



**REPUBLIQUE
CENTRAFRICAINE
(RCA)**



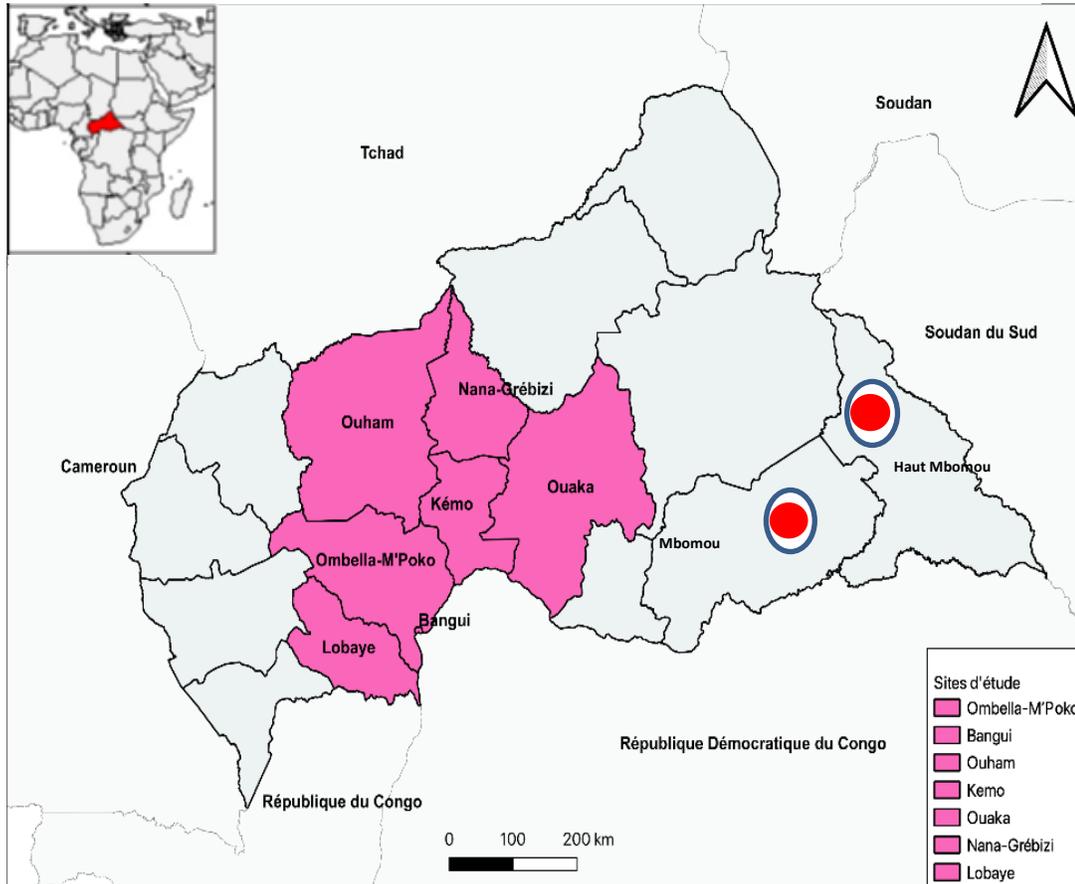
EVALUATION DU 8^{ème} PROGRAMME PAYS UNFPA CENTRAFRIQUE 2018-2022

VOLUME 1 : RAPPORT FINAL

Mai 2022



**Carte de la République Centrafricaine présentant les zones d'intervention
du 8^{ème} Programme de Pays (2018-2022)**



EQUIPE D'EVALUATION

Chef d'équipe, Chargé de la composante Santé, Droits Sexuels et Reproductifs (SDSR)	Alexandre DELAMOU
Chargée de la composante Adolescents et Jeunes	Suzanne SOBELA
Chargé de la composante Egalité des Sexes et Autonomisation des Femmes	France Jésus Jackson YOKO-MOKOBONGO

Evaluation finale indépendante du 8^{ème} Programme de pays du Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA) en République Centrafricaine - 2018-2021.

« Les informations contenues dans ce rapport ne reflètent pas nécessairement les points de vue et la position de l'UNFPA Centrafrique. La responsabilité des opinions exprimées ainsi que les erreurs de fait ou de jugement demeure celle de l'équipe d'évaluation ».

Remerciements

L'équipe d'évaluation du 8^{ème} Programme Pays de Centrafrique 2018-2022 souhaite remercier vivement le Bureau pays pour l'opportunité qui lui a été offerte de conduire cette évaluation. Nos remerciements s'adressent à l'équipe de Direction, aux Chefs et aux membres des unités, à l'équipe administrative et à tout le personnel de soutien. L'équipe remercie particulièrement le Représentant Résident pays pour ses conseils et orientations et le Gestionnaire de l'Evaluation pour sa disponibilité et son appui constant durant le processus d'évaluation.

L'équipe tient aussi à exprimer toute sa gratitude aux équipes des organismes du Système des Nations Unies en Centrafrique, aux partenaires de mise en œuvre, tant gouvernementaux que non gouvernementaux et la Société Civile pour leur grande disponibilité et leur collaboration qui ont facilité l'accès aux informations pendant la phase de collecte des données, malgré les conditions particulières engendrées par la crise sanitaire de COVID-19 et le contexte humanitaire.

L'équipe d'évaluation exprime sa reconnaissance envers tous les responsables administratifs locaux ainsi que les bénéficiaires des interventions qui ont participé aux entretiens et partagé leurs riches expériences.

Nos remerciements s'adressent également aux membres du groupe de référence de l'évaluation dont les commentaires et suggestions sur le rapport de conception, les résultats saillants du terrain, et le rapport provisoire ont permis d'améliorer à terme la qualité du présent rapport.

Table des matières

Remerciements	ii
Acronymes et Abréviations	v
Liste des tableaux et des figures	vi
Tableau des indicateurs clés du pays	vii
Résumé	Error! Bookmark not defined.
CHAPITRE 1: INTRODUCTION	1
1.1 But et Objectifs de l'évaluation du Programme pays de Centrafrique	1
1.2 Portée de l'évaluation	1
1.3 Approche de l'évaluation : une analyse de la contribution	2
1.3.1. Questions d'évaluation.....	2
1.3.2. Méthodes de collecte et d'analyse des données	3
1.3.3. Sélection de l'échantillon des parties prenantes.....	5
1.3.4. Limites de l'évaluation et mesures de mitigation.....	7
CHAPITRE 2: CONTEXTE PAYS	8
2.1. Défis liés au développement et stratégies nationales	8
2.1.1. Contexte général de la Centrafrique.....	8
2.1.2. Défis et stratégies nationales en matière de santé et droits sexuels et reproductifs	9
2.1.3. Défis et stratégies nationales dans le domaine des adolescents et jeunes	9
2.1.4. Défis et stratégies dans le domaine de l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes	10
2.1.5. Défis et initiatives liés aux questions de population et développement	11
2.1.6. Défis liés au contexte humanitaire et au COVID-19.....	11
2.2. Le rôle de l'aide extérieure	12
CHAPITRE 3 : REPONSE STRATEGIQUE DU PROGRAMME PAYS DE L'UNFPA	14
3.1. Réponse stratégique de l'UNFPA et du SNU	14
3.2. Réponse de l'UNFPA à travers le Programme Pays	14
3.2.1. Brève description du 7ème Programme Pays : Stratégies, objectifs et résultats.	14
3.2.2. Le 8ème Programme Pays : une analyse de la théorie du changement.....	15
CHAPITRE 4 : REPONSES AUX QUESTIONS D'EVALUATION	21
4.1. Réponses aux besoins et alignement stratégique (QE1, QE2 et QE3)	21
4.2. Réalisation des produits et contribution aux résultats du programme pays (QE4, QE5, QE6, et QE7) 31	
4.3. Utilisation des ressources et contribution aux résultats du programme pays (QE8)	46
4.4. Pérennité des acquis du programme pays (QE9)	50
4.5. Liens entre actions humanitaires et développement (QE10)	52

CHAPITRE 5 : CONCLUSIONS	54
5.1. Au niveau Stratégique	54
5.2. Au niveau programmatique	55
CHAPITRE 6 : RECOMMANDATIONS	57
6.1. Au niveau stratégique	57
6.2. Au niveau programmatique	58
ANNEXES	61

Acronymes et Abréviations

ARV	Antirétroviraux
CAD	Comité d'Aide au Développement
CCC	Communication pour un Changement de Comportement
CIPD	Conférence Internationale sur la Population et le Développement
Covid-19	Corona virus 2019
CPD	Country Programme Document (Document de Programme de Pays)
CPE	Country Programme Evaluation (Evaluation du Programme de Pays)
EAS	Abus et Exploitation Sexuelle
EQA	Contrôle de l'Assurance Qualité du rapport d'évaluation
ESAF	Egalité des Sexes et Autonomisation des Femmes
GBVIMS	Système de Gestion d'Information sur les Violences Basées sur le Genre
HCT	Equipe humanitaire pays [Humanitarian Country Team]
ICASEES	Institut Centrafricain des Etudes Economiques et Social
IEC	Information Education Communication
ISF	Indice Synthétique de Fécondité
IPPF	International Planned Parenthood Federation
LGBTQI	Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Queer, and Intersex
LOU	Letter Of Understanding
MICS	Multiple Indicator Cluster Surveys (Enquête par Grappe à Indicateurs Multiples)
OCDE	Organisation pour la Coopération et le Développement Economique
ODD	Objectifs de Développement Durable
ONG	Organisation Non Gouvernementale
OSC	Organisation de la Société Civile
PAES	Prévention contre les Abus et Exploitation Sexuelle
PCI	Prévention et Contrôle des Infections
PDI	Personnes Déplacées Internes
PF	Planification Familiale
PECVBG	Prise en Charge des Violences Basées sur le Genre
PSNPJ	Plan Stratégique National de Promotion de la Jeunesse
PNSR	Politique Nationale de Santé de la Reproduction
PTA	Plan de Travail Annuel
QE	Question d'Evaluation
RCA	République Centrafricaine
SMART	Specific, Measurable, Achievable, Realistic, Timely
S&E	Suivi et Evaluation
SDSR	Santé et Droits Sexuels et Reproductifs
SONU	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
SONUB	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de Base
SONUC	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complets
SR	Santé de la Reproduction
SRAJ	Santé Reproductive des Adolescents et Jeunes
TdR	Termes de Références
Tdc	Théorie de changement
UBRAF	Unified Budget, Results and Accountability Framework
UNCT	Equipe de pays des Nations Unies
UNDAF	Plan-cadre des Nations Unies pour l'Aide au Développement

UNEG	Groupe d'Evaluation des Nations Unies
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
UNSDCF	Plan Cadre des Nations Unies pour la Coopération au Développement Durable
VBG	Violence Basée sur le Genre
WCARO	Bureau Régional d'Afrique de l'Ouest et du Centre [West and Central Africa Regional Bureau]

Liste des tableaux et des figures

Tableaux

Tableau 1: Echantillonnage des parties prenantes rencontrées.....	6
Tableau 2: Nombre de FGD et entretiens réalisés par préfectures et par localités	6
Tableau 3: Limites et stratégies de mitigation	7
Tableau 4: Comparaison entre les cadres de résultats des 7ème et 8ème Programmes de pays de l'UNFPA - RCA	16
Tableau 5: Indicateurs utilisés pour évaluer la performance du CPD8 en lien avec le produit 1	34
Tableau 6: Indicateurs de résultats pour évaluer la performance du CPD8 en lien avec le produit 2	35
Tableau 7: Indicateurs utilisés pour évaluer la performance du CPD8 en lien avec le produit 3	37
Tableau 8: Indicateurs du CPD8 en lien avec le produit 4	39
Tableau 9: Indicateurs du CPD8 en lien avec le produit 5	40
Tableau 10: Indicateurs utilisés pour évaluer la performance du CPD8 en lien avec produit 5	40
Tableau 11: Projets humanitaires du CPD8	42
Tableau 12: Répartition du personnel du bureau pays de l'UNFPA	47
Tableau 13: Estimation de la performance globale et du niveau de réalisation des produits du CPD8	47
Tableau 14: Taux d'exécution du budget du CPD8 par an et par produit	48
Tableau 15: Structure financière et performance par domaine thématique et produit du CPD8 entre 2018-2021	48

Figures

Figure 1: Carte administrative de la Centrafrique.....	8
Figure 2: Croissance du PIB (Prix Constants) de la RCA entre 2014-2021	12
Figure 3: Evolution du financement de la santé de 2018 à 2021	13
Figure 4: Alignement plan Stratégique de l'UNFPA sur les Objectifs de Développement Durable (ODD)	14

Tableau des indicateurs clés du pays

INDICATEURS	CENTRAFRIQUE	SOURCES
Localisation géographique	Afrique Centrale	
Superficie	623 000 Km ²	ICASEES, 2017
POPULATION		
Population (Estimation 2017)	5,1 millions	ICASEES, 2017
Population Rurale	2 595 900 (50,9%)	ICASEES, 2017
Taux de croissance démographique	2,5%	ICASEES, 2017
GOUVERNEMENT		
Type	Démocratique	
Evènement politique	Indépendance 1960 Dernière Constitution 2015	
ECONOMIE		
PIB/Habitant (\$ US Courant)	450,9 \$	Banque Mondiale, 2017
Taux de croissance Réelle du PIB	4,3%	ICASEES, 2018
Base économique	Agriculture	
INDICATEURS SOCIAUX		
Indice de Développement Humain (IDH)	0,35	PNUD, 2010
Taux de pauvreté	62%	Banque Mondiale (2010)
Espérance de vie à la naissance	Globale : 50 ans Homme : 47,8 ans Femme : 51,3 ans	ICASEES, 2017
Indice synthétique de fécondité	6,2 (Urbain 5,1 ; Rural 7)	MICS 2010
Mariage avant l'âge de 15 ans	23,8%	MICS 2010
Taux de fécondité chez les 15-19 ans	229‰ (Urbain 182‰ ; Rural 263‰)	MICS 2010
Mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes	882	OMS, 2015

Naissances assistées par le personnel de santé qualifié	53,8% (Urbain 82,9% ; Rural 38,4%)	MICS 2010
Dépenses de Santé (% BGE)	9%	ICASEES, 2017 ¹
Taux de prévalence contraceptive moderne (15-49 ans)	9,3% (Urbain 20,1% ; Rural 2,5%)	MICS 2010
Taux de prévalence contraceptive moderne (15-19 ans)	6,7%	MICS 2010
Besoin non satisfait de planification familiale (% de femmes actuellement mariées, 15-49 ans)	22,9% (Urbain 24,2% ; Rural 22,1%)	MICS 2010
Taux d'Alphabétisation des jeunes (15-24 ans)	Homme 54,0% ; Femme 30,4%	ICASEES, 2018
Personnes vivant avec le VIH, 15-49 ans	106340 (Femme:71018 ; Homme: 35322)	MICS 2010
Taux de prévalence du VIH, 15-49 ans	4,9% (Homme 3,0% ; Femme 6,3%)	MICS 2010
Taux de prévalence du VIH, 15-24 ans	2,8% (Garçon 0,7% ; Fille 4,2%)	MICS 2010
Indice d'Inégalité de genre	0,655	PNUD, 2017
Prévalence de l'excision chez les femmes	24% (Urbain 18% ; Rural 29%)	MICS 2010

¹ Plan de transition du secteur de la santé (PTSS) de la RCA, 2016-2017

Résumé

But et objectifs de l'évaluation

L'évaluation du 8^{ème} Programme pays de l'UNFPA Centrafrique (2018-2022) a pour but de : i) rendre compte aux parties prenantes de ses performances en matière de résultats de développement et d'investissement des ressources ; ii) soutenir la prise des décisions basées sur des données factuelles ; iii) tirer de précieux enseignements pour la conception du prochain cycle du programme.

Portée de l'évaluation

L'évaluation indépendante du CDP8 Centrafrique couvrant la période 2018-2021 touche principalement les trois domaines programmatiques (santé, droits sexuels et droits reproductifs, adolescents et jeunes et égalité des sexes et autonomisation des femmes) et les questions transversales. Aussi, un accent a été mis sur les changements liés à la situation humanitaire et au COVID-19. Géographiquement, l'évaluation a couvert quatre sur sept régions sanitaires² que compte le pays notamment les régions une, trois, quatre et sept.

Méthodologie

La méthodologie utilisée dans le cadre de cette évaluation est fondée sur le guide d'évaluation de l'UNFPA³ applicable à tous les pays. A cet effet, les questions d'évaluation⁴ ont été formulées au niveau de chaque critère retenu pour apprécier la performance du programme.

Pour répondre aux différentes questions d'évaluation, les méthodes de collecte et d'analyse des données reposaient fondamentalement sur :

- une approche basée sur la théorie de changement qui consiste à décrire comment l'ensemble des activités prévues dans le cadre du programme pays devraient contribuer à une séquence des résultats qui aboutit à l'objectif stratégique de l'UNFPA ;
- une approche participative consistant à impliquer les parties prenantes au niveau national et infranational pour recueillir les informations clés sur la contribution de l'UNFPA aux changements ;
- une approche mixte combinant les méthodes qualitatives et quantitatives pour minimiser les biais et renforcer la validité des résultats. La triangulation a été utilisée pour croiser les données, ce qui a permis de fournir des informations crédibles.
- une approche de sélection de l'échantillon des parties prenantes à travers les sites, les structures, et les localités des six sur sept préfectures couvertes par le programme.

Enfin, pour collecter les informations relatives au programme, les outils de collectes ont été élaborés à cet effet. Ces outils ont été conçus sur la base du guide générique d'évaluation. Les informations recueillies à travers les revues documentaires, les entretiens, les focus groupes, et les observations et stockées ont fait l'objet d'analyse.

Limites de l'évaluation et mesures de mitigation

L'évaluation du CPD8 s'est confrontée à quatre grandes limites à savoir : le contexte sécuritaire et humanitaire du pays, le COVID-19, la non disponibilité des données actualisées et la durée (timing) de mission de collecte des données sur le terrain. Face à ces limites, l'équipe de l'évaluation s'est adaptée à travers les différentes mesures de mitigation suivantes : i) en rapport avec le contexte sécuritaire et humanitaire du pays, les missions de terrain dans les préfectures ont été guidées par les informations de sécurité disponibles au niveau de chaque base de la MINUSCA ; l'usage des appels téléphoniques pour réaliser les entretiens dans certaines zones

² Régions de la RCA : Bangui, Lobaye, Ombella-M'Poko, Ouham, Kémo, Nana-Grébizi et Ouaka.

³ Guide d'évaluation Handbook de l'UNFPA 2019

⁴ CF chapitre 1

difficiles d'accès a été indispensable ; ii) en ce qui concerne, le COVID-19, le respect des règles de barrières à travers la distanciation physique, l'utilisation des gels hydro alcooliques, et l'usage des masques (cache-nez) durant les missions de terrain ont été observés ; iii) en matière de la non disponibilité des données mises à jour, l'équipe de l'évaluation a fait recours aux projections de RGPH 2003, aux bases de données des organismes internationaux, aux rapports d'enquêtes et des revues ; iv) enfin, pour la durée limitée de la mission, en vue d'obtenir le maximum d'informations auprès des informateurs clés, des mesures utilisées via Zoom, WhatsApp, des appels téléphoniques ainsi que des rencontres groupées ont été organisées.

Principaux résultats

Les besoins des groupes vulnérables et marginalisés ont été pris en compte dans le 8^{ème} Programme pays RCA à travers les trois domaines thématiques du programme. Ces besoins identifiés cadrent avec les priorités internationales (ODD, CIPD, Plan stratégique UNFPA) et nationales (RCPCA, UNDAF+, Plan de réponse humanitaire, Plan d'urgence et de réponse au COVID-19). Cependant, plusieurs défis liés aux contextes national (sécurité, socioéconomique...) et international (COVID-19, aides publiques au développement) pourront engendrer de nouvelles priorités qui vont s'ajouter aux anciennes priorités susceptibles de rendre difficile l'atteinte des trois résultats transformations de l'UNFPA suivants : zéro décès maternel évitable, zéro besoin non satisfait en matière de planification familiale ; zéro violence basée sur le genre et les pratiques néfastes et par conséquent des ODD. La non disponibilité et la faible qualité des données ainsi que les retards dans la réalisation du quatrième RGPH n'ont pas permis de fournir des évidences permettant d'identifier les besoins réels des groupes vulnérables et d'orienter la prise de décisions.

La mise en œuvre du CPD8 a été dominée plus par les interventions à caractère humanitaire que les interventions de développement. Ceci n'a pas permis de contribuer réellement à la réalisation des produits et à l'atteinte des résultats attendus du programme pays.

En matière de santé et droits sexuels et reproductifs, l'appui de l'UNFPA a été axé beaucoup plus sur : i) le renforcement de capacités des partenaires de mise en œuvre et les prestataires des services, l'élaboration des documents normatifs ; ii) l'amélioration des plateaux techniques des hôpitaux de référence ; iii) la prise en charge des cas de fistules obstétricales ; iv) la dotation des structures de santé et les sites des DPI en kit SR et PF. Pour ce qui est des SONU, le personnel de santé a été recyclé en SONUB/SONUC et des sages-femmes mentors ont été déployées dans certains districts pour l'encadrement et la prise en charge des cas compliqués. En ce qui concerne la planification familiale, qui constitue la niche principale de l'UNFPA, on peut remarquer un résultat satisfaisant en termes d'atteinte des cibles des indicateurs. Malgré ces efforts, il est à relever qu'en matière de la demande, il y a une faible mobilisation communautaire en raison de l'expertise limitée des partenaires en faveur de la planification familiale et de la persistance des normes sociales. Concernant l'offre de services, on note : une difficulté d'approvisionnement des FOSA en produits PF/SR/Kits d'urgence jusqu'au dernier kilomètre à cause des retards ; une insuffisance de prise en charge des cas de fistules obstétricales ; une faible qualité des services en SONU ; une faiblesse du système de surveillance et des audits des décès maternels ; une insuffisance dans les mécanismes de collecte et de transmission des données.

Dans le domaine des adolescents et jeunes, les interventions de l'UNFPA ont été axées sur les informations, la communication, les sensibilisations pour un changement de comportement sur les questions de SSR du VIH, de mariages précoces et de l'implication des jeunes au processus de consolidation de la paix et de cohésion sociale en RCA. Par ailleurs, l'UNFPA a appuyé l'élaboration des documents normatifs servant de cadre de référence pour orienter les interventions futures concernant ce groupe cible. Cependant, il n'a pas été possible d'apprécier l'efficacité à travers les indicateurs formulés au départ. La stratégie de l'éducation sexuelle complète et l'observatoire du dividende démographique qui sont des volets importants du domaine n'ont pas été réalisés.

Le domaine d'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes a été une question transversale durant la mise en œuvre du programme. Bien que des progrès ont été réalisés en termes de renforcement des capacités, d'élaboration des documents normatifs et des instruments juridiques sur les questions de genre GBV, il faut

relever que la réalisation du produit de ce domaine était difficile à mesurer par rapport aux indicateurs. Quant au volet autonomisation des femmes et des filles, celui-ci n'a pas fait l'objet d'un axe stratégique, ni d'indicateur pour sa mesurabilité et sa contribution à l'atteinte des résultats attendus du programme.

Dans le cadre de la coopération inter agence et de « ONE UN », le Bureau pays de l'UNFPA à travers son mandat a participé au bon fonctionnement de l'UNCT et de HCT ainsi qu'à l'élaboration de l'UNDAF+, des programmes conjoints dans les domaines des adolescents et jeunes, de SDSR, de VBG, du VIH et de cluster santé. Par ailleurs, il est le lead du sous cluster VBG et gestionnaire de l'outil d'information GBVIMS pour la collecte de données sur les VBG. Cependant, au niveau de la coordination nationale, sa contribution reste très limitée au niveau central, sectoriel et décentralisé en raison de faible appui technique et financier. Le dispositif de suivi-évaluation a été amélioré durant la mise en œuvre du CPD8 par la mise en place d'une base de données électroniques à travers le système d'information stratégique (SIS) et par le renforcement des capacités techniques des partenaires de mise en œuvre sur les outils de gestion des plans de travail annuel (PTA) et la gestion axée sur les résultats. Cependant, le dispositif n'a pas permis de contribuer à la prise de décision en raison de la qualité de certains indicateurs formulés au début du programme, et de la non disponibilité des données à temps réel faute de non réalisation de certaines enquêtes.

La mobilisation des ressources financières pour la mise en œuvre du CPD8 a été suffisante. Malgré cette mobilisation, l'utilisation n'a pas été adéquate au regard du niveau de réalisation des produits et d'atteinte des résultats attendus du programme. Au niveau de ressources humaines, il est à noter également un déficit en personnel durant la mise en œuvre du programme.

L'évaluation des résultats durables du CPD8 était basée sur les cinq modes d'engagement en rapport avec les trois domaines thématiques du programme pays. Cependant, les mécanismes permettant de garantir la durabilité des acquis du programme par les partenaires de mise en œuvre n'ont pas été développés au préalable et cela pose un problème de programmation et rend difficile l'appréciation de l'appropriation nationale. Aussi, l'intégration d'une approche programme nexus-humanitaire-développement reste un défi pour la durabilité des résultats.

Principales conclusions

Au niveau stratégique :

- La théorie de changement au début du 8^{ème} Programme de pays était basée essentiellement sur un seul volet de la question de SDSR (planification familiale), or le CPD8 comportait trois domaines thématiques. L'appréciation des résultats a dû se faire grâce à l'utilisation des théories de changement reconstituées par domaine thématique, par produit et par la formulation des indicateurs proxy. L'extension du CPD8 n'a pas fait l'objet de modification de la théorie du changement. L'une des faiblesses de la mise en œuvre de la théorie de changement de ce programme est l'insuffisance d'application des modes d'engagement qui devraient guider la mise en œuvre du programme. En outre, la mise en œuvre avait privilégiée plus une approche projet que programme. Car les unités du Bureau pays de l'UNFPA travaillaient plus de manière unilatérale avec des activités de suivis sur le terrain qui ne sont pas souvent intégrées. Ce qui ne favorise pas une synergie et une complémentarité des interventions.
- L'identification des besoins des populations vulnérables et marginalisées et l'alignement du CPD8 sur les priorités internationales et nationales ont été pertinents et cohérents. Cependant, le fait de ne pas prendre en compte les questions de population et développement qui font partie du mandat de l'UNFPA a impacté sur l'identification des besoins spécifiques relatifs à chaque groupe de population.
- Le 8^{ème} Programme pays a connu une prépondérance des projets humanitaires que des projets de développement. Ces projets humanitaires sont de courte durée et circonscrits à des localités spécifiques,

et posent le problème de leur pérennisation et de leur articulation avec les interventions de développement.

- Conformément à son mandat, l'UNFPA a pu contribuer aux mécanismes de coordination de l'UNCT et de l'HCT par sa participation aux activités du système des Nations Unies (UNDAF+, Cluster santé, programmes conjoints, groupe thématique, groupe de travail). Son leadership pour le sous cluster VBG et la gestion de l'outil d'informations GBVIMS a été louable. Cependant, sa contribution au niveau de la coordination nationale reste très limitée en termes d'appui technique et financier à tous les niveaux (central, sectoriel, et décentralisé) ce qui constitue un frein au mécanisme de durabilité.

Au niveau programmatique :

- L'analyse des résultats du CPD8 à travers les produits a montré que les interventions du Bureau de l'UNFPA en faveur des groupes vulnérables et marginalisés devant contribuer à un meilleur accès et utilisation aux services intégrés de SSR, de VBG et de VIH ont été limitées. En effet, en matière de SDSR, les facteurs explicatifs sont entre autres: l'insuffisance de renforcement de capacité (formation, équipements et supervision en SONU) ; la prise en charge incomplète des cas des fistules obstétricales; les difficultés d'approvisionnement des FOSA en produits PF/SR/Kits d'urgence ; la faible mobilisation communautaire pour accroître la demande des services en SDSR notamment en PF ; l'absence d'appui de l'UNFPA au système national d'informations sanitaires (SNIS) pour fournir les données de SDSR à temps réel et de surveillance des décès maternels (Revue et audits).
- Dans le domaine des adolescents et jeunes, les facteurs limitant leur accès aux services intégrés de SSR, VIH, PF/VBG, sont entre autres : l'absence d'une stratégie d'éducation sexuelle complète en milieu scolaire et extrascolaire ; l'absence de ciblage réel de tranches d'âge des adolescents et jeunes (10 à 24 ans) vs 15 -35ans.
- Dans le domaine de promotion de l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes, il est à noter : une insuffisance de recherches opérationnelles sur la perception communautaire sur les VBG ; une insuffisance de prise en charge holistique des cas de VBG ; une non prise en compte des questions de l'autonomisation des femmes et des filles dans les axes stratégiques ;
- Le dispositif du suivi-évaluation du programme n'a pas permis fondamentalement de collecter toutes les informations utiles pour apprécier les progrès vers les résultats et n'a pas conduit à une prise de décision pour améliorer la mise en œuvre du programme. L'unité dispose d'un seul personnel pour suivre et veiller à l'assurance qualité des activités des partenaires de mise en œuvre. Par ailleurs, la majorité des indicateurs ne sont pas SMART. Ce qui rend difficile l'évaluation du niveau d'atteinte des indicateurs et l'appréciation de la réalisation des produits et des résultats attendus du programme.
- La mise en œuvre du CPD8 avait prévu dans son plan de ressources humaines un effectif adéquat susceptible de contribuer à la réalisation des produits et de contribuer à l'atteinte des résultats attendus du programme pays. Or l'évaluation a relevé que l'effectif du personnel a été insuffisant. Malgré une mobilisation des ressources financières satisfaisante, l'utilisation de celles-ci n'a pas permis d'atteindre les résultats escomptés. Car certaines activités prévues dans le CPD8 n'ont pas été réalisées au profit de celles liées aux nouveaux besoins (COVID-19) qui ne concourent pas forcément à l'atteinte des résultats attendus du programme.

Principales recommandations

Au niveau stratégique, l'UNFPA devrait :

- formuler une théorie de changement du prochain programme pays en se basant sur les trois résultats transformateurs de l'UNFPA tout en tenant compte du contexte national et des défis au niveau international ;
- mettre en place un mécanisme de pérennisation des interventions humanitaires en collaboration avec les structures étatiques et communautaires ;
- réduire les zones d'intervention à couvrir pour une meilleure efficacité et impact des résultats ; continuer à développer des partenariats pour mobiliser les ressources suffisantes lui permettant d'offrir les services de planification familiale et de prise en charges holistiques des fistules obstétricales sur l'ensemble du territoire.
- renforcer les mécanismes de coordination nationale en termes d'appui technique et financier, de définition du rôle de chaque organe de coordination, de renforcement du volet communication de ses interventions et la documentation des bonnes pratiques du programme pour sa visibilité.

Au niveau programmatique, l'UNFPA devrait :

- intensifier son appui pour le renforcement des capacités nationales de production et de disponibilité des données pour l'identification des besoins et prises de décision dans les domaines de SDSR, VIH, PF et VBG.
- augmenter ses appuis en SONU (SONUB et SONUC) pour améliorer la qualité de l'offre de services ; intensifier ses efforts pour le renforcement durable de la gestion de la chaîne d'approvisionnement en produits SR au niveau national et décentralisé, afin d'assurer la disponibilité jusqu'au dernier kilomètre pour répondre à l'augmentation continue de la demande.
- renforcer la couverture des interventions en faveur des adolescents et jeunes à travers la mise en œuvre de la stratégie de l'éducation sexuelle complète en milieu scolaire et extrascolaire ;
- veiller à la prise en compte du volet autonomisation économique des femmes et des filles au niveau des axes stratégiques et poursuivre les efforts de prise en charge holistique des cas de VBG.
- renforcer l'unité de suivi-évaluation en ressources humaines, logistiques et financières pour suivre et veiller à l'assurance qualité des interventions du programme pays ; veiller à la formulation et à l'harmonisation des indicateurs dans le domaine de développement et humanitaire ; veiller à ce que les canevas des rapports trimestriels et annuels renseignent continuellement sur le niveau d'atteinte des indicateurs du programme ; continuer à intensifier ses efforts pour générer plus de données actualisées et probantes dans les domaines de son mandat ; appuyer les responsables des SDSR dans les régions et districts sanitaires pour la gestion, le suivi et la documentation.
- veiller à l'application des modes d'engagement ; établir un plan d'accompagnement et d'opérationnalisation des documents normatifs, et le plan de renforcement des capacités des acteurs communautaires et les ministères sectoriels ; mettre en place un mécanisme de durabilité des interventions à travers l'intégration d'une approche programme nexus-humanitaire-développement.

CHAPITRE 1: Introduction

1.1 But et Objectifs de l'évaluation du Programme pays de Centrafrique

L'évaluation du 8^{ème} Programme pays (2018-2022) s'aligne sur la politique d'évaluation de l'UNFPA 2019 avec un triple objectif :

- (i) rendre compte aux parties prenantes de ses performances en matière de résultats de développement et d'investissement des ressources ;
- (ii) soutenir la prise de décisions basée sur des données factuelles ;
- (iii) tirer de précieux enseignements, élargissant la base de connaissances existante afin d'accélérer la mise en œuvre du programme d'action de la conférence internationale pour la population et le développement (CIPD) de 1994.⁵

Les objectifs généraux de cette évaluation de programme pays étaient de :

- fournir une appréciation indépendante du 8^{ème} Programme pays 2018-2021 au Bureau pays de l'UNFPA Centrafrique, aux parties prenantes nationales et aux détenteurs de droits, à l'UNFPA (WCARO, au Siège de l'UNFPA ainsi qu'au public en général) ;
- élargir la base des données factuelles pour la conception du prochain cycle de programme.

Les objectifs spécifiques de cette évaluation de programme pays sont :

- fournir une appréciation indépendante concernant la pertinence, l'efficacité, l'efficience et la durabilité du soutien de l'UNFPA ;
- fournir une appréciation sur la couverture géographique et démographique de l'aide humanitaire de l'UNFPA et la capacité de l'UNFPA de connecter le soutien immédiat et vital aux objectifs de développement à long terme ;
- fournir une appréciation sur le rôle joué par le Bureau pays de l'UNFPA Centrafrique concernant les mécanismes de coordination de l'UNCT et de l'HCT en vue d'une part, d'améliorer la contribution collective des Nations Unies aux résultats du développement, et d'autre part, d'améliorer la réponse humanitaire et de garantir la contribution au relèvement à plus long terme ;
- tirer des conclusions essentielles de la coopération passée et actuelle, et fournir un ensemble de recommandations claires, stratégiques et concrètes pour le prochain cycle du programme.

1.2 Portée de l'évaluation

L'évaluation du CDP8 de Centrafrique a couvert les actions planifiées et/ou mises en œuvre pendant la période 2018-2021. Elle s'est déroulée entre novembre 2021 et mars 2022. L'évaluation a couvert les domaines thématiques suivants du 8^{ème} programme de coopération RCA-UNFPA : santé et droits sexuels et reproductifs ; adolescents et jeunes ; égalité des sexes et autonomisation des femmes. La thématique relative aux questions de population et développement a un caractère transversal aux trois principaux domaines. En outre, l'évaluation a couvert des questions transversales telles que les droits humains, l'égalité de genre, le handicap, le statut du

⁵ TDRs de l'évaluation du CPD8

déplacement, ainsi que les aspects transversaux tels que la coordination ; la mobilisation des ressources et les partenariats stratégiques. Un accent a été mis sur les changements liés à la situation humanitaire et à l'adaptation à la pandémie de COVID-19.

Au niveau programmatique, l'évaluation a porté sur les cinq produits cibles du 8^{ème} Programme Pays RCA-UNFPA et a inclus les projets non planifiés au début dans le 8^{ème} programme pays mais qui ont été exécutés du fait du contexte humanitaire changeant.

Géographiquement, l'évaluation du CPD8 a couvert quatre sur sept régions sanitaires que compte le pays notamment un, trois, quatre et sept où l'UNFPA a appuyé la mise en œuvre des interventions dans sept préfectures sur seize que comptait le pays : Bangui, Lobaye, Ombella-M'Poko, Ouham, Kémo, Nana-Grébizi et Ouaka, avec une extension sur certaines localités où des interventions à caractère humanitaire ont été menées.

1.3 Approche de l'évaluation : une analyse de la contribution

1.3.1. Questions d'évaluation

Les questions d'évaluation initiales proposées dans les TDRs ont été revues et affinées par l'équipe d'évaluation après avis du gestionnaire d'évaluation et du groupe de référence en tenant compte des critères d'évaluation et du manuel d'évaluation⁶. Ce processus a abouti aux questions finales d'évaluation qui permettent de vérifier si les conditions préalables à la réalisation des produits (outputs) et à la contribution de l'UNFPA aux résultats aux niveaux supérieurs ont été remplies tout en ressortant les forces et les limites.

QE1 : Dans quelle mesure le programme pays est-il adapté : (i) aux besoins de différentes populations, y compris les besoins de groupes vulnérables et marginalisés (par exemple, jeunes et femmes handicapés et les communautés autochtones.); (ii) aux priorités des stratégies et politiques nationales de développement; (iii) à l'orientation stratégique et aux objectifs de l'UNFPA; (iv) et aux priorités énoncées dans les cadres et les accords internationaux, en particulier le Programme d'action de la CIPD et les ODD ? (Pertinence)

QE2 : Dans quelle mesure l'UNFPA a-t-il réussi à intégrer les droits de l'homme et les perspectives de l'égalité du genre et l'autonomisation des femmes dans la conception, la mise en œuvre et le suivi du programme pays ? (Pertinence)

QE3 : Dans quelle mesure le Bureau pays a-t-il été capable de réagir aux changements en matière de besoins et priorités nationaux (ex : COVID-19 et situation humanitaire), y compris ceux des communautés vulnérables ou marginalisées notamment les adolescents, les jeunes, les personnes handicapées et les communautés autochtones ? (Pertinence et connectivité)

QE4 : Dans quelle mesure les actions soutenues de l'UNFPA ont-elles permis la réalisation des produits (outputs) et contribué aux résultats (outcomes) attendus du programme pays ? En particulier : (i) accès et utilisation accrus des services intégrés de santé sexuelle et reproductive ; (ii) autonomisation des adolescents et des jeunes pour accéder aux services de santé sexuelle et reproductive et pratiquer leurs droits sexuels et reproductifs ; (iii) la promotion de l'égalité des sexes et l'autonomisation de toutes les femmes et des filles. (Efficacité)

⁶ Evaluation Handbook, February 2019

QE5 : Dans quelle mesure les actions humanitaires de l'UNFPA ont-elles systématiquement atteint toutes les zones géographiques dans lesquelles résident les populations affectées, les plus vulnérables et marginalisées (femmes, adolescents et jeunes, femmes handicapées, minorités raciales, ethniques, religieuses, etc.) ? (Efficacité).

QE6 : Dans quelle mesure le Bureau pays de l'UNFPA a-t-il contribué au fonctionnement et à la consolidation des mécanismes de coordination de l'UNCT (équipe pays des nations unies), l'HCT (équipe humanitaire pays) et des autres partenaires (gouvernement, société civile) ? (Efficacité)

QE7 : Dans quelle mesure le dispositif institutionnel de Suivi-Evaluation du programme a-t-il produit des résultats utiles pour la prise de décision ? (Efficacité)

QE8 : Dans quelle mesure les ressources humaines, financières et administratives mobilisées dans le cadre du 8^{ème} Programme pays et l'application des politiques, procédures et outils ont-t-elles favorisé ou au contraire entravé l'atteinte des produits (outputs) et des résultats (outcomes) attendus du programme de pays ? (Efficience)

QE9 : Dans quelle mesure l'UNFPA a-t-il pu soutenir les partenaires de mise-en-œuvre et les bénéficiaires (femmes, adolescents et jeunes) dans le développement de leurs capacités et l'établissement des mécanismes permettant de garantir la durabilité des effets ? (Durabilité)

QE10 : Dans quelle mesure la réponse humanitaire de l'UNFPA a-t-elle tenu compte des objectifs de développement à plus long terme énoncés dans le cadre de résultats du programme de pays et a-t-elle contribué au développement des capacités des acteurs nationaux (ministères compétents, organisations de jeunes et de femmes, établissements de santé, communautés, etc.) pour mieux se préparer à réagir et se rétablir d'une crise humanitaire ? (Connectivité).

1.3.2. Méthodes de collecte et d'analyse des données

La conception méthodologique de l'évaluation comprenait notamment : (i) une approche basée sur la théorie du changement ; ii) une approche participative, une approche de méthodes mixtes, (iii) une stratégie pour la collecte et l'analyse des données ; (iv) des outils spécialement conçus pour la collecte et l'analyse des données ; et (v) une matrice d'évaluation.

(i) L'approche basée sur la théorie du changement

Elle consistait tout d'abord, à décrire comment les actions soutenues par le Bureau pays de l'UNFPA Centrafrique devrait produire une série de résultats (outcomes). Ensuite, elle permettait de dégager les liens de causalités entre les résultats, les hypothèses critiques et les facteurs contextuels qui appuient, ou au contraire, empêchent la réalisation des changements souhaités. Enfin, l'approche basée sur la théorie est fondamentale pour identifier ce qui marche et ce qui ne marche pas et pourquoi. Elle se concentre sur l'analyse des liens de causalité entre les changements aux différents niveaux de la chaîne de résultats.

(ii) Approche participative, approche de méthodes mixtes

- Approche participative

Elle reposait sur une approche inclusive, transparente et participative qui consiste à impliquer un large éventail de partenaires et de parties prenantes aux niveaux national et infranational⁷. Ceci permet d'identifier les partenaires impliqués dans la préparation et la mise en œuvre du programme pays, ainsi que les partenaires qui ne travaillent pas directement avec l'UNFPA mais qui jouent pourtant un rôle clé pour la réalisation des résultats attendus. Ces parties prenantes comprennent : les représentants du gouvernement, des organisations de la société civile, des partenaires de mise-en-œuvre, du secteur privé, de l'université, autres organismes des Nations Unies, bailleurs et, surtout, les détenteurs de droits (les femmes, adolescents et jeunes). Ces derniers pourront fournir des informations et données pour évaluer la contribution de l'UNFPA aux changements dans chaque domaine thématique du programme pays.

- Approche de méthodes mixtes

L'approche de méthodes mixtes consistait à utiliser principalement les méthodes qualitatives et quantitatives pour la collecte de données, notamment : la revue documentaire, les entretiens, les focus groupes et les observations lors de visites de terrain. Cette approche présente un avantage en termes de minimisation des biais à partir des données collectées pour une meilleure analyse des résultats basée sur les évidences. Les données quantitatives seront collectées à travers un examen de documents et autres supports tels que des sites Web et bases de données nationales et internationales, afin d'obtenir des données (d'ordre financier ou sur des indicateurs clés) pour mesurer le changement aux niveaux des produits (outputs) et des résultats (outcomes). La complémentarité entre les deux méthodes consistait à garantir que l'évaluation: (i) réponde aux besoins d'information des utilisateurs et à l'utilisation prévue des résultats de l'évaluation; (ii) s'inscrive dans une approche respectueuse des droits de l'homme et des principes d'égalité de genre tout au long du processus, y compris au travers de la participation et la consultation des principales parties prenantes (détenteurs de droits et porteurs de devoirs); et (iii) après triangulation des données recueillies, va fournir des informations crédibles sur les avantages pour les porteurs de devoirs et les détenteurs de droits (femmes, adolescents et jeunes) du soutien de l'UNFPA.

(iii) Stratégie pour la collecte et l'analyse des données

- Considérations éthiques

L'évaluation a été conduite conformément au code de conduite, aux directives éthiques et aux normes et règles d'évaluation du groupe d'évaluation des Nations Unies (UNEG)⁸. A cet effet, le processus d'évaluation était participatif, objectif et impartial, assurant une participation volontaire et consentie, la confidentialité et le respect de la vie privée.

⁷ Voir Annexe B

⁸ Document disponible à: <http://www.unevaluation.org/document/detail/1914>.

Avant les différents entretiens et discussions de groupe, les participants ont été informés sur la base d'un formulaire de consentement élaboré à cet effet dans le manuel d'évaluation qu'ils étaient libres de répondre aux questions et les informations collectées étaient confidentielles et anonymes. Il leur a été signifié qu'aucune réponse n'était bonne ou mauvaise et que l'évaluation concernait l'UNFPA et non les participants, dans le simple but d'aider l'UNFPA à améliorer ses interventions futures en faveur des populations centrafricaines.

(iv) Les outils de collecte des données

En fonction des techniques de collecte des données, des outils spécifiques ont été élaborés incluant une grille d'extraction des données pour la revue documentaire, un guide d'entretien individuel approfondi, un guide de discussion de groupe et une grille d'observation pour les visites de terrain⁹. Ces différents outils présentent des avantages en terme de complétude et qualités des données.

(v) Analyse des données

L'analyse des données a été guidée par les objectifs d'évaluation et a porté sur les données primaires et secondaires recueillies et compilées dans la matrice d'évaluation. Elle s'est faite en deux étapes : analyse préliminaire et analyse approfondie.

L'analyse préliminaire, basée sur la structure de la matrice d'évaluation, a été conduite au fur et à mesure de la collecte des données de manière à ce qu'au terme de la phase de terrain, l'équipe d'évaluation soit en mesure de présenter les résultats préliminaires au Bureau pays et au groupe de référence.

L'analyse approfondie a consisté à dégager et à présenter par thématique les liens entre les données qualitatives et quantitatives et les réponses aux questions d'évaluation en tenant compte des indicateurs et des hypothèses. Ce qui a permis d'apprécier la performance et/ou la contreperformance du programme ainsi que les facteurs explicatifs.

1.3.3. Sélection de l'échantillon des parties prenantes

L'évaluation a utilisé une approche d'échantillonnage raisonné des parties prenantes, suivant les recommandations du manuel d'évaluation de l'UNFPA¹⁰. Le processus de sélection des parties prenantes a impliqué le gestionnaire de l'évaluation et le groupe de référence sur la base de la cartographie des parties prenantes et de la liste des projets¹¹. La sélection des sites et structures à visiter ainsi que des participants a été réalisée selon les critères incluant entre autres le niveau d'implication dans la conception et la mise en œuvre du CPD8, la représentativité des structures étatiques, non gouvernementales, des groupes cibles et la couverture géographique (zones du programme et zones humanitaires).

Sur la base de ces critères, l'échantillon a couvert les six préfectures sur sept retenus dans le CPD8 : Bangui, Kémo, Lobaye, Ombella M'Poko, Ouaka, et Ouham. Les localités des six préfectures touchées par l'évaluation sont entre autres : Bimbo, Bégoua, Boali, Bossembélé, Yaloké, Damara, Mbaiki, Boda, Mongoumba, Sibut, Dékoa, Bambari, Bossangoa. Ajoutant à ces localités des zones humanitaires qui sont : Zémio (Haut Mbomou)

⁹ CF Annexe 4 : Outils de collectes des données

¹⁰ Idem.

¹¹ Liste des projets extraits de Atlas UNFPA-RCA

et Bria (Haute-Kotto). Ainsi, les tableaux ci-dessous permettent de présenter le nombre des parties prenantes rencontrées par préfectures.

Tableau 1: Echantillonnage des parties prenantes rencontrées

Type de parties prenantes	Nombre	Type de parties prenantes	Nombre
Staff bureau UNFPA	17	Agences des Nations Unies	9
Partenaires de MEO des Structures étatiques	67	Bénéficiaires par Focus groupe discussion	111
Organisation de la société civile	14		
Le nombre total des parties prenantes toutes catégories confondues incluant les bénéficiaires est de 218.			

Tableau 2: Nombre de FGD et entretiens réalisés par préfectures et par localités

Préfecture	Ville	Nombre de FGD	Nombre d'entretiens	Nombre des personnes
Bangui	Bangui	3	40	48
Ombella M'Poko	Bimbo	2	2	16
	Bégoua	1	2	10
	Boali,	1	5	8
	Bossembélé,	1	5	8
	Yaloké	1	2	9
	Damara	1	3	8
Lobaye	Mbaiki	5	10	10
	Boda			
Kémo	Sibut	1	10	10
	Dékoa	1	3	8
Ouaka	Bambari	3	7	24
Ouham	Bossangoa	3	6	20
Haut Mbomou	Zémio	3	11	25
Haute-Kotto	Bria	3	8	24
Totaux		29	104	218

1.3.4. Limites de l'évaluation et mesures de mitigation

L'évaluation s'est déroulée dans un contexte national marqué par la pandémie de COVID-19, l'insécurité dans certaines zones du pays couvertes par le 8^{ème} Programme pays. A cela s'ajoute, la période de l'évaluation (30 Octobre au 09 Décembre 2021) qui a coïncidé à la clôture des exercices comptables au niveau des agences du système des nations unies rendant ainsi quelques conflits d'agenda de rencontre avec les staffs. A noter aussi la difficulté de réalisation de certains entretiens en raison des contraintes de temps.

L'équipe d'évaluation s'est confrontée à des défis de données démographiques actualisées ou de dénominateurs fiables pour certains indicateurs.

Le tableau ci-dessous résume certaines limites clés et mesures d'atténuation adoptées durant le processus d'évaluation du CPD8.

Tableau 3: Limites et stratégies de mitigation

Principaux obstacles	Mesures d'atténuation
Sécurité	<ul style="list-style-type: none">- Utilisation des notes de sécurité des partenaires de l'UNFPA tels que UNDSS pour chaque emplacement cible.- Le travail sur le terrain a été guidé par toutes les informations de sécurité disponibles, y compris les données quotidiennes de l'ONU (Base MINUSCA des zones).- Usage des appels téléphoniques pour les entretiens depuis Bangui pour l'annulation des voyages de Kaga-Bandoro et Bangassou.
Disponibilité et qualité des données	<ul style="list-style-type: none">- Priorité accordée aux rencontres en face à face avec des informateurs clés.- Accès aux bases des données et exploitation des documents officiels ou des ensembles de données et informations pertinents.- Triangulation des données par source et par méthode.
Timing de la mission de terrain	<ul style="list-style-type: none">- Maximisation des entretiens avec les informateurs clés qui pouvaient fournir des informations secondaires sur les opérations qui ne peuvent pas être observées directement et utilisation des évaluations disponibles telles que les évaluations individuelles ad hoc par les partenaires de mise en œuvre.- Conduite des entretiens via Zoom ou WhatsApp et Teams pour les informateurs clés non disponibles.
Impact de la COVID-19	<ul style="list-style-type: none">- Respect de la distanciation physique durant les entretiens et les FDGs et port du masque par les membres de l'équipe d'évaluation.- Utilisation des gels de main durant les FDGS.

CHAPITRE 2: Contexte pays

2.1. Défis liés au développement et stratégies nationales

2.1.1. Contexte général de la Centrafrique

La République Centrafricaine (RCA) est un pays enclavé de l'Afrique Centrale qui couvre une superficie de 623 000 km². Elle est limitée à l'ouest par le Cameroun, au nord par le Tchad, à l'est par le Soudan et le Soudan du Sud et au sud par la RDC¹² (Figure 1). Le pays compte sept régions (dont Bangui) constituées de 20 préfectures (loi du 7 avril 2020). La RCA est classée parmi les pays les plus pauvres du monde. La Banque Mondiale estime qu'en 2020, environ 71 pourcent de la population vivait en dessous du seuil de pauvreté (1,90 dollars par jour). Sur le plan du capital humain, la RCA se classe 188^{ème} sur 189 pays selon l'indice de développement humain de l'ONU en 2020.¹³ Plus de trois millions cinq cent mille habitants devraient continuer à vivre dans l'extrême pauvreté entre 2022 et 2024 selon la Banque mondiale. Sous l'effet conjugué de la double crise sociopolitique et sanitaire (COVID-19), le taux d'extrême pauvreté est passé de 70,7 pourcent en 2019 à 71,4 pourcent en 2020, en raison de la perte du pouvoir d'achat de la population.

En RCA, les finances publiques sont essentiellement caractérisées par une trésorerie structurellement déficitaire, une capacité d'investissement insignifiante, une forte dépendance à l'aide budgétaire extérieure du fait de la baisse des recettes douanières et fiscales depuis mars 2013 et une incapacité à assurer le service de la dette.

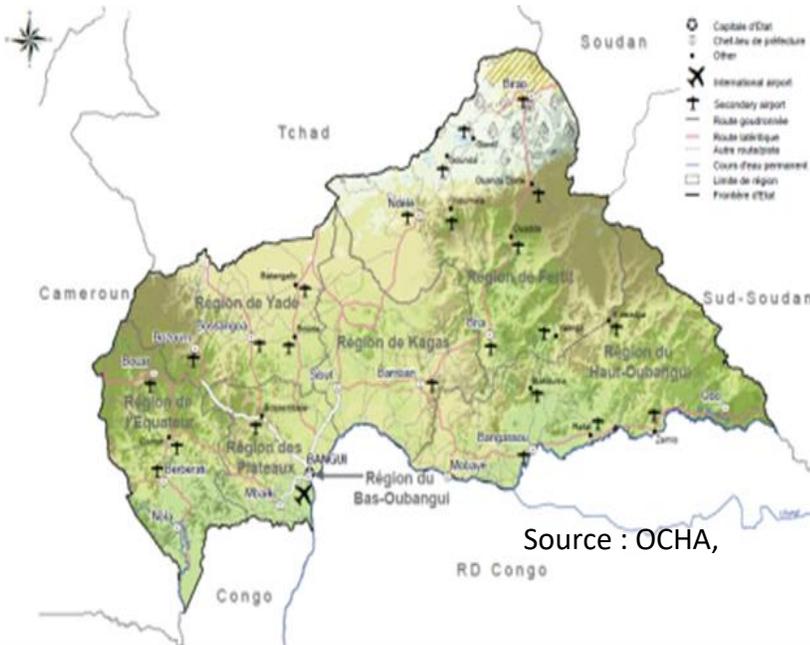


Figure 1: Carte administrative de la Centrafrique

social citoyen-état, la République Centrafricaine commence progressivement à se stabiliser grâce à l'appui de la communauté internationale à travers la Mission Multidimensionnelle Intégrée des Nations Unies pour la Stabilisation en République Centrafricaine (MINUSCA). Selon le Plan de Réponse Humanitaire de 2021, deux millions huit cent mille personnes sont en besoin d'assistance humanitaire, sept cent seize mille six cent soixante et dix-huit personnes déplacées internes et six cent trente et deux mille réfugiés centrafricains vivant dans les pays voisins.

¹² République Démocratique du Congo

¹³ Banque Mondiale, 2020. <https://www.banquemondiale.org/fr/country/centralafricanrepublic/overview#1>

2.1.2. Défis et stratégies nationales en matière de santé et droits sexuels et reproductifs

En RCA, les causes de la mortalité maternelle restent liées aux « trois retards ». ¹⁴ Le ratio de mortalité maternelle est de 882 pour 100 000 naissances vivantes ¹⁵, l'un des plus élevés en Afrique. En 2014, seulement quatre cent cinquante et une structures sanitaires sur les huit cent quatorze que comptait le pays (soit 55,3 pourcent) étaient fonctionnelles ¹⁶. L'enquête rapide sur les soins obstétricaux et néonataux d'urgences (ER SONU) de 2019 montre que seulement dix-sept formations sanitaires (FOSA) SONUB existent dans le pays, pour une norme recommandée de quarante et cinq dont au moins neuf offrant les SONU complets. L'étude a aussi montré que 46 pourcent des structures possédaient des anti retro viraux (ARV) pour la mère et 50,7 pourcent des réactifs de dépistage du VIH tandis que 76 pourcent environ des FOSA avaient au moins un contraceptif.

Par ailleurs, l'enquête SARA/HeRAMS 2019 montre que l'indice de disponibilité des services de santé n'est que de 33,7 pourcent au niveau national. ¹⁷ Les données de l'enquête MICS IV (2010) indiquent que la proportion des accouchements assistés par le personnel qualifié est de 52 pourcent. La prévalence contraceptive moderne reste faible à 9,3 pourcent et les besoins non satisfaits en PF étaient estimés à 27 pourcent. Le nombre de fistules obstétricales (FO) enregistrés est en augmentation mais la réparation des cas compliqués est confrontée à l'insuffisance des compétences locales et de plateau technique adaptés. La prévalence du VIH en RCA parmi les adultes de 15-49 ans est estimée par l'ONUSIDA à 2,9 pourcent [2,4-3,6] en 2020, avec une prévalence deux fois plus élevée chez les femmes comparé aux hommes. ¹⁸ Par ailleurs, selon l'OMS en 2013, la couverture en ressources humaines en santé en RCA est inférieure à 0,5 pour 1000 habitants (l'OMS recommande 2,5 personnels qualifiés pour 1000 habitants). En plus, un total de six cent quarante personnels de santé sur les mille deux cent soixante et dix ayant les compétences de la pratique sage-femme (50,4 pourcent) sont concentrés dans la capitale et ses alentours. ¹⁹

Le nouveau plan national de développement sanitaire (PNDS III, 2022-2026) est bâti autour de quatre axes stratégies : le renforcement de la gouvernance de la santé, la modernisation du système de santé, la réduction de la morbidité et de la mortalité selon le cycle de vie, la riposte contre les endémo-épidémies et pandémies y compris la Covid-19). ²⁰ Les stratégies déclinées dans la PNSR (2015), le dossier d'investissement et le PNDS III se rattachent aux résultats transformateurs de l'UNFPA.

2.1.3. Défis et stratégies nationales dans le domaine des adolescents et jeunes ²¹

La population de RCA est extrêmement jeune ²². Les jeunes de moins de 25 ans représentent 59 pourcent et celle des adolescents et jeunes de 10 à 24 ans à 32 pourcent. Ceci représente à long terme, un défi majeur pour le développement du pays, notamment en matière d'accès à l'éducation, à la santé, à l'emploi et à la protection sociale. En RCA, le mariage et la sexualité sont précoces. 28,7 pourcent des jeunes femmes de 15 à 19 ans ont leurs premiers rapports sexuels avant 15 ans et 59,7 pourcent des filles âgées de moins de 18 ans ont des mariages précoces menant à des grossesses précoces (45,3 pourcent) et une fécondité précoce (22,9 pourcent) chez les adolescentes ainsi que des avortements clandestins, souvent mortels (31 pourcent) ²³ contribuant ainsi à un cinquième du ratio élevé de la mortalité maternelle. En outre, la prévalence des méthodes contraceptives modernes (6,7 pourcent) chez les adolescentes reste faible. En matière de VIH selon l'enquête MICS 2010, la prévalence du VIH chez les jeunes de 15 à 24 ans est de 2,8 pourcent mais les jeunes filles sont six fois plus

¹⁴ République Centrafricaine. Rapport de l'enquête nationale sur les prestations des services de santé (SARA/HeRAMS), 2019.

¹⁵ Estimation PNUD, OMS, UNFPA, UNICEF, 2020 question de cohérence avec les données des ODD

¹⁶ Enquête HeRAMS, 2014

¹⁷ Enquête nationale sur les prestations des services de santé, SARA/HeRAMS, 2019

¹⁸ ONUSIDA, 2020. <https://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/centralafricanrepublic>

¹⁹ Analyse situationnelle de la pratique sage -femme fait en 2012 en RCA

²⁰ Ministère de la santé et de la population de RCA. Plan national de développement sanitaire 2022-2026

²¹ Selon les Nations Unies, les adolescents sont âgés de 10 à 19 ans et les jeunes de 20 à 24 ans

²² Recensement général de la population et de l'habitat, 2003

²³ Enquête SONU 2010

infectées que les garçons (4,2 pourcent contre 0,7 pourcent)²⁴ reflétant ainsi une plus grande vulnérabilité des jeunes filles. Parmi les populations clés qui sont constituées principalement des jeunes filles, la prévalence du VIH est de 9,1 pourcent chez les professionnelles du sexe (PS) et 28,6 pourcent chez les hommes ayant des rapports avec les hommes (HSH)²⁵. Concernant les infections sexuellement transmissibles, les données de l'enquête RDS (Respondent Driven Sample) 2019, donnent une prévalence de la syphilis 9,8 pourcent chez les PS et 3,9 pourcent chez les HSH.

En matière d'éducation, le taux de scolarisation des filles reste faible (65 pourcent pour l'école primaire et 7 pourcent pour l'enseignement secondaire, comparé à 79 pourcent et 17 pourcent chez les garçons, respectivement). Cette faible scolarisation des filles constitue l'un des freins pour leur participation au processus de développement et de socialisation. Concernant l'Hépatites B qui est aussi une IST, la prévalence chez les jeunes scolarisés est de 45 pourcent seulement 2 pourcent des jeunes filles sont informés sur les modes de transmission et de prévention de cette maladie. Tous ces comportements sont le résultat de la consommation de drogues (9,2 pourcent) chez les garçons et 2,7 pourcent chez les filles, l'alcool 18,3 pourcent dont 20,6 pourcent en zone urbaine et 16,8 pourcent en zone rurale, tabagisme 5,1 pourcent des jeunes dont 8,8 pourcent chez les garçons et 1,5 pourcent chez les filles. A cela, s'ajoute l'agression sexuelle lors de la première expérience sexuelle de 5,5 pourcent des jeunes de 10-24 ans, est plus retrouvée chez les jeunes filles (8,8 pourcent contre seulement 1,2 pourcent de garçons). Elle est plus fréquente en milieu rural (6,7 pourcent), et touche surtout les moins âgés (12 pourcent) et ceux ayant un faible niveau d'instruction (8,5 pourcent). La prévalence de mutilations génitales féminines (MGF) chez les filles âgées de 0-14 ans est de 0,8 pourcent. Parmi les facteurs qui prédisposent à ces pratiques, on peut retenir une faible disponibilité des services adaptés aux adolescents et jeunes. Selon Herams 2017, sur près de six cent FOSA fonctionnelles aucune de ces structures n'offre de services aux adolescents et jeunes.

2.1.4. Défis et stratégies dans le domaine de l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes

En Centrafrique, les femmes représentent plus de la moitié de la population mais subissent le caractère patriarcal des normes, us et coutumes²⁶. Selon la MICS 2018-2019, plus de 75 pourcent des femmes sont analphabètes contre 53 pourcent des hommes. Le taux d'alphabétisation des jeunes de 15-24 ans est estimé à 30,4 pourcent chez les femmes contre 49,9 pourcent chez les garçons. Faute de qualification suffisante, les femmes occupent davantage d'emplois précaires et elles peinent à accéder aux services sociaux, bancaires et financiers essentiels (seules 10 pourcent des centrafricaines ont un compte bancaire, contre 25 pourcent en Afrique subsaharienne). Malgré la loi sur la parité qui prévoit 35 pourcent des femmes dans les instances de prise de décisions à caractère nominatif et électif, les femmes ne représentent que 9,8 pourcent du corps des magistrats, 5 pourcent des avocats, 35,5 pourcent dans le corps des greffiers et 33,3 pourcent dans le corps des notaires.²⁷ Par ailleurs, en 2020, les femmes représentaient seulement 13,2 pourcent des effectifs au sein de la gendarmerie nationale et 26,4 pourcent au sein de la police.¹⁸ Le taux de chômage des femmes représente 42,1 pourcent contre 28,6 pourcent pour les hommes. En milieu rural, le taux de pauvreté chez les femmes est de 81 pourcent contre 69 pourcent pour les hommes. Alors que 81,3 pourcent des femmes se trouvent dans le secteur agricole, seulement 16 pourcent sont dans les services et 2,7 pourcent dans le secteur industriel.²⁸ Plus de 80 pourcent des femmes œuvrent dans le secteur informel alors que les femmes rurales représentent plus de 65 pourcent de la production agricole.²⁹ Les femmes centrafricaines souffrent énormément des conséquences désastreuses des VBG. En 2020, le pays a enregistré neuf mille deux cent seize cas de VBG, dont 24 pourcent de violences sexuelles (viol

²⁴ MICS 2010

²⁵ Centre National de Référence des IST et de la thérapie antirétrovirale (CNRISTAR) 2012

²⁶ ICASEES. MICS 2018-2019.

²⁷ Profil Genre en République Centrafricaine. UN, ONU-Femmes, PNUD. 2020.

²⁸ BIT, 2019. Gender data portal/World Bank

²⁹ Action, contre la Faim 2019, et UN, Profil genre Pays-RCA 2020.

20 pourcent et agression sexuelle 4 pourcent), 93 pourcent des victimes étaient des femmes et filles³⁰. Enfin, l'indice d'inégalité de genre (IIG) du pays en 2019 est de 0,680, ce qui le place au 159^{ème} rang sur 162 pays.³¹

2.1.5. Défis et initiatives liés aux questions de population et développement

Les données de population sont obsolètes. Le dernier recensement général de la population et de l'habitat (RGPH) date de 2003. Les estimations actuelles de la population, des dénominateurs de nombreux indicateurs sanitaires et sociaux sont basées sur des projections réalisées par l'ICASEES. Néanmoins, l'indice synthétique de fécondité (6,4 enfants par femme) est élevé, de même que le taux de fécondité chez les adolescentes (15-19 ans) estimé à 184‰ en 2019.³² En 2016, on estimait la population totale à cinq millions d'habitants avec une forte proportion des femmes de l'ordre de 50,2 pourcent pour un taux de croissance annuelle de 2,5 pourcent. La pyramide des âges en 2015 de la RCA très élargie à la base montre l'importance de la jeunesse de la population dont la tranche de 15 à 35 ans représente presque la moitié de la population (deux millions quatre cent mille en 2017). Elle est souvent caractérisée par l'exode rural en quête d'opportunités économiques et proie facile pour les groupes armés puisque l'analphabétisme y est très élevé (72 pourcent des filles et 46 pourcent des garçons). Par ailleurs, les troubles sécuritaires ont créé au fil des années une situation humanitaire inquiétante. En 2021, l'on estime que sept cent seize mille six cent soixante et dix-huit personnes qui sont des déplacées internes en Centrafrique alors que 632000 réfugiés centrafricains vivent dans les pays voisins.³³

2.1.6. Défis liés au contexte humanitaire et au COVID-19

Le contexte sécuritaire et humanitaire fragile de l'économie de la RCA a entraîné une forte dépendance à l'aide extérieure. A cela s'ajoute l'influence négative de l'insécurité sur la production agricole, forestière et minière, ainsi que sur les projets d'investissement et d'infrastructure. Sur 2,6 millions de personnes dans le besoin humanitaire en Centrafrique en 2020, seulement sept cent soixante et deux mille ont bénéficié d'une assistance quelconque des acteurs humanitaires (29 pourcent) dont environ 52 pourcent de femmes.³⁴ Les quatre préfectures les plus touchées par les crises humanitaires avec un nombre important de personnes déplacées internes (PDI) sont la Haute Kotto (104000), Bangui (100000), Ouaka (71000), Mbomou (67000) et Ouham (63000) qui sont couvertes par les interventions humanitaires et de développement du programme pays de l'UNFPA. Au moins cent quatre-vingt et un partenaires d'interventions sont actifs en RCA dont cent cinq ONG nationales, soixante et un ONG internationales et onze agences des nations unies.³⁰ De janvier à septembre 2020, mille cent quatre violations de l'Accord Politique pour la Paix et la Réconciliation (APPR) ont été recensées, soit 13 pourcent de plus qu'en 2019 à la même période³⁵ et trois cent quatre incidents affectant directement le personnel ou les biens humanitaires ont été enregistrés soit 39 pourcent de plus qu'à la même période en 2019, faisant de la Centrafrique l'un des pays les plus dangereux pour les acteurs humanitaires. Les zones les plus touchées par ces incidents sont pour la plupart des localités couvertes par le programme de l'UNFPA de pays (Bangui, Kaga-Bandoro, Bria, Bambari et Batangafo et Ndélé).³⁶ C'est dans ce contexte que la pandémie de Covid19 est survenue en 2020 dans le pays, posant des défis additionnels sur les plans sanitaires, humanitaires et économiques. Prévues à 5 pourcent en début d'année la croissance économique pour 2020 devrait finalement s'établir à -1 pourcent³⁷. En outre, les mesures prises par le gouvernement pour limiter la propagation de la maladie COVID-19, ont contribué au ralentissement des activités (22,0 pourcent) suivi de la réduction des effectifs due à la fermeture de certaines entreprises (5,1 pourcent)³⁸. Parmi ceux qui ont été invités à rester chez

³⁰ Rapport annuel des statistiques de VBG (Janvier-Décembre 2020). GBVIMS-RCA

³¹ PNUD, 2020. http://hdr.undp.org/sites/all/themes/hdr_theme/country-notes/fr/CAF.pdf

³² MICAS 2019

³³ Plan de réponse humanitaire

³⁴ OCHA. Tableau de bord humanitaire. Aperçu de la situation en République centrafricaine, 2020

³⁵ OCHA, 2021. <https://reliefweb.int/report/central-african-republic/r-publique-centrafricaine-plan-de-r-ponse-humanitaire-2021>

³⁶ OCHA. Aperçu des besoins humanitaires en République centrafricaine, 2020

³⁷ République Centrafricaine. Indicateurs et conjoncture. <https://www.tresor.economie.gouv.fr/Pays/CF/indicateurs-et-conjoncture>

³⁸ PNUD, 2020. Evaluation de l'impact socio-économique de la pandémie de coronavirus (COVID-19) en République Centrafricaine.

eux en raison du ralentissement des activités, 71,3 pourcent n'ont reçu aucune rémunération et seulement 17 pourcent ont reçu une rémunération partielle. La pandémie a aussi affecté la capacité de payer les médicaments (74,2 pourcent) et des produits SR ce qui explique en partie les ruptures de produits SR notamment les contraceptifs ou de consommer des aliments sains et nutritifs (haricots, viande, poisson, huile végétale) en raison du manque d'argent (51,8 pourcent).³⁹

L'UNFPA RCA, grâce à la mise en œuvre du CPD8 a contribué au programme de la CIPD et aux ODD à travers les trois résultats transformateurs que sont (i) l'élimination des décès maternels évitables, (ii) l'élimination des besoins non satisfaits en matière de planification familiale et, (iii) l'élimination de la violence basée sur le genre et des pratiques néfastes, dont les mutilations génitales féminines et les mariages d'enfants, précoces ou forcés.⁴⁰ Toutefois, malgré des progrès substantiels réalisés, de nombreux défis restent à relever. En outre, l'absence de données actualisées a pour effet de sous-estimer la contribution de l'UNFPA et des autres acteurs au développement. La réalisation de la prochaine enquête MICS fournira des informations sur les progrès réalisés

au cours du 8^{ème} programme de pays.

2.2. Le rôle de l'aide extérieure

Selon les projections du FMI, le Centrafrique possède un taux de prélèvement fiscal extrêmement faible représentant 8,7 pourcent du PIB en 2019 ce qui le rend fortement dépendant des financements extérieurs. Les dépenses publiques représentaient 16,9 pourcent du PIB en 2019, entraînant un déficit budgétaire (hors dons) de 8,2 pourcent.⁴¹ Selon le Rapport des Comptes Nationaux de Santé 2015-2018 (Figure 3), le financement du secteur de la santé de 2016 à 2020 révèle une performance mitigée, malgré la mise en œuvre du Plan de Transition du Secteur Santé (PTSS) de 2015-2017 et du Plan Intérimaire du secteur Santé (PISS) 2018-2019.

Les pics sont observés en 2016 où le budget du secteur est évalué à trente et quatre milliards dix millions FCFA, soit 13,12 pourcent du Budget Général de l'Etat (BGE) et en 2020 à quarante et sept milliards cinq cent millions (14,47 pourcent du BGE). Le pic de 2020

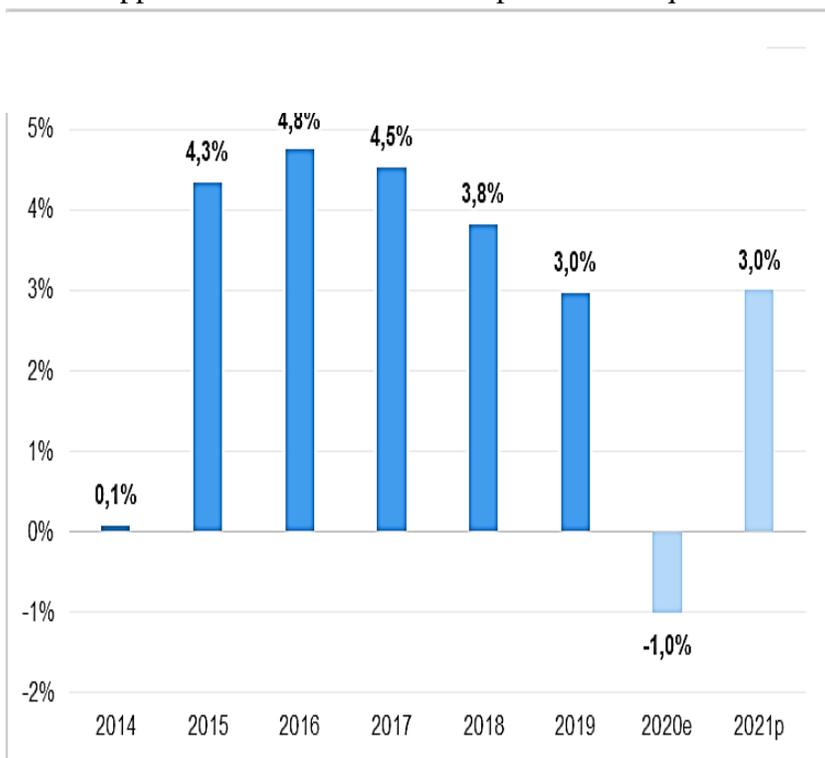


Figure 2: Croissance du PIB (Prix Constants) de la RCA entre 2014-2021

³⁹ ICASEES, Banque mondiale et PAM, 2020 <https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/WFP-0000119555.pdf>

⁴⁰ Fonds des Nations Unies pour la population. Plan stratégique du FNUAP pour 2018 2021

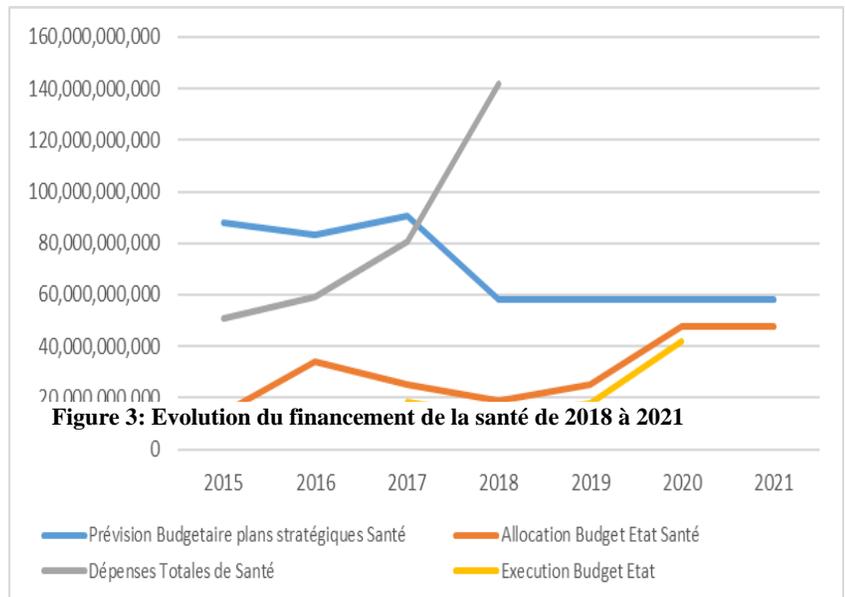
⁴¹ OMS. Stratégie de Coopération. République Centrafricaine. 2018. <http://apps.who.int/gho/data/node.cco>

s'explique par la mobilisation accrue des ressources en réponse à la pandémie de COVID-19. Les dépenses totales de santé ont augmenté à partir de 2017 mais le niveau d'exécution du budget de l'Etat est constamment inférieur aux approbations budgétaires. L'analyse des dépenses totales de santé, montre que les ménages ont supporté entre 2016 et 2018 plus de 51 pourcent de ces dépenses (dépenses catastrophiques de santé), suivis par les partenaires financiers (39% en moyenne) et l'Etat (9,4 pourcent).⁴² Dans le cadre de la mise en œuvre du plan de réponse humanitaire (2019), seulement 22 pourcent des financements ont été reçus sur des besoins exprimés d'environ cinq cent cinquante et quatre millions de dollars (US), soit un déficit de quatre cent trente et deux millions USD.

Toutefois, par secteur humanitaire, la santé a reçu huit millions huit cent mille (24,5 pourcent des besoins) comparé à trente-sept millions cent mille pour la sécurité alimentaire. Les principaux bailleurs de fonds du secteur humanitaire sont les Etats-Unis (46 millions), la Commission Européenne (16,8 millions) et l'Allemagne (14,6 millions).⁴³

Par ailleurs, l'analyse de l'aide publique au développement de la République Centrafricaine avant la conception du 8^{ème}

programme pays de l'UNFPA montre qu'entre 2012 et 2015, le pays a bénéficié des appuis consistant pour le financement de son développement dans tous les domaines et secteurs de développement.



⁴² RCA. Rapport sur les comptes nationaux de santé 2015-2018

⁴³ OCHA. République Centrafricaine, Tableau de bord humanitaire 2020

CHAPITRE 3 : Réponse stratégique du programme pays de l'UNFPA

3.1. Réponse stratégique de l'UNFPA et du SNU

Les efforts de développement soutenus par l'UNFPA en faveur de la RCA datent de 1972 et le plus récent (2018-2022) est en conformité avec le Plan Stratégique global de l'UNFPA 2018-2021 qui représente le cadre de développement mondial en vigueur de l'organisation, à travers ses trois résultats transformateurs axés sur l'être humain d'ici à 2030 (Figure 4).

Le 8^{ème} programme pays s'aligne sur les objectifs de développement durable (ODD) vision 2030 (en particulier 3 et 5) élaborés par les Nations-Unies⁴⁴ et les engagements internationaux de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD).⁴⁵ Il s'aligne ainsi sur le Plan Cadre des Nations Unies pour l'Assistance au Développement (UNDAF+) 2018-2022 élaboré par le Système des Nations Unies et le Gouvernement de Centrafrique.⁴⁶

Au niveau pays, le CPD8 est aligné avec le Plan National de Relèvement et de Consolidation de la Paix 2017–2023 (RCPCA) qui constitue le cadre de référence et d'orientation pour toutes les interventions des partenaires techniques et financiers de la RCA en matière de relèvement et de consolidation de la paix.⁴⁷ Le CPD8 a été élaboré en collaboration avec le Gouvernement, la société civile, l'Université et les partenaires au développement.

Le 8^{ème} Programme s'appuie sur les acquis du 7^{ème} programme pays de l'UNFPA RCA (2012-2017) qui intégrait déjà les domaines de la SDRS, l'égalité de sexes et celui de population et développement. Le CPD8 adoptant ainsi une approche plus holistique et s'alignant sur le deuxième plan stratégique global de l'UNFPA (2022-2025) en vue de la réalisation des ODD à l'horizon 2030.



Figure 4: Alignement plan Stratégique de l'UNFPA sur les Objectifs de Développement Durable (ODD)

3.2. Réponse de l'UNFPA à travers le Programme Pays

3.2.1. Brève description du 7^{ème} Programme Pays : Stratégies, objectifs et résultats.

Le 7^{ème} programme de coopération entre la RCA et l'UNFPA 2012-2017 décliné en trois domaines thématiques : la santé sexuelle et reproductive ; l'égalité des sexes et la lutte contre les violences et la dynamique de la population, était axé sur le plan stratégique de l'UNFPA 2008-2013 et son plan intérimaire 2014-2017, visant à contribuer à l'obtention des résultats du Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement (UNDAF) 2012-2017. Par ailleurs, sa mise en œuvre visait à contribuer à l'obtention de trois effets : i) utilisation accrue des services de soins de santé en matière de Sexualité et de reproduction de qualité ; ii) connaissance améliorée de la dynamique de la population ; et iii) environnement politique, institutionnel et socioculturel plus propice aux droits reproductifs, à l'égalité des sexes et à l'équité pour la promotion de l'accès universel à la santé de la reproduction, amélioré.

L'obtention de ces trois effets devrait passer par la réalisation de six produits qui sont :

- **Produit 1** : Disponibilité améliorée des soins de santé de la reproduction intégrés et de qualité, notamment dans les domaines des accouchements assistés, des soins obstétricaux et néonataux d'urgence,

⁴⁴ Il s'agit des objectifs 3 (Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge), 5 (Parvenir à l'égalité des sexes et autonomiser toutes les femmes et les filles)

⁴⁵ <https://www.unfpa.org/icpd>

⁴⁶ Plan Cadre des Nations Unies pour l'Assistance au Développement (UNDAF+) 2018-2021

⁴⁷ Plan National de Relèvement et de Consolidation de la Paix 2017 – 2021 (RCPCA).

la prise en charge des fistules obstétricales, avec un accent particulier sur les jeunes, les adolescentes et les populations vulnérables dans la zone d'intervention du programme et en situations humanitaires.

- **Produit 2** : Accès amélioré aux services de Planification Familiale (PF) de qualité par les couples, les individus, avec un accent particulier sur les jeunes et les adolescent(e)s et les populations vulnérables.
- **Produit 3** : Accès amélioré à l'information et aux services de prise en charge des infections sexuellement transmissibles, de prévention du VIH, notamment parmi les femmes, les jeunes et les adolescent(e)s et les populations vulnérables dans la zone d'intervention du programme, y compris en situation humanitaire.
- **Produit 4** : Capacités des organes chargés de la planification et du développement et des organisations de la société civile renforcées pour la prise en compte des questions de population dans les politiques, les plans et les programmes de développement aux niveaux national et local.
- **Produit 5** : Capacités nationales renforcées en matière de collecte, de traitement, d'analyse, de diffusion et de stockage des données sociodémographiques ventilées par sexe, âge et milieu de résidence, y compris en situation humanitaire.
- **Produit 6** : Capacités nationales renforcées en matière de mise en œuvre de la politique nationale et de la stratégie sectorielle genre et réduction de la pauvreté, des instruments internationaux, régionaux et nationaux, y compris la lutte contre les GBV et la protection de la petite fille.

La mise en œuvre de ce programme d'un coût de trente-deux millions de dollars US a été orientée essentiellement vers les interventions humanitaires pour sauver des vies des femmes et des jeunes filles. Cependant, à la fin de 2017, l'absence d'un rapport d'évaluation normatif validé du précédent programme n'a pas permis d'apprécier les résultats attendus. Créant ainsi un vide dans la programmation, la planification basée sur les évidences réelles du programme précédent. Toutefois, une revue du 7^{ème} programme⁴⁸ a été réalisée dont les résultats n'ont pas été validés par les instances censés conduire le processus de revue et des programmes pays.

3.2.2. Le 8^{ème} Programme Pays : une analyse de la théorie du changement

3.2.2.1. Aperçu général

La théorie du changement (TdC) initiale du 8^{ème} Programme de pays était uniquement basée sur la planification familiale. Elle a été revue et adaptée au contenu du programme par la suite. En outre, elle a été élaboré par domaine thématique du programme.

La théorie du changement est une approche d'évaluation qui consiste à montrer comment les actions soutenues par le bureau pays de l'UNFPA Centrafrique devraient produire une série de résultats en terme de réalisation des produits (outputs) et de contribution aux résultats (outcomes) attendus du programme pays. Elle indique la logique d'intervention du CPD8 de l'UNFPA selon les liens de causes à effets basés sur les hypothèses critiques et les facteurs contextuels.

L'analyse de la théorie de changement est basée sur la conception du CPD8 ; la logique d'intervention ; la coordination et le suivi-évaluation ; l'analyse des hypothèses et risques ; et enfin les constats.

3.2.2.2. La conception du programme (description, comparaison et orientations stratégiques)

Le 8^{ème} Programme Pays de l'UNFPA 2018-2022 a été axé sur trois domaines thématiques, santé et droits sexuels et reproductifs, adolescents et jeunes, et égalité des sexes et autonomisation des femmes, prenant en compte les besoins des groupes vulnérables et marginalisés tant dans le contexte humanitaire que de développement. Ce programme bien qu'aligné sur les priorités nationales et internationales, sa conception ne

⁴⁸ Revue de fin de cycle du 7^{ème} programme pays République Centrafricaine 2012-2016. Octobre 2015.

repose pas sur des bases factuelles qui devraient provenir des recommandations de l'évaluation du 7^{ème} programme qui malheureusement n'a pas été réalisée. De ce fait, la formulation des produits et des indicateurs du CPD8 ne reposaient pas sur des bases solides pour consolider les acquis du 7^{ème} programme et assurer leur continuité. C'est dans ce sens qu'une théorie de changement focalisée seulement sur la planification familiale a été élaborée.

Par ailleurs, comparativement au 7^{ème} programme, le CPD8 ne prend pas en compte le domaine thématique population et développement. Ce qui a eu un impact non seulement sur la disponibilité des données réelles, la formulation des indicateurs, mais aussi la non réalisation des activités liées aux questions de population notamment le dividende démographique.

- Comparaison des deux programmes

Comparativement au 7^{ème} Programme qui avait une prévision de financement à hauteur de 32 millions de dollars US pour sa mise en œuvre, le CPD8 avait prévu une prévision budgétaire de 19, 4 millions de dollars US, soit un écart de 12,6 millions de dollars US. Ainsi, jusqu'à la fin de l'année 2021, le CPD8 a pu bénéficier de 17, 6 millions de dollars US sur sa prévision. Et pourtant, le CPD8 est un programme plus inclusif avec la prise en compte du volet adolescents et jeunes, et le contexte humanitaire dans le pays. On pourra comprendre que la suppression du domaine « Population et Développement » dans le 8^{ème} programme pourrait être la raison. Le tableau ci-dessous permet d'observer les changements entre les deux programmes.

Tableau 4: Comparaison entre les cadres de résultats des 7ème et 8ème Programmes de pays de l'UNFPA -RCA

Produits du 7 ^{ème} Programme	Produits du 8 ^{ème} Programme
Domaine Santé et droits sexuels et reproductifs	
<p>Résultat : Utilisation accrue des services de soins de santé en matière de reproduction de qualité, notamment en ce qui concerne la santé maternelle, la planification familiale et la prévention du VIH</p> <p>Produit 1 : Disponibilité améliorée des soins de santé de la reproduction intégrés et de qualité, notamment dans les domaines des accouchements assistés, des soins obstétricaux et néonataux d'urgence, la prise en charge des fistules obstétricales, avec un accent particulier sur les jeunes, les adolescentes et les populations vulnérables dans la zone d'intervention du programme et en situations humanitaires.</p> <p>Produit 2 : Accès amélioré aux services de Planification Familiale (PF) de qualité par les couples, les individus, avec un accent particulier sur les jeunes et les adolescent(e)s et les populations vulnérables</p> <p>Produit 3 : Accès amélioré à l'information et aux services de prise en charge des infections sexuellement transmissibles, de prévention du VIH, notamment parmi les femmes, les jeunes et les adolescent(e)s et les populations vulnérables dans la zone d'intervention du programme, y compris en situation humanitaire.</p>	<p>Résultat : Partout, toutes les femmes, tous les adolescents et tous les jeunes, en particulier les plus défavorisés, utilisent les services intégrés de santé sexuelle et reproductive et exercent leurs droits en matière de reproduction sans contrainte, discrimination, ni violence.</p> <p>Produit 1 : Les capacités nationales sont renforcées pour fournir des informations et des services de santé sexuelle et reproductive intégrés de haute qualité, notamment des soins aux victimes de violence sexuelle, plus particulièrement pour les populations vulnérables, y compris dans le cadre d'opérations humanitaires.</p> <p>Produit 2 : Les capacités nationales des organisations de la société civile et du secteur privé sont renforcées pour accroître la demande et l'accès aux services de planification familiale, y compris dans le cadre d'opérations humanitaires.</p>
Domaine Egalité et autonomisation des femmes	

<p>Résultat : <i>Environnement politique, institutionnel et socioculturel plus propice aux droits reproductifs, à l'égalité des sexes et à l'équité pour la promotion de l'accès universel à la santé de reproduction, amélioré.</i></p> <p>Produit 6 : Capacités nationales renforcées en matière de mise en œuvre de la politique nationale et de la stratégie sectorielle genre et réduction de la pauvreté, des instruments internationaux, régionaux et nationaux, y compris la lutte contre les GBV et la protection de la petite fille.</p>	<p>Résultat : <i>L'égalité des sexes, l'autonomisation de toutes les femmes et de toutes les filles et les droits en matière de reproduction sont en progression dans les situations de crise humanitaire et les contextes de développement</i></p> <p>Produit 5 : Les institutions nationales, les organisations de la société civile et les communautés ont la capacité de prévenir, de gérer et de répondre à la violence sexiste et aux pratiques dangereuses à l'encontre des femmes et des filles, y compris dans le cadre d'opérations humanitaires.</p>
<p>Domaine Population et développement</p>	<p>Domaine Adolescents et Jeunes</p>
<p>Résultat : <i>Connaissance améliorée de la dynamique de la population, ses inter relations avec les besoins des jeunes et des adolescent(e)s, l'égalité homme-femme, la réduction de la pauvreté, l'environnement, la santé en matière de reproduction, et son intégration pour la formulation et la mise en œuvre des politiques et programmes aux niveaux central et local</i></p> <p>Produit 4 : Capacités des organes chargés de la planification et du développement et des organisations de la société civile renforcées pour la prise en compte des questions de population dans les politiques, les plans et les programmes de développement aux niveaux national et local.</p> <p>Produit 5 : Capacités nationales renforcées en matière de collecte, de traitement, d'analyse, de diffusion et de stockage des données sociodémographiques ventilées par sexe, âge et milieu de résidence, y compris en situation humanitaire.</p>	<p>Résultat : <i>Tous les adolescents et tous les jeunes, en particulier les adolescentes, ont les moyens d'accéder à la santé sexuelle et reproductive et aux droits en matière de reproduction, quel que soit le contexte</i></p> <p>Produit 3 : Les adolescents et les jeunes, surtout les filles, sont capables, motivés et aptes à faire des choix éclairés sur leur santé sexuelle et reproductive ainsi que sur leurs droits à la procréation, y compris dans le cadre d'opérations humanitaires.</p> <p>Produit 4 : Les capacités des institutions nationales, des organisations de la société civile et des communautés sont renforcées pour développer des programmes et des politiques de santé sexuelle et reproductive adaptés aux adolescents et aux jeunes.</p>

Durant la mise en œuvre du CPD7, l'UNFPA disposait des sous bureaux opérationnels dans trois localités du programme (Bambari, Bossangoa, et Kaga-Bandoro). Or force est de constater que la mise en œuvre du CPD8 a connu la fermeture de ces sous bureaux qui sont essentiels, non seulement pour la réalisation des activités sur le terrain, et le suivi des activités, mais aussi pour assurer la proximité auprès des populations, la visibilité et le leadership de l'organisation.

- Orientations stratégiques.

Les stratégies d'intervention du CPD8 reposaient sur les cinq modes d'engagement à savoir : le plaidoyer et dialogue/conseil sur les politiques, le développement des capacités, la gestion des connaissances, les prestations des services et les partenariats, en fonction du contexte humanitaire du pays. Le programme est censé les appliquer compte tenu du contexte national. Cependant, l'examen des modes d'engagement, montre que seules trois sur cinq sont plus utilisés dans la réalisation des produits du programme. Ce qui a un impact négatif sur la solidité de la théorie de changement.

Ainsi, ces différents modes d'engagement devraient être la logique de toutes intervention de l'UNFPA durant la conception et la mise en œuvre du prochain programme.

3.2.2.3. Analyse du cadre des résultats

- Approche d'intervention

La théorie de changement du CPD8⁴⁹ formulée au début du programme, montre que l'approche qui a fondé la logique d'intervention de l'UNFPA susceptible d'apporter des résultats satisfaisant est l'approche programme. Or, l'analyse de la théorie du changement du programme ainsi formulée montre que c'est l'approche « Projet » qui a été privilégiée au lieu d'une approche intégrée « Programme ». Ce qui n'a pas favorisé la synergie et la complémentarité des domaines thématiques. Il n'y a pas de liens entre les composantes ni d'informations sur les conditions préalables alors que les trois domaines partagent le même contexte de mise en œuvre (ressources, volonté politique, situation humanitaire et épidémiologie, leadership de la partie nationale, etc.). Ainsi, la modification d'approche devrait conduire l'UNFPA à modifier sa théorie de changement et à structurer ses interventions pour la réalisation des produits et de contribution à l'atteinte des résultats attendus.

L'analyse de la théorie du changement basée sur les cinq modes d'engagement au niveau des produits se présente comme suit :

Produit 1 : En lien avec les différents modes d'engagement, il a été relevé deux lacunes dans la mise en œuvre des stratégies d'intervention qui portent sur : i) le système de gestion logistique de planification familiale et des produits SR, ii) les revues et les audits du contrôle des décès maternels.

Produit 2 : Des lacunes ont été constatées en matière de : i) faible plaidoyer pour promouvoir la mise en œuvre de normes de service pour les groupes vulnérables et les communautés vivant dans les zones d'accès difficile ; et ii) une insuffisance de gestion de collecte et analyse des données en matière de planification familiale et la documentation relative aux bonnes pratiques.

Produit 3 : Les stratégies d'intervention de ce produit ne couvrent pas l'ensemble des modes d'engagement. C'est restrictif. Il a été relevé une lacune dans l'identification, la documentation et la diffusion de bonnes pratiques au cours d'intervention pour la santé reproductive des adolescents et des jeunes.

Produit 4 : Au regard de cinq modes d'engagement, des lacunes ont été observées dans la mise en œuvre de la stratégie d'intervention du produit 4 à savoir : i) la mobilisation pour l'élaboration d'un programme complet d'éducation sexuelle ; ii) l'amélioration du cadre juridique pour la protection des droits liés à la sexualité des adolescents ; iii) soutien technique et financier pour la création d'un observatoire du dividende démographique national et la préparation du quatrième recensement national de la population ; iv) le renforcement des institutions nationales et des ONG, l'évaluation et le suivi rapides des interventions humanitaires, les objectifs de développement durable et la promotion du dividende démographique, y compris l'état civil.

Produit 5 : L'analyse des interventions stratégiques dans la mise en œuvre de ce produit, montre qu'une lacune a été identifiée : faible promotion d'un renforcement du cadre juridique relatif à protection et à l'application de la législation protégeant les femmes et les filles. Le volet autonomisation économique des femmes et des filles n'a pas été prise en compte au niveau des axes stratégiques. Bien que quelques activités liées à l'autonomisation ont été mise en œuvre, il n'existe aucun indicateur permettant de mesurer la contribution à l'atteinte des résultats.

⁴⁹ Cf Annexe A : Théorie de changement du CPD8.

- Analyse des indicateurs

L'analyse du cadre des résultats montre que plusieurs indicateurs ne sont pas SMART (spécifiques, mesurables, atteignables et réalisables par l'UNFPA dans le temps du programme) et que certaines valeurs de référence sont absentes ou non réalistes. La majorité des indicateurs ont des dénominateurs qui sont mal définis. L'examen des données liées au suivi-évaluation montre que :

- les indicateurs clés identifiés dans le programme pour renseigner la performance de chaque produit sont difficiles à estimer uniquement sur la base des données de routine du programme (souvent, il est ressorti dans les rapports annuels que l'indicateur sera déterminé sur la base d'une enquête nationale non planifiée dans le CPD), ce qui rend difficile la mesurabilité des progrès réalisés;
- les indicateurs de processus liés aux différents produits ne sont pas systématiquement repris chaque année, ce qui rend difficile leur suivi mais aussi empêche la comparaison d'une année à l'autre ;
- l'autre difficulté est que les indicateurs choisis dans le CPD8 ne sont pas systématiquement renseignés dans les rapports annuels et trimestriels, ce qui pose un problème avec les canevas de rapportage de résultats ;
- dans le rapport annuel, la section "Résultats atteints" ne se concentre pas sur les indicateurs retenus du CPD8, ce qui dilue l'information et réduit la visibilité du programme ;
- le produit 5 n'a pas d'indicateur sur l'autonomisation des femmes alors que femmes ont été formées sur l'entreprenariat ;
- Les bonnes pratiques ne sont pas documentés par les partenaires de mise en œuvre. Cette situation ne permet pas de sauvegarder la mémoire institutionnelle du programme et ne favorise pas la visibilité des interventions du programme au-delà des rapports d'activités ou des couvertures médiatiques ponctuelles à l'occasion des journées de lancement, de clôture ou des journées mondiales.

Par ailleurs, les projets et propositions de financement sont rédigés sans tenir compte du cadre des indicateurs du CPD 8, ce qui a pour conséquence de changer sans cesse la façon dont les rapports trimestriels et annuels sont structurés. Il est à noter un manque d'harmonisation des indicateurs à travers les projets humanitaires. Il y a lieu d'adopter une approche intégrée et programmatique dans la définition/sélection des indicateurs adaptés à ceux du CPD8 dans les futures applications et réponses aux appels à projets.

- Analyse de l'extension du 8^{ème} Programme

L'extension du CPD8 a entraîné une modification du cadre des résultats (produits et indicateurs) sans pour autant réviser la théorie du changement qui sous-tend le programme. Les produits 2 et 4 du programme initial ont été supprimés et remplacés par de nouveaux produits. En plus, certains indicateurs ont été modifiés ou supprimés et de nouveaux indicateurs ont été ajoutés. Cet état de fait met en cause la solidité et la validité de la théorie du changement qui a guidé la conception du programme initial ainsi que celle qui a été reformulé par produit. Ainsi, il aurait fallu développer une nouvelle théorie du changement pour justifier les changements effectués dans le document d'extension.

Néanmoins, l'apparition de nouveaux indicateurs et la modification d'autres dans le document d'extension du CPD8 pourrait traduire le besoin du bureau pays de prendre en compte les activités non prévues mais réalisées entre 2018 et 2021 (du fait du contexte humanitaire et sanitaire) d'une part, et d'autre part tenir compte des nouvelles activités planifiées sous les nouveaux produits. Par ailleurs, cela pourrait aussi traduire le besoin de s'aligner sur le plan stratégique de l'UNFPA au détriment de la logique d'intervention du programme initiale de pays.

En général, il n'y a pas de continuité plausible entre les valeurs des indicateurs du CPD8 dans le processus d'extension. Pour les mêmes indicateurs, les valeurs de référence ont été revues soit à la baisse ou à la hausse. De ce fait, il est difficile d'établir une logique d'appréciation de la performance de ces indicateurs. Outre la qualité des indicateurs, il faut aussi noter que les niveaux des cibles à atteindre sont très ambitieux vu le contexte de sécurité et humanitaire du pays, mais aussi la durée de l'extension (une année). Par ailleurs, les sources de

données et les indicateurs des interventions humanitaires ne sont pas précisés. Avec les nouveaux projets humanitaires et les nouveaux projets conjoints il n'a pas eu d'adaptation des indicateurs.

3.2.2.4. Les Hypothèses et les risques

- Hypothèses

L'analyse du cadre de résultats du CPD8 2018-2022 et de la théorie de changement élaborée en 2018 montre qu'aucune hypothèse n'a été formulée. Cependant, au cours de la mise en œuvre du CPD8, des hypothèses (post) ont été formulées pour apprécier la contribution du programme à l'atteinte des résultats.

H1 : Si le processus de stabilisation du Pays connaît des progrès, et que le redéploiement de l'autorité de l'Etat est effectif avec un début de désarmement des groupes armés, les interventions de l'UNFPA en matière de renforcement de capacités seront exécutées avec une forte implication des institutions nationales et la société civile.

L'analyse de cette hypothèse montre que, le pays connaît une relative stabilité et un redéploiement progressif de l'autorité de l'Etat dans certaines régions du pays. Ainsi, dans le cadre de mise en œuvre des activités du CPD8, l'UNFPA devrait en profiter, or les appuis de l'UNFPA n'ont pas suivi.

H2 : Si les violences inter communautaires s'intensifient la fracture sociale sera aggravée entre les communautés, et dans ces conditions, les nombres de déplacés internes va augmenter et la dimension humanitaire du programme sera plus importante que le relèvement et le développement.

Les interventions de l'UNFPA dans certaines zones ont été touchés par les violences inter communautaires, ce qui fait que les interventions humanitaires sont plus nombreuses que les actions de développement, empêchant ainsi l'atteinte des résultats du programme.

H3 : Si la baisse des financements pour les actions humanitaires qu'on observe en RCA se poursuit, les plaidoyers nécessaires seront menés par le Représentant auprès du Gouvernement et des bailleurs de la Table Ronde de Bruxelles sur le RCPCA pour intégrer les activités de prévention et de prise en charge des viols dans les structures de l'Etat (les FOSA fonctionnelles et les services sociaux), et avoir accès aux différents guichets de financement non encore explorés.

Il ressort de cette hypothèse que la tendance des financements des actions humanitaires en République Centrafricaine est en baisse au cours de ces dernières années (2018-2022). L'UNFPA devrait en saisir pour faire plus de plaidoyer auprès des différents bailleurs afin de soutenir la réalisation de ses résultats.

H4 : L'appui des partenaires techniques et financiers au gouvernement pour prévenir la propagation du COVID-19 à travers la mise à la disposition de la population des équipements de protection individuels, la sensibilisation et aussi l'adhésion au mécanisme COVAX atténuera l'avancée de la maladie et évitera au pays un confinement de population préjudiciable à une meilleure mise en œuvre du programme.

L'UNFPA a pu bénéficier des financements dans le contexte COVID-19 et s'est adhéré au mécanisme COVAX dans le cadre de la mise en œuvre de son CPD8 pour atténuer la propagation de la maladie.

- Risques

Les risques majeurs pouvant influencer la mise en œuvre du CPD8 et qui dans la mesure du possible si elles surviennent devront être mitigés à travers la prévention, le plaidoyer et l'engagement politique incluent : i) l'insécurité au niveau national et la persistance des besoins humanitaires et du COVID-19 ; ii) la faible capacité des partenaires de mise en œuvre avec des résultats d'audits qualifiés; iii) une conjoncture économique et socio-politique ambiguë ; iv) la difficulté d'attirer des donateurs nouveaux ou non-traditionnels ; v) un faible engagement des communautés locales.

CHAPITRE 4 : REPONSES AUX QUESTIONS D’EVALUATION

4.1. Réponses aux besoins et alignement stratégique (QE1, QE2 et QE3)

Résumé : Le 8^{ème} Programme Pays RCA-UNFPA 2018-2022 a pris en compte les besoins des groupes vulnérables et marginalisés tant dans le contexte humanitaire que de développement selon les domaines thématiques de santé et droits sexuels et reproductifs (SDSR), adolescents et jeunes, et égalité des sexes et autonomisation des femmes. Les besoins identifiés sont alignés au niveau stratégique sur les priorités internationales (Plan stratégique UNFPA 2018-2021, CIPD, ODD) et les priorités nationales de la République Centrafricaine (RCPCA 2017-2021, UNDAF+ 2018-2021, Plan de réponse humanitaire 2017-2019, Plan d’urgence et de réponse au COVID-19).

Au niveau sectoriel, les documents de politique et normatifs découlant de ces orientations stratégiques ont permis d’une part de relever les principaux problèmes liés aux domaines respectifs et d’autre part, de proposer des stratégies et actions pour répondre aux besoins des groupes vulnérables et marginalisés.

Compte tenu de la ratification des accords internationaux, des résolutions et conventions⁵⁰ par la République Centrafricaine, relative aux questions d’égalité des sexes et de droits humains, le CPD8 a été conçu en tenant compte de ces questions fondamentales dans les interventions de développement.

Les défis au national dont entre autres les présentateurs socioculturelles, la persistance de violation de droit de l’homme, l’impunité, l’insuffisance dans la prise en charge holistique des cas VBG, etc. relevés dans les rapports du SNU (MINUSCA, OCHA) et par les communautés demeurent des préoccupations majeures.

Cependant, plusieurs défis liés aux contextes national (sécurité, socioéconomique...) et international (COVID-19, aides publiques au développement) pourront engendrer de nouvelles priorités qui vont s’ajouter aux anciennes priorités susceptibles de rendre difficile l’atteinte des trois résultats transformations de l’UNFPA suivants : zéro décès maternel évitable, zéro besoin non satisfait en matière de planification familiale ; zéro violence basée sur le genre et les pratiques néfastes) et par conséquent l’atteinte des Objectifs de Développement Durable (ODD).

⁵⁰ Déclaration Universelle de Droit de l’Homme (DUDH), Charte Africaine de Droit de l’Homme et des peuples. Convention sur l’élimination de toutes les formes des Discrimination à l’égard des Femmes (CDEF)

QE1 : Dans quelle mesure le programme de pays est-il adapté : (i) aux besoins de différentes populations, y compris les besoins de groupes vulnérables et marginalisés (par exemple, jeunes et femmes handicapés et les communautés autochtones.); (ii) aux priorités des stratégies et politiques nationales de développement; (iii) à l'orientation stratégique et aux objectifs de l'UNFPA; (iv) et aux priorités énoncées dans les cadres et les accords internationaux, en particulier le Programme d'action de la CIPD et les ODD ? (Pertinence)

- *Aperçu général*

Le 8^{ème} Programme pays de l'UNFPA de la République Centrafricaine à travers ses trois domaines thématiques est parfaitement aligné sur l'Agenda 2030 pour les objectifs de développement durables (ODD), les programmes d'action de la conférence internationale sur la population et le développement (CIPD), le cadre stratégique d'intervention des Nations Unies (UNDAF+), et en parfaite cohérence avec le Plan National de Relèvement et de la Consolidation de la Paix en Centrafrique (RCPCA 2017 - 2023).

Les approches menées pour l'identification des besoins des populations étaient basées sur le Bilan commun pays 2017⁵¹ dans le cadre de l'UNDAF+2018-2021 et les consultations à la base. Le Bilan Commun de Pays dont les consultations ont été réalisées à l'échelle nationale entre septembre et novembre 2015 a permis de subdiviser le pays pour la circonstance en cinq zones. Les informations ont été recueillies aux moyens de soixante-dix-huit focus groups et de cent soixante-seize entretiens individuels auprès de différents groupes cibles à savoir : les leaders d'opinion, les groupes vulnérables et/ou défavorisés, les autorités locales, les ONG et les organisations à base communautaire. Ce bilan commun pays, établi en prévision de la formulation de l'UNDAF+ 2018-2021 a été un véritable document de référence et en même temps un outil de travail permettant de bien focaliser les interventions géographiques et les cibles du 8^e programme.

Par ailleurs, les consultations à la base qui ont précédé l'élaboration du RCPCA ont servi de cadre de référence pour l'identification des besoins des populations dans le domaine de SDSR, adolescents et jeunes, égalité des sexes et autonomisation des femmes, ainsi que dans le contexte humanitaire. Au plus fort de la crise, les quelques documents stratégiques existant ayant orienté le choix des interventions sont : le Cadre Stratégique Intérimaire du Système des Nations Unies en Centrafrique 2016-2017, le Plan de Réponse Humanitaire 2017-2019 et le Cadre d'Engagement Mutuel entre le Gouvernement de la République Centrafricaine et les Nations Unies 2017-2021.

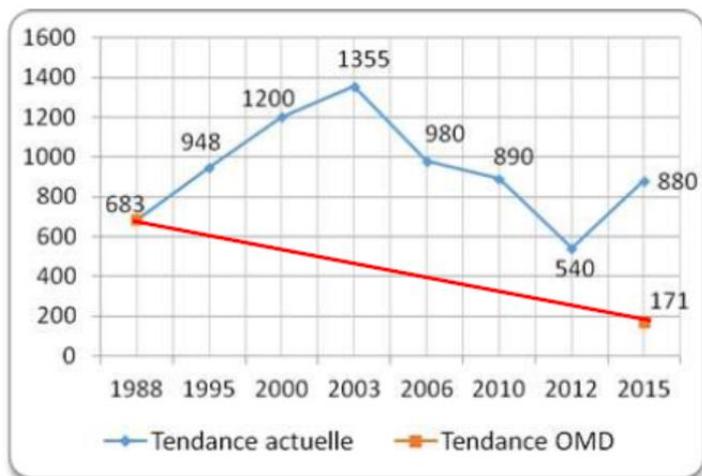
Les orientations issues des documents stratégiques internationaux (plan stratégique de l'UNFPA 2018-2021 visant à accélérer les progrès dans la mise en œuvre du programme de la CIPD, ODD) et les résolutions 2250 (implication des jeunes dans la paix), 1325 (Genre), et l'Agenda 2063 de l'Union Africaine ont aussi guidé non seulement l'identification des besoins mais aussi les choix stratégiques des interventions sectorielles. Le CPD8 est adapté aux besoins des populations les plus vulnérables et marginalisés, notamment les femmes, les adolescents et les jeunes, les personnes vivant avec handicaps, les personnes déplacées internes et les peuples autochtones.

⁵¹ CCA-Final dans le référentiel des documents de l'évaluation

- **Santé et droits sexuels et reproductifs (SDSR)**

Dans le domaine de Santé et droits sexuels et Reproductifs, le CPD8 a pris en compte les besoins des différentes couches de la population centrafricaine en accordant la priorité aux femmes, aux jeunes et aux populations marginalisées et vulnérables (comme les populations déplacées internes) ainsi que les minorités (peulhs, populations autochtones Aka, etc.). Ceci en conformité avec toutes les recommandations des grandes déclarations et résolutions des conférences internationales et régionales, auxquelles la RCA a souscrit, notamment : La Déclaration d'Alma Ata de 1978 sur les soins de santé primaires ; l'initiative de Bamako en 1987 ; le sommet mondial de l'enfant tenu à New-York en 1990 ; la Déclaration finale des Ministres de la Santé de la Zone Franc à Abidjan en 1994 sur les médicaments essentiels ; la convention des droits des enfants ; le plan d'action de Maputo pour la mise en œuvre du cadre d'orientation continental pour la promotion des droits et de santé en matière de sexualité et de reproduction ; les recommandations des grandes conférences internationales telles que celle du Caire (CIPD, 1994), l'initiative 2010 relative aux objectifs des Nations Unies sur la santé, le Forum Panafricain sur les Enfants (2000) ; le programme global pour la sécurisation des produits de santé de la reproduction (GPRHCS).

Au niveau national, l'identification des besoins et l'orientation des interventions ont été faite à travers le manuel national de référence et contre-référence en soins obstétricaux et néonataux d'urgence (2020), le Plan de Transition du Secteur Santé (PTSS) 2015-2017, le Plan Intérimaire de Santé (PIS) 2018-2019 et le deuxième plan national de développement sanitaire dont le troisième sous-programmes vise le renforcement de l'offre de service de santé de la reproduction et en particulier pour le couple mère enfant ; la politique nationale de santé de la reproduction révisée (PNSR 2015), Politique nationale de santé communautaire (2015), ainsi que des textes législatifs⁵² et réglementaires⁵³. A cela s'ajoutent, les besoins en planification familiale (PF) identifiés par l'enquête sur les flux de ressources et de dépenses en matière de PF (NIDI).



Source : Rapport final des OMD en RCA (2015)

L'identification et la priorisation de ces besoins se justifient par le ratio de mortalité maternelle de la RCA qui était de 882 pour 100 000 naissances vivantes, l'un des plus élevés en Afrique selon les estimations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS 2015). Il en est de même des autres indicateurs de SDRS qui sont alarmants avant la phase de conception du CPD8. On peut ainsi remarquer : i) les femmes enceintes ayant suivi au moins 4 visites prénatales représentent 38,1 pourcent des cas et, celles ayant bénéficié de l'assistance d'un personnel qualifié au moment de l'accouchement représentent 52,5 pourcent des cas selon le MICS 2010 ; ii) une faible prévalence de la contraception moderne avec

⁵² En matière de textes législatifs, on peut citer, entre autres : la Charte Constitutionnelle de 2013 ; la Loi n° 89.003 du 23 mars 1989, fixant les principes généraux relatifs à la santé publique en République Centrafricaine ; la Loi n° 06.005 du 20 juin 2006 relative à la santé de la reproduction en République Centrafricaine

⁵³ En matière réglementaire : le décret n° 94.186 du 28 mai 1994 portant création de l'Unité de Cession du Médicament (UCM) pour l'approvisionnement, le stockage et la distribution des Médicaments essentiels sous le nom générique ; le décret n° 94.336 du 29 septembre 1994 portant tarification des prestations des établissements publics de santé en RCA ; l'Arrêté n° 254 du 22 septembre 1995 modifiant et complétant les dispositions de l'Arrêté n°0392 du 24 septembre 1988 portant création des structures et organes des Soins de Santé Primaires ; l'Arrêté n° 238 du 8 septembre 1994 accordant aux centres de santé et postes de santé, l'autorisation de fonctionner en autonomie partielle de gestion ; les Arrêtés n° 111 et 112 du 30 mai 1997, modifiant l'Arrêté N° 0207 du 30 juillet 1994 relatif à la création, à l'organisation et au fonctionnement des Conseils et Comités de Gestion des hôpitaux régionaux et préfectoraux, des centres et postes de santé ; le décret N° 19 037 portant gratuité ciblée des soins dans les formations sanitaires en République Centrafricaine et l'Arrêté rendant obligatoire la déclaration des décès maternels.

un taux de 9,3 pourcent; iii) une prévalence des mutilations génitales féminines de 11,3 pourcent ; iv) un nombre assez élevé de femmes sont porteuses de fistule obstétricale : Deux cent quarante et deux cas opérés entre 2009 et 2014 ; v) le taux de prévalence du VIH/Sida chez les adultes de 15-49 ans était de 4,1 pourcent en 2015 (ONUSIDA) et reste l'un des plus élevés en zone CEMAC.

Le ciblage des groupes vulnérables et marginalisés dans les interventions planifiées du CPD8 ainsi que de son extension, a pris en compte les besoins réels de ces derniers qui ont été intégrés aux deux premiers produits du programme. Ces deux produits prennent en compte non seulement les questions de développement mais aussi celles de l'humanitaire.

- ***Adolescents et jeunes***

Les besoins des groupes vulnérables et marginalisés dans le domaine des adolescents et jeunes ont été identifiés et pris en compte à des degrés divers dans la conception du CPD8 2018-2021, dans une approche participative impliquant les différentes parties prenantes notamment les leaders des associations des adolescents et jeunes et les bénéficiaires, et aussi, en se référant aux instruments juridiques tant internationaux que nationaux.

Par ailleurs, l'extension du 8^{ème} programme couvrant l'année 2022 a porté une attention à la participation des jeunes au processus de la paix, une des priorités nationales (RCPCA pilier 1) en se focalisant sur la résolution 2250 des Nations Unies.

L'identification et la priorisation des besoins des jeunes, a tenu compte des problèmes majeurs de développement relevés dans le RCPCA (2017-2023), les études réalisées par l'OIT⁵⁴; le rapport d'analyse nationale participative des besoins et aspirations des adolescents et jeunes indiquant que i) plus de 50 pourcent des adolescents et jeunes ont déclaré être en dehors du système scolaire du fait des infrastructures vandalisées, ii) 79 pourcent des jeunes trouvent que leur situation est médiocre car il n'existe pas de nombreux débouchés d'emploi, iii) 43 pourcent n'utilisent pas de préservatifs lors des rapports sexuels à risque, iv) 36 pourcent ont déclaré qu'ils n'ont pas l'habitude de fréquenter un service de santé.

Les politiques et stratégies nationales notamment la politique nationale de la santé de la reproduction de 2015, dont une des composantes porte sur la santé des adolescents et des jeunes et le PIS 2018-2019 et la politique de la promotion de la jeunesse de 2006, le Plan Intérimaire de la Santé (PIS) 2018 et 2019 dont les paquets d'interventions comprend l'augmentation de l'offre et l'amélioration de la qualité des services intégrés de santé de la reproduction des adolescents et jeunes, ont permis également de prioriser et orienter les interventions en matière des jeunes notamment sur les questions de prévention des grossesses précoces et/ou non désirées, la prévention de l'usage de substances nocives (alcool, tabac, drogues), et la lutte contre les IST/VIH/Sida.

- ***Egalité des sexes et autonomisation des femmes***

La République Centrafricaine est l'un des pays où l'indice du genre est le plus préoccupant, où les femmes et les jeunes filles sont vulnérables aux violences, et où la question du genre n'est pas encore ancrée dans les habitudes de la plus grande partie de la population malgré la ratification et l'élaboration par le pays de plusieurs instruments politico juridiques, dont entre autres : la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme du 10 décembre 1948 ; la Convention sur l'Elimination de toutes les formes de Discrimination à l'Egard des Femmes (CEDEF) du 18 décembre 1979 ; la Charte Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples du 18 Juin 1981 ; la Plateforme d'Action de Dakar sur les femmes de 1994 ; la Déclaration et la Plateforme d'action de Beijing

⁵⁴ Programme pays de l'OIT pour le travail décent-2017-2020

sur les femmes de 1995 ; la Résolution 1325 du Conseil de Sécurité des Nations Unies, adoptée le 31 octobre 2000.

Sur le plan national, les politiques et stratégies nationales en matière de genre en RCA ; le plan d'action sur la traite de personne ; la stratégie d'implication des hommes dans la lutte contre les VBG ; la stratégie d'autonomisation socioéconomique des femmes ; la Loi sur la protection de la femme (en révision) ; le plan d'action opérationnel de mise en œuvre de la stratégie nationale de lutte contre les violences basées sur le genre, les pratiques néfastes et le mariage d'enfant en République Centrafricaine ; le document de référence de mis en place des comités préfectoraux et sous préfectoraux de lutte contre les VBG, ont servi de base dans l'identification et la priorisation des besoins des groupes vulnérables et marginalisés. A cela s'ajoutent, les Lois dont entre autres : la Loi Bangayassi 2006 et portant sur la protection des femmes et des enfants contre les violences, notamment les violences basées sur le genre ; la Loi n°16.004 instituant la parité entre les hommes et les femmes en République Centrafricaine.

Par ailleurs, les besoins des groupes vulnérables et marginalisés ont été identifiés aussi à travers les rapports des différents acteurs (ONG nationales, internationales, les institutions des Nations Unies et OSC, des Ministères sectoriels) dans une approche participative et consultative. Les différents besoins ont été exprimés en termes de renforcement des capacités des institutions nationales, des organisations de la société civile et des communautés et d'autonomisation économique des survivants des cas de VBG.

QE2 : Dans quelle mesure l'UNFPA a-t-il réussi à intégrer les droits de l'homme et les perspectives de l'égalité du genre et l'autonomisation des femmes dans la conception, la mise en œuvre et le suivi du programme de pays ? (Pertinence)

• *Aperçu général*

Les données collectées montrent que le Bureau pays a réussi à intégrer les droits humains dans la conception, et la question de l'égalité du genre et l'autonomisation des femmes dans la mise en œuvre programme. La prise en compte du droit humain dans la conception s'est traduite par des interventions orientées vers les populations déplacées internes, les femmes porteuses de fistules obstétricales et victimes de VBG, les populations autochtones et les personnes vivantes avec handicap. En ce qui concerne le genre, cela s'est traduit par la définition d'un produit spécifique au genre, transversale aux autres domaines thématiques du CPD8. En outre, l'intégration du contexte humanitaire dans la formulation de tous les produits du programme est une preuve de prise en compte des questions des droits de l'homme.

• *Santé et droits sexuels et reproductifs (SDSR)*

Les deux premiers produits liés à la SDSR prennent en compte la question des droits de l'homme et de l'égalité du genre. Les interventions visant l'égalité du genre ont porté sur l'accès aux prestations de services en matière de la planification familiale, de la maternité sans risque, de prévention des mariages précoces, des mutilations génitales féminines (MGF), de prévention VIH/Sida, de participation des hommes et des garçons dans les interventions de SR et leur responsabilisation au niveau local dans la mise en œuvre du programme SR, et les interventions dans la lutte contre les fistules obstétricales⁵⁵ et la mise en place des cliniques mobiles. Dans le contexte humanitaire, les interventions en droit humain se sont traduites par la mise en place des cliniques

⁵⁵ Programme National de lutte contre les fistules obstétricales (2018-2022)

mobiles (stratégies avancées), la distribution des kits de dignités, de kits d'accouchement aux femmes visiblement enceintes, la prévention et la prise en charge des fistules obstétricales, le soutien aux services communautaires dans les camps des PDI, sont entre autres interventions prenant en compte les droits de populations vulnérables et marginalisés (Peuls et Akka) pour un accès aux services de SDSR de qualité.

Le dispositif de suivi-évaluation du CPD8 intégrant en son sein une coordination de groupes de travail SSR avec des objectifs dans le contexte humanitaire a permis d'avoir des données sur les différents bénéficiaires des interventions de l'UNFPA. Cependant, les défis en termes de l'offre de service de santé sont énormes. Selon le rapport d'enquête rapide sur les soins obstétricaux et néonataux d'urgence (ERSONU) de 2019, le pourcentage des FOSA non SONU est de 92 pourcent dont 83 pourcent en milieu urbain et 98 pourcent en milieu rural. Cette faible disponibilité et répartition des structures sanitaires ne favorise pas le droit d'accès aux services SDSR par les groupes vulnérables et marginalisés et par conséquent la résolution des questions des droits de l'homme demeure préoccupante.

- ***Adolescents et jeunes***

Les données collectées montrent que dans le domaine des adolescents et jeunes, les questions de l'égalité des sexes et autonomisation des jeunes sont prises en compte. Le cadre de résultat a pris en compte dans les produits 3 et 4 spécifiquement aux adolescents et jeunes et principalement les jeunes filles pour l'accès et l'utilisation accrue des services SSR. Cela s'est traduit aussi dans les documents stratégiques concernant les jeunes : le plan stratégique national de la promotion de santé des adolescents et jeunes 2020-2024 et le Plan stratégique national de promotion de la jeunesse PSNPJ 2021-2025.

L'examen des axes stratégiques du programme montre que les perspectives du genre sont prises en compte à travers les renforcements des capacités des organisations des jeunes, des maisons des jeunes, des appuis à l'école des sourds-muets (formations à des métiers spécialisés).

En outre, les droits humains ont été pris en compte dans ce domaine à travers le renforcement des capacités des leaders d'opinion et des dirigeants communautaires et religieux pour promouvoir le dialogue intergénérationnel, la cohésion sociale et le respect des droits de l'homme. Un symposium des jeunes de toutes les régions de la RCA a été organisé en 2020 grâce à l'appui de l'UNFPA pour discuter et échanger afin de trouver les voies et moyens à la problématique des enjeux de la jeunesse centrafricaine sur les questions de la paix et de cohésion sociale. Par ailleurs, les projets conjoints financés par le PBF ont mis l'accent sur l'appui à la participation des jeunes dans le processus de stabilisation et de réconciliation des communautés, communication et sensibilisation pour la cohésion sociale, visant particulièrement les jeunes. De même, la résolution 2250 qui porte sur la contribution des jeunes à la recherche de la paix a été vulgarisée.

Malgré que les ressources affectées au domaine adolescents et jeunes sont extrêmement limitées, les minorités ethniques (Aka) ont été touchées lors des séances de sensibilisation réalisées dans leurs sites respectifs. Dans le cadre de prévention du VIH/Sida, les professionnelles de sexes des localités de Boali, Bangassou, Mbaïki et Sibut ont été sensibilisées sur les différents moyens de prévention.

En matière de suivi-évaluation, un groupe de travail adolescents et jeunes réunissant les agences sœurs du SNU, des ministères sectoriels impliqués, des ONG et OSC a été mis en place pour coordonner et faire le suivi des interventions dudit volet. Mais malheureusement ce groupe n'a pas bien fonctionné.

Les questions d'égalité de genre et de droits humains font face à des défis énormes à cause des conséquences des différentes crises qui ont entraîné les pillages et occupations des infrastructures éducatives et la fermeture

de plus de 320 écoles (10% sur le territoire national)⁵⁶. Ce qui a pour conséquence la privation des adolescents et jeunes à l'accès à une éducation de qualité.

- ***Egalité des sexes et autonomisation des femmes***

L'approche genre et autonomisation des femmes a été prise en compte dans la conception du 8^{ème} Programme pays de l'UNFPA à travers le produit 5 et de manière transversale dans les autres domaines thématiques. Ceci a permis d'appuyer tout d'abord l'élaboration des politiques et stratégies nationales en matière de genre⁵⁷, le renforcement des capacités des institutions nationales et des communautés à prévenir, gérer et répondre à la violence sexiste et aux pratiques néfastes à l'encontre des femmes et des filles. Les interventions portent sur la promotion et l'assistance technique en faveur d'une intégration des normes sociales visant à accélérer la prévention des pratiques dangereuses et à contribuer à la résilience des femmes et des filles, le soutien aux communautés et aux OSC dans la prévention et la gestion globale de la violence sexiste, y compris dans les contextes humanitaires.

En matière de droits humains, les interventions ont porté sur la prévention et la mitigation des risques de VBG/EAS telles que l'audit de sécurité, la mise en place et l'animation des espaces sécurisés pour les femmes et filles, et le renforcement de l'implication des comités de protection. Les interventions ont aussi pris en compte les concepts des droits humains, y compris des personnes vivantes avec un handicap et minorités (sourds-muets et population autochtone). En matière électorale, l'UNFPA, à travers un projet, a encouragé la participation des femmes aux élections municipales et communales dans le cadre d'un partenariat avec ONU-FEMMES et le PNUD.

En matière de suivi, le sous cluster VBG dont l'UNFPA assure le lead et les groupes de travail VBG dans les provinces, GBVIMS et les comités préfectoraux et sous préfectoraux ont servi de référence. Ceci a permis de suivre les interventions et/ou actions des partenaires en vue de partager et publier les données VBG, MGF auprès des agences SNU, les partenaires et la partie gouvernementale de manière périodique pour une prise de décision. Ainsi, on relève une faiblesse dans le fonctionnement des comités dû à l'absence des sous bureaux de l'UNFPA d'une part et d'autre part par manque de ressources d'appui aux partenaires sur le terrain.

Cependant, à la lumière de l'indice d'égalité de genre qui classe la République Centrafricaine au 159^{ème} rang sur 162 pays avec un score de 0,680 en 2019⁵⁸, associé au cas des VBG (9 216 cas en 2020) dont 24 pourcent de violences sexuelles (viol 20 pourcent et agression sexuelle 4 pourcent), 93 pourcent des victimes étaient des femmes et filles⁵⁹. En matière de droits humains, on note la difficulté d'appropriation des instruments juridiques internationaux et nationaux par la plus grande partie des populations les plus vulnérables et marginalisées.

⁵⁶ MICS 6 2019

⁵⁷ Stratégie Nationale d'implication des hommes et garçons dans la lutte contre les violences basées sur le genre en RCA 2020. Plan d'action nationale sur le paquet essentiel de service de prise en charge des victimes des violences basées sur le genre en RCA. Politique Nationale de la Promotion de la Famille. Politique Nationale de Promotion de l'Egalité et de l'Equité 2005.

⁵⁸ PNUD, 2020. http://hdr.undp.org/sites/all/themes/hdr_theme/country-notes/fr/CAF.pdf

⁵⁹ Rapport annuel des statistiques de VBG (Janvier-Décembre 2020). GBVIMS-RCA

QE3 : Dans quelle mesure le Bureau pays a-t-il été capable de réagir aux changements en matière de besoins et priorités nationaux (ex : COVID-19 et situation humanitaire), y compris ceux des communautés vulnérables ou marginalisées notamment les adolescents, les jeunes, les personnes handicapées et les communautés autochtones ? (Pertinence et connectivité)

- ***Aperçu général***

Durant la période de mise en œuvre du CPD8, des changements des besoins et priorités à caractère humanitaire et COVID-19 se sont intervenus. Le Bureau s'est préparé à la lumière du contexte dans lequel le 8^{ème} programme a été élaboré.

Face au COVID-19 un plan de réponse conjoint SNU et un plan d'urgence de réponse à la pandémie de COVID-19 du Bureau de l'UNFPA inspiré du plan conjoint ont été développés et mis en œuvre en vue de contribuer à la prévention et à la riposte à la pandémie de COVID-19 en RCA. Ce plan est aligné sur quatre des sept piliers : la coordination, la prise en charge et prévention, le contrôle des infections, la communication et l'engagement communautaire de la réponse nationale visant à continuer l'offre de services SR tout en assurant la protection des prestataires sur le terrain et du personnel du Bureau de l'UNFPA contre le COVID-19.

En ce qui concerne l'humanitaire, les interventions ont été caractérisées par la mise en œuvre du programme avec comme cadre de référence, le plan de réponse humanitaire 2017-2019.⁶⁰ Ainsi, le bureau a mis en place un mécanisme d'intervention et d'adaptation à travers son Business Continuity Plan et son Crisis Response Team. Ce mécanisme consiste à procéder régulièrement à la mise à jour des actions de l'UNFPA dans le contexte humanitaire. A cet effet, l'UNFPA a adapté sa stratégie de mobilisation des ressources, qui a permis d'augmenter sensiblement les financements des interventions orientées vers la réponse humanitaire. A ce titre, douze projets humanitaires ont été développés et mis en œuvre dont quatre pour le domaine SDSR, trois combinant les domaines SDSR et VBG tout en incluant les adolescents et les jeunes comme cibles transversales)⁶¹. La signature de l'accord politique pour la paix et la reconstruction nationale (APPR) 2019 a servi aussi de cadre pour identifier les nouvelles priorités tendant à mener des activités nécessaires à la consolidation de la paix et la cohésion sociale.

Ainsi, le 8^{ème} programme a été conçu en prenant en compte les changements des priorités liés à la situation humanitaire dans les trois domaines du programme. L'objectif global était de minimiser les pertes en vies humaines et assurer le fonctionnement minimal du bureau en cas de perturbation.

- ***Santé et Droits Sexuels et Reproductifs (SDSR)***

Les changements de priorités en matière de SDSR liés à la pandémie de COVID-19 ont été clairement définis et documentés à travers l'adaptation au niveau interne à l'UNFPA et à l'adaptation aux nouvelles réalités nationales. Au niveau du Bureau pays, l'adaptation au contexte de la pandémie a été guidée par les directives du siège de l'UNFPA à travers le plan d'intervention bâti autour des trois priorités stratégiques suivantes : i) poursuivre les services de santé sexuelle et reproductive, en garantissant la protection des agents de santé ; ii) lutter contre les VBG et les pratiques néfastes ; et iii) maintenir l'approvisionnement en contraceptifs et autres produits de santé reproductive. Sur cette base, le Bureau pays a élaboré un plan de réponse intégrant les trois stratégies du siège. A cela s'ajoute la mise en œuvre d'interventions accélératrices pour prévenir les effets de

⁶⁰ Plan de réponse humanitaire de la RCA, 2017-2019

⁶¹ Cf Tableau 21 du rapport : Identification des cibles des projets humanitaires du CPD8 UNFPA-RCA, 2018-2021

COVID-19 en RCA, à travers l'engagement communautaire en collaboration avec le Ministère de la Santé, le Ministère de la communication (à travers les sociétés de téléphonie mobile) et l'OMS. Les actions phares de cette stratégie ont été : la mise en place de dix-huit comités de veille communautaire à Bangui, Bimbo et Bégoua ; le déploiement d'un système de centre d'appel tout-en-un (voix, réseaux sociaux...) en appui au numéro 1212 ; le développement d'une application mobile pour appuyer le système de surveillance/suivi des contacts du COVID-19.

Par ailleurs, pour s'adapter à la nouvelle situation et aux défis présents, les PTA avec les partenaires ont été révisés. Ainsi, la programmation a été revue et certaines lignes budgétaires réorientées pour répondre à la pandémie et intégrer la problématique de COVID-19 dans les stratégies de mise en œuvre du CPD8. Dans le domaine humanitaire, la réaction dans le domaine de la SDSR, s'est faite à travers des activités liées au Dispositif Minimum d'Urgence en Santé de la Reproduction (DMU-SR) et les actions pour préserver la dignité des personnes vulnérables (déplacés internes et minorités).

Une approche communautaire et combinée a été menée conjointement avec les partenaires pour adapter les interventions en fonction des besoins et des priorités des communautés vulnérables. Par exemple le rapport des activités de la prévention du VIH dans le cadre de la campagne de la journée mondiale de lutte contre le VIH/Sida, édition 2020, les cibles ont été dotées des kits de prévention du VIH et COVID-19.

- ***Adolescents et jeunes***

Le Bureau UNFPA a su intégrer la prévention du COVID-19 dans ses plans de travail de 2020 et 2021 ciblant les adolescents et les jeunes et a engagé la revue des planifications des activités avec ses partenaires pour une adaptation. C'est ainsi que certaines activités qui devraient mobiliser un grand nombre des jeunes ont été suspendues suite à des instructions gouvernementales interdisant des activités collectives et sportives. Pour s'adapter à cette situation, les partenaires de mise en œuvre avec l'appui de l'UNFPA ont fait usage des canaux de communication tels que les émissions radios, les appels téléphoniques, les rencontres virtuelles pour répondre aux besoins des adolescents et jeunes. Pour ce faire, les Kits de lavage de main, des masques ont été disposés. Par ailleurs, la pandémie de COVID-19 a permis de mobiliser des ressources auprès des bailleurs de fonds non traditionnels pour des interventions en faveur des jeunes à travers le projet Trac-Tout.

Dans le domaine humanitaire, la prise en compte de la participation des jeunes au processus de consolidation de la paix a été matérialisée par la mise en œuvre d'un projet conjoint jeune (PBF) communication et sensibilisation pour la cohésion sociale, la vulgarisation de la résolution 2250 parmi les jeunes à travers l'ONG URU financé par les fonds de la Consolidation de la Paix. Aussi, les interventions de l'UNFPA ont touché les groupes vulnérables (les DPI, des retournés) dans les zones humanitaires de Zémio, Bria, et Bouar. Par ailleurs, tous les douze projets humanitaires mis en œuvre dans le cadre du programme ont impliqué ou ciblé directement ou indirectement les adolescents et jeunes.

- ***Egalité des sexes et autonomisation des femmes***

Les changements en matière d'égalité des sexes et autonomisation des femmes ont porté sur la révision des PTA avec certains partenaires de mise en œuvre ayant conduit au réajustement de certaines activités. Ceci en lien au document national de réponse au COVID-19, la stratégie nationale Genre et COVID-19, et une note technique pour la continuité des services VBG en situation de COVID-19 a été développé par le Ministère de la Promotion du genre en collaboration avec l'UNFPA. L'adaptation de l'UNFPA a été matérialisée aussi par la mobilisation

accrue des ressources⁶² pour faire face aux défis de la prévention et la prise en charge des VBG, surtout des populations vulnérables et en particulier les survivants des cas des VBG.

Dans le domaine humanitaire, le programme pays s'est adapté au contexte dans la mesure où l'aggravation du contexte humanitaire et sanitaire pendant la mise en œuvre du CPD8 a conduit à la réalisation des activités non traditionnelles notamment la mise en place des One-Stop-Center, les cliniques mobiles, les centres d'écoutes (Espace-sûr). De même, les conflits récurrents et transfrontaliers liés au phénomène de transhumance ont conduit le bureau pays de l'UNFPA Centrafrique à mettre en place un projet conjoint (FAO, MINUSCA) en vue de renforcer le dialogue communautaire et de prévenir les cas de VBG dans les zones de Ouham et Ouham-Pendé situés au nord du pays. A cet effet, l'UNFPA a privilégié la collaboration avec des structures de mise en œuvre présentes dans les localités ciblées pour l'identification des besoins et la mise en œuvre des interventions du programme. En effet, le contexte humanitaire rendant les déplacements difficiles sur le terrain, la mise en œuvre des activités du CPD8 ont pu se poursuivre en contournant ces difficultés à travers l'utilisation des organisations de la société civile (OSC) qui se trouvent dans les localités ciblées pour mener les activités de terrain. Cette approche de collaboration avec des ONG nationales et internationales a permis d'assurer la présence indirecte de l'UNFPA dans des zones où elle n'est pas directement représentée.

Constats

- Malgré l'alignement sur les ODD l'atteinte des objectifs 3 et 5 d'ici 2030 reste problématique au vu des indicateurs.
- Persistance des besoins humanitaires dus à des causes endogènes (Insécurité, conflits-armés) et exogènes (COVID-19).
- Faibles capacités nationales de production et disponibilité des données y compris les retards dans la réalisation du quatrième RGPH pouvant fournir des évidences pour l'identification réels des besoins et de prise de décisions.
- Les projets conjoints inter agences sont à encourager.

⁶² CF, Tableau 19 Structure financière et performance par domaine thématique du CPD8 de l'UNFPA Centrafrique 2018-2021

4.2. Réalisation des produits et contribution aux résultats du programme pays (QE4, QE5, QE6, et QE7)

Résumé : L'analyse de l'efficacité du CPD8 à travers les produits du cadre des résultats a montré que les interventions du Bureau de l'UNFPA Centrafrique en faveur des groupes vulnérables et marginalisés devant contribuer à un meilleur accès et utilisation des services intégrés de SSR, de VGB et de VIH sont limitées.

La mise en œuvre de ce programme a été grandement marquée par des interventions à caractère humanitaire au détriment des interventions de développement censées contribuer à l'atteinte des principaux résultats transformateurs de l'UNFPA (zéro décès maternels, zéro besoins non satisfaits en PF et zéro violences sexistes sur le genre).

En matière de SDSR, bien que les cibles des indicateurs initialement formulés pour mesurer les progrès vers la réalisation des produits et contribuer aux résultats ne soient pas atteintes, l'appui de l'UNFPA a permis le renforcement des capacités par : (i) l'élaboration des documents normatifs, (ii) la prise en charge des cas de fistules obstétricales, (iii) l'amélioration des plateaux techniques des hôpitaux de référence. Pour ce qui est de SONU, le personnel de santé a été recyclé en SONUB et des sages-femmes mentors ont été déployés dans certains districts pour l'encadrement et la prise en charge des cas compliqués.

S'agissant de la prise en charge des cas de viols l'appui de l'UNFPA a consisté à l'élaboration du plan d'action national sur le paquet essentiel de service de prise en charge des victimes de violences basées sur le genre en RCA et du guide national pour la prise en charge holistique des personnes survivantes de viol en RCA.

Dans le cadre humanitaire, il y a eu le renforcement des capacités techniques des prestataires de soins de santé et personnel social en DMU-SR et la dotation des structures de santé et les sites des DPI en kit SR.

La planification familiale qui constitue la niche principale (Compact Commitment) de l'UNFPA a produit des résultats satisfaisants en termes d'atteinte des cibles des indicateurs.

En ce qui concerne les adolescents et jeunes, l'appui de l'UNFPA a permis d'élaborer des documents normatifs servant de cadre de référence pour orienter les interventions futures concernant ce groupe cible et de mener quelques interventions de communication pour un changement de comportement en matière de SR, d'égalité de genre et d'utilisation des services de SSR. Les actions de communication sur la SSR, les IST, VIH et la prévention du mariage précoce ont été menées en faveur de ce groupe de population y compris les marginalisés. Cependant, il n'a pas été possible d'apprécier l'efficacité à travers certains indicateurs formulés au départ. Quant à la stratégie de l'éducation sexuelle complète qui définit les approches tant en milieu scolaire qu'en milieu extrascolaire, il faut noter que sa réalisation n'a pas été effective. Il en est de même pour l'observatoire du dividende démographique. Compte tenu de la vulnérabilité de cette tranche de population, vis-à-vis des groupes armés, les adolescents et jeunes ont été sensibilisés sur les questions de paix, de cohésion sociale et de dialogue intergénérationnel et la résolution 2250.

S'agissant de l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes, il faut relever que les progrès vers la réalisation du produit ont permis de disposer au niveau national des documents normatifs et des instruments juridiques sur les questions de genre GBV. Certains indicateurs sont toujours difficiles à mesurer. Par ailleurs, le contexte humanitaire prévalait et le nombre de cas de VBG augmentait. Bien que le volet autonomisation des femmes ait été mis en œuvre, celui-ci n'a pas été pris en compte convenablement dans la définition des stratégies spécifiques et la formulation des indicateurs.

Compte tenu des contre-performances relevées dans les progrès vers la réalisation des produits du programme en raison de plusieurs facteurs dont entre autres (i) la prédominance des interventions à caractère humanitaire qui sont ponctuelles et limitées dans le temps, (ii) les faiblesses de la théorie de changement et (iii) la faiblesse de coordination du 8^{ème} Programme au niveau national associée aux incohérences observées dans la formulation et le choix des indicateurs, l'efficacité du programme a été jugée insatisfaisante en termes d'amélioration de l'offre et d'accès aux services essentiels relevant du mandat de l'UNFPA pouvant contribuer à l'atteinte des trois résultats transformateurs.

QE4 : Dans quelle mesure les actions soutenues de l'UNFPA ont-elles permis la réalisation des produits (outputs) et contribué aux résultats (outcomes) attendus du programme de pays ? En particulier : (i) accès et utilisation accrus des services intégrés de santé sexuelle et reproductive ; (ii) autonomisation des adolescents et des jeunes pour accéder aux services de santé sexuelle et reproductive et pratiquer leurs droits sexuels et reproductifs ; (iii) la promotion de l'égalité des sexes et l'autonomisation de toutes les femmes et des filles. (Efficacité)

- *Aperçu général*

Les cinq (5) produits du CPD8 étaient conçus selon l'approche nexus (développement et humanitaire). Les quatorze (14) indicateurs qui devraient mesurer les progrès vers la réalisation de ses résultats, eux aussi, prenaient en compte les questions humanitaires. La stratégie d'intervention dans le cadre du CPD8 pour pouvoir réaliser les produits et contribuer aux résultats attendus était basée sur les 5 modes d'engagement⁶³ consistant :

- au niveau macro : à des interventions à couverture nationale y compris dialogue politique, le plaidoyer et les partenariats stratégiques ;
- au niveau méso : accompagnement de la décentralisation avec les antennes, et modélisation des interventions avec les partenaires non traditionnels ;
- au niveau micro : intervention à échelle plus réduite, basée sur le contexte spécifique de la zone et approches communautaires intégrées.

- *Santé et droits sexuels et reproductifs (SDSR)*

Le domaine thématique santé et droits sexuels et reproductifs (SDSR) repose sur deux produits.

Produit 1. Les capacités nationales ont été renforcées afin de fournir des informations et des services de santé sexuelle et reproductive intégrés et de qualité, notamment les soins aux victimes de violence sexuelle, plus particulièrement pour les populations vulnérables, y compris dans le cadre d'opérations humanitaires.

Pour la réalisation de ce produit onze (11) axes de stratégies⁶⁴ ont été définis et quatre indicateurs ont été formulés pour évaluer la performance de ce produit et sa contribution au résultat global du CPD8.

La réalisation de ce produit en termes d'accès et utilisation accrus des services intégrés de santé sexuelle et reproductive, s'est traduit entre autre par la contribution de l'UNFPA à l'élaboration du programme national de lutte contre les fistules obstétricales (2018-2022), à la prise en charge des fistules obstétricales à travers le renforcement des capacités techniques du personnel local et des plateaux techniques des hôpitaux de référence (Hôpital de l'Amitié de Bangui) dans la région n°7 (Bangui) et dans l'hôpital régional de Bambari (Région n°4). En matière de demande, pour un meilleur accès aux services, des campagnes ont été réalisées à travers les ONG partenaires de mise en œuvre afin de susciter l'intérêt des potentielles femmes porteuses de fistules obstétricales. L'indicateur de pourcentage de femmes et filles vivant avec fistule obstétricale et recevant un traitement dans les régions concernées par le programme formulé pour apprécier le progrès vers la réalisation de ce produit, s'avère être difficile à évaluer. En effet, le présent indicateur manque de dénominateur réel (manque des données statistiques au préalable, estimation de l'indicateur au préalable), l'indicateur a précisé que les interventions devraient toucher les zones d'intervention mais elles ont été réalisées sur toute l'étendue du territoire. Ceci conduit à la dispersion des efforts pour peu de résultats.

⁶³ Stratégies du programme, UNFPA 2018-2021

⁶⁴ Descriptifs du CPD8 2018-2021 : priorités du programme et partenariat.

En ce qui concerne l'indicateur pourcentage d'établissements de santé fonctionnels proposant l'intégralité des soins médicaux pour les victimes de violences sexuelles dans les zones du programme, l'appréciation reste difficile au regard de la difficulté d'apprécier le dénominateur.

Par ailleurs, l'ampleur de la prévalence des cas des viols nécessitant une prise en charge médicale, a conduit le Bureau de l'UNFPA à contribuer à l'élaboration du Plan d'action national sur le paquet essentiel de service de prise en charge des victimes de violences basées sur le genre en RCA, guide national pour la prise en charge holistique des personnes survivantes de viol en République Centrafricaine) document de prise en charge médicale des cas de violences sexuelles, renforcement des capacités des FOSA en PEP Kits, renforcement des capacités des prestataires de soins de santé (partenaires de mise en œuvre) pour le référencement et la prise en charge médicale des cas de violences sexuelles à travers les cliniques mobiles. L'indicateur n'est pas SMART en termes de classification, catégories des FOSA qui devraient offrir l'intégralité des soins médicaux pour les victimes de violences sexuelles, ainsi qu'en terme de fixation de seuil à atteindre (25 pourcent).

Concernant l'indicateur sur le pourcentage d'établissement de santé fournissant des soins EmONC de base, pour améliorer le SONU, le bureau de l'UNFPA a appuyé et soutenu les partenaires, la formation des personnels de santé en SONUB de base, le recrutement et le déploiement des sages-femmes mentors⁶⁵ dans le cadre d'un projet pilote à évaluer et à mettre mise à l'échelle dans le CPD9. Par ailleurs, dans la cadre de formation de base, l'UNFPA a mis à la disposition de la Faculté des Sciences de la Santé de l'Université de Bangui des matériels pédagogiques pour la formation du personnel paramédical (Sages-femmes, Assistantes Accoucheuses).

S'agissant des SONUC qui devraient compléter à la réalisation des neuf fonctions⁶⁶ des SONU, même si l'UNFPA ne pouvait pas fournir le paquet complet de SONUC (les équipements nécessaires pour la césarienne et la transfusion sanguine), elle aurait dû nouer des partenariats stratégiques pour l'atteinte des cibles de cet indicateur. Dans l'ensemble pour ce qui est des indicateurs de SONU (SONUB et SONUC), l'enquête rapide sur les soins obstétricaux et néonataux d'urgence (ERSONU) a montré que sur l'ensemble du pays, seulement 8 pourcent des structures sont classées SONUB et 5 pourcent sont classées SONUC. D'où les cibles de 60 pourcent de SONUB et 25 pourcent de SONUC s'étaient révélées irréalistes.

Pour l'indicateur « Pourcentage d'établissements de santé fonctionnels proposant un DMU », face au contexte d'urgence de sauver de vie des femmes et des filles dans un contexte humanitaire critique, l'UNFPA a renforcé les capacités des prestataires de soins de santé, et du personnel social sur le DMU-SSR. Il s'est accompagné des dotations des structures en Kits SSR selon leurs niveaux respectifs de prise en charge. Cependant, cet indicateur n'est pas spécifique et pose le problème de sa mesurabilité (SMART), car il n'a pas de dénominateur.

La réalisation du produit 1 montre que la formulation des indicateurs devant servir à évaluer sa performance pose problème.

Tous les indicateurs du produit ne sont pas SMART, et manquent de dénominateurs précis pour leur mesurabilité. A cet effet, l'équipe de l'évaluation avec l'appui du gestionnaire de l'évaluation et du groupe de référence ont proposé des indicateurs proxys qui sont des indicateurs de processus pour apprécier les efforts du CPD8 par rapport à ce produit 1. Sur les sept indicateurs proxy retenus pour apprécier l'efficacité du CPD8 dans la mise en œuvre du produit 1, un seul ne pourra pas raisonnablement être atteint ; il s'agit du « Nombre de femmes et de filles vivant avec des fistules obstétricales qui bénéficient d'une réparation chirurgicale grâce à l'appui du programme ».

⁶⁵ Il s'agit de sages-femmes à la retraite mais actives qui sont recrutées et positionnées au niveau de l'hôpital de district et dont le rôle est d'assister les sages-femmes en activités par la formation in-situ et l'assistance directe en cas de complications, dans le but de réduire la mortalité maternelle.

⁶⁶ Fonctions SONUC (Administration d'antibiotique par voie parentérale, Administration des utéro-toniques par voie parentéral, administration des anticonvulsivants par voie parentérale, délivrance artificielle du placenta, extraction des produits résiduels d'avortement par AMIU, Pratique de l'accouchement instrumental par voie basse (ventouse ou forceps), Pratique de la réanimation néonatale (avec ambu ou masque))

Tableau 5: Indicateurs de CPD8 et proxy utilisés pour évaluer la performance du CPD8 en lien avec le produit 1

Indicateurs du Produit 1	Prévu	Cibles	Taux de réalisation
Pourcentage de femmes et filles vivant avec fistule obstétricale et recevant un traitement dans les régions concernées par le programme	4%	15%	NA
Pourcentage d'établissements de santé fonctionnels proposant l'intégralité des soins médicaux pour les victimes de violences sexuelles dans les zones du programme	25%	75%	NA
pourcentage d'établissement de santé fournissant des soins SONU	SONUB :38% SONUC : 10%	SONUB : 60% SONUC : 25%	NA
Indicateurs proxy estimés			
Nombre de femmes et de filles vivant avec des fistules obstétricales qui bénéficient d'une réparation chirurgicale grâce à l'appui du programme	250	135	54%
Nombre de personnels de santé formés sur la prise en charge (PEC) des fistules obstétricales	50	40	80%
Nombre de FOSA de la zone d'intervention dont les capacités ont été renforcées en kits de traitement post viol pour la PEC médicale des viols (PEP Kits)	200	141	71%
Nombre de survivantes de viols ayant bénéficié de PEC médicale par les structures appuyées	3,165	2,837	90%
Nombre de personnels de santé formés en SONUB et SONUC	140	77	55%
Nombre de FOSA disposant d'un personnel formé en DMU-SR et dotés en matériels/kits SR	310	154	50%
Nombre de prestataires formés sur le DMU/SR	380	345	84%

Constats liés au Produit 1

- Difficulté pour approvisionner les FOSA en produits PF/SR/Kits d'urgence jusqu'au dernier kilomètre à cause des retards dans les approvisionnements du pays, l'insécurité persistante dans certaines zones, l'état précaire des routes, les couts élevés des ravitaillements des districts sanitaires et FOSA et l'absence d'une ligne budgétaire de l'Etat pour le programme SR.
- Prise en charge holistique des VBG et des FO incomplètes à cause de manque d'hébergement et du manque de partenaires pour la réinsertion socio-économique des FO pour les victimes des zones rurales et non humanitaires.
- Faible qualité des services SDSR offerts dans plusieurs structures à cause de la faible qualité des SONUB et SONUC, la faiblesse du système de surveillance et de revues et audits des décès maternels, l'insuffisance et mauvaise répartition des ressources humaines en santé, en particulier le personnel qualifié à l'accouchement et autres services SR dans les FOSA.
- Faiblesse du SNIS liée aux difficultés dans les mécanismes de collecte et de transmission des données, le manque de données désagrégées SR au niveau du SNIS sur les adolescents, les jeunes ou les indicateurs sur les VBG et la FO.

Produit 2. Les capacités nationales des OSC et du secteur privé ont été renforcées afin d'accroître la demande et l'accès aux services de planification familiale, y compris dans le cadre d'opérations humanitaires.

L'objectif phare du CPD8 consistait à investir dans la planification familiale visant les femmes et les jeunes en particulier les adolescentes, les réfugiés et les personnes déplacées afin de contribuer à l'amélioration du taux de prévalence contraceptive moderne, à la réduction de la mortalité maternelle et infantile et de la fécondité précoce pour promouvoir le dividende démographique.

A cet effet, le Bureau pays de l'UNFPA s'est engagé entre autres à : i) accroître la demande et l'utilisation des services communautaires intégrés notamment dans les camps des DPI et des réfugiés ; ii) plaider à la promotion de la mise en normes des services pour les groupes vulnérables et les communautés vivantes dans les zones d'accès difficiles ; iii) accroître la participation des hommes et des garçons dans les interventions de santé reproductive ; iv) améliorer la collecte et gestion des données en matière de PF et la documentation relative en bonne pratique; v) améliorer l'accès aux services des PF, le renforcement du système de santé, y compris la sécurisation des produits SR.

Pour apprécier la réalisation de ce produit, deux indicateurs ont été formulés. Le premier indicateur de ce produit porte sur le nombre de nouveaux utilisateurs de méthodes de planification familiale modernes. Il ressort des données collectées qu'à la fin de l'année 2021, 265 620 nouveaux utilisateurs de PF moderne pour une cible de 70 000, ont été enregistrés, soit un pourcentage de 379,45.

En ce qui concerne le second indicateur, nombre d'organisations féminines communautaires dont les membres sont soutenus pour promouvoir l'accès aux méthodes de PF modernes, il ressort que 31 organisations ont été touchées pour une cible de 34 à la fin du cycle, soit un taux de 91%.

Tableau 6: Indicateurs de résultats pour évaluer la performance du CPD8 en lien avec le produit 2

Indicateurs	Baseline 2018	Cibles 2021	Réalisation 2021 (%)
2.1. Nombre de nouveaux utilisateurs de méthodes de planification familiale modernes	13000	70 000	265620 (379,45%)
2.2. Nombre d'organisations féminines communautaires dont les membres sont soutenus pour promouvoir l'accès aux méthodes de PF modernes	0	34	31 (91%)

Cependant, étant donné que la prévalence contraceptive moderne est de 13% au niveau national, que l'UNFPA est l'unique partenaire qui couvre le pays en produits contraceptifs, que la proportion des femmes en âge de procréer croît avec l'augmentation de la population, cela sous-entend qu'il y'a une forte demande et besoins en matière de planification familiale ; 50,87 pourcent des femmes en âge de procréer (15 à 49 ans) sur l'ensemble de la population féminine a été estimée en 2021 à 2 238 713⁶⁷ personnes. Cet écart qui se traduit par l'augmentation des besoins non satisfaits de l'ordre de 27 pourcent explique les difficultés pour parvenir à

⁶⁷ Projection RGPB 2003

répondre à ces besoins dont les causes sont liées entre autres aux problèmes d’approvisionnement en produits contraceptifs dus au dysfonctionnement de la chaîne d’approvisionnement en vue d’atteindre le dernier kilomètre, à l’existence des pesanteurs socio-culturelles et à l’insécurité.

Les ressources limitées de l’UNFPA n’ont pas permis de réaliser la majorité des stratégies à grande échelle. Les approches communautaires de proximité qui devraient toucher le plus grand nombre des femmes en âge de procréer ont été réalisées à faible échelle et la contribution du gouvernement en matière de PF est quasi inexistante durant la période de mise œuvre du CPD8. L’analyse a révélé que les indicateurs choisis n’étaient pas des indicateurs de résultats mais plutôt des indicateurs de processus. Par ailleurs, la cible fixée à la fin du cycle du programme était sous-estimée.

Bien que la cible de nouveaux utilisateurs de méthodes de planification familiale modernes soit largement dépassée, il est à noter que cet indicateur ne permet pas de mesurer la performance réelle du produit 2 du CPD8.

Constats liés au Produit 2

- Faible mobilisation communautaire en raison de l’expertise limitée des partenaires en faveur de la planification familiale et de la persistance des normes sociales et culturelles est l’un des facteurs qui ne permettra pas d’atteindre le résultat transformateur de l’UNFPA de zéro besoin non satisfait en PF d’ici 2030.
- Difficultés d’approvisionnement des structures décentralisées en produits contraceptifs.

• *Adolescents et jeunes*

Le domaine thématique adolescents et jeunes visait à réaliser deux produits.

Produit 3. Les adolescents et les jeunes (surtout les filles) bénéficiaires du programme sont capables, motivés et aptes à faire des choix éclairés sur leur SSR, y compris dans le cadre d’opérations humanitaires.

Pour réaliser ce produit, quatre axes d’interventions ont été définis en mettant l’accent sur la communication pour un changement de comportement en vue de répondre aux besoins des adolescents et jeunes en matière de SSR. Ces interventions concernaient essentiellement i) la promotion de la communication en faveur de changement pour les comportements à risque en matière de SSR, l’égalité de genre et une utilisation accrue des services de SSR ; ii) le développement de méthodes de communication novatrices ciblant les jeunes ; iii) l’identification, la documentation et la diffusion de bonnes pratiques au cours d’interventions pour la santé reproductive des adolescents et des jeunes.

Pour mesurer ce produit et sa contribution à l’atteinte des résultats de CPD 8 deux indicateurs ont été formulés en termes de : i) pourcentage de jeunes âgés de 15 à 35 ans sensibilisés sur la SSR des adolescents, notamment les maladies sexuellement transmissibles, la prévention du VIH, le mariage ou la grossesse précoce et la violence sexiste ; ii) pourcentage d’organisations de la jeunesse renforcées et utilisées pour promouvoir la SSR des adolescents, notamment dans les établissements pour DPI. Ces deux indicateurs tels que formulés en termes de pourcentage s’avèrent difficiles à évaluer faute de dénominateur précis. Par ailleurs, on note un changement de tranche d’âge pour ce qui est du premier indicateur qui ciblait les adolescents et jeunes de 15 à 35 ans alors que les normes standards selon l’OMS applicables aux Agences UN, la tranche d’âge retenue est de 10 à 24 ans. Cela sous-entend qu’il y a au cours de la conception et de la mise en œuvre des laissés pour compte. C’est pourquoi l’équipe d’évaluation, en accord avec le gestionnaire de l’évaluation et le groupe de référence a identifié des indicateurs proxy additionnels pour mieux apprécier la réalisation du produit 3 au regard des actions soutenues par l’UNFPA.

A cet effet, les appuis de l'UNFPA consistaient au : i) renforcement des capacités des pairs éducateurs et des professionnels de santé, des pairs éducateurs sur les questions de SSR y compris les IST/VIH, de l'égalité des sexes, de violences sexistes pour accroître la demande et l'accès aux services de SSR. Ces pairs éducateurs ont mené à leur tour des actions de sensibilisation qui ont touché leurs pairs (217447/100000) ; ii) renforcement des capacités des professionnels de santé sur l'offre des services intégrés de santé sexuelle et reproductive aux adolescents et jeunes qui a permis à certaines FOSA fonctionnelles de disposer des points de prestations de services adaptés aux adolescents et jeunes dans les localités de Bangui, Bégoua et Bimbo.

S'agissant de l'utilisation de nouvelles technologies pour la promotion des SDSR en milieu jeunes, une expérience pilote a été initiée et a permis d'outiller les jeunes en Ipad facilitant ainsi les échanges et les partages des informations à travers les réseaux sociaux sur les questions de SRAJ. Suite aux différentes sessions de sensibilisation, des jeunes et adolescents motivés ont fait le choix de se faire dépister pour le VIH et pour renforcer la double protection contre le VIH et les grossesses non désirées et ont été dotés des préservatifs masculins dans les zones d'interventions de l'UNFPA et même dans les zones humanitaires.

En termes de consolidation de la paix, les organisations de la jeunesse ont vu leurs capacités renforcées sur la résolution 2250 en vue d'accroître leur implication dans la recherche de la paix et de la cohésion sociale. En plus, des clubs des jeunes (Dimitri) ont été mis en place pour encourager la participation communautaire des jeunes ainsi que de leur implication dans le cadre de l'appui à la mise en œuvre de l'accord de paix.

Compte du poids de cette tranche d'âge (de 32 pourcent de la population totale 1714692)⁶⁸ en 2021 les actions menées pour un changement de comportements en matière de SSR restent insuffisantes.

Tableau 7: Indicateurs du CPD8 et de proxy utilisés pour évaluer la performance du CPD8 en lien avec le produit 3

Indicateurs CPD8	Référence 2018	Cible2021	Taux de réalisation
3.1. Pourcentage de jeunes âgés de 15 à 35 ans sensibilisés sur la SSR des adolescents, notamment les maladies sexuellement transmissibles, la prévention du VIH, le mariage ou la grossesse précoce et la violence sexiste	35%	80%	NA
3.2. Pourcentage d'organisations de la jeunesse renforcées et utilisées pour promouvoir la SSR des adolescents, notamment dans les établissements pour DPI	30%	75%	NA
Indicateurs proxy estimés	Prévision	Réalisation 2018-2021	Taux de réalisation
Nombre d'adolescents et jeunes âgés de 10 à 24 ans sensibilisés à la SDSR, y compris les IST, la prévention du VIH, les mariages précoces, les grossesses non désirées et la violence sexiste	100,000	217447	217%
Nombre d'organisations de jeunesse renforcées et impliquées dans la promotion de la SDSR pour les adolescents et jeunes, en particulier dans les sites de déplacés	90	83	92%
Nombre de jeunes pairs éducateurs utilisant les messages pour sensibiliser leurs pairs sur la SSR	100	70	70%
Nombre de professionnels de santé formés sur la fourniture des services intégrés de santé sexuelle et de la reproduction, y compris la prévention du VIH	30	27	90%
Quantité de préservatif distribués en milieu adolescents et jeunes	20,263,175	16,607,275	82%
Nombre de jeunes impliqués dans le processus de paix et résolution de conflits	25,000	15,130	61%

⁶⁸ Projection RGPH 2003

Constats liés au Produit 3

- Insuffisance de mécanismes de communication à grande échelle pour toucher plus d'adolescents et jeunes.
- Insuffisance de ciblage de tranches d'âge des adolescents de 10 à 24 ans. Ce qui limite l'appréciation de l'indicateur concernant les adolescents et jeunes et par conséquent des résultats attendus du produit 3.
- Difficulté d'atteindre les adolescents et les jeunes des camps de déplacés et les hot spots du pays.

Produit 4. La capacité des institutions nationales, des OSC et des communautés a été renforcée afin de développer des politiques et programmes de santé destinés aux adolescents et aux jeunes.

Les stratégies adoptées pour réaliser ce produit 4 consistaient : (i) au renforcement des capacités nationales pour la collecte et l'analyse des données pour améliorer l'intégration des problèmes des jeunes dans les politiques nationales ; (ii) au renforcement des capacités des leaders d'opinion et des dirigeants communautaires et religieux pour promouvoir le dialogue intergénérationnel, la cohésion sociale et le respect des droits de l'Homme ; (iii) à la mobilisation pour l'élaboration d'un programme complet d'éducation sexuelle ; (iv) à l'amélioration du cadre juridique pour la protection des droits liés à la sexualité des adolescents ; (v) à l'augmentation de l'allocation budgétaire et des investissements stratégiques pour la mise en œuvre du programme commun pour la résilience de la jeunesse ; (vi) au soutien technique et financier pour la création d'un observatoire du dividende démographique national et la préparation du quatrième recensement national de la population ; et (vii) au renforcement des institutions nationales et des ONG pour l'état de préparation, l'évaluation et le suivi rapides des interventions humanitaires, les objectifs de développement durable et la promotion du dividende démographique, y compris l'état civil.

Pour réaliser ce produit, quatre indicateurs ont été formulés.

Le premier indicateur qui s'intitule : « la stratégie d'éducation sexuelle complète est développée et disponible » n'a pas été réalisé handicapant ainsi les interventions en faveur des adolescents et des jeunes en termes des informations correctes sur leur sexualité et leur développement social.

Pour ce qui est du second indicateur, qui s'intéresse au « Nombre de leaders d'opinion et de dirigeants communautaires et religieux dont les capacités ont été renforcées pour promouvoir les SDSR des jeunes », il est à relever qu'il n'est pas spécifique (trois cibles) et qu'il est un indicateur de processus qui ne peut apprécier réellement le progrès vers la réalisation du produit 4. Toutefois, les appuis de l'UNFPA ont permis de renforcer les capacités de 188/180 leaders confondu, soit un taux de 104 pourcent sur la promotion des droits en matière de santé sexuelle et reproductive des jeunes et adolescents.

Le troisième indicateur, concernant le pourcentage de structures offrant au moins trois services de santé reproductive adaptés aux adolescents et aux jeunes pose toujours un problème de dénominateur pour sa mesurabilité. En termes de processus, sur quarante structures prévues pour offrir des services adaptés aux jeunes, seules dix ont bénéficié de l'appui de l'UNFPA en termes de formation de professionnels de santé sur les standards de services adaptés aux adolescents et jeunes.

Quant au quatrième indicateur de ce produit 4 portant sur le « Nombre d'employés du pays formés dans la production et l'analyse des statistiques vitales, des enquêtes et du recensement », il est à noter qu'il est imprécis, non SMART et ne cadre pas avec le produit 4. En effet, la cible atteinte de 22/20 employés formés ne dispose d'aucune évidence pour apprécier l'indicateur. Par conséquent ne cadre pas au produit.

L'appui technique et financier de l'UNFPA a permis aux institutions nationales de disposer des documents normatifs servant de cadre de référence aux interventions ciblant les adolescents et les jeunes dont entre autres la politique nationale de la promotion de la Jeunesse 2^{ème} génération 2020 ; le plan stratégique national de la promotion de la jeunesse 2021 -2025, le plan opérationnel de la promotion de la jeunesse 2021 -2022 et le plan stratégique national de promotion de la santé reproductive des adolescents et jeunes révisé de 2020.

En matière d'état civil l'UNFPA a appuyé l'élaboration de la politique nationale de l'état civil qui n'est pas encore validé. Sur les sept axes d'intervention devant permettre de réaliser le produit 4 cinq n'ont pas connu un début de réalisation.

Tableau 8: Indicateurs du CPD8 en lien avec le produit 4

Indicateurs initiaux	Prévision 2022	Réalisation 2021	Taux de réalisation
4.1. La stratégie d'éducation sexuelle complète est développée et disponible.	Oui	Non	0%
4.2. Nombre de leaders d'opinion et de dirigeants communautaires et religieux dont les capacités ont été renforcées pour promouvoir les SDSR des jeunes	180	188	104%
4.3. Pourcentage de structures offrant au moins trois services de santé reproductive adaptés aux adolescents et aux jeunes	NA	NA	NA
4.4. Nombre d'employés du pays formés dans la production et l'analyse des statistiques vitales, des enquêtes et du recensement	20	22	110%

Constats liés au Produit 4

- Absence d'indicateurs SMART permettant de mesurer la réalisation du produit 4.
- Non réalisation de la stratégie d'éducation sexuelle complète.
- Les aspects liés au domaine de population et développement tels que le dividende démographique, l'état civil et le recensement de la population ne cadrent pas avec ce produit.

• **Egalité des sexes et autonomisation des femmes**

Le domaine thématique « égalité des sexes et autonomisation des femmes » avait un seul produit.

Produit 5. Les institutions nationales, les OSC et les communautés ont la capacité de prévenir, de gérer et de répondre à la violence sexiste et aux pratiques dangereuses à l'encontre des femmes et des filles, y compris dans le cadre d'opérations humanitaires.

Les stratégies définies pour réaliser le produit 5 reposent essentiellement sur : i) la promotion d'un renforcement du cadre juridique relatif à la protection et à l'application de la législation protégeant les femmes et les filles ; ii) la promotion et l'assistance technique en faveur d'une intégration des normes sociales visant à accélérer la prévention des pratiques dangereuses et à contribuer à la résilience des femmes et des filles ; iii) le soutien aux communautés et aux OSC dans la prévention et la gestion globale de la violence sexiste, y compris dans les contextes humanitaires ; iv) le renforcement de la collecte de données et des systèmes de gestion concernant la violence sexiste ; et v) la promotion de l'engagement des hommes et des garçons pour des normes sociales positives contre les mariages d'enfants et les mutilations génitales féminines.

Deux indicateurs ont été retenus pour apprécier la réalisation de ce produit.

Le premier qui concerne le nombre d'organismes communautaires soutenus pour réduire les pratiques traditionnelles néfastes a été jugé SMART et spécifique. Les interventions appuyées par l'UNFPA ont permis de soutenir vingt et trois organismes communautaires sur trente prévus au cours de la période d'évaluation.

Pour ce qui est du second indicateur portant sur le nombre d'organes de coordination décentralisés pour la violence sexiste. Il a été relevé une imprécision dans la formulation de cet indicateur. Au lieu de « nombre d'organes de coordination décentralisés pour lutter contre les violences sexistes », l'intitulé de l'indicateur dans le descriptif du CPD8 est ainsi libellé : nombre d'organes de coordination décentralisés pour la violence sexiste.

Le niveau de réalisation de la cible de cet indicateur à la fin de l'année 2021 est de dix organes de coordination décentralisés mis en place sur sept prévus, soit 143 pourcent.

En matière de renforcement des capacités des institutions nationales, l'UNFPA a apporté son appui à l'élaboration et à la mise en œuvre de :

- Plan d'action sur la traite de personnes.
- La stratégie d'implication des hommes dans la lutte contre les VBG.
- La révision de la loi sur la protection de la femme ;
- La vulgarisation des instruments juridiques nationaux et internationaux en Droits de l'Homme, Droits de la femme.
- La deuxième version du plan d'action national de la résolution 13-25 pour permettre aux acteurs intervenant dans ce domaine d'avoir un cadre juridique pour mieux protéger les femmes et les filles.

En matière de collecte de données sur les cas de VBG, un système de gestion d'informations (GBVIMS) inter-agence dont le lead assuré par l'UNFPA en collaboration avec les ONG signataires d'un protocole de partage d'informations a été mis en place. Ainsi, durant le cycle programmatique, trente et cinq mille quatre-vingt et onze cas de VBG ont été enregistrés dont 3970 cas ont bénéficié de prise en charge médicale⁶⁹.

Parmi les cinq stratégies développées dans ce domaine, deux n'ont pas été mises en œuvre en raison de choix des priorités et du contexte humanitaire et COVID-19.

Le volet autonomisation de toutes les femmes et filles n'a pas été pris en compte dans les axes stratégiques, ni au niveau des indicateurs bien que certaines activités aient été menées dans ce domaine.

Malgré que les organes de coordination décentralisés ont été mis en place, leur fonctionnalité n'a pas été effective en raison de manque d'appui technique et financier.

Tableau 9: Indicateurs du CPD8 en lien avec le produit 5

Indicateurs initiaux	Baseline 2018	Prévision 2021	Niveau de réalisation 2021
5.1 Nombre d'organismes communautaires soutenus pour réduire les pratiques traditionnelles néfastes	15	30	77%
5.2 Nombre d'organes de coordination décentralisés pour la violence sexiste	0	7	143%

Tableau 10: Indicateurs utilisés pour évaluer la performance du CPD8 en lien avec produit 5

Indicateurs proxy estimés	Prévu	Total réalisé 2018-2021	Taux de réalisation
Nombre de kits de dignité distribués aux femmes victimes de VBG et déplacées	10,000	18371	184%
Nombre de cas de VBG pris en charge	15,000	21334	128%
Nombre de membres d'organisations féminines formées sur entrepreneuriat et la gestion des AGR	100	103	103%

⁶⁹ Rapports annuels SIS (2018, 2019, 2020 et 2021)

Constats liés au Produits 5

- L'autonomisation des femmes a été le parent pauvre du domaine car aucun produit ni indicateur n'a été consacré à ce volet dans le cadre des résultats, bien que quelques activités aient été réalisées.
- Les cas de VBG restent persistants dans le pays au regard des chiffres et du contexte humanitaire et leur prise en charge holistique reste un défi à relever pour le prochain cycle et aussi pour la réalisation du résultat transformateur portant sur zéro violence basée sur le genre.
- Les interventions mises en œuvre ne ciblent pas le changement des perceptions communautaires et socioculturelles (la racine du problème) pour une prévention durable des VBG mais sont plutôt les effets du problème (conséquences).
- Les espaces sûrs et les One-Stop-Centers qui devaient servir de cadre d'échange et d'écoute pour les survivantes n'ont pas un caractère pérenne.

QE5 : Dans quelle mesure les actions humanitaires de l'UNFPA ont-elles systématiquement atteint toutes les zones géographiques dans lesquelles résident les populations affectées, les plus vulnérables et marginalisées (femmes, adolescents et jeunes, femmes handicapées, minorités raciales, ethniques, religieuses, etc.) ? (Efficacité).

- *Aperçu général*

Le paysage d'intervention dans le cadre du 8^{ème} Programme a été caractérisé par les questions humanitaires. A ce titre ses interventions ont été guidées par les différents plans de réponses du système des Nations-Unies, les directives du Siège et les priorités nationales.

En raison des ressources financières, logistiques et humaines limitées, le Bureau a adopté une approche stratégique de partenariat avec les autres agences et les acteurs humanitaires pour se déployer sur le terrain en vue de répondre aux besoins des groupes vulnérables relevant de son mandat. Ces interventions visaient à sauver des vies et contribuer au relèvement de ces populations.

- *Réponse à la question d'évaluation*

Le contexte humanitaire récurrent dans lequel évolue la République Centrafricaine depuis 2012 a conduit le Bureau pays de l'UNFPA à activer sa stratégie humanitaire en lien avec différents plans de réponse humanitaire. Les interventions ont touché soixante-sept sous-préfectures du pays avec plus de 503 600 personnes déplacées internes réparties dans dix-sept sites. Celles-ci ont été menées avec l'implication des acteurs humanitaires que sont les ONG internationales et nationales et quelques structures étatiques.

Pour une réponse efficace aux différents besoins exprimés, les capacités des partenaires de mise en œuvre ainsi que les prestataires de services ont été renforcées en DMU-SR et en kits SR selon le Manuel de terrain inter organisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire⁷⁰. Aussi, au début du programme, dans le cadre humanitaire, le Bureau Pays avait travaillé avec trois antennes réparties dans les zones de concentration des Nations-Unies pour une meilleure synergie des interventions.

Les personnes vulnérables et marginalisées sont constituées des femmes en âge de procréer de 15-49 ans, les adolescents et jeunes, les handicapés (sourds-muets) et les minorités ethniques (Peulh et aka). Pour répondre à leurs besoins douze (12) projets humanitaires ont été développés et mis en œuvre.

⁷⁰ Manuel de terrain inter organisations sur La santé reproductive en situations de crise humanitaire

⁷¹ Essential Services Package for Women and Girls Subject to Violence Core Elements and Quality Guidelines

Tableau 11: Projets humanitaires du CPD8

N°	TITRE	Couverture	Cibles
1	Appui à la participation des jeunes dans le processus de stabilisation et de réconciliation des communautés et à la promotion de la paix	Bangui, Bimbo, Boda, Yaloké, Bouar, Sibut, Dékoa, Kaga-Bandoro, Bambari, Bossangoa.	Jeunes (hommes et femmes), associations de jeunesse, leaders communautaires, membres de la communauté
2	Déploiement du Dispositif Minimum D'Urgence en SR y compris la formation en prise en charge Holistique de victimes de viols et les EAS dans 12 localités chaudes en Centrafrique	Ouaka (Ippy, Tagbara, Séko, Maloum, Agoudoumanga), Basse-Kotto (Zangba, Mobaye, Kembé), Mbomou (Bangassou, Rafai) et Mambèrè-Kadei (Gamboula, Amada-Gaza)	Victimes de viols et EAS, personnel de santé, femmes en âge de reproduction, jeunes, clientes de PF
3	Appui à l'offre des services SR pour les populations déplacées et hôtes par le Déploiement du DMU en SR y compris la formation en prise en charge médicale des personnes survivantes de viols sexuels et EAS dans sept (07) sous-préfectures en Centrafrique	Kouango, Mbrès, Bakala, Bakouma, Ngaoundaye, Ouango et Gambo.	Victimes de viols et EAS, personnel de santé, femmes en âge de reproduction, jeunes, membres de la communauté, clientes de PF
4	Implementation of MISP for live saving and multisectoral response to GBV	Bangui, Paoua, Berberati, Bangassou, Bambari	Victimes de viols et EAS, personnel de santé, femmes en âge de reproduction, jeunes
5	Projet humanitaire CERF (67 personnels de santé ont été formés en prise charge médicale des personnes survivantes de VBG, 12 maternités ont été équipés en lits d'accouchement et lampe mobile d'examen gynécologique et 2,474 accouchements assistés)	Paoua, Zémio et Bangassou	Survivantes de VBG, femmes enceintes, personnel de santé
6	Improving GBV prevention and response in the CAR through a national strategy and strenghtened data management mechanism (Projet conjoint UNHCR)	National	Victimes de viols et EAS, personnel de santé, acteurs de lutte contre les VBG, membres de la communauté
7	Offre de services intégrés de qualité du DMU-SR aux populations affectées de 7 sous-préfectures de RCA	Basse Kotto, Haut Mbomou et Mbomou (Rafai, Obo, Djemah, Kembe, Satema, Ouango et Gambo)	Victimes de viols et EAS, personnel de santé, femmes en âge de reproduction, jeunes, clientes de PF
8	Offre des services de santé de reproduction d'urgence y compris la prise en charge médicale des violences sexuelles aux populations affectées de 10 sous-préfectures en RCA.	Kembé, Mobaye, Satéma, Zangba, Amadagaza, Bakouma, Rafai, Birao, Bambari et Ippy	Victimes de viols et EAS, personnel de santé, femmes en âge de reproduction, jeunes, clientes de PF
9	Preventing and responding to gender-based violence (GBV), with a particular focus on sexual violence in conflict-affected communities in the Central African Republic	Bangui, Ombella-M'Poko, Ouham-Pendé (Paoua), Haut-Mbomou (Zémio) et Mbomou (Bangassou et Bakouma).	Victimes de viols et EAS, personnel de santé, membres de la communauté, jeunes

10	Communication et sensibilisation pour la cohésion sociale	Bangui, Paoua, Bangassou, Bambari	Jeunes (hommes et femmes), membres de la communauté
11	Appui au renforcement des mécanismes de gestion concertée et apaisée de la transhumance pour la restauration du dialogue intercommunautaire et la consolidation de la paix dans les préfectures de l'Ouham et de l'Ouham Pendé	Ouham et Ouham-Pendé	Jeunes (hommes et femmes), membres de la communauté, populations déplacées
12	Fournir des services de SSR et de VBG qui sauvent des vies aux populations affectées (déplacés internes, réfugiés, Communautés hôtes) par la crise électorale dans 8 sous-préfectures en RCA	Bimbo, Boali, Bossembele, Bouar, Bouca, Yaloké, Bangassou et Mbaiki	Femmes et adolescentes affectées

Il est à noter que ces projets humanitaires sont de courtes durées et parcellaires et le Bureau pays de l'UNFPA ne dispose pas d'un personnel sur la question humanitaire. Aussi, il convient de noter que les conditions de financement des bailleurs ne permettent pas à l'UNFPA de réaliser certaines de ses interventions dans le délai programmatique. Ce qui conduit l'UNFPA à s'adapter aux exigences et aux urgences en faisant des No-Cost-Extension durant la mise en œuvre des projets.

Les Constats

- Durée et couverture géographique réelle limitée des projets humanitaires.
- Les conditionnalités des bailleurs de l'UNFPA ne lui permettent pas de mettre en œuvre les activités dans le délai. Nécessité d'engager un plaidoyer avec les bailleurs sur les conditions de mise en œuvre des projets.
- Caractère temporaire d'un spécialiste humanitaire fixe au bureau pays.

QE6 : Dans quelle mesure le Bureau de pays de l'UNFPA a-t-il contribué au fonctionnement et à la consolidation des mécanismes de coordination de l'UNCT (équipe pays des nations unies), l'HCT (équipe humanitaire pays) et des autres partenaires (gouvernement, société civile) ? (Efficacité)

• *Aperçu général*

Dans le cadre de « ONE UN », le bureau pays de l'UNFPA RCA à travers son mandat a contribué au fonctionnement et à la consolidation des mécanismes de coordination de l'UNCT (équipe pays des Nations Unies) et de l'HCT (équipe humanitaire pays). Aussi, pour le bon fonctionnement du programme, un organe de coordination est placé sous la responsabilité du Ministère du Plan. Les ministères sectoriels, eux aussi, disposent en leur sein des organes de coordination en lien avec leur mandat respectif qui malheureusement ne sont pas fonctionnels.

• *Réponse à la question d'évaluation*

Les données collectées ont montré que la contribution du bureau pays de l'UNFPA a été effective car sa participation a été active à de multiples activités inscrites dans les mécanismes de coordination de l'UNCT et de HCT à travers les groupes de travail de suivi et évaluation (GTSE), le Groupe de Travail Jeunes et Adolescents (GTJA), le groupe de travail VIH, le cluster santé dans le cadre humanitaire, le sous cluster VBG, les groupes de travail de résultats de l'UNDAF+. Sa participation a été remarquable dans le processus

d'élaboration de l'UNDAF+ 2018-2021 et l'élaboration du plan de travail conjoint de UNCT 2018-2021, des programmes conjoints dans les domaines des Adolescents et jeunes, de SSR, de VBG, et du VIH (sur les Fonds non core UBRAF). De ce fait, il se pose un problème de complétude des comptes rendus et de la continuité dans le rapportage des réunions de coordination inter agence sur toutes les années et le suivi des recommandations de ces réunions.

Par ailleurs, il est à noter la faible présence de l'UNFPA dans certaines réunions humanitaires en raison notamment de l'absence d'un coordinateur humanitaire à plein temps dans l'équipe du bureau pays. C'est ce qui explique la perte de leadership de l'UNFPA dans la coordination des groupes de travail VBG dans les provinces.

De l'analyse des entretiens, il apparaît que l'UNFPA est reconnu par ses pairs comme lead pour les questions de population touchant les trois domaines thématiques (SDSR, Adolescents et Jeunes et Egalité des sexes et autonomisation des femmes) par le développement des initiatives et programmes conjoints avec d'autres agences. L'équipe d'évaluation a aussi obtenu des informations selon lesquelles le mécanisme de coordination des programmes MPTF a été fonctionnel en 2018 avec le programme conjoint jeune mais il a été déploré une insuffisance de synergie entre les 4 agences participantes (UNFPA, UNICEF, FAO, PNUD) dans la mise en œuvre du programme. Plusieurs parties prenantes interrogées ont estimé que l'UNFPA doit renforcer sa visibilité dans les zones d'interventions. Aussi, certains participants ont déploré le fait qu'aucun bilan annuel des réunions assistées par le bureau pays n'est pas effectué alors qu'il est nécessaire pour mieux apprécier la contribution de l'UNFPA.

De manière unanime, les personnes interrogées dans le SNU ont salué les activités inter-agence dans le cadre du HACT qui conduisent à un partage de risque et contribuent à une économie d'échelle alors que la participation aux rencontres dans le cadre de l'OMT, selon eux, offrait au bureau-pays des facilités en passation de marchés et au transport des kits sur le terrain. Les participants du SNU et de la partie nationale ont également reconnu que le partage des recommandations issues des différentes réunions des entités sous tutelle des UN permet à tout le staff d'être au même niveau d'informations et agir en conséquence. De façon spécifique, l'existence d'un agenda de réunions périodiques du GTJA et son respect a été apprécié pour le fait qu'il permet de galvaniser davantage les organisations des adolescents et jeunes autour des questions les concernant. Parlant de l'UNFPA, beaucoup ont estimé que sa présence dans les instances du SNU lui permettait de se positionner comme acteur incontournable dans le secteur de la santé.

Contrairement au mécanisme de coordination au niveau de UNCT qui est fonctionnel, celui du programme de pays au niveau du gouvernement et de la société civile est peu fonctionnel. La coordination nationale du programme devrait être appuyée par l'UNFPA à trois niveaux :

Au niveau national, la coordination nationale et multisectorielle du programme de pays est assurée par le Ministère du Plan et de l'Economie à travers la Direction Générale de la Planification et du Développement Social (DGPS), appuyée par un Coordonnateur du 8^{ème} programme. Cependant à un an de la fin de ce 8^{ème} programme, le bilan de cette coordination reste mitigé. En effet son fonctionnement pose problème du fait que les réunions ne se tiennent pas régulièrement comme en témoigne l'absence des comptes rendus des réunions de coordination. En plus, le PTA de la Direction générale des Politiques a été suspendu depuis 2018 pour raison d'audit qualifié ce qui constitue un handicap pour le suivi de la mise en œuvre du programme pays. Un handicap qui a considérablement impacté le fonctionnement des instances de coordination du programme pays à tous les niveaux. En outre il est à noter un faible leadership des structures nationales dans leur rôle d'instance de coordination.

Au niveau sectoriel, des comités techniques existent en SSR, jeunes et Genre mais leur fonctionnement est peu effectif. Par exemple en 2021, des réunions et revues semestrielles sont prévues mais aucun compte rendu n'est

disponible pour évaluer l'effectivité et l'efficacité de ces activités. Dans le cadre des programmes conjoints, des unités de coordination existent mais leur fonctionnement n'est pas documenté.

Au niveau décentralisé (régional et préfectoral), c'est dans le domaine des VBG qu'il existe des comités préfectoraux pour coordonner les interventions avec l'appui de l'UNFPA et ce sont les Directions Régionales des affaires sociales qui jouent le rôle de lead. Au niveau décentralisé (Sous-préfectures) les comités de lutte contre les VBG ont été installés mais il se pose le problème du financement de leurs plans d'action qui ne sont pas pris en charge par l'Etat. Seuls cinq de ces comités sont appuyés en termes de fonctionnalité par l'UNFPA, ce qui reste largement insuffisant dans un contexte où l'association des contextes humanitaire et COVID-19 aggrave la situation des VBG.

Il existe des responsables qui coordonnent les activités SSR au niveau régional et district mais faute d'appui technique et matériel, leur performance est très limitée.

Au niveau de la société civile dans le CPD8 il n'a pas été prévu de mettre en place un mécanisme de coordination spécifique en leur sein. Les acteurs de la société civile étant pris en compte comme partie prenantes dans les mécanismes de coordination existant selon leur domaine d'intervention.

Dans les entretiens, il ressort aussi que certaines parties prenantes ne participent pas aux réunions de coordination et ces acteurs se disent ne pas être associés au processus de planification ou ne pas avoir signé un PTA avec l'UNFPA. Notamment ACABEF, Ministère de la promotion de la jeunesse, Ministère du Genre... Alors que leurs domaines d'interventions sont essentiels pour déployer le mandat de l'UNFPA. De l'avis des certaines parties prenantes, les PTA sont signés de façon unilatérale avec les ONG sans les associer alors qu'ils sont appelés à les coordonner en vue de capitaliser leurs efforts dans le rapport global. Beaucoup estiment que cette coordination nationale mérite d'être renforcée.

Constats liés à la coordination

- Faible coordination du programme pays à tous les niveaux (national, sectoriel et société civile)
- Faible leadership de la partie nationale et appui technique et financier.
- Absence de visibilité du programme pays de l'UNFPA.

QE7 : Dans quelle mesure le dispositif institutionnel de Suivi-Evaluation du programme a-t-il contribué à la prise décision ? (Efficacité)

- *Aperçu général*

Le dispositif institutionnel de planification de suivi et de rapportage de CPD8 a été amélioré par la mise en place d'une base de données électronique et par le renforcement des capacités techniques des partenaires de mise en œuvre sur les outils de gestion des PTA et la gestion axée sur les résultats. Ce dispositif a permis de disposer des rapports trimestriels et annuels des PTA qui après analyse du programme et identification des goulots d'étranglement par domaine, formulent des recommandations pour améliorer la mise en œuvre du programme. Mais ce dispositif basé sur le SNIS n'a pas permis de disposer à temps les données pour renseigner les indicateurs existant sur toute la chaîne du cadre des résultats de CPD8.

En effet, plusieurs indicateurs souffrent d'un manque de pertinence et de qualité ne sont pas adaptés par rapport aux nouveaux projets humanitaires.

- **Réponse à la question d'évaluation**

Le mécanisme de suivi et de rapportage de CPD8 a été amélioré par la mise en place de systèmes électroniques à travers le GPS et le SIS (Strategic Information System) et par le renforcement des capacités techniques des partenaires de mise en œuvre sur leur utilisation. Ces systèmes sont alimentés par les plans de travail, les rapports de mise en œuvre, les rapports de missions et des revues.

Par ailleurs, un dispositif de suivi de rapports des fonds non core est fonctionnel à travers le Donors agreements and Report Tracking System (DARTS). Ce qui permet de respecter les délais de soumission des rapports de projets et d'informer à temps les principaux bailleurs pour une mobilisation des ressources.

L'analyse de ces dispositifs pour un meilleur suivi des résultats du programme permet d'une part d'identifier les différents goulots d'étranglement dans sa mise en œuvre, et d'autre part permet de formuler des recommandations pour orienter les prises de décisions.

Cependant, les prises de décisions qui devraient se fonder sur des indicateurs du cadre des résultats du programme ne le sont pas en raison de la qualité de certains indicateurs, mais aussi de la non réalisation de certaines enquêtes nécessaires pour renseigner les indicateurs.

Par ailleurs, à défaut de données probantes au niveau du Bureau de l'UNFPA, celui-ci devait s'appuyer sur celles du SNIS et le nouveau système informatisé Demographic Health System (DHS 2) permettant de fournir à temps réel les données ou de l'ICASEES. Or, il est à noter que l'UNFPA n'a pas apporté son appui nécessaire au SNIS.

Quant au recensement général de la population dont le dernier, date de 2003, celui-ci est en retard et constitue un handicap dans les prises de décisions stratégiques et voire programmatiques.

Constats en lien avec le dispositif de suivi et évaluation

- Perte de leadership de l'UNFPA dans la conduite et la réalisation des opérations du RGPH et des données opérationnelles communes sur les statistiques démographiques dans le cadre des opérations humanitaires.
- Non implication de l'UNFPA dans les mécanismes du SNIS et du DHS2
- Le dispositif de suivi et évaluation n'a pas permis à la prise de décision en raison de formulation et d'harmonisation des indicateurs.

4.3. Utilisation des ressources et contribution aux résultats du programme pays (QE8)

QE8 : Dans quelle mesure les ressources humaines, financières et administratives mobilisées dans le cadre du 8^{ème} Programme Pays et l'application des politiques, procédures et outils ont-elles favorisé ou au contraire entravé l'atteinte des produits (outputs) et des résultats (outcomes) attendus du programme de pays ? (Efficience).

- **Aperçu général**

L'examen de la réponse à cette question est basé sur trois aspects : les ressources humaines et administratives, les ressources financières et les politiques et procédures.

- **Ressources humaines et administratives**

L'examen du plan de ressources humaines du 8^e programme (2017-2021)⁷² avait prévu de mettre à la disposition du bureau de pays quarante un personnel avec des profils diversifiés répondant aux besoins du programme et

⁷² Plan des ressources humaines (2017 – 2021)

censés travailler à plein temps. Selon la répartition du personnel du Bureau Pays en 2021, trente personnels seulement sont opérationnels avec huit consultants (dont cinq internationaux et trois nationaux). Comparativement aux autres Agences telles que OMS avec quatre-vingt et onze personnes estimées (administration et soutien exclus) et l'UNICEF, où le nombre excède trois cent personnels. Le tableau ci-dessous permet de mieux apercevoir la répartition du personnel du bureau pays de l'UNFPA Centrafrique durant la mise en œuvre du CPD8.

Tableau 12: Répartition du personnel du bureau pays de l'UNFPA

Profil du personnel	Unité SDSR	Unité Ado-Jeunes	Unité Egalité/Autonomisation	Direction, Admin- Finances	Total
Expatriés	0	0	0	3	3
Personnel local FTA	1	1	1	11	14
Personnel local sous Contrat de Service	1	1	1	2	5
Consultants Internationaux	1	0	2	2	5
Consultants nationaux	0	1	1	1	3
Stagiaires	0	0	0	1	1
Total	3	3	5	20	31

Il ressort du tableau que les trois unités techniques du programme n'ont chacune qu'un seul personnel local employé à temps plein (FTA) et un contractuel. L'unité de suivi - évaluation ne compte qu'une seule personne pour suivre et documenter toutes les activités du programme. Par ailleurs, la fermeture des sous bureaux à l'intérieur du pays et la multiplicité des projets humanitaires qui exigent du personnel et des efforts supplémentaires de rapportage sur courte période

d'exécution, les ressources humaines actuelles ne peuvent pas assurer la mise en œuvre harmonieuse des nombreuses activités du programme ni assurer la présence effective et la visibilité du programme pays.

Sur le plan administratif une logistique réduite⁷³ qui ne favorise pas une mobilité aisée du personnel technique et administratif. Sur les sept véhicules disponibles actuellement, seulement quatre ont une durée de moins de cinq ans et trois seulement sont adaptés pour des activités de terrain alors que le contexte humanitaire du pays exige des interventions d'urgence nécessitant des moyens logistiques adaptés. L'UNFPA a renforcé les capacités de gestion administrative et financière des partenaires de mise en œuvre pour minimiser les risques de mauvaise gestion. Au moins une fois par an, de 2018 à 2021, les personnels de tous partenaires de mise en œuvre signataires de plans annuels de travail avec l'UNFPA ont été formés sur le GPS, FACE FORM, le mécanisme de suivi des PTA et le rapportage. Par ailleurs dans le cadre du HACT réunissant les agences du SNU (UNDP, UNICEF, UNFPA), cinquante et quatre partenaires de mise œuvre (dont 16 de l'UNFPA) ont bénéficié d'un renforcement de leurs capacités programmatique et financière à travers des ateliers.

Etant donné que le personnel était en sous-effectif et n'ayant pas de contrats à plein temps (3 à 6 mois) pour certains et aussi, en raison de la vétusté et du nombre réduit des moyens roulant, il en résulte que le bureau pays de l'UNFPA ne dispose pas assez des ressources humaines et logistiques adéquates pour réaliser pleinement son mandat en Centrafrique.

- **Ressources financières**

L'examen du plan de mobilisation des ressources pour le 8^{ème} programme 2018-2022 indique une prévision

Tableau 13: Estimation de la performance globale et du niveau de réalisation des produits du CPD8

Produits du CPD8	Taux de mobilisation	Taux global d'exécution	Niveau de réalisation
Produit 1	73%	94%	66%
Produit 2	32%	85%	93%
Produit 3	24%	87%	87%
Produit 4	101%	88%	64%
Produit 5	352%	89%	111%
Total CPD8	92%	87%	84%

⁷³ CF Tableau 16, Matrice d'évaluation.

budgétaire de dix-neuf millions quatre cent mille dollars Américains. Comparativement au budget du 7^e programme qui était de trente et deux millions de dollars Américains, on note une diminution significative de l'ordre de douze millions six cent mille dollars US. Pour la mise en œuvre du programme entre 2018 et 2021, le bureau pays a réussi à mobiliser dix-sept millions neuf cent mille USD en fin 2021 (soit 92 pourcent du budget programme). Cette mobilisation a été effective grâce à un nombre limité (Multi Partnership Trust Fund, etherland Embassy et KOICA) de donateurs potentiels. Alors que le plan de mobilisation des ressources avait prévu de toucher au niveau local six donateurs potentiels et au niveau international dix donateurs potentiels.

Il est à noter que dans le cadre de VIH, la mobilisation des ressources est constante avec le Unified Budget, Results and Accountability Framework (UBRAF) et en collaboration avec l'ONUSIDA.

La répartition par ordre décroissant des montants mobilisés par produits du CPD8 montre que : (i) Produit 5 « Les institutions nationales, les OSC et les communautés ont la capacité de prévenir, de gérer et de répondre à la violence sexiste et aux pratiques dangereuses à l'encontre des femmes et des filles, y compris dans le cadre d'opérations humanitaires » a le taux de mobilisation le plus élevé de l'ordre de 352 pourcent dépassant les prévisions ; (ii) Produit 4 « La capacité des institutions nationales, des OSC et des communautés a été renforcée afin de développer des politiques et programmes de santé destinés aux adolescents et aux jeunes » a un taux de mobilisation de 101 pourcent ; (iii) Produit 1 « Les capacités nationales ont été renforcées afin de fournir des informations et des services de santé sexuelle et reproductive intégrés et de qualité, notamment les soins aux victimes de violence sexuelle, plus particulièrement pour les populations vulnérables, y compris dans le cadre d'opérations humanitaires » a un taux de 73 pourcent ; (iv) Produit 2 « Les capacités nationales des OSC et du secteur privé ont été renforcées afin d'accroître la demande et l'accès aux services de planification familiale, y compris dans le cadre d'opérations humanitaires » a un taux de 32 pourcent et (v) Produit 3 « Les adolescents et les jeunes (surtout les filles) bénéficiaires du programme sont capables, motivés et aptes à faire des choix éclairés sur leur SSR, y compris dans le cadre d'opérations humanitaires » a un taux de 24 pourcent. En termes d'exécution, on observe que les deux derniers produits (Produits 2 et 3) qui ont un faible taux de mobilisation affichent également des taux moyens d'exécution.

Au regard des taux de mobilisation et d'exécution des ressources financières et en lien aux réalisations, on relève que : (i) Pour le produit 5, l'utilisation des ressources financières a été efficace au vu du niveau de réalisation des cibles des indicateurs de ce produit ; (ii) pour le produit 4, bien que la mobilisation des ressources et le taux d'exécution ont été importants, il est à noter que l'utilisation des ressources financières n'a pas été en adéquation avec le niveau de réalisation de ce produit car certaines cibles des indicateurs ne sont pas atteintes ; (iii) ; En ce qui concerne le produit 1 qui concerne la prise en charge des fistules et des cas de viols, la mise à niveau des structures de santé en SONUB et en SONUC et le déploiement du DMU-SR, il est à noter que le niveau de réalisation est faible bien que le niveau de mobilisation des soit moyen ; Quant au

Tableau 14: Taux d'exécution du budget du CPD8 par an et par produit

Produits du programme	2018	2019	2020	2021
Produit 1	100%	90%	91%	98%
Produit 2	80%	90%	75%	100%
Produit 3	97%	53%	94%	77%
Produit 4	93%	89%	82%	89%
Produit 5	87%	90%	92%	92%
Total CPD8	91%	89%	87%	94%

Composantes et produits	Budget prévu	Poids du domaine	Budget Mobilisé	Taux de mobilisation	Exécuté	Taux d'exécution
SDSR	11,600,000	60%	6,536,593	56%	6,031,197	92%
Produit 1	6,900,000		5,042,111	73%	4,761,871	94%
Produit 2	4,700,000		1,494,482	32%	1,269,326	85%
Adolescents Jeunes	5,400,000	28%	3,755,871	70%	3,296,985	88%
Produit 3	2,200,000		521,484	24%	455,437	87%
Produit 4	3,200,000		3,234,387	101%	2,841,548	88%
Egalité-Autonomie (Produit 5)	2,000,000	10%	7,045,373	352%	6,343,488	90%
Coordination	400,000	2%	561,597	95%	500,792	89%
TOTAL	19,400,000	100%	17,899,434	92%	16,172,462	90%

Tableau 15: Structure financière et performance par domaine thématique et produit du CPD8 entre 2018-2021

produit 2, malgré un taux de réalisation très satisfaisante au vue des indicateurs, il est à noter que le taux de mobilisation est très faible. Ce qui rend difficile l'appréciation du niveau de mobilisation et le niveau de réalisation de ce produit ; (v) pour le produit 3, on relève que la faible mobilisation des ressources justifie le faible niveau de réalisation de ce produit.

- **Politiques et procédures**

Dans le cadre de partenariat pour la mise en œuvre du CPD8, le Bureau dispose des politiques et procédures standards devant conduire à la bonne gestion du programme. C'est ainsi que des évaluations de capacités programmatiques et financières des partenaires d'exécution ont été réalisées tout au début du programme ayant conduit à la signature des Letters Of Understanding et de dix-neuf PTA.

Ces partenaires, dans le cadre du partenariat ont vu leur capacité renforcée en gestion programmatique, financière et administrative et aussi sur les outils GPS II. Par ailleurs au fur et à mesure de la mise en œuvre, ces partenaires font l'objet d'un suivi rapproché à travers les spotcheks (Vérification ponctuelle) pour éviter les audits qualifiés. En application des exigences de ces politiques et procédures, certains partenaires d'exécution, majoritairement de la partie nationale, ont fait l'objet d'audit qualifié limitant ainsi le transfert de fonds sur les comptes des IPs concernés par l'audit. Mais cela n'interdit pas la collaboration entre l'UNFPA et ces IPs car la modalité de paiement reste applicable. C'est dans ce sens que les IPs gouvernementaux stratégiques continuent de bénéficier de l'appui de l'UNFPA.

Dans le cadre humanitaire, des dispositions ont été prises à travers le Fast track procedures en vue d'accélérer les commandes, l'acquisition et le déploiement des produits (SR d'urgence, kits de dignité...) et aussi le recrutement du personnel.

Au niveau interne, en plus des audits en ligne réalisés régulièrement par le Siège de l'UNFPA, le Bureau dispose de mécanismes de mitigation de fraudes (Risk Assessment). Malgré ce dispositif pour une meilleure performance du CPD8, il est à déplorer que la gestion des fonds de l'UNFPA par son comptable PNUD connait une lourdeur administrative en termes de décalage des calendriers impactant négativement la mise en œuvre du programme. A cela s'ajoute le retard dans l'acquisition des matériels et produits SR liés à l'enclavement du pays, aux problèmes de transport, aux problèmes de sécurité et récemment la crise sanitaire du COVID-19.

Constats en relation avec les ressources

- Charge de travail élevée du personnel du bureau UNFPA-RCA liée au sous-effectif du personnel.
- Faiblesse de plaidoyers auprès des donateurs potentiels pour la mobilisation des ressources financières.
- Lenteur administrative dans les paiements et les réceptions de fonds.

4.4. Pérennité des acquis du programme pays (QE9)

Résumé : Dans le contexte de la RCA l'évaluation des résultats durables était basée sur les cinq modes d'engagement en rapport avec les trois domaines thématiques du programme pays. Ainsi, il est à noter que sur les cinq modes d'engagement seuls trois relatifs au plaidoyer/dialogue /conseil sur les politiques, au développement des capacités et aux prestations de services ont été mis en œuvre convenablement au cours du 8^{ème} programme. En outre, les mécanismes permettant de garantir la durabilité des acquis du programme par les partenaires de mise en œuvre n'ont été pas développés au préalable ce qui a posé un problème de programmation et rend difficile l'appréciation de l'appropriation nationale.

QE9 : Dans quelle mesure l'UNFPA a-t-il pu soutenir les partenaires de mise-en-œuvre et les bénéficiaires (femmes, adolescents et jeunes) dans le développement de leurs capacités et l'établissement des mécanismes permettant de garantir la durabilité des effets ? (Durabilité).

- *Aperçu général*

La question sur la durabilité du développement des capacités des partenaires et des bénéficiaires s'articule autour des cinq modes d'engagement par contexte prescrits dans le plan stratégique UNFPA 2014-2017. Ces modes d'engagement sont développés en fonction des domaines thématiques du CPD8 : SDSR, adolescents et jeunes et égalité des sexes et autonomisation des femmes. En ce qui concerne les mécanismes permettant de garantir la durabilité des effets, une analyse approfondie des documents du descriptif du CPD8, des projets, des letter of understanding (LOU) et des PTA permet de s'assurer de l'existence des éléments des mécanismes.

- *Santé et droits sexuels et reproductifs (SDSR)*

En se référant aux résultats concernant la SDSR, des efforts ont été consentis pour le renforcement des capacités nationales afin de faciliter l'offre des services de qualité. Cela s'est traduit par : i) l'amélioration des compétences des prestataires de services ; ii) l'élaboration des documents de politiques et stratégies nationales⁷⁴, des normes et standards des services ; iii) la réalisation d'une enquête nationale ER-SONU.

En matière de PF, un plaidoyer a été mené auprès du gouvernement pour inscrire dans le budget de l'Etat pour l'année 2022 une ligne budgétaire, bien qu'insignifiante, d'un montant de 200 000 \$ pour l'achat des produits contraceptifs. Il y'a eu aussi le renforcement des capacités techniques des prestataires des services en technologie contraceptive.

L'expertise du Bureau pays a été sollicitée pour la conception du dossier d'investissement du Ministère de la santé et du projet SENI avec la Banque Mondiale, permettant de mobiliser des ressources financières importantes dans une perspective de réduire la mortalité maternelle néonatale et améliorer la santé des adolescents.

Au regard des appuis sus mentionnés pour la durabilité en matière de SDSR, seulement trois modes d'engagements ont été menés alors que le pays est censé mettre en œuvre les cinq modes d'engagements.

- *Adolescents et jeunes*

Le programme a soutenu le pays, pour l'élaboration de la politique nationale de la promotion de la jeunesse 2^{ème} génération, le plan stratégique national de la promotion de la jeunesse 2021-2025, le plan opérationnel de la

⁷⁴ QE 4.2.1

promotion de la jeunesse 2021-2022 et le plan stratégique national de promotion de la santé reproductive des adolescents et jeunes 2010-2014 qui a été révisé en 2020. En outre, le document de politique nationale d'état civil a été élaboré et reste à valider. En matière du RGPH, l'appui de l'UNFPA a permis d'élaborer des documents de projets et un document de plaidoyer pour la mobilisation des ressources afin de réaliser le recensement.

Le programme pays a aussi contribué à la réalisation de l'enquête MICS 2019 qui a fourni des indicateurs sociaux pour le suivi du programme, renforcé les capacités des organisations de jeunesse, comme l'Association des Sourds-Muets dont les membres ont vu leur capacité renforcée en petit métiers pour garantir leur autonomie. Sur les cinq modes d'engagement, en ce qui concerne le volet adolescents et jeunes, trois ont fait l'objet de soutien de l'UNFPA au cours de la mise en œuvre du programme.

- ***Egalité des sexes et autonomisation des femmes***

Le processus de renforcement des capacités institutionnelles a porté sur le développement des documents politiques et sectoriels dans ce domaine thématique notamment : la stratégie d'implication des hommes dans la lutte contre les VBG, la révision de la Loi sur la protection de la femme, la vulgarisation des instruments juridiques nationaux et internationaux de droits de l'homme.⁷⁵

L'UNFPA a soutenu la mise en place du comité national et technique de lutte contre les VBG, les pratiques traditionnelles néfastes et le mariage précoce d'enfant en RCA. Aussi, les capacités des FOSA ont été renforcées pour l'intégration de la prise en charge médicale des cas de viols et l'orientation pour la prise en charge juridique. Les membres des organisations féminines ont vu leur capacité renforcée dans le domaine de l'entrepreneuriat, de la gestion des AGR et des questions de SR pour une meilleure autonomisation.

- ***Mécanismes pour assurer la continuité et la durabilité des interventions***

En se basant sur les documents de référence (CPD8, LOU, PTA, concept note des projets...) il est à noter que les dispositions pour la durabilité des acquis du programme n'ont pas été préalablement définies de manière explicite. Sauf dans les programmes conjoints jeunes. Cette situation a été accentuée avec les projets humanitaires qui sont de courtes durées et ne disposant pas de mécanismes d'appropriation et de durabilité.

Aussi, le fait que les départements stratégiques et sectoriels de l'Etat qui devaient jouer un rôle de coordination ne soient pas suffisamment outillés pour le faire, il est peu probable de parler d'appropriation nationale et de la durabilité des acquis du programme. Par ailleurs, la mobilité du personnel formé liée aux opportunités d'emploi dans le contexte humanitaire ne favorise pas la continuité des activités au niveau des FOSA surtout à l'intérieur du pays.

Constats liés à la durabilité

- Absence de plan d'accompagnement d'opérationnalisation des documents normatifs, de politique et stratégies pour leur mise en œuvre.
- Absence d'un mécanisme pour garantir la durabilité des acquis du programme.
- Les modes d'engagement ne sont pas appliqués dans leur totalité en matière de durabilité.
- La mobilité du personnel formé sur le terrain ne favorise pas la continuité des activités.
- La durée limitée et la faible continuité des projets humanitaires empêchent la création des conditions de pérennisation.
- La faiblesse du financement national pour les besoins de SDSR, Adolescents et Jeunes et Egalité des sexes et autonomisation des femmes rend le pays dépendant de l'aide extérieure.

⁷⁵ QE 4.2.1/ égalité des sexes et autonomisation des femmes.

4.5. Liens entre actions humanitaires et développement (QE10)

Résumé : Les actions humanitaires de l'UNFPA ont tenu compte des objectifs de développement à plus long terme énoncés dans le cadre de résultats du programme pays à travers le renforcement des capacités nationales pour l'offre des services intégrés de SDSR, des services SDSR adaptés aux adolescents et à l'égalité des sexes. En vue de se préparer et à se rétablir d'une crise humanitaire, les projets humanitaires ont intégré au mieux ces objectifs de développement pour sauver des vies.

QE10 : Dans quelle mesure la réponse humanitaire de l'UNFPA a-t-elle tenu compte des objectifs de développement à plus long terme énoncés dans le cadre de résultats du programme de pays et a-t-elle contribué au développement des capacités des acteurs nationaux (ministères compétents, organisations de jeunes et de femmes, établissements de santé, communautés, etc.) pour mieux se préparer à réagir et se rétablir d'une crise humanitaire ? (Connectivité).

- *Aperçu Général*

Les projets humanitaires de l'UNFPA ont occupé une place importante dans le développement et la mise en œuvre du CPD8. Pour mieux assurer la continuité des effets escomptés des interventions humanitaires de l'UNFPA, l'analyse de prise en compte des objectifs de développement est basée sur l'examen des projets humanitaires à travers les trois domaines thématiques.

- *Les réponses humanitaires*

Dans le domaine de SDSR, des efforts consentis par l'UNFPA sur le plan humanitaire ont porté sur i) le renforcement des capacités en DMU SR des acteurs nationaux et ONG (des prestataires de services, des organisations des femmes et des jeunes) ; ii) la dotation en kit SR d'urgence, de kits de dignité ; iii) le développement des stratégies pour atteindre les populations vulnérables ; vi) l'offre des services intégrés en SDSR/PF/VBG/IST/VIH sur les sites des DPI et référencement des cas compliqués vers les FOSA pour une prise en charge appropriée. Il est à noter que pour les prises de décisions, des enquêtes sur l'impact de la pandémie de COVID-19 et les soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) ont été réalisées.

Cependant, les kits distribués sont destinés à assurer une réponse rapide dans un contexte d'urgence pour sauver des vies (femmes enceintes, enfants, adolescents et jeunes) certes mais ils ont été mis à profit pour renforcer les services destinés aux femmes enceintes dans les formations sanitaires couvertes.

En outre, plusieurs activités humanitaires sur les sites des DPI ou en cliniques mobiles appuyées par les sages-femmes ont été complétées par les activités liées à un niveau supérieur (plateau technique approprié) de prise en charge des cas compliqués. Le niveau d'intégration des activités humanitaires dans les institutions pérennes est variable dépendant du niveau de résilience de la population et l'arrêt de mouvements de la population à cause de la crise.

Dans le domaine thématique des adolescents et jeunes, le 8^{ème} Programme a œuvré à une meilleure complémentarité entre les activités humanitaires et celle liées au développement à travers : i) le renforcement des clubs des jeunes sur la consolidation de la paix et la cohésion sociale pour créer un environnement favorable ; ii) l'autonomisation des adolescents et jeunes pour améliorer leurs conditions de vie et faciliter leurs accès aux services SSR.

Dans le domaine de l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes, des efforts pour intégrer les activités humanitaires aux structures pérennes de l'Etat ont été consentis dans la mise en place des espaces sûrs, One

stop Center, des cliniques mobiles et référencement des cas de victimes de viols avec l'intégration de prise en charge médicales des cas de viols dans les FOSA. L'autonomisation des femmes et des jeunes filles Tous ces efforts ont contribué au renforcement de capacités des acteurs nationaux ((ministères compétents, organisations de jeunes et de femmes, établissements de santé, communautés, etc.) cadrent avec les objectifs de développement durable visant le bien-être de la population.

Etude de cas : Services intégrés de prise en charge médicale des VBG à l'hôpital de Bossembélé (2021)

Contexte : Bossembélé est un district sanitaire de la région N°1. Ce district est une zone minière qui a été affectée par la crise humanitaire. La majorité de la population réside en milieu rural où les populations sont attachées aux pratiques traditionnelles de recherche de soins.

Interventions : L'UNFPA a appuyé l'ONG Afrique Secours et Assistance (ASA) pour la mise en œuvre du projet intitulé « Appui à la fourniture des services de SSR et de VBG aux populations affectées (déplacés internes, réfugiés, communautés hôtes) par la transhumance et la crise électorale dans les sous-préfectures de Bimbo, Bossembélé, Bossangoa et Yaloké ». Le projet couvrait les produit 1 et 5 du cadre programmatique du CPD8.

L'ONG ASA a ouvert un Espace-sûr pour la prise en charge globale des victimes de VBG, surtout les viols à Bossembélé. Cet Espace a été intégré à l'hôpital de district de Bossembélé. ASA a assuré la formation de deux personnels sur la prise en charge des VBG et d'une matrone sur la SR des adolescents. L'ONG a fourni à l'hôpital des Pep Kit 3, des contraceptifs, des kits d'accouchement, un dispositif d'Aspiration Manuelle Intra Utérine (AMIU), des autoclaves, et des seringues fournis par l'UNFPA.

Résultats : L'appui de l'UNFPA à travers ASA a assuré la formation en AMIU du personnel, permettant de prendre en charge les cas des interruptions volontaires de grossesses sécurisés (IVG). La qualité de la prise en charge médicales des victimes de VBG a été améliorée. Le projet de ASA est fini en octobre 2021 (3 mois) mais l'hôpital continue la prise en charge des mineurs violées grâce aux kits laissés et le personnel formé. Cela pourra continuer tant que les kits seront disponibles.

Conclusion : Cette action humanitaire a intégré la question de prise en charge médicale des cas des VBG au niveau du district sanitaire de Bossembélé ce qui constitue un élément important de connectivité entre les projets humanitaires et les objectifs de développement à long terme.

CHAPITRE 5 : Conclusions

Au terme de cette évaluation du 8^{ème} Programme pays de l'UNFPA Centrafrique, les conclusions suivantes ont été formulées :

5.1. Au niveau Stratégique

C1 : La théorie du changement (TdC) initiale du 8^{ème} Programme pays était uniquement basée sur la planification familiale élaborée sur la base du concept de dividende démographique. L'analyse conceptuelle du dividende démographique qui a guidé la définition de la théorie du changement du CPD8 visait à avoir des effets multiplicateurs des interventions sur la santé, notamment la fécondité, l'éducation, la gouvernance, l'économie et la structure de la population. Force est de constater que cette théorie n'avait pas tenu compte des réalités et du contexte qui prévalaient lors de l'élaboration du programme pays. Par ailleurs, la non réalisation de l'évaluation du CPD7 (2012-2017) n'a pas donné des évidences solides pour bâtir la théorie du changement du CPD8.

D'autres facteurs qui ont concouru à la faiblesse de la théorie du changement concerne l'insuffisance d'application des cinq modes d'engagement qui, pourtant, conviennent au contexte de la République Centrafricaine. Même si les cinq modes d'engagement ont été appliqués, il a été relevé que l'approche qui a fondé la logique d'intervention de l'UNFPA était beaucoup plus une approche projet que programme qui ne favorise pas la synergie et la complémentarité des domaines thématiques, alors que ceux-ci partagent le même contexte de mise en œuvre (ressources, volonté politique, situation humanitaire et épidémiologie, leadership de la partie nationale, etc.). La non disponibilité des données de base ont contribué à affaiblir la formulation et la qualité des indicateurs des produits sur des bases réelles ce qui pose comme problème la solidité de la théorie du changement du CPD8. (QE1, QE2, et QE3).

C2 : L'UNFPA a pu prendre en compte les besoins des groupes vulnérables et marginalisés en tenant compte de son avantage comparatif dans les domaines de SSR, VIH, PF, VBG et dans une moindre mesure les questions de population. Ces besoins identifiés sont alignés sur les priorités internationales et nationales. Cependant, il est à noter un faible appui de l'UNFPA à renforcer les capacités nationales de production et de disponibilité des données y compris les retards dans la réalisation du quatrième RGPH pouvant fournir des évidences pour l'identification réels des besoins et de prise de décisions. Le fait de ne pas prendre en compte les questions de population et développement comme produit qui font partie du mandat de l'UNFPA dans le CPD8 a impacté sur la réalisation de certains résultats attendus du programme pays notamment le dividende démographique, le RGPH, et la politique d'Etat Civil. (QE1)

C3 : La mise en œuvre du 8^{ème} Programme pays a connu une prépondérance des projets humanitaires à travers une mobilisation exceptionnelle de ressources financières en faveur de la lutte contre les VBG. Toutefois, ces projets humanitaires étaient généralement de courte durée et circonscrits à des localités spécifiques. Si certains projets humanitaires ont contribué au renforcement des capacités nationales à travers leur intégration dans les structures pérennes de l'Etat, d'autres ont soulevé des défis par rapport à leur pérennisation et leur articulation avec les interventions de développement. Aussi, l'intégration en termes de connectivité entre les projets humanitaires et les interventions de développement est insuffisante. Il n'y a pas souvent de plan de pérennisation dans certains projets humanitaires mis en œuvre par le bureau pays à travers ses partenaires de mise en œuvre. Par ailleurs, il est à noter que les conditions de financement des bailleurs ne permettent pas à l'UNFPA de

réaliser certaines de ses interventions dans le délai programmatique. Ce qui conduit l'UNFPA à s'adapter aux exigences et aux urgences en faisant des No-Cost-Extension durant la mise en œuvre. (QE3, QE8 et QE10)

C4 : Le 8^{ème} programme de l'UNFPA a une couverture géographique et programmatique trop large qui limite son efficacité dans la réalisation des résultats durables dans ses domaines thématiques au regard des ressources (humaines, matérielles et financières) disponibles. L'UNFPA Centrafrique n'arrive pas à couvrir de manière réelle toutes les zones retenues du programme en termes d'efficacité et d'impact durable des interventions. Il y a plus de zones à atteindre mais les capacités de l'UNFPA ne lui permettent pas d'assurer une couverture réelle. (QE3 et QE5)

C5 : Conformément à son mandat, l'UNFPA a contribué au fonctionnement et à la consolidation des mécanismes de coordination de l'UNCT et de l'HCT par sa participation au processus d'élaboration des stratégies d'interventions du système des Nations Unies en appui au pays, des programmes conjoints dans les domaines des adolescents et jeunes, de SDRS, de VBG, du VIH et dans les groupes de travail de l'UNDAF+ et de cluster santé. De même, l'UNFPA est le lead du sous cluster violences basées sur le genre et gestionnaire de l'outil d'information GBVIMS. Ainsi, sa contribution a été remarquable et a permis d'alimenter le rapport annuel du Système des Nations Unies sur les violences sexuelles en situation de conflits armés en RCA. En fonction des modes d'engagement, sa contribution au mécanisme de coordination au niveau national reste limitée. Les facteurs explicatifs sont entre autres : le manque de définition de rôle de chaque organe de coordination et à chaque niveau ; l'insuffisance des appuis techniques et financiers à chaque organe ; l'absence des mécanismes de partage d'information pour la coordination des activités GBV et SSR sur le terrain ; l'insuffisance de recherches opérationnelles sur les questions relevant du mandat de l'UNFPA en collaboration avec les institutions scientifiques (Universités, ICASEES, etc.). (QE6 et QE7)

C6 : Au regard des cinq modes d'engagement qui devraient guider les interventions de l'UNFPA pour la pérennisation des acquis du programme à travers les trois domaines thématiques, l'évaluation a relevé, une insuffisance d'application des modes d'engagement pour une mise en œuvre holistique afin d'une part de donner la chance à la mise en œuvre du programme d'atteindre les résultats escomptés et d'autre part, de garantir la durabilité du programme. Cela s'explique entre autres par : i) l'absence d'un plan d'accompagnement et d'opérationnalisation des documents normatifs ; ii) la faible implication des parties prenantes nationales dans les donations directes aux communautés et le suivi-évaluation des PTA ; iii) le manque d'un plan de renforcement des capacités des acteurs communautaires pour la prévention et le changement des normes sociales en matière de SDRS, VBG. Pourtant, seuls les acteurs nationaux peuvent assurer la continuité et la durabilité des interventions dans leur zone respective. (QE9 et QE10)

5.2. Au niveau programmatique

C7 : L'analyse des résultats du CPD8 à travers les produits a montré que les interventions du Bureau de l'UNFPA Centrafrique en faveur des groupes vulnérables et marginalisés devant contribuer à un meilleur accès et utilisation aux services intégrés de SSR, de VGB et de VIH sont limitées. En effet, en matière de SDRS, les facteurs explicatifs sont entre autres : l'insuffisance de renforcement de capacité en formation, équipements et supervision en SONU et en PF ; la prise en charge incomplète des cas des fistules obstétricales dans des zones rurales et non humanitaires ; les difficultés d'approvisionnement des FOSA en produits PF/SR/Kits d'urgence ; la faible mobilisation communautaire pour accroître la demande des services en SDRS notamment en PF ; l'absence d'appui de l'UNFPA au SNIS pour fournir les données de SDRS en temps réel et de surveillance des décès

maternels (revues et audits). En ce qui concerne les adolescents et les jeunes, les facteurs limitant leur accès aux services intégrés de SSR, VIH, PF/VBG, sont liés à : l'absence d'une stratégie d'éducation sexuelle complète en milieu scolaire et extrascolaire ; l'absence de ciblage réel de tranches d'âge des adolescents et jeunes (10 à 24 ans) répondant aux normes internationales ; l'insuffisance de mécanismes d'informations et communication à grande échelle pour toucher plus d'adolescents et jeunes (Camps de déplacés internes et les hot spots).

Dans le domaine de promotion de l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes, les facteurs explicatifs sont liés à : l'insuffisance de recherches opérationnelles relatives à la perception communautaire sur les VBG ; l'insuffisance de prise en charge holistiques des cas de VBG ; la non prise en compte des questions de l'autonomisation des femmes et des filles dans les axes stratégiques ; et l'absence de mécanisme de durabilité des Espaces Sûrs et des One-Stop-Centers. (QE4 et QE7)

C8 : En matière de suivi-évaluation, il est à noter que l'unité de suivi-évaluation ne compte qu'un seul personnel pour suivre et veiller à l'assurance qualité des activités des partenaires de mise en œuvre dans quasiment tout le pays. Ceci rend difficile les activités de suivi et évaluation des activités du CPD8. Par ailleurs, la formulation et l'harmonisation des indicateurs du programme souffraient d'insuffisances tant pour les aspects de développement que ceux de l'humanitaires. Ainsi, la majorité des indicateurs ne sont pas SMART, avec un manque de dénominateur réel et d'un mode de calcul adéquat, permettant de mesurer l'atteinte des cibles par conséquent la réalisation des produits. Le canevas de rapport trimestriel du bureau et des IP n'était pas aligné sur les indicateurs du Programme pays. En outre, le SNIS ne dispose pas des données désagrégées en matière de SSR, SRAJ et égalité des sexes. Enfin, la section "Résultats atteints" des rapports trimestriels et annuels ne renseigne pas continuellement sur le niveau d'atteinte des indicateurs du programme, rendant difficile le suivi. (QE7)

C9 : La mise en œuvre du CPD8 avait prévue dans son plan de ressources humaines un effectif adéquat susceptible de contribuer à la réalisation des produits et de contribuer à l'atteinte des résultats attendus du programme de pays. Or l'évaluation a relevé que l'effectif du personnel a été insuffisant. Malgré une mobilisation des ressources financières à hauteur de 92% du budget prévu, celles-ci n'ont pas été utilisées de façon efficiente pour atteindre les résultats escomptés. Ceci est lié au niveau de réalisation des produits. Car certaines activités prévues dans le CPD8 n'ont pas été réalisées au profit des activités liées aux nouveaux besoins qui ne concourent pas à l'atteinte des résultats attendus du programme. (QE8)

CHAPITRE 6 : Recommandations

Les recommandations sont formulées à deux niveaux : stratégique et programmatique.

6.1. Au niveau stratégique

REC1 : La formulation de la théorie de changement du prochain programme pays devrait se baser sur les trois résultats transformateurs (zéro décès maternel évitable, zéro besoin non satisfait en matière de planification familiale ; zéro violence basée sur le genre et les pratiques néfastes) de l'UNFPA en tenant compte du contexte national. L'UNFPA devrait mieux définir les produits en lien avec les indicateurs, les ressources et les résultats (outcomes) attendus pour une meilleure cohérence et logique d'intervention. Le Bureau pays est comptable des produits du programme. A cet effet, la définition des produits et des indicateurs devrait tenir compte de ses capacités à les réaliser.

Origine : C1 - **Priorité :** 1 - **Cible :** Bureau Pays ; Gouvernement ; Partenaires de mise en œuvre

Délai d'intervention : immédiat au cours de la conception du nouveau programme

REC2 : L'UNFPA-RCA devrait continuer de s'aligner sur le plan stratégique de l'UNFPA et dédier un produit spécifique au volet humanitaire dans le futur programme. L'intégration d'un produit dédié à l'humanitaire devra s'accompagner d'une adaptation de la théorie de changement. En plus, il faudra définir les indicateurs liés aux interventions humanitaires et regrouper tous ces indicateurs sous le produit dédié afin d'en faciliter le traçage dans le plan de suivi-évaluation et le cadre des indicateurs. Par ailleurs, l'UNFPA devrait mettre en place un mécanisme de pérennisation des interventions humanitaires en collaboration avec les structures étatiques et communautaires. De même, il devrait aussi veiller aux conditions et aux exigences des bailleurs de fonds des projets humanitaires en tenant compte de ses capacités en matière de ressources humaines, matérielles, financières, des procédures administratives (décaissement des fonds dans le délai) et de sa capacité d'opérationnalisation des interventions sur le terrain. (C3, C6/ Niveau de priorité 1).

Origine : C3, C6 - **Priorité :** 1 - **Cible :** Bureau Pays ; Gouvernement

Délai d'intervention : immédiat au cours de la conception du nouveau programme

REC3 : Au regard de nombre des zones à couvrir par le CPD8 et les ressources limitées, l'UNFPA devrait réduire les zones d'intervention à couvrir pour une meilleure efficacité et impact. Il devrait ainsi réfléchir sur les zones de couverture pour le prochain programme sur la base d'un certain nombre de critères. L'UNFPA devrait aussi continuer dans certaines interventions qui relèvent de son mandat notamment la PF et les FO sur l'ensemble du territoire en partenariat avec les autres acteurs potentiels. (C4/Niveau de priorité 2).

Origine : C4 - **Priorité :** 2 - **Cible :** Bureau Pays ; Gouvernement ; Partenaires de mise en œuvre

Délai d'intervention : immédiat au cours de la conception du nouveau programme

REC4 : L'UNFPA devrait renforcer son leadership dans le cadre de l'UNCT, l'HCT et les programmes conjoints par rapport à son mandat. Il devrait intensifier le volet communication de ses interventions et les bonnes pratiques du programme pour sa visibilité. Vu l'importance de la coordination nationale dans la gestion

du programme pays, et le leadership national, l'UNFPA devrait renforcer les mécanismes de coordination nationale en termes d'appui technique et financier, de définition du rôle de chaque organe de coordination, le partage d'information, et les recherches opérationnelles en collaboration avec certaines institutions scientifiques.

Origine : C5 - **Priorité** : 2 - **Cible** : Bureau Pays ; SNU, Gouvernement

Délai d'intervention : court terme et long terme

6.2. Au niveau programmatique

REC5 : Au regard de son mandat, l'UNFPA devrait intensifier son appui pour le renforcement des capacités nationales de production et de disponibilité des données réelles pour l'identification des besoins et prise de décision dans les domaines de SDSR, VIH, PF, VBG et égalités des sexes et autonomisation économique des femmes et filles. En référence au plan stratégique de l'UNFPA, les questions de population et développement devraient être prises en compte à travers un produit spécifique au lieu de le diluer dans les autres produits pour mieux traiter les questions du dividende démographique, de RGPH, Etat-civil et de réaliser les enquêtes et recherches opérationnelles.

Origine : C8 - **Priorité** : 2 - **Cible** : Bureau Pays ; WCARO, Gouvernement

Délai d'intervention : immédiat au cours de la conception du programme

REC6 : En SDSR, l'UNFPA devrait augmenter ses appuis (formation, équipements, supervision) en SONU (SONUB et SONUC) pour améliorer la qualité de l'offre de services ; renforcer les mécanismes d'identification et de recherches opérationnelles de prise en charge holistique (Chirurgicale, médicales, réinsertion socio-économique) des femmes porteuses des fistules obstétricales sur toute l'étendue du territoire et surtout dans les zones rurales. Il devrait intensifier ses efforts pour le renforcement durable de la gestion de la chaîne d'approvisionnement en produits SR, y compris les produits contraceptifs aux niveaux national et décentralisé, à travers un appui en ressources humaines à la direction de la santé de population afin d'assurer la disponibilité et la gestion efficiente jusqu'au dernier kilomètre pour répondre à la création continue de la demande.

Origine : C7 - **Priorité** : 1 - **Cible** : Bureau Pays ; WCARO, Siège UNFPA, Gouvernement ; Partenaires de mise en œuvre

Délai d'intervention : immédiat au cours de la conception du programme

REC7 : En ce qui concerne, le domaine adolescents et jeunes, l'UNFPA devrait renforcer la couverture des interventions en faveur des adolescents et jeunes à travers la mise en œuvre de la stratégie de l'éducation sexuelle complète en milieu scolaire et extrascolaire ; l'offre de services adaptés aux adolescents et jeunes ; le ciblage réel de tranches d'âge des adolescents et jeunes (10 à 24 ans) répondant aux normes internationales ; les mécanismes d'informations et de communication à grande échelle pour toucher plus d'adolescents et jeunes (Camps de déplacés internes et les hot spots).

Origine : C7 - **Priorité :** 1 - **Cible :** Bureau Pays ; SNU, Gouvernement ; Partenaires de mise en œuvre

Délai d'intervention : immédiat, à court et long terme

REC8 : En matière d'égalité des sexes et autonomisation des femmes, l'UNFPA devrait veiller à la prise en compte du volet autonomisation économique des femmes et des filles au niveau des axes stratégiques à travers la définition des indicateurs spécifiques pour sa mesurabilité. Par ailleurs, il est important pour l'UNFPA de mener de recherches opérationnelles sur la perception communautaire sur le genre et VBG pour mieux connaître les problèmes et les besoins afin d'apporter des solutions appropriées. Il devrait aussi continuer se donner les moyens de prise en charge holistique (Médicale, juridique, psychosocial, réinsertion socioéconomique) des cas de VBG ; et de rendre opérationnelle et durable les Espaces Sûr, et les One-Stop-Centers pour un changement de comportement au niveau communautaire.

Origine : C7 - **Priorité :** 1 - **Cible :** Bureau Pays ; SNU, Gouvernement ; Partenaires de mise en œuvre

Délai d'intervention : immédiat au cours de la conception du programme

REC9 : L'UNFPA devrait renforcer l'unité de suivi-évaluation en ressources humaines, logistiques et financière pour suivre et veiller à l'assurance qualité des interventions du programme pays. Il devrait veiller à la formulation et à l'harmonisation des indicateurs dans le domaine de développement et humanitaire. A ce titre une assistance technique importante pourrait être envisagée en appui au bureau pays dans la phase d'élaboration du prochain programme. Veiller à ce que les canevas des rapports trimestriels et annuels renseignent continuellement sur le niveau d'atteinte des indicateurs du programme. L'UNFPA devrait continuer à intensifier ses efforts pour générer plus de données actuelles et probantes dans les domaines de son mandat tout en soutenant la documentation des bonnes pratiques afin de faciliter la prise de décision fondée sur l'évidence, augmenter la visibilité du programme et soutenir le pays dans ses efforts de planification stratégique. En SSR, l'UNFPA devrait appuyer les responsables des SDSR dans les régions et districts sanitaires pour la gestion, le suivi et la documentation.

Origine : C8 - **Priorité :** 1 - **Cible :** Bureau Pays ; WCARO, Gouvernement

Délai d'intervention : immédiat au cours de la conception du programme

REC10 : Au regard des besoins croissants des populations en matière de SDSR, VIH, PF, VBG, l'UNFPA devrait continuer à mobiliser davantage des ressources humaines, financières et matérielles pour une meilleure réponse. Ainsi, pour le prochain programme, il devrait réfléchir sur un nouveau plan de ressources humaines et de mobilisation financière ; et intensifier le plaidoyer auprès des donateurs traditionnels et potentiels. Par ailleurs, il devrait veiller à l'adéquation entre le niveau d'utilisation des ressources financières et les résultats attendus même s'il y a apparition des nouveaux besoins.

Origine : C9 - **Priorité :** 1 - **Cible :** Bureau Pays ; WCARO, Siège UNFPA, Gouvernement

Délai d'intervention : immédiat au cours de la conception du programme

REC11 : L'UNFPA devrait veiller à l'application des modes d'engagement en tenant compte du contexte pays, à l'implication des parties nationales dans tout le processus du développement, mise en œuvre, et le suivi-évaluation du programme pays, et le transfert progressif et durable des compétences. Il devrait aussi, établir un plan d'accompagnement et d'opérationnalisation des documents normatifs, et le plan de renforcement des capacités des acteurs communautaires et les ministères sectoriels. Enfin, l'UNFPA devrait mettre en place un mécanisme de durabilité des interventions à travers l'intégration d'une approche programme nexus/humanitaire-développement dans ses interventions propres et celles de ses partenaires de mise en œuvre.

Origine : C6 - **Priorité** : 2 - **Cible** : Bureau Pays ; Gouvernement

Délai d'intervention : immédiat et long terme

ANNEXES

- Annexe 1 :** Matrice d'évaluation
- Annexe 2 :** Liste des documents consultés
- Annexe 3 :** Liste des personnes et institutions rencontrées
- Annexe 4 :** Outils de collecte des données
- Annexe 5 :** Termes de Références
- Annexe 6 :** Théorie de Changement