pour un taux d'exécution financière de 92%. L'on relève qu'au niveau du produit 9 (RHU/SR, seul 2/5 des indicateurs sont des extrants tandis qu'au niveau du produit 10 genre, VBG/PN, 3 indicateurs sur 6 sont des extrants.

Le renforcement et l'accompagnement des capacités de la partie nationale en matière de mobilisation des ressources est déficitaire. Ainsi les mairies sont appuyées en matière de planification pour intégrer les questions SR, Jeunes et Genre, P&D, mais la partie nationale et l'UNFPA se limitent à noter à terme leur incapacité à produire les ressources nécessaires à l'implémentation des PDC appuyés. A la décharge du programme, il s'avère qu'aucun engagement de l'UNFPA n'a été indiqué au niveau du CPAP par rapport aux PDC. Cependant encours d'exécution, l'opportunité a été saisie avec le PBF d'appuyer l'élaboration/révision des PDC de certaines communes pour favoriser la prise en compte des besoins des femmes et des jeunes dans les plans de développement locaux (cf. CPAP, programme et rapport final PBF). Cependant, à la décharge du programme, le contexte nigérien est caractérisé par la faible capacité des mairies à mobiliser des ressources pour la mise en œuvre des PDC. Un choix d'assistance technique limité à l'appui de la planification est ainsi vain, pour l'essentiel.

Les documents de stratégies, de politique et d'analyse situationnelle (UNDAF, PDES, PNG, WCA country profile _Niger_2016 etc.) relèvent l'insuffisance des compétences ou de la réceptivité/préparation chez les bénéficiaires pour l'observance des soins et services. Cette insuffisance ressortit de l'ignorance/analphabétisme et de la coercition du pouvoir traditionnel ; lesquelles induisent des incapacités à lire les prescriptions, capter/maitriser l'information utile, interagir avec les services publics et la persistance des pratiques néfastes coutumières. Les actions d'alphabétisation fonctionnelle dans le cadre du programme ont ciblé uniquement une partie des ado-jeunes, celles enrôlées par le programme Illimin (68 968 à date). L'autonomisation socio-économique couvre quant à elle, les femmes victimes de fistules (605) mais le programme illimin a aussi une composante autonomisation économique qui a couvert, 2000 adolescentes ayant bénéficié des sessions d'apprentissage de métiers. En plus, le PBF a appuyé le financement des AGR pour 728 femmes et des jeunes.

Concernant les parties prenantes stratégiques, l'on note la persistance d'actions verticales dont l'implémentation opérationnelle par le niveau central (cas des ministères en charge de la population et de la protection de la femme, faiblesse des systèmes sectoriels et communautaires) ; la mise en place d'interventions telle l'éradication des FO pilotée par le sommet (REF) et portées par les PPS et les ONG mais faiblement intégrée dans la pyramide institutionnelle (en l'occurrence avec la DSME, les DRSP et les DS). Le REF dans son positionnement institutionnel échappe à l'encadrement de la DSME et des DRSP. De plus, l'analyse des parties prenantes est que cette instance fait l'objet d'une tendance à l'exclusion des personnels de santé non spécialisés en la matière. Ceci contribue à son isolement. L'insuffisance de l'assurance qualité concernant les ressources prévaut à travers des conditions hors standard de stockage des intrants (les conditions de stockage dans les dépôts de zone ne répondent pas aux standards de gestion de la température, de ventilation; la majorité des DS sans dépôt fonctionnel), la dispensation de services par des personnels périphériques dont la maîtrise des pratiques et la référence aux protocoles et normes est fréquemment déficitaire. De même, la fragilisation de la viabilité des structures de santé est permanente, du fait de l'irrégularité et de l'insuffisance du remboursement de la gratuité par l'Etat.

4.5.1.2 (I_2) Soutien des partenaires de mise en œuvre en termes de développement des capacités pour assurer la durabilité des acquis et effets de ses interventions à la hauteur des défis

La situation décrite ci-dessus devrait rendre indispensable une approche structurée de pérennisation des effets et acquis du programme. Cependant, l'évaluation n'a pas constaté l'existence d'un plan de pérennisation dans la documentation stratégique du programme. Les parties prenantes interrogées ont déclaré l'absence d'un accompagnement spécifique de l'UNFPA en matière de mise en œuvre d'une stratégie de durabilité.

En revanche, le 8è programme a soutenu le développement des capacités des acteurs publics et de la société civile pour assurer la durabilité des acquis et effets de ses interventions. Une série quasiment inclusive de capacités a été renforcée tout le long de la pyramide d'intervention du niveau national au niveau communautaire. Cela a compris le renforcement de l'infrastructure en santé maternelle dans quelques centres santé ; puis dans tous les 6 secteurs partenaires et les ONG associées, la planification stratégique, la planification opérationnelle, la conduite de la mise en œuvre, la gestion des données, la gestion financière et comptable, l'anticipation et la gestion des urgences humanitaires… les capacités développées incluent des savoirs et de savoir-faire conceptuels et pratiques et de la logistique. Des sessions de formation et d'accompagnement par projet/programme, des missions d'assistance techniques, des rencontres de partage et d'orientation internationales et l'acquisition d'intrants par le système d'approvisionnement de l'UNFPA ont été mises à contribution à cet effet.

Des appuis en capacité marquants pour la durabilité incluent le renforcement de l'opérationnalité de la chaine d'approvisionnement et l'alignement de la formation des sages-femmes sur les standards internationaux définis par l'OMS et de l'ICM. Concernant le système d'information et de gestion logistique (SIGL), la formation on-the-job qui permet aujourd'hui la distribution des produits contraceptifs à travers tout le pays, sans l'apport d'aucun bailleur est un élément fort de durabilité. Quant au renforcement de la formation des sages-femmes, il a permis une mise au niveau au standard international et la couverture inclusive des compétences opérationnelles attendues sur le terrain, en introduisant des pratiques nouvelles telles la ventouse, le partogramme et l'intensification de la pratique durant la formation. Ces améliorations produisent du personnel très compétitif au sortir des 8 écoles de santé publiques enrôlées. Cependant l'on regrettera que ces efforts d'amélioration de la durabilité, soient fragilisés par la faiblesse de l'accompagnement par le programme. Ainsi l'effet de dépendance vis-à-vis du programme continue d'affecter la partie nationale. Les réunions de collaboration intra et intersectorielles appuyées au niveau du secteur santé et de la protection de la femme n'ont pas induit l'appropriation attendue. Les administrations restent dépendantes du financement de l'UNFPA pour la tenue desdites réunions. Le MPF/PE n'arrive pas à coordonner l'efficacité de l'action des acteurs. Cette administration n'arrive pas à garantir l'intégration des données générées par les ONG en charge des VBG dans son système, à capitaliser une mémoire institutionnelle, un relais de partage institutionnel et une opérationnalisation des acquis par rapport aux appuis en matière de missions internationales de partage d'expérience, de formation et de supervision des partenaires ONG…

4.5.1.3 Conclusion partielle 1 (H1, DURABILITE)

Le soutien en renforcement des capacités a été important. Il a remarquablement adressé les défis concernant la formation des acteurs, le renforcement des systèmes sectoriels et la rationalisation de la gestion dans leur interface avec l'UNFPA, selon l'approche GAR. Mais ces efforts n'ont pas entièrement couvert les principaux défis en matière de durabilité concernant le 8ème PP. Parmi les limites d'envergure figurent l'absence d'une approche systématique pour adresser les défis identifiés quant à la durabilité dont le renforcement des capacités en matière de mobilisation des ressources ; l'insuffisance du réalisme dans la planification et l'allocation de la ressource financière ; les limites du suivi de la disponibilité et de l'utilisation des ressources, et la vulnérabilité des FS à la gratuité. Ces limites ont affecté l'appropriation de la coordination par les administrations, la continuité des services malgré l'appui du programme et le relais par la partie nationale dans les cas d'interruption, entre autres.

4.5.2 (H_2) Le BP/UNFPA a soutenu les partenaires de mise en œuvre en termes d'appui dans l'établissement de mécanismes pour assurer la durabilité des acquis et effets de ses interventions

4.5.2.1 (I_1) Soutien suffisant apporté aux partenaires de mise en œuvre en termes d'établissement de mécanismes d'appropriation

Le choix de l'approche Nex spécifié dans le CPD et le CPAP 2014-2018, fonde le 8ème programme sur le principe de l'endogénéité, soit de l'appropriation. Parmi les mécanismes d'appropriation le 8ème programme a appuyé des cadres de concertation et de revue tant dans l'interface de l'UNFPA et des acteurs de la partie nationale qu'entre les IP et les acteurs et parties prenantes de la mise en œuvre des interventions. Selon la thématique, les acteurs se réunissent autour des départements ministériels en charge du secteur au niveau central, régional et district. Au niveau stratégique des réunions de planification et de revue semestrielle et de planification annuelle en juillet et novembre. Ces cadres permettent d'améliorer la compréhension et l'adaptation des initiatives et d'analyser la mise en œuvre, de l'ajuster vers des meilleurs résultats. A tous les niveaux de la pyramide, la planification technique et financière est faite par les acteurs nationaux, l'UNFPA n'intervient que pour le cadrage budgétaire et stratégique.

L'intervention EdM avec son système de volontariat, et son processus de mise en place endogène à la communauté avec le choix d'adultes piliers inamovibles de la contrée et son arrimage à la mairie et au CSI est un modèle de mécanisme de durabilité. L'initiative récente, similaire des CdFM se rapproche de ce schéma. L'organisation de la surveillance des décès et des urgences obstétricales arrimés aux leaders communautaires, à la capacité endogène de détection, d'alerte et d'évacuation par des mécanismes de solidarité endogène contribuent à renforcer les acquis du programme en matière de durabilité. L'intégration des thématiques du programme dans les PDC; la mise en place de comité locaux de gestion des interventions participant aussi de l'importance des efforts pour l'appropriation. Le tutorat et l'animation des espaces citoyens menés dans le cadre du projet PBF, les dialogues intergénérationnels et l'animation des espaces citoyens.

Des avancées notables ont été constatées en matière de plaidoyer pour la mobilisation des ressources. De fait, L'UNFPA a appuyé l'élaboration d'un plan de décaissement pour la prise en charge de la gratuité et a assuré le plaidoyer pour l'augmentation de la ligne budgétaire pour la SR. Cependant les actions de plaidoyer n'ont pas été assez concluantes et le remboursement de la gratuité est encore partiel affectant la fonctionnalité des structures de santé. Les défaillances de l'appropriation affectent le plaidoyer pour la mobilisation de ressources nationales et internationales contribuant à la viabilité du programme. Le montage financier du programme (CPD et CPAP) n'a pas inclus un engagement financier spécifique, chiffré du Gouvernement, ni un mécanisme de redevabilité sur l'état d'une telle de contrepartie. La seule indication a été la nature des dépenses que l'Etat devrait assumer (personnel, fonctionnement, infrastructures). L'appui du Gouvernement, en vue de faciliter la mobilisation d'autres ressources que les ressources régulières, n'a pas été documenté ; de même que le mécanisme de son monitoring. L'engagement du Gouvernement à mobiliser des fonds pour le PP8 est dilué par une clause du CPAP qui l'en dispense en même temps (CPAP, P18).

4.5.2.2 (I_2) Soutien apporté aux partenaires de mise en œuvre en termes d'établissement de mécanismes d'intégration dans le système existant et (I_3) aux pratiques routinières

Le soutien à l'établissement de mécanismes d'intégration dans le système existant à inclut le renforcement des infrastructures existantes pour optimiser la prestation des services. Dans les régions de Maradi et Zinder des hangars, des salles d'accouchement ont été construits tandis qu'un CSI a été réhabilité. Au niveaux des services l'on relèvent les mécanismes d'intégration suivants à travers les différents secteurs couverts par le programme: (a) les services de santé maternelle appuyés, en particulier les fonctions SONU, la PF, la SDMR, ont été intégrés dans le paquet des services des formations sanitaires et de leur extension communautaires ; (b) L'éducation

sexuelle a été introduite dans les programmes scolaires du MESS et du MFTP, se traduisant par l'effectivité des enseignements concernés dans plusieurs lycées et collèges à travers le pays ; (c) les services de SSRAJ et de consolidation de la paix ont été intégré la direction compétente et les démembrements territoriaux du ministère en charge de la Jeunesse.

Le programme a également appuyé le renforcement des activités routinières à travers la dynamisation de la SDMR jusqu'au niveau communautaire; le financement des activités retenues dans les stratégies & plans nationaux et PAA des DRSP et DS; l'appui aux interventions des ONG (réponse aux VBG pour FEVVF, MGF pour CONIPRAT, EdM, Ecole Futurs Mari pour SONGES, Autonomisation des femmes pour Lafia Matassa.; DBC pour Anima Sutura et MdM. L'impact de ces mécanismes s'est observé à la continuation des interventions au-delà de la cessation du financement de l'UNFPA chez les ONG suivantes : SONGES, Animas Sutura, SOS FEVVF.

Quelques faiblesses ayant entravées la pérennité des interventions sont les suivantes :

- Effectif insuffisant et forte rotation des enseignants formés à l'ESC, le déficit en intrants, la faible coordination avec les FS, le faible partage et appropriation par l'administration des écoles, la programmation inadéquate (cf. Rapport enquête acquis scolaires ESC, MES, 2016).
- Le MSP a introduit l'extension de la subvention pour la gratuité de l'accouchement sur les fonds RMNCH jusqu'en fin 2016. Antérieurement l'UNFPA avait expérimenté avec succès une d'offre gratuite de l'AA. Cependant ces actions transitoires ont induit des réticences dans la population, suite au retour au paiement;
- L'accroissement de la demande des services dans le cadre du programme qui n'est pas associé à un relèvement des capacités des intervenants (Rapport d'activités des Centres VBG de SOS FEVVF, p.9 et autres).

4.5.2.3 (I_4) Soutien apporté aux partenaires de mise en œuvre en termes d'établissement de mécanismes de sécurisation des moyens/intrants

Le 8ème programme a appuyé l'évaluation et la révision du Plan PF (2013-2020). La gestion des informations sur les stocks a été renforcée par la mise en place du logiciel Channel. Cette opération a impliqué la fourniture d'un parc informatique équipé du logiciel Channel, la formation à la gestion logistique des personnels intervenant dans le circuit du médicament depuis l'ONPPC jusqu'aux CSI et la mise en réseau des acteurs de la gestion logistique sur internet. Par ailleurs, le programme a renforcé l'espace de stockage de l'ONPPC, augmenté la logistique de transport, en acquérant 1 camion pour la distribution des stocks en plus de du camion, encore fonctionnel, fourni durant le 7ème PP, et appuyé la supervision de la gestion logistique, ainsi que la livraison des produits aux DRSP. Selon les DRSP, les missions de supervision appuyées ont permis le redéploiement des surstocks/ou des stocks en risque de péremption.

Ces importantes avancées ont été contraintes par des disfonctionnements de l'approvisionnement du niveau opérationnel (DS, CSI, CS). À ce titre le constat a été fait de l'utilisation insuffisante du Channel. L'insertion des données n'est pas systématique et l'extraction des états n'est pas toujours évidente, y compris au niveau des dépôts de zone. La mise à jour électronique commence au niveau des districts sanitaires. Les approximations de la gestion manuelle affectent encore la source des données que sont les FS. Une des stratégies d'approvisionnement s'est avérée inadéquate, nommément la stratégie de mise à disposition qui consiste à injecter des produits dans le circuit d'approvisionnement sans tenir compte de la situation de stock et de la consommation des FS. Ainsi, des stocks de misoprostol non commandés, sont arrivés aux CSI ayant une maîtrise insuffisante des protocoles de PEC (ex. CSI de Sona). Parmi les facteurs extérieurs limitant la durabilité, il a été constaté que la plupart des magasins ne respectent pas les standards de conservation des produits ; et que l'approvisionnement en énergie des FS n'est pas toujours garanti pour un fonctionnement normal de la chaîne de froid en périphérie.

4.5.2.4 Conclusion partielle 2 (H2, DURABILITE)

De nombreux mécanismes d'intégration dans le système existant et aux pratiques routinières ont été mise en place dans les secteurs public et civile. Le processus de cessation des interventions et l'expérimentation de la gratuité ont été inadéquates ou dommageables. D'autre part, l'appui à l'établissement de mécanismes de sécurisation des moyens/intrants a abouti au suivi des stocks par un logiciel en ligne et une meilleure capacité de livraison et des stockages au niveau central de l'ONPPC. Cependant quelques pratiques inadéquates (mise à disposition, faible suivi du stockage, péremption, sur-stockage) persistent malgré le recul.

4.6 REPONSE A LA QUESTION D'EVALUATION 6 SUR LA COORDINATION UNCT

L'évaluation de la contribution du BP UNFPA à la coordination de l'UNCT a porté sur la réponse à la question suivante :

Question d'évaluation EQ6 (Coordination UNCT) : EQ6 : (COORDINATION UNCT) Dans quelle mesure le Bureau de Pays a-t-il contribué au bon fonctionnement de l'UNCT et des autres instances de gouvernance de l'UNDAF (Axes de l'UNDAF, Groupes thématiques et Unité de Coordination de la Coopération) ?

La réponse à ladite question d'évaluation a été opérationnalisée par l'élaboration et le renseignement de l'hypothèse suivante : *Le Bureau de Pays a contribué de manière satisfaisante au bon fonctionnement de l'UNCT et des autres instances de gouvernance de l'UNDAF.*

4.6.1 (H_1) Contribution du Bureau Pays au fonctionnement de l'UNCT et des autres instances de gouvernance de l'UNDAF

Les 5 indicateurs retenus pour la vérification de l'hypothèse sont rendus par les titres 4.6.1.1 à 4.6.1.2 sous lesquels les constats y relatifs sont présentés.

4.6.1.1 (I_1) Mécanismes de coordination de l'UNDAF et leur fonctionnalité

Les principaux mécanismes de coordination de l'UNDAF sont l'équipe pays des Nations Unies (UNCT), le Comité technique inter-agences (CTIA), les Groupes d'Effets, les Groupes thématiques et les Groupes thématiques (sécurité alimentaire, protection civilo-militaire, santé & nutrition, logistique) de Travail Résilience (GTTR). Généralement, le leadership des instances décisionnelles revient à la partie gouvernementale, le Co-leadership revenant au SNU. Les instances en charge de la représentation, de la décision, de la vision et du cadrage stratégique soient l'UNCT et le CTIA présente une fonctionnalité moyenne. De plus, lesdites instances n'ont pas encore pu mettre en place un cadre d'action intégré tel un programme conjoint aligné sur l'UNDAF. Du point de vue de l'assiduité dans les cadres de concertation, l'on relève une participation globalement satisfaisante des agences du SNU et des ministères partenaires tandis que l'implication des ONG/OSC paraît sélective. Ainsi, concernant le groupe protection, aucune des ONG visitées par l'évaluation, travaillant sur la thématique de la protection, ne figure dans les comptes rendus de ladite instance.

Quant à la dynamique institutionnelle, il reste d'importants efforts à faire. L'on observe un faible partage et une faible appropriation des rapports des séances de coordination et de travail, des documents de référence, y compris le document cadre de l'UNDAF. Le principe et le mode d'interrelation présente une faible synergie. Ainsi la courroie de transmission entre les cadres de haut niveaux, qui participent aux assises ne partage pas assez avec les instances techniques en charge d'implémenter les consensus et décisions. Ainsi, la participation des SG des Ministères ne garantit pas toujours la restitution au Directeur en charge de la mise en œuvre. Les instances en charge du suivi et de coordination de la mise en œuvre, dont les Groupes d'effets, les groupes thématiques, sous-groupe et GTTR se caractérisent par une participation majoritaire des acteurs aux différentes rencontres d'encadrement programmatique et de travail sur les différents thèmes. La synergie reste cependant de forme. La situation s'illustre par une optimisation de la planification concertée, partant d'une analyse commune du contexte

à une programmation coordonnée assortie de la budgétisation complémentaire. Cependant, l'implémentation reste séparée, y compris son encadrement opérationnel.

4.6.1.2 (I_2) Niveau de participation de l'UNFPA dans le cadre des mécanismes respectifs de coordination de l'UNDAF et (I_3) Niveau de leadership du BP dans les mécanismes de coordination qui sont dans le champ de son mandat.

La question de la participation de l'UNFPA dans les mécanismes de coordination de l'UNDAF n'a pas obtenu de réponse unanime au niveau stratégique. D'une part, la perception de cette participation chez certains cadres des agences du SNU est qu'elle n'a pas suffisante. Ces derniers trouvent que l'effectif de l'agence ne lui permet pas une présence continue aux séances communes. Le BP UNFPA estime avoir assuré une présence suffisante se situant dans un intervalle de fréquence de 80 à 100% dépendamment de l'instance concernée. L'agence relève l'existence d'alternates (suppléants) pour toutes ses positions représentatives au sein des instances de coordination de l'UNDAF, lesquels contribuent à la continuité en l'absence des titulaires. L'on note que la participation aux Groupes Techniques de Travail pour la Résilience au niveau des régions (GTTR/R) est souvent affectée par le nombre réduit et la faiblesse de l'effectif des bureaux démembrés de l'UNFPA (3 bureaux d'axe pour 8 régions). Les rapports mis à la disposition de l'équipe d'évaluation n'ont pas entièrement été dépouillés compte tenu des délais. Cependant les CR et minutes de rencontre disponibles indiquent une participation suffisante de l'UNFPA dans les mécanismes de coordination de l'UNDAF. L'on relèvera que les rapports ou CR ne sont pas exhaustifs pour certains cadres de concertation (ex. : 6/14 des CR du cadre de concertation des PTF du Ministère en charge de la Population et de la Femme sont disponibles**).**

Concernant l'indicateur (I_3) sur le niveau de leadership du BP dans les mécanismes de coordination qui sont dans le champ de son mandat ; il a été constaté que l'UNFPA tient le leadership des instances de coordination suivantes : (1) le Groupe genre ; (2 le groupe des PTF sur les questions de Population & Développement, Promotion de la Femme et Protection de l'enfant (MPF/PE), l'UNFPA a aussi assuré le lead des PTF du secteur santé au niveau des régions de Zinder, Dosso, Tahoua (Mémorandum Lead-Colead GTTR-R_01- 12- 2014). Le leadership de l'UNFPA s'est matérialisé entre autres par l'accompagnement du MPF/PE à la mise en place et au suivi du fonctionnement des cellules genre à travers 21 ministères y compris la conduite d'une étude sur l'état des lieux des cellules genre des ministères ; l'appui aux rencontres de concertation entre les acteurs et sous la coupe du MPF/PE et l'appréciation positive du Ministère en charge et des PTF concernés. **Les constats qui précèdent montrent un leadership suffisamment robuste et efficace de l'UNFPA.**

4.6.1.3 (I_4) Densité, Régularité, qualité dans la contribution stratégique au niveau des instances de coordination

La participation de l'UNFPA a été dense et de qualité dans les différentes instances de l'UNDAF et particulièrement dans le groupe thématique genre, le groupe P&D, le sous groupe VBG, au sein du CTIA et à l'OMT. L'agence a assuré la promotion et le leadership sur les concepts relevant de son mandat dont la prise en compte transversale et systématique du genre, l'intégration des données SR, genre, et sur la dynamique démographique dans les programmes et politiques de développement. A cet effet, l'agence a appuyé la dynamique des unités en charge du genre dans différentes Ministères partenaires et la mise en œuvre d'une analyse de situation dans le domaine de la population, laquelle a identifié les priorités nationales pour l'élaboration des politiques et programmes des différents secteurs. L'UNFPA a développé un plaidoyer de haut niveau aboutissant à la prise en compte du dividende démographique et de la maîtrise de la croissance démographique comme priorités de la politique de l'Etat et de l'action gouvernementale. Les nouveaux documents de référence en politiques, stratégie et programmes de développement du Niger intègrent cette mutation stratégique.
L'UNFPA s'est positionné comme agence ressources en matière de production, d'exploitation et de partage des données pour le développement. A cet effet, l'agence a permis les avancées suivantes : 20 études et recherches réalisée sur les questions de population et développement ; 2 de base de données de population accessible à travers une plateforme internet facilitant le mapping des inégalités socio-économiques et démographiques ; la mise en place d'un observatoire sur le Dividende Démographique. Du point de vue de l'élaboration des visions et stratégies

puis de l'appui à leur implémentation, les contributions de l'UNFPA incluent (a) La participation à l'élaboration, à l'implémentation et à la revue d'initiative communes des agences du SNU dont : (i) le programme conjoint avec l'UNICEF de lutte contre le mariage précoce, (ii) le conception et MEO de l'initiative communes de convergence, réponse aux urgences…, (iii) l'UNDAF ; (b) La participation à l'appui au développement et à la mise en œuvre des politiques nationales de genre, de la jeunesse, de la population ; (c) La participation à l'appui à l'élaboration et à l'implémentation des stratégies nationales de développement dont le PDES, le PDS, la Plan PF, la Stratégie de participation des jeunes aux instances de prise de décisions ; (d) Participation à la mise en œuvre et à la revue des politiques de protection sociale et du Programme Sectoriel de l'Education et de la Formation (2014-2024).

4.6.1.4 (I_5) Contribution au meilleur fonctionnement de l'UNCT

Les analyses des agences du SNU, des ministères partenaires et des OSC/ONG, des rapports de revue de l'UNDAF de 2014 à 2016 et du rapport de la revue à mi-parcours de l'UNDAF en 2016 ont été consultés sur le fonctionnement de l'UNCT, y compris son déploiement dans le cadre de l'UNDAF. Des défis à relever, pour optimiser la cohérence et la coordination des actions du SNU ont été identifiés. Il s'agit notamment d'un réel cadre d'action commun, un concept stratégique commun, la régularité/fonctionnalité de l'ensemble des instances de coordination, la participation de la partie nationale dans la synergie autour de l'UNDAF. Concernant la contribution au bon fonctionnement de la coordination des parties prenantes de l'UNDAF, L'UNFPA a contribué à la modération en vue d'un consensus sur la démultiplication **des indicateurs pour l'enquête CCA, la proposition d'un c**ahier de charges et des agendas concernant l'absentéisme aux réunions. Mais l'agence pourrait participer davantage face aux défis du fonctionnement de la coordination de l'UNDAF.

4.6.1.5 Conclusion partielle 1 (H1, COORDINATION UNCT)

L'UNFPA/Niger a suffisamment contribué au bon fonctionnement de l'UNCT et des autres instances de gouvernance de l'UNDAF. Ceci a impliqué une assiduité d'au moins 80% aux interactions; d'importantes contributions stratégiques telles l'amélioration de la prise en compte du genre, de la SR et du dividende démographique dans le processus de développement ; un leadership robuste dans le cadre de la coordination des groupes thématiques genre, des PTF du MPF/PE au niveau national et des PTF du secteur santé au niveau de trois GTTR. Des contributions concrètes ont aussi été apportées au bon fonctionnement des instances de l'UNDAF. Cependant, dans le cadre de l'interaction UNDAF, des efforts sont à faire pour susciter un cadre opérationnel permettant un véritable appui intégré du SNU aux défis du développement et promouvoir une approche articulée d'appui à la meilleure participation des ministères et de la société civile.

4.7 REPONSE À LA QUESTION D'EVALUATION 7 SUR LA VALEUR AJOUTEE DU PP8

L'évaluation de la valeur ajoutée du PP8 a porté sur la réponse à la question suivante :

Question d'évaluation EQ7 (Valeur Ajoutée) : Quelle est la valeur ajoutée apportée par le Bureau Pays au niveau national dans les différents domaines relevant de son mandat telle que perçue par les parties prenantes nationales?

L'hypothèse vérifiée, au moyen des sources documentaires et d'entretiens des parties prenantes stratégiques est : «*Le BP/UNFPA a apporté de la valeur ajoutée au niveau national dans les différents domaines relevant de son mandat.*»

4.7.1 (H_1) Valeur ajoutée du BP/UNFPA au niveau national, dans les domaines relevant de son mandat

4.7.1.1 (I_1) Existence des interventions spécifiques à l'UNFPA

Les parties prenantes n'ont pas été unanimes quant à la liste des interventions spécifiques à l'UNFPA. Par-delà les variations d'un partenaire à l'autre, les interventions suivantes ont été citées: (I) Les interventions ou stratégies à base communautaire : l'Initiative EdM, les sites DBC, les clubs des futurs maris, la promotion de la SR par les chefs coutumiers et religieux ; (II) les interventions institutionnelles : l'ESC à l'école, les Espaces sûrs, la clinique mobile ; l'intégration transversale du genre dans tous les secteurs et toutes les interventions, la réponse intégrée au VBG (prévention et PEC intersectorielle, réautonomisation, y compris la distribution de Kits VBG) ; l'appui holistique et massif à la SR (PF, SM/SONU/SDMR, prévention et traitement FO; kit AMIU) ; le plaidoyer pour le positionnement du dividende démographique au cœur des efforts nationaux de développement et (III) la PF avec la fourniture exclusive des produits contraceptifs et l'appui apporté pour améliorer la distribution jusqu'aux PPS, les cliniques mobiles développées pour l'offre de service SR/PF en faveur des populations nomades et rurales d'accès difficile. L'analyse des différentes propositions a permis de dégager comme constante la liste recoupée suivante, pour les interventions réputées spécifiques à l'UNFPA : (1) EdM ; (2) VBG ; (3) Clubs futurs maris ; (4) Appui holistique/massif à la SR et SSRAJ; (5) Interrelation population et développement ; (6) Capitalisation du Dividende Démographique ; (7) ESC à l'école ; (8) PF (Cliniques mobiles et contraceptifs).

4.7.1.2 I_2) Existence d'approches spécifiques à l'UNFPA

Des approches spécifiques ont été attribuées à l'UNFPA par les parties prenantes nationales et internationales, comparativement aux autres partenaires au développement au Niger. Il s'est principalement agit : (1) De la revue planification commune avec les IP et autres partenaires jusqu'au niveau DS; (2) Du plaidoyer de haut niveau pour améliorer l'environnement (prise en compte genre et P&D); (3) De l'appui holistique SSRAJ et SM; (4) De la Ré-autonomisation focalisée sur les adolescentes et jeunes filles déscolarisées ou jamais scolarisées, y compris le focus sur les 10-14ans ; (5) De l'intégration intersectorielle de l'approche genre; (6) De la rigueur des procédures financières et comptable avec renforcement des capacités des partenaires; (7) De la formation de la RHS selon l'approche tutorat pour une meilleure maitrise des pratiques; (8) Le leadership des jeunes en matière de contribution au processus de développement les concernant et (9) Le leadership du plaidoyer en faveur de la maîtrise de la croissance démographique.

4.7.1.3 (I_3) Existence d'avantages dans les apports de l'UNFPA comparés aux autres partenaires au développement dans le pays

Selon les parties prenantes rencontrées les avantages comparatifs des apports de l'UNFPA vis-à-vis d'autres partenaires de développement incluent : (1) une approche holistique dans la disponibilité des intrants PF et des services et SR ; (2) un volume d'interventions important de l'UNFPA qui contribuent plus significativement que les autres partenaires, à la réduction des décès maternels ; (3) une facilité d'achat des produits SR reconnue être des plus fiables, grâce à un mécanisme répondant aux normes et standards et sollicité par les partenaires au développement. Par ailleurs, l'UNFPA a été créditée (4) un leadership incontestable en matière de SR; (5) de l'appartenance aux partenaires de premier plan en matière de promptitude en situation d'urgence; (6) une ingéniosité particulière de l'implication communautaire intégrant la Promotion des solutions endogènes par un échange libre et autonome à travers la stratégie de dialogue communautaire.

4.7.1.4 Conclusion partielle 1 (H1, VALEUR AJOUTEE)

A l'action de l'UNFPA dans le cadre du 8ème PP, et à travers tous les champs de son mandat, les parties prenantes ont identifiés 8 interventions ou activités spécifiques ; 7 approches spécifiques et 6 avantages comparatifs, pour illustrer à suffisance de la valeur ajoutée de l'institution parmi les partenaires au développement du Niger.

CHAPITRE 5 : CONCLUSIONS ET LEÇONS APPRISES

Le chapitre 5 propose, les leçons de la mise en œuvre du 8ème Programme et les conclusions résultant des constats sur les différentes hypothèses d'évaluation. Lesdites conclusions comprennent deux catégories : la première, stratégique, regroupe les conclusions sur les questions d'évaluation portant sur la coordination UNCT/UNDAF et la valeur ajoutée, la deuxième, opérationnelle, rassemble les conclusions relatives à la pertinence, la réactivité, l'efficacité et la durabilité du 8ème PP.

5.1 LEÇONS APPRISES DU 8ème PROGRAMME

Les 11 principales leçons apprises de la mise en œuvre du programme sont les suivantes :

1. Le partenariat avec les ONGs de proximité permet une mise en œuvre rapide et efficace des interventions à haut impact au bénéfice des populations.
2. L'assistance technique de proximité et décentralisée à travers le Staff UNFPA en région permet un meilleur positionnement et une meilleure visibilité de UNFPA.

3. La fiabilité et la célérité dans la production des données dépendent fortement de l'existence d'une plateforme commune de gestion des données informatisée et accessible en ligne telle le DHSI2.
4. L'intégration des stratégies à base communautaire dans une synergie bien coachée amplifie leur contribution individuelle et optimise leur efficacité commune concernant la couverture et l'utilisation des services de santé.

5. Face à la grande dispersion géo-démographique du Niger, les cliniques mobiles ont permis d'améliorer significativement l'offre des services de Santé de la Reproduction aux nomades et autres populations difficilement accessibles ou non desservies par les formations sanitaires.
6. Pour démontrer des progrès et impacts significatifs aux donateurs, étant donné l'envergure des besoins et interventions relevant du mandat de l'UNFPA, il faut faire des choix concentrant les efforts et les ressources sur les plans géographique et thématique.

7. L'augmentation la demande SR et droits afférents, passe par des partenariats multisectoriels avec les acteurs clés (commune, Etat, PTFs, société civile) impliqués au niveau communautaire.
8. Face à la mobilité des prestataires et l'insuffisance des fonds, les formations pratiques in situ (supervision formative ; acquisition des compétences…) sont plus pertinentes et efficaces pour renforcer les compétences que les ateliers classiques de formation.

9. Le partenariat stratégique avec les chefs traditionnels sur la SR, le Genre et la P&D pour réduire les mariages précoces et accroitre l'utilisation des services par la communication est nécessaire et efficace.
10. L'initiative adolescentes Illimin a montré qu'en habilitant les adolescentes en connaissances sur leurs droits et informations sur la SR, elles arrivent à négocier pour le devenir avec leurs parents et autres ainés dans le respect des traditions culturelles.

11. Le plaidoyer et le dialogue politique fondés sur l'évidence ont fortement contribué à rallier le Gouvernement et les acteurs stratégiques de tous les secteurs autour de la démographie comme socle d'élaboration du processus de développement et à mobiliser d'importantes ressources pour des interventions contribuant à la capture du DD ; dont les initiatives PF et mariages des enfants.

5.2 CONCLUSIONS DU NIVEAU PROGRAMMATIQUE

Les cinq conclusions programmatiques ci-dessous émanent des réponses aux EQ 1, 2, 3,4 et 5 :
Conclusion 1, EQ1 (Pertinence) : Le 8ième programme apporte une contribution suffisante par rapport aux droits de la population y compris les adolescents et jeunes concernant la SR, le Genre & égalité des sexes/Droits et la P&D. il a contribué à améliorer la provision de ces services et est aligné aux priorités nationales énoncés dans le PDES 2012-2015 ; au plan stratégique 2014-2017 de l'UNFPA et aux effets 3 et 4 de l'UNDAF 2014-2017. Ainsi, les priorités de développement fixées par les cadres politiques internationaux et nationaux ont été prises en compte dans les 3 composantes ci-dessus. Néanmoins, l'insuffisance des financements, la large étendue géographique du programme sur toute l'étendue du pays, les lourdeurs imputables aux procédures administratives de l'UNFPA et les défaillances opérationnelles de certains PI ont constitués des limites dans la mise en œuvre du programme.

Conclusion 2, EQ2 (Réactivité) : Le programme a adéquatement pris en compte les besoins liés aux déplacements internes de population et afflux de réfugiés suite aux attaques terroristes et aux conflits dans des pays d'accueil des Nigériens expatriés. Pour y arriver, la RHU intégrée a mobilisé près d'un million de dollars américains par an pour la mise en place du DMU dans les régions concernées afin de gérer promptement les crises. Mais l'insuffisance du financement et de la synergie entre intervenants ont entravé l'optimisation de la réponse.

Conclusion 3, EQ3 (Efficience) : L'analyse du rapport entre les ressources et les résultats jusqu'ici obtenus dénote une légère insuffisance. En effet, avec un succès notoire en mobilisation financière (159,8%). Dans l'ensemble, le taux de réalisation des cibles attendues au 30 Juin 2017 est de 83%, légèrement en dessous du taux d'exécution financière (86,4%). Les stratégies d'optimisation de l'efficacité de la gestion des ressources ont été adéquates malgré quelques faiblesses affectant la planification, l'agencement des ressources et le respect du chronogramme.

Conclusion 4, EQ4 (Efficacité) : Les cibles des indicateurs de performance, ramenées au prorata du 30 Juin 2017, sont globalement atteintes à 83%. L'offre de la SR s'est améliorée en couverture, disponibilité des intrants, volume des soins et promotion endogène (EdM, ES). À 85% (17/20), les indicateurs ont dépassé les cibles attendues grâce à l'intensification et la diversité de la communication à base communautaire surtout chez les ado/jeunes. Cependant sur les 42 indicateurs du programme cumulés du fait de l'alignement au PS2014-2017 et des révisions intervenues, l'efficacité est néanmoins atténuée car 40% (17) sont des indicateurs de processus.

Conclusion 5, EQ5 (Durabilité) : Le 8ième PP a assez soutenu les PE pour assurer la durabilité, à travers l'exécution nationale (NEx), le renforcement des capacités (prestation, planification, coordination, gestion rationalisée), selon l'approche GAR, le renforcement des systèmes sectoriels, des mécanismes d'appropriation et d'intégration dans les systèmes et pratiques des 6 secteurs de développement cibles et dans les 14 ONGs partenaires, y compris le niveau communautaire. Cependant, ces efforts ont été limités par l'absence d'une vision stratégique permettant une approche systématique pour adresser les défis identifiés. Les corolaires inclus l'inadéquation du renforcement des capacités en matière de mobilisation des ressources ; la priorisation perfectible des allocations financières ; la vulnérabilité des FS à la gratuité ; la verticalité de certaines interventions, la faible synergie entre l'Etat et la Société civile.

5.3 CONCLUSIONS DU NIVEAU STRATEGIQUE

Les trois conclusions du niveau stratégique, concernent la coordination UNCT (EQ6), la valeur ajoutée(EQ7) et l'analyse de la coordination du programme.

Conclusion 6 ; EQ6 (Coordination UNCT) : L'UNFPA/Niger a suffisamment contribué au bon fonctionnement de l'UNCT et des autres instances de gouvernance de l'UNDAF. L'on relève une réactivité de 92% aux sollicitations de l'UNCT ainsi que d'importantes contributions stratégiques (amélioration de la prise en compte du genre, de la SR et du dividende démographique dans le processus de développement) ; un leadership robuste

dans le cadre de la coordination du groupe genre, du groupe national des PTF du MPF/PE et des PTF secteur santé au niveau de trois GTTR ; et des propositions concrètes pour contribuer à l'amélioration du fonctionnement de UNCT et particulièrement les synergies pour la finalisation de de l'UNDAF.

Conclusion 7, EQ7 (Valeur ajoutée contexte pays) : Dans l'action de l'UNFPA dans le cadre du 8ème PP, et à travers tous les champs de son mandat, les parties prenantes ont identifiés 8 interventions ou activités spécifiques ; 7 approches spécifiques et 6 avantages comparatifs, lesquels témoignent à suffisance de la valeur ajoutée de l'institution dans le concert des partenaires au développement du Niger.

Conclusion 8, Transversale sur la Coordination du 8ième Programme : La coordination a adapté le programme aux besoins dynamiques des bénéficiaires en plus d'honorer l'essentiel des engagements initiaux. L'on note la mise en œuvre d'actions non prévues dans le document de programme, en raison des besoins identifiés (importants efforts d'autonomisation économique des filles Illimin, de formation des enseignants du secondaire en ESC, de mise en place de CdFM). De plus, plusieurs actions de dialogue politique et de plaidoyer de haut niveau ont été menées auprès du Président de la République, des ministres, des parlementaires des agences du SNU, des leaders religieux et des chefs traditionnels pour la prise en compte de la maitrise de la croissance démographique comme axe majeur des plans de développement. De même, des synergies ont été développées avec le projet SWEDD. Cependant, la mise en œuvre du programme a été entravée par quelques limites dans la programmation et la planification dont:

- Le nombre pléthorique des indicateurs, dont certains ne sont pas pertinents pour les résultats de produit ;
- Des prévisions budgétaires basées sur des estimations et ne tenant pas suffisamment compte d'une quantification pertinente et des fluctuations de coûts ;
- Un système de suivi évaluation de fonctionnalité limitée (faiblesse : du dispositif, de la qualité, de la promptitude et de la cohérence entre sources des données, du respect du circuit SNIS, du circuit des données interne à UNFPA, de l'encadrement des agents communautaires).
- Un problème d'harmonisation de la nomenclature et de structuration de la planification d'un document de référence à l'autre (CPD/CPAP ; fichier Atlas Projects, Matrices de résultats…)

CHAPITRE 6 : RECOMMANDATIONS

Les conclusions sur les questions d'évaluation, ont donné lieu à 6 recommandations adressées à l'UNFPA.

Recommandation 1 (C1 & C2/Pertinence & Réactivité)-Niveau de Priorité 2– implémenter dès le semestre 2 (S2), 2017: Améliorer la pertinence et la réactivité du programme par : 1) la mise en œuvre d'un plan d'exploitation systématique des documents existant sur la vulnérabilité du pays aux crises et l'envergure des besoins prévisibles ; 3) la planification incluant des stratégies à haut impact dont le renforcement de l'autonomisation économique des jeunes déplacés/réfugiés pour prévenir immigration clandestine et délinquance ; 4) Une budgétisation et un plaidoyer/mobilisation des ressources conséquents ;

Recommandation 2 (C3/Efficience) – Priorité 1 – implémenter dès conception et durant le PP9: Améliorer l'efficience du programme en optimisant le choix des zones et populations cibles, réduisant la dispersion des ressources et efforts à travers : (a) le diagnostic des obstacles institutionnels entravant les décaissements à temps des fonds vers les PE; (b) le développement d'un plan d'action participatif pour le favoriser la mobilisation des ressources, et du suivi de la mise œuvre; (c) l'anticipation de l'analyse des potentiels goulots d'étranglement auxquels font fassent les opérations (ex : logistiques, routes, climat) dans le contexte du Niger ; (d) une meilleure planification des activités et fixation des cibles des indicateurs de performance ; et (e) le renforcement des stratégies de formation.

Recommandation 3 (C4/Efficacité) – Priorité 1– implémenter dès S2, 2017: Améliorer l'efficacité du PP8 par : (a) la MEO d'un plan de maîtrise du système d'information et de gestion logistique ; (b) l'Approfondissement de la réflexion, puis la poursuite du plaidoyer en vue d'options alternatives (ex : meilleure attractivité des postes de travail en zone de programme, mesures administratives de réduction des rotations du personnel formé…) d'amélioration de la disponibilité des RH des PPS (FS, Centres Jeunes, Centres VBG) et de la logistique ; (c) l'optimisation de l'accès aux services SSR grâce à (i) l'intensification de l'ESC et de la CCC; (ii) l'amélioration de l'accès aux PPS conviviaux pour les jeunes ; (d) la concentration des interventions dans les zones prioritaires vulnérables.

Recommandation 4 (C5 / Durabilité) - Priorité 2 – implémenter dès conception et durant le PP9 : (a) Améliorer l'appropriation du plan de renforcement des capacités et de la mobilisation/gestion des ressources par la conception en atelier, puis la mise en œuvre d'un modèle de partenariat stratégique participatif incluant les secteurs public et privé, la société civile et les bénéficiaires ; (b) Systématiser le tutorat pour durablement renforcer les capacités des prestataires de services.

Recommandation 5 (C7/Coordination UNCT) –Priorité 2 – implémenter dès conception et durant le PP9 : contribuer davantage à la fédération des agences sœurs pour mieux harmoniser leurs interventions et limiter les duplications dans leurs contributions au développement du Niger par : (a) l'initiation d'une réflexion ad hoc ; (b) le positionnement pour promouvoir le processus.

Recommandation 6 (Coordination du Programme) –Priorité 1– implémenter dès S2, 2017: Améliorer la coordination du programme en : (1) accompagnant davantage le Gouvernement Nigérien dans le renforcement de la synergie entre les intervenants du secteur de la santé, tant au niveau communautaire qu'institutionnel et spécifiquement pour ce qui est de l'accès à l'information sur la santé sexuelle et reproductive et la disponibilité des produits contraceptifs ; (2) Contribuant au fonctionnement optimal du dispositif de Suivi-Evaluation et améliorer la qualité des données programmatiques, à travers des actions telles : (a) Harmoniser la nomenclature de planification, normaliser la chaîne des résultats, assurer un meilleur choix des indicateurs et fixer des cibles ambitieuses mais réalistes ; (b) Faire une analyse du circuit des données programmatiques dans le but d'en identifier les goulots d'étranglement et en apporter des solutions ; (c) Apporter un appui technique et financier à l'opérationnalisation du DHIS2 à tous les niveaux en fonction des ressources ; (3) Contribuant à l'amélioration du suivi et de l'efficacité des activités de communication de l'UNFPA par des actions telles: (a) Définir des indicateurs de mesure d'effets de la communication et les prendre en compte lors des activités d'évaluation et des études. Le plan budgétisé des évaluations pour le PP9 devrait intégrer des activités de recherche opérationnelle ; et (b) Promouvoir une meilleure capitalisation des bonnes pratiques sur les interventions avec la participation active des chargés de programme.