1.

République démocratique de Sao Tomé et Principe

2.

3.

Fonds des Nations Unies pour la Population

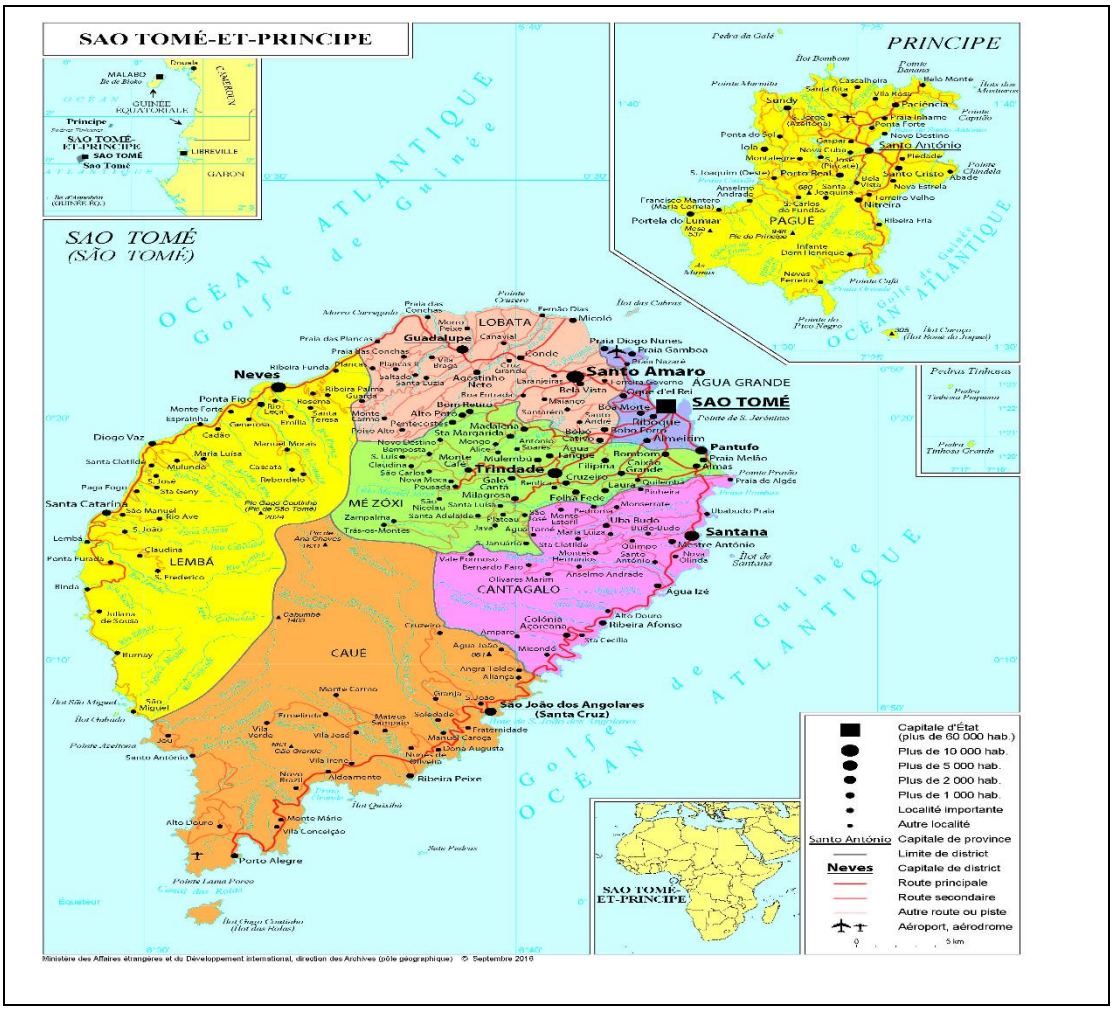
EVALUATION DU 7è PROGRAMME DE PAYS, SAO TOME ET PRINCIPE

2017-2021

PERIODE COUVERTE : 2017-2021

RAPPORT PROVISOIRE

Septembre 2021



Équipe d'Évaluation

Tiburce NYIAMA	Consultant International, Chef d'équipe, Expert SDSR
Helder SALVATERRA	Consultant National, Expert P&D
Débora PENHOR	Membre de l'équipe d'appui
Jursias CRAVID	Membre de l'équipe d'appui

REMERCIEMENTS

Les remerciements de l'équipe d'évaluation sont adressés spécialement à Mme Victoria d'Alva, Chargé du bureau de l'UNFPA, M. Eugerio Moniz, le Chargé du Programme en Planification, suivi et Evaluation, Gestionnaire de l'évaluation, le Dr Jose Manuel Carvalho, Chargé du Programme Santé de la Reproduction et VIH SIDA, et l'ensemble du staff du Bureau de l'UNFPA, pour l'appui multiforme qu'ils ont apporté à la présente évaluation finale.

Nous tenons également à remercier les agences et instances des Nations Unies qui ont contribué à la complétude de l'évaluation (PNUD, UNICEF, OMS, RCO, groupes thématiques de l'UNDAF), ainsi que les partenaires contractuels et leurs associés. Il s'agit pour ces derniers des directions nationales et institutions spécialisées du Gouvernement de Sao Tomé et Principe impliquées dans les réponses SDSR (DCS, DPIE, IJ), Population et développement (DGP, INE), genre et droits de l'homme (Unité Statistique de la Police, INPG, Cabinet des Droits de l'Homme) et de leurs démembrements infranationaux de mise en œuvre du programme. Nous saluons l'accueil réservé à l'équipe d'évaluation, les informations fournies en termes de documents et réponses aux entretiens et toute l'aide assortie.

L'équipe d'évaluation exprime sa reconnaissance aux autorités politiques et administratives aux prestataires institutionnels et communautaires des services et aux bénéficiaires des interventions dans 6 districts de Sao Tome et Principe (Caué, Lobata, Agua-Grande, Lembá, Mé-Zóchi, Cantagalo) et la Région Autonome de Principe ; pour leur participation aux entretiens ou pour les conditions favorables créées pour le succès de la mission.

A toutes les autres personnes qui ont contribué à la réalisation de la mission, notre sincère gratitude.

Les évaluateurs

Table des matières

REMERCIEMENTS III
Table des matières IV
ABREVIATIONS ET ACRONYMES IV
LISTE DES TABLEAUX VII
LISTE DES FIGURES VIII
Tableau 2: TABLEAU DES FAITS PRINCIPAUX VIII
RESUME ANALYTIQUE 1
Chapitre 1. 4
1.1. 5
1.2. 5
1.3. 5
Chapitre 2. Contexte national 12
2.1. 12
2.2. 17
Chapitre 2. 18
3.1. 18
3.2. 19
Chapitre 4. 24
4.1. 24
4.2. 33
4.3. 43
4.4 Réponse à la question d'évaluation 4 (DURABILITE) 49
4.5. 53
4.6. 56
5. 60
5.1. 60
5.1. 62
6. RECOMMANDATIONS66
6.1. 66
6.2. 67
ANNEXES 70

ABREVIATIONS ET ACRONYMES

Tableau 1 ABREVIATIONS ET ACRONYMES

Ad&Log	**Administration et logistique**
AOD	Assistance officielle au développement
APD	L'Aide publique au développement
ASPAF	Association Santoméenne pour la promotion familiale
ATF	Agence d'Appui Technique & Financier
BCP	Le Bilan commun de pays
CAD	Comité d'Aide pour le développement
CACVD	Centre de conseil Contre la violence domestique
CCA/BCP	Bilan commun de pays
CIJ	Centre d'interaction jeunesse
CIPD	Conférence International pour la Population et Développement
CO	Bureau de Pays
CP6	6ème programme de pays
CP7	7ème programme de pays
CPD	Country Programme Document
CPE	Evaluation de Programme des Pays
CPN4	4^{ième} Consultation Prénatal
DCS	Direction Soins de Santé
DD **DH**	Dividende Démographique Doit Human
DGP	Direction Générale du Plan
DPIE	Direction du Plan et de l'Innovation Educative
ENIEG	Stratégie Nationale pour l'Égalité et l'Équité de Genre
EQA	Evaluation de la qualité de l'évaluation
ESS	Entretien Semi Structuré
FGD	Focus group discussion
gen	Genre
GRE	Groupe de Référence de l'évaluation
HCT	Equipe de Coordination Humanitaire
IDH	Indice de développement humain
INE	L´Institut National de la Statistique
INPG	Institut National pour la Promotion de l'Égalité et de l'Equité de Genre
INJ	Institut National de la Jeunesse
IP/PE	Partenaires d'implémentation
ISE	Ingénieur statisticien économiste
ITS	Ingénieur des Travaux Statistiques
LGBT	Lesbiennes, gays, bisexuels et transgenres
MEO	Mise en Œuvre
MEES	Ministère de l'Education et enseignement supérieur
OCDE	Organisation pour la Coopération et le Développement économique
ODD	Objectifs de Développement Durable
ONU	Organisation des Nations Unies
P1	Produit 1
P1	Produit2
PP	Partie prenante
P&D	Population et Développement
PF	Planification Familiale
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PMI	Programme Mère enfant
PPM	Modèle (d'analyse) PRECEDE-PROCEED

PS	Plan stratégique
PTA	Plan de Travail Annuel
PVVIH	Personnes vivant avec le VIH
RGPH	Recensement General de la Population et de l'habitat
RHCS	Sécurisation de Produit de Santé de la Reproduction
S&E	Suivi et Evaluation
SDSR	Santé et Droits Sexuels et Reproductifs
SERP	Plan de récupération socio- économique
SM	Santé Maternelle
SNRP	Stratégie National du Réduction de la Pauvreté
SONU	Soins obstétricaux et néonataux d'urgence
STP	São Tomé et Principe
TDR	Termes de Référence
TIC	Technologie de l'Information et de la Communication
TSS	Techniciens supérieurs de la statistique
UN	Nations Unies
UNCT	Equipe Pays de Nations Unies
UNDAF	Plan cadre des Nations unies pour le développement
UNFPA	Fond des Nations Unies pour la Population
VBG	Violence Basé sur le Genre
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
WCARO	Bureau Régional pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 ABREVIATIONS ET ACRONYMES 6

Tableau 2 : TABLEAU DES FAITS PRINCIPAUX 10

Tableau 3 : Critère, définition et problèmes ou hypothèses d'évaluation 16

Tableau 4 : Répartition de l'échantillon par technique de collecte et groupes concernés 18

Tableau 5 : Distribution nationale des entretiens individuels et de groupe et des FGD 18

Tableau 6 : Distribution nationale des sites visités pour Observation ou Revue Documentaire 19

Tableau 7 : Évolution de la proportion de femmes au Parlement et au gouvernement (central ; régional et local) 23

Tableau 8 : Principaux domaines de services et interventions selon les indicateurs d'outputs visés 30

Tableau 9 : **Principales activités du CP7 par composante, domaines de services et types d'activités** 31

Tableau 10 ***: Budget du CP7 par composante, par année entre 2017 & 2020*** 31

*Tableau 11****: Budget par sources de financements*** 32

Tableau 12 : ***Budget du Programme par partenaire d'exécution et par année*** 32

Tableau 17 : Évolution des dépenses par groupe de partenaires d'exécution 56

Tableau 18 : Contribution financière de l'UNFPA au budget UNDAF 62

LISTE DES FIGURES

Figure 2 : Schéma du processus articulé de l'analyse de contenu 18

Figure 3.: Evolution de l'APD (Million USS) **Error! Bookmark not defined.**

Figure 4: Principaux donateur de STP 2018-2019 – OCDE2020 **Error! Bookmark not defined.**

Figure 5 : Logique d'intervention par Outcome UNDAF visé par outcome stratégie UNFPA 2018-2022 29

Figure 6 : Performance du produit 1 SDSR – CP7 UNFPA/STP 42

Figure 7 : Performance du produit 2 – CP7 UNFPA/STP 43

Figure 8 : Performance du produit 2 – CP7 UNFPA/STP 43

Figure 9 : ***Performance Outcome4 – CP7 UNFPA/STP*** 44

Figure 10 : Graphique 4.5. : Répartition des fonds initiaux prévus selon les sources, 2017-2021 54

Figure 11 : Graphique 4.6. : Fonds initiaux (2017-2021), mobilisés et dépensés (2017-2020) 54

Figure 12: Taux d'exécution financière du pays et par groupe de parties prenantes, 2017-202 54

Figure 13 : ***Exécution financière vs Efficacité*** 54

Figure 14 : ***Ratio coût-efficacité par centimes comparés*** 54

Figure 15: Répartition de total des dépensés selon les sources (2017-2020) 55

Figure 16: Répartition annuelle des dépensés selon les sources, 2017-2020 55

Figure 17: Répartition des dépenses totales selon le groupe, 2017-2020 55

Figure 18 : Dépenses totales par produit du programme de pays et partenaires de mise en œuvre 56

Figure 19 : Répartition du taux d'exécution financière par partenaires de mise en œuvre, 2017-2020 57

Figure 20 : % des fonds mobilisés et dépensés par an Vs total cumulé entre 2017-2020. 57

Tableau 2 : TABLEAU DES FAITS PRINCIPAUX

Terrain	
Situation géographique	Ligne de l'équateur, dans le Golfe de Guinée, à environ 300 km du continent africain
Superficie du territoire	1 001 km²
Population	
Total de population (2020)	210 240
Population urbaine/rurale (2020)	143 055/67 185
Taux de croissance de la population	0,0245
Gouvernement	
Type	Démocratie, Démocratie représentative, État unitaire, Régime semi-présidentiel
Événements politiques clés	Indépendance de la puissance coloniale en 12 de juillet de 1975
Économie	
PIB par habitant 2020 PPA USD	2203,599
Taux de croissance du PIB	3,09
Principale activité économique	Transport, stockage et communications (INE-Compte National 2020)
Indicateurs sociaux	
Indice de développement humain (**IDH**), rang	0,625 (2019), 135ème (il avait évolué 6 positions par rapport à 2017)
Chômage (Total 15-24 ans)	21,3% (IOF-2017)
Espérance de vie et naissance, Hommes / Femmes (années)	Total 68,5 ans ; 65,3 pour les hommes ; 71,6 pour les femmes en 2020 (projection RGPH-2012)
Mortalité des moins de 5 ans (pour 1000 naissances vivantes)	38 (2014), 14 (2019) (MICS)
Mortalité maternelle (décès de femmes pour 100 000 naissances vivantes)	Diminution de 158 en 2009 à 74 en 2014 (EDS et MICS)
Naissances assistées par du personnel de santé qualifié (%)	Augmentation de 92,5% en 2014 à 95,4% en 2019 (MICS)
Dépenses de santé (en % du PIB)	1,1% (INE-Comptes Nationaux)
Taux de prévalence de la contraception (méthodes modernes)	Augmentation de 37,4% en 2014 à 49,7% en 2019 (MICS)
Besoin non satisfait de planification familiale (% des femmes actuellement mariées, 15-49 ans)	Diminution de 32,7% en 2014 à 27,1% en 2019 (MICS)
Alphabétisation (% de personnes âgées de 15 à 49 ans)	Taux scolarisation primaire de 99% (2015)
Proportion de femmes âgées de 15 à 19 ans ayant déjà commencé à avoir des enfants	12,9 (MICS-2019)
Personnes vivant avec le VIH, 15-49 ans (%)	Total 874 ; Hommes 330 ; Femmes 544
Taux de prévalence du VIH, 15-49 ans (%)	0,5% (1,7 sur l'île Principe) (MICS-2019)
Prévalence du VIH, 15-49 ans : Hommes/Femmes (%)	Hommes 0,5 ; Femmes 0,5

-

RESUME ANALYTIQUE

But, objectifs et champ de l'évaluation

L'évaluation du 7è programme de pays de l'UNFPA à São Tomé et Principe 2017-2022 (**CP7 UNFPA-STP**) vise à renforcer la responsabilité de l'UNFPA en matière de résultats, analyser la pertinence et la performance du CP7 et à préparer un prochain programme meilleur. Trois principaux objectifs de la politique d'évaluation 2019 du UNFPA seront atteints : (**i**) informer les parties prenantes sur leurs performances en matière de résultats de développement et d'investissement des ressources ; (**ii**) soutenir la prise de décision fondée sur des données probantes ; et (**iii**) tirer des enseignements précieux en élargissant la base de connaissances existante pour accélérer la mise en œuvre du programme d'action de la CIPD de 1994. L'évaluation couvre le pays, les deux domaines du CP7 (Santé, droits sexuels et reproductifs ou **SDSR** et Dynamique de la Population ou **P&D**), les questions transversales et les actions planifiées et/ou mises en œuvre entre 2017-2021.

Méthodologie

La méthodologie de l'évaluation repose sur (**a**) la théorie du changement du CP7 ; (**b**) une stratégie de collecte et d'analyse des données ; (**c**) des outils conçus pour la collecte et l'analyse des données ; (**d**) une matrice d'évaluation et divers outils et modèles pour les différentes étapes de l'évaluation. Elle adresse des questions portant sur 6 critères d'évaluation incluant la redevabilité (*pertinence, efficacité, efficience, durabilité*[1]*, et la transversalité stratégique (coordination ; adaptation aux crises - COVID-19 et autres changements majeurs ; genre/égalité-DH/équité*). Pour orienter la collecte et l'analyse des données, la logique d'investigation est articulée par la matrice d'évaluation. Elle articule les critères d'évaluation en question principales, renseignées par des hypothèses d'évaluation, lesquelles sont documentées par des indicateurs, ces derniers étant mesurés par les constats ou données. Lesdites données sont collectées par les outils des deux méthodes suivantes : (**1**) ***Observation qualitative et mixte*** triangulant quatre techniques dont : (**a**) l'entretien individuel ou de groupe ; (**b**) la revue documentaire ; (**c**) les Focus Groupe Discussions (**FGD**) ; et, (**d**) entretien informel et complémentaire ; et, (**2**) ***Observation directe mixte*** sites selon une grille. **La population cible de l'évaluation** comprend les *acteurs, les institutions et les documents* pertinents structurés selon **la base d'échantillonnage ou** *cartographie des parties prenantes selon une stratification horizontale « thématique » par services et acteurs/bénéficiaires et une autre verticale par « niveau de la pyramide d'intervention »*.

PRINCIPALES CONCLUSIONS

Au niveau stratégique :

C1. **COORDINATION :** La contribution de l'UNFPA aux mécanismes existants de coordination «one UN » (UNCT, UNDAF) est quasi-suffisante. Ses cadres ont été au centre de la dynamique one UN du fait de leur longue expérience et compétence hors pairs. Ils appuient les leaders des groupes thématiques UNDAF. Cependant, un staff réduit et le mandat de l'institut limitent son potentiel de participation et d'influence.

C2. **COORDINATION :** Dans le cadre du HCT, l'UNFPA apporte sa maitrise exceptionnelle du contexte et des solutions dans la coordination de la réponse humanitaire. Ces efforts réduisent disparités et inégalités à tous les niveaux, grâce à des paquets de services pour tous, au renforcement des institutions de prestation et de contrôle. La contribution de l'UNFPA à l'action du HCT reste insuffisante et de 2nd plan à cause du déficit de staff, d'expertise et d'espaces humanitaires et d'un mandat limité au soutien derrière la ligne de front.

[1] L'ensemble complet des critères d'évaluation du CAD de l'OCDE, ses définitions adaptées et des principes d'utilisation sont disponibles à: https://www.oecd.org/fr/cad/evaluation/criteres-adaptees-evaluation-dec-2019.pdf.

C3-C4. ADAPTATION AUX CRISES : L'UNFPA a passablement réussi l'adaptation et le maintien d'une programmation selon les droits de l'homme face au COVID et à la forte rotation d'équipes et pratiques des administrations sectorielles. La mise en place et le suivi d'une stratégie nationale de riposte COVID-19, la mise à jour des nouveaux cadres ont pu préserver l'amélioration de la capacité de fourniture rapide des outils de secours essentiels aux populations touchées, la disponibilité du personnel de santé aptes en en cas d'urgence. Cependant l'adéquation relative de ces préparatifs et les limites systémiques ont subi la persistance du recul de l'utilisation de la PF, l'augmentation des grossesses précoces et VBG, le déficit de kits d'hygiène.

C5-C4D : L'apport de la communication au **CP7** est passable ; la non-opérationnalisation de sa stratégie a entravé l'efficacité, en l'absence d'un cadre compétent à l'UNFPA/STP, d'un plan d'action avec cadre logique adéquat pour une couverture nationale et une évolution vers les connaissances, attitudes et pratiques adéquates. La faible segmentation des publics cibles a entravé la spécificité communicationnelle. Des actions et canaux divers ont été complémentaires. Mais la couverture (durée, espace) et l'ajustement ont défailli.

C6a-S&E : Le système de M&E est passable avec un 1/3 des composantes fonctionnelles ; ¼ inexistantes (plan de travail budgétisé, Communication, plaidoyer & Culture de M&E) et 5/12è étant de fonctionnalité partielle (Dissémination et utilisation des données ; supervision formative et audit des données ; existence et qualité des bases de données nationales et infra-; monitoring de routine; existence d'un cadre logique).

C6b-SIS : Le Système d'information Sanitaire a été appuyé pour évoluer vers la digitalisation des données logistiques des districts sous le logiciel Channel V2. Les formations et l'équipement retardés par le COVID sont à parachever. Le système d'information sur les services de santé reste à renforcer.

Au niveau programmatique :

C7-C8. PERTINENCE : L'adaptation du CP7 aux besoins des hommes, femmes et adolescents/jeunes est liée à des prévisions portant sur leurs attentes en services génériques de PF, SONE, SONU, PTME, prévention VIH pour ado/jeunes et victimes de VBG, P&D et C4D. L'on note l'insuffisance et inadéquation des services pour les adolescents (déficits en préservatifs, C4D adéquate, sites spécifiques) ; et les groupes vulnérables et marginaux. L'offre reste générique et mêlée avec la population générale qui les ostracise ; avec omission des approches et intrants spécifiques pour ado/jeunes, handicapés, LGBT… et des préférences individuelles en PF. Les jeunes sont omis dans les statistiques sectorielles. Les services sont partiellement disponibles (accès aux données, maternités et budget national insuffisants.)**.** La persistance d'obstacles psychosociaux à l'utilisation des services (PF ; prévention VIH ; CPN) se fonde sur le natalisme ; l'exploitation domestique des filles et leurs pratiques de sexualité pour gains.

C9. PERTINENCE : Le Genre et les VBG ont été en recul. La statistique VBG a partiellement (santé, police) continué. L'action multisectorielle a fléchi, l'INPG et les CACVD recevant un appui limité.

C10-C11. EFFICACITE : L'alignement des outputs sur les outcomes est faible ; les résultats exponentiels des premiers impactant peu les derniers. La planification/quantification a été faiblement transformatrice. La mortalité maternelle a augmenté. La définition et ou la détermination des cibles des indicateurs sont peu rationnelles (sous-estimation, non spécificité, peu transformateurs). Les processus et résultats ont été mitigés pour l'essentiel de la production, analyse et gestion des données et leur accessibilité et utilisation universelles. La majorité des résultats a été de qualité (accouchements assistés par personnel formé ; budget STP des produits PF en hausse ; Effectifs des démographes et statisticiens à l'INE). Certains résultats sont mitigés (formation, C4D, offre PF et SM, bases de données, renforcement de deux maternités…), suite à une conception et exécution biaisées; la non opérationnalisation de la stratégie C4D ; la faiblesse de l'intensité; la non spécificité selon les segments de population, l'omission des vulnérables, marginaux et périphériques; l'inadéquation de la formation pour les compétences visées et la couverture partielle des bénéficiaires/omission des groupes ayant des barrières d'accès spécifiques; la non-conformité de certaines

infrastructures , une mise en œuvre très peu axées sur les résultats et des statistiques sectorielles défaillantes.

C12-C13. EFFICIENCE : L'efficience du CP7 a été quasi-suffisante. Les produits et les résultats ont été majoritairement atteints (SDSR & P&D) avec des ressources plus ou moins appropriées. Les acquis incluent des ressources humaines logistiques et infrastructurelles significativement renforcées selon ; un ratio coût-efficacité satisfaisant malgré la faible disponibilité du staff et du temps. La qualité de la mobilisation des ressources et de leur gestion par le bureau de pays de l'UNFPA, son offre systématique d'appui sur demande sont à la base de ces progrès. Les entraves incluent des lourdeurs et la faible gouvernance dans les administratives partenaires, l'insuffisance du budget de l'Etat ; le déficit de la régulation de l'approvisionnement.

C14-C15. DURABILITE : La durabilité a été partielle grâce au développement de capacités systémiques et institutionnelles aux niveaux normatif, stratégique, technologique et professionnel et à l'intériorisation de connaissances et de l'usage par la population des services SR et P&D de qualité. Des mécanismes de mobilisation de ressources et de prestation de services sont aussi en place. Une gouvernance/gestion limitée a entravé la capitalisation de ressources humaines, matérielles, infrastructurelles et temps.

PRINCIPALES RECOMMANDATIONS

Au niveau stratégique :

R1-R2. COORDINATION : L'amélioration de la contribution de l'UNFPA à la réponse humanitaire et aux différents mécanismes de l'UNCT nécessite d'identifier et former un point focal actif, à intégrer dans l'équipe humanitaire de pays, augmenta la visibilité de l'agence. Un plaidoyer vers UNFPA/WCARO et New York soutenue par la partie nationale est nécessaire pour une augmentation raisonnable de l'effectif du personnel UNFPA/STP. Les évidences incluront l'absorption des cadres techniques du bureau de pays par des taches logistiques au détriment de la coordination du programme, la contribution à « One UN ».

R3-R4-R5. ADAPTATION AUX CRISES : L'UNFPA, selon les « Plans des actions de préparation et exigences minimales pour les urgences humanitaires » devrait collaborer avec le HCT pour la réponse aux risques d'effondrement des effets acquis par les programmes de SR et de P&D selon les conditions environnementales, administratives et sociales induites par les crises humanitaires. Cela nécessite : le recensement des risques documentés, la surveillance des risques non documentés dans la population générale, les groupes vulnérables et marginaux ; la mise à jour de la réponse aux risques, par des stratégies anticipatives d'approvisionnement et financement continu et inclusif ; une mise en œuvre innovante (prestation virtuelle…) et un suivi évaluation-ajustement efficace.

R6-R7-R8 QUESTIONS TRANSVERSALES : L'équipe d'évaluation suggère que la composante Genre et VBG soit intégrée dans le prochain cycle de programmation, conformément au 6ème programme, ce qui pourrait apporter plus de valeur dans les défis à venir. Renforcer les systèmes M&E du programme, statistiques sectorielles et la communication par des investissements conséquents et des expertises innovantes. Concernant les systèmes statistiques, l'UNFPA à travers un programme commun avec l'OMS, le PNUD et l'UNICEF devraient mobiliser une expertise internationale en système d'information sanitaire pour une analyse diagnostique ; la proposition d'un plan d'opérationnalisation du circuit de l'information assorti d'une numérisation depuis les sites de génération des informations vers une base centrale traitant automatiquement l'information selon les formats d'extraction pré-insérés. Les données sanitaires et des activités d'appui (C4D) ; gouvernance/gestion et recherche concernée) y figureront.

Au niveau programmatique :

R9-R10. PERTINENCE SR : (a)-(b) L'UNFPA devra, initier un programme conjoint avec les agences UN et autres partenaires concernés pour mobiliser l'expertise nécessaire en vue de la conception d'une stratégie de couverture des groupes spécifiques et de l'accompagnement de services et approches spécifiques y relatifs (thématiques et bonnes pratiques) sensibles aux différences des groupes mal couverts (Ado/jeunes, vulnérables, marginaux) et aux préférences en matière de PF. Des consultants, un atelier de validation et des échanges inter-agences sur la mise en œuvre sont envisagés. Une collaboration UNFPA, UNICEF, PNUD, et ONU FEMMES et acteurs de la société civile permettra un diagnostic et une stratégie subséquente de capacitation des femmes et personnes vulnérables à l'émancipation vis-à-vis des barrières individuelles et communautaires / genre. Un cabinet d'experts en « empowerment » et C4D devrait mener les investigations et proposer une stratégie à la validation des partenaires de l'initiative.

R11. PERTINENCE P&D : Mettre en place un appui intégral de la DGP aux secteurs connexes (au minimum : santé ; jeunesse, éducation, protection sociale/familiale) en matière d'inclusion de la dynamique démographique dans la planification du développement ; à travers l'accompagnement de l'opérationnalisation intégrale des systèmes statistiques sectoriels ; leur raccordement fonctionnel aux instances et mécanismes sectoriels de prise de décision et au fichier statistique national.

R12&R16. EFFICACITE : L'UNFPA devra développer une réformer son processus de planification. Spécifiquement, une procédure de programmation logique centrée sur l'optimisation contextualisée de l'élaboration des résultats et de leur mise en chaine hiérarchique pour les CPD ; puis l'introduction d'un programme informatique de quantification des interventions et intrants. L'emphase portera sur la faisabilité des résultats, leur potentiel de contribution, leur alignement et leur ambition. L'approche de programmation sera fondée sur des outputs transformateurs, les extrants d'activités étant abandonnés (nombre formés) pour le suivi des services (ex : nombre de personnes ayant reçu un service). Cette action nécessitera une expertise en suivi-évaluation & planification des programmes pendant deux semaines. Les coûts de consultance et d'un atelier de validation avec la partie nationale seront engagés.

R.14-R15. EFFICACITE : Renforcer l'offre des services P&D en comblant les gaps identifiés dans la mise en œuvre du CP7 par normalisation des activités clés, optimisation de la communication et des aspects transversaux, renforcement du suivi et reconduction des activités clés du processus des données et de la planification non abouties du CP7 ;

R17. EFFICACITE : UNFPA devra normaliser les procédures d'intervention (POS pour la complétude et la qualité de la mise en œuvre) et prévisions conformes dans les CPD et programmation conforme dans les PTA standards de mise en processus. Un atelier participatif de 3 jours accompagné par un consultant international en planification des projets et programme est envisageable selon les coûts d'expertises pratiqués par l'UNFPA. Les coûts se résolvent dans le budget de coordination de l'institution pour une période de mise en place de 6 mois en début de cycle de coopération. Les problèmes de mise à jour de la stratégie de formation et des pratiques non alignés sur la poursuite des résultats sont adressés par la conclusion sur la durabilité.

R21-R26. DURABILITE : L'UNFPA consultera une expertise en ressources humaines / formation pour l'analyse de la situation des formations continues dans le pays et la mise en place de procédures de qualité en vue de formations performantes adaptées aux compétences visées. L'UNFPA coordonnera la mise en place d'un projet de financement du système de santé selon l'initiative PBF de la Banque en partenariat avec le pays et les parties prenantes pertinentes ; en particulier sur les services SR. Cela inclura : (a) Sécuriser les dividendes différents contributeurs financiers ; (b)-une stratégie d'optimisation de la ressource humaine dans les programmes de coopération (clauses de maintien, de fidélisation et de transition des personnels de la partie nationale ; mécanisme d'optimisation de l'engagement et de la productivité…) ; (c)- Pérenniser les équipements par un mécanisme de maintenance-amortissement-réforme-renouvellement. Un cabinet d'expertise en financement de la santé sera requis.

Chapitre 1. INTRODUCTION

4.1. But et objectifs de l'EPP

L'évaluation des programmes pays (**CPE**) est indispensable pour chaque cycle programmatique de l'UNFPA. Elle vise à garantir et à optimiser les résultats et la bonne gouvernance des interventions. L'évaluation du 7è programme de pays de l'UNFPA à São Tomé et Principe 2017-2022 (**CP7 UNFPA-STP**) contribue à renforcer la responsabilité de l'UNFPA en matière de résultats, à analyser la pertinence et la performance du CP7, à tirer des leçons de ce programme et à faciliter l'apprentissage pour que le prochain programme soit meilleur. Trois principaux objectifs de la politique d'évaluation 2019 de l'UNFPA seront atteints : (**i**) informer les parties prenantes sur leurs performances en matière de résultats de développement et d'investissement des ressources ; (**ii**) soutenir la prise de décision fondée sur des données probantes ; et (**iii**) tirer des enseignements précieux en élargissant la base de connaissances existante pour accélérer la mise en œuvre du programme d'action de la CIPD de 1994. L'objectif final du CP7 UNFPA-STP est d'assurer l'accès universel à la santé sexuelle et reproductive, garantir les droits reproductifs et réduire la mortalité maternelle, comme indiqué dans le Plan stratégique 2018-2021 de l'UNFPA. Le bureau de pays UNFPA-STP a commandité l'évaluation.

4.2. Champ de l'évaluation

- ***Portée thématique, programmatique et couverture géographique***

L'évaluation a couvert les deux domaines thématiques du CP7 : Santé et droits sexuels et reproductifs (**SDSR**) et Dynamique de la Population (**P&D**) et les questions transversales dont les droits humains, l'égalité de genre et stratégies transversales (*coordination ; suivi et l'évaluation (***S&E***); Système d'information ; Communication*).Comme le CP7, l'évaluation a couvert tout le pays (les 6 districts de Sao Tomé : Agua Grande, Mé-Zóchi, Caué, Cantagalo, Lembá, Lobata et la Région Autonome de Principe) ; ciblant les niveaux central et périphérique des partenaires de mise en œuvre, autres partenaires et sites de prestations de services.

- ***Cadre temporel et Calendrier de l'évaluation***

Le 7è cycle de coopération entre UNFPA et Sao Tomé & Principe va de 2017 à 2022. L'évaluation réalisée en Août 2021 couvre la période 2017 à 2021. L'UNFPA procède à l'évaluation finale un an avant la date de clôture du programme. La conception de l'évaluation a commencé le 05 juillet. La phase de terrain s'est tenue du 27 juillet au 6 Août. La rédaction du rapport a été initiée du 13 au 26 août. La phase de diffusion et de facilitation de l'utilisation des résultats a été décalée sur Janvier 2022. (Cf. TDR en Annexe 1).

4.3. Méthodologie et processus

1.3.1. Méthodologie d'évaluation

La méthodologie de l'évaluation repose sur (**a**) la théorie du changement du CP7 ; (**b**) une stratégie de collecte et d'analyse des données ; (c) des outils spécialement conçus pour la collecte et l'analyse des données ; (**d**) une matrice d'évaluation, un agenda de collecte et divers outils et modèles pour les différentes étapes de l'évaluation. Le concept sur lequel se fondent ces instruments est celui du Handbook de l'UNFPA pour les CPE, qui propose une démarche évaluative. Cette section présente des approches de collecte, d'analyse et d'interprétation, mises à contribution par l'équipe des consultants, pour opérationnaliser le concept d'évaluation de l'UNFPA et articuler les outils dudit concept dans l'investigation, l'analyse et l'interprétation.

1.3.1.1. Critères et questions d'évaluation

L'évaluation de programme de pays répond à des questions portant sur 6 critères d'évaluation dont 4 de redevabilité programmatique (*pertinence, efficacité, efficience, durabilité*[2]*) et 3 transversaux* sur le plan stratégique *(coordination ; adaptation aux crises - Covid-19 et autres changements majeurs et genre/égalité-DH/équité*). L'évaluation a inclus les deux composantes programmatiques (*Santé et Droits Sexuels et Reproductifs, et Population & Développement*); et les résultats attendus dont les 9 produits (*outputs*) articulés sous 2 *outcomes* du Plan Stratégique 2018-2021 de l'UNFPA. Les critères, leur définitions et questions d'évaluation figure au tableau 3.

Tableau 3 : Critère, définition et problèmes ou hypothèses d'évaluation

Pertinence	La mesure dans laquelle les objectifs du programme de pays de l'UNFPA correspondent aux besoins de la population au niveau du pays (en particulier, ceux des groupes vulnérables) et ont été alignés au cours de la période du programme avec les priorités du Gouvernement et les stratégies de l'UNFPA.	1. 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, etc.); (ii) aux stratégies et politiques nationales de développement; (iii) à l'orientation stratégique et aux objectifs de l'UNFPA; et (iv) aux priorités énoncées dans les cadres et les accords internationaux, en particulier le Programme d'action de la CIPD et les ODD ? 2. Dans quelle mesure le bureau de pays a-t-il pu réagir aux changements en matière de besoins et priorités nationaux, y compris ceux des groupes vulnérables ou marginalisées, ou aux variations causées par les crises ou les changements politiques majeurs ? 3. Dans quelle mesure l'UNFPA a-t-il pu s'assurer que les besoins variés des populations vulnérables et marginalisées, notamment les adolescents, les jeunes, les personnes handicapées et les communautés autochtones, sont pris en compte dans la planification et la mise en œuvre de toutes les actions soutenues par l'UNFPA dans le cadre du programme de pays ?
Efficacité	La mesure dans laquelle les produits (outputs) du programme de pays ont été atteints et la mesure dans laquelle les produits ont contribué à la réalisation des résultats (*outcomes*) du programme de pays.	4. Dans quelle mesure les actions soutenues par l'UNFPA sont-elles fournies des produits (outputs) et contribué à la réalisation des résultats (outcomes) du programme de pays ? En particulier : (i) accès et utilisation accrus des services intégrés de santé sexuelle et reproductive ; et (iv) utilisation accrue des données démographiques dans l'élaboration de plans, politiques et programmes nationaux de développement basés sur des données factuelles ? 5. Dans quelle mesure l'UNFPA a-t-il réussi à intégrer les droits de l'homme et les perspectives de l'égalité de genre dans la conception, la mise en œuvre et le suivi du programme de pays ?
Efficience	La mesure dans laquelle les produits (outputs) et les résultats (*outcomes*) du programme de pays ont été atteints avec les ressources appropriées (fonds, expertise, temps, coûts administratifs, etc.).	6. Dans quelle mesure l'UNFPA a-t-il profité de ses ressources humaines, financières et administratives (y compris l'optimisation des ressources et les mécanismes de coordination interne) et a utilisé un ensemble de politiques, procédures et outils appropriés pour poursuivre la réalisation des résultats (outcomes) définis dans le programme de pays ?
Durabilité	La poursuite des avantages après la fin d'une intervention financée par l'UNFPA, et la probabilité de les voir se maintenir à long terme et résister aux risques.	7. Dans quelle mesure l'UNFPA a-t-il pu soutenir les partenaires de mise-en-oeuvre 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 ?
Coordination	La mesure dans laquelle l'UNFPA a été un membre actif de et un contributeur actif aux mécanismes existants de coordination de l'UNCT. Cela comprend également la participation et les contributions aux mécanismes de coordination humanitaire de l'HCT, le cas échéant.	8. 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 ? 9. Dans quelle mesure le CO de l'UNFPA Sénégal a-t-il contribué à assurer la complémentarité des programmes, à rechercher des synergies et à entreprendre des initiatives conjointes entre les fonds et programmes des Nations Unies ?
Adaptation aux crises - COVID-19 et autres changements majeurs	La mesure dans laquelle le programme répondu aux besoins émanant de la pandémie de COVID-19 et autres changements majeurs.	10. Dans quelle mesure le Programme a-t-il été en mesure de répondre aux besoins émergents et évolutifs des autorités sanitaires nationales et d'autres parties prenantes aux niveaux nationaux et infranational liés à la pandémie de COVID-19 et autres changements majeurs ?

Les questions d'évaluation ont été décomposées en hypothèses vérifiables par des constats d'observation, agrégés en indicateurs ou questions spécifiques collectant des faits directs. Un examen des questions

[2] L'ensemble complet des critères d'évaluation du CAD de l'OCDE, ses définitions adaptées et des principes d'utilisation sont disponibles à: https://www.oecd.org/fr/cad/evaluation/criteres-adaptees-evaluation-dec-2019.pdf.

d'évaluation a été fait pour s'assurer qu'elle couvre assez la matière des 6 critères respectivement selon les normes de l'UNDP/Banque Mondiale et du HCR[3].

Note :

i. *L'équipe CPE propose que la question 4 intègre la mesure des résultats prévus.*
ii. *Question 8 révisée pour intégrer une 2è partie de la question des mécanismes de coordination en dehors de l'UNCT.*
iii. *Concernant la pertinence il y a restructuration en trois questions afin de répondre à toutes les préoccupations.*
iv. *Une question d'évaluation supplémentaire a été proposée pour mesurer la coordination concernant la complémentarité des programmes, les synergies et les initiatives conjointes entre les fonds et programmes des Nations Unies.*

Partant de la théorie du changement du CP7, les hypothèses indiquent la manière et la raison pour lesquelles un changement attendu a lieu.

1.3.1.2. Méthodes de collecte et d'analyse des données

Le concept de l'évaluation comprend : (**a**) une théorie du changement ; (**b**) une stratégie de collecte et d'analyse des données ; (**c**) des outils de collecte et d'analyse; (**d**) une matrice d'évaluation; (**e**) un plan de travail et un agenda détaillés. La matrice d'évaluation a orienté la collecte et l'analyse (*Annexe 4*) pour les deux composantes du CP7, les aspects stratégique et transversaux (positionnement stratégique, suivi-évaluation, la communication), selon les critères d'évaluation, questions principales, critères de jugement, indicateurs vérifiant les hypothèses d'évaluation, sources d'informations nécessaires, méthodes et outils de collecte.

► ***Méthodes de collecte des données***

En vue de répondre aux questions d'évaluation des données primaires ont été collectées par (a) entretiens semi-structurés avec des informateurs clés institutionnels aux niveaux national et infranational ; (b) par discussions de groupe avec les prestataires de services et les détenteurs de droits (*femmes, adolescents et jeunes*) et (c) par observation directe des sites sélectionnés. Les données secondaires proviennent (d) d'une revue documentaire. L'***observation qualitative et quantitative,*** inclusive et participative, a triangulé les quatre techniques ci-dessus dans une complémentarité minimisant les biais et renforçant la validité des résultats. Les données structurées selon la matrice d'évaluation décrivent la mise en œuvre du CP7 UNFPA/STP et les résultats attendus dans les TDR de l'évaluation. La théorie du changement à fournir les hypothèses nécessaires pour vérifier les liens entre constats de MEO, résultats programmatiques et stratégiques. Les données ont permis d'évaluer la contribution de l'UNFPA aux changements dans chaque domaine thématique du CP7.

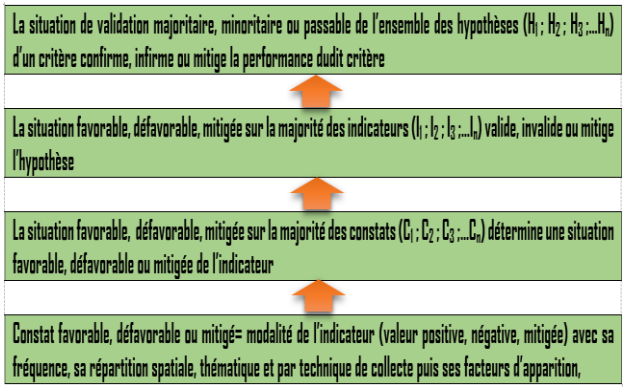
► ***Méthodes d'analyse des données***

Une analyse préliminaire des données a permis la présentation des constats bruts au bureau de pays et au GRE. Par la suite, l'analyse en profondeur a pris en compte les cinq aspects suivants: (**a**) Le croisement des constats sur les résultats et la mise en œuvre, leurs facteurs, les leçons et les appréciations avec les profils des répondants; (**b**) Le croisement des résultats du programme au montage et à la mise en œuvre pour mettre en évidence les déterminants internes au projet et statuer sur l'adéquation de la théorie du changement et l'influence du processus programmatique sur la situation finale constatée; (**c**) Par produit l'agrégation des tendances sur les différents indicateurs propose une consolidation indiquant la *validation, rejet ou mitigation* de chaque hypothèse de la théorie de changement du CP7; et, (**d**) La maturation du processus a inclus l'intégration des feedbacks de l'UNFPA et du GRE sur la restitution des résultats bruts, puis le rapport provisoire et enfin le rapport final.

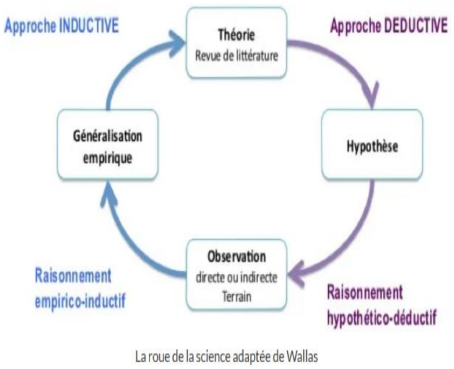
Par opposition au modèle inductif (cf. *figure 1. ci-dessous*) l'évaluation part du modèle théorique du changement dont sont formulées des hypothèses (*cf. matrice d'évaluation, annexe 4*). La *collecte* est faite pour vérifier les hypothèses par consolidation des observations (*généralisation empirique*) afin de conclure au lien entre résultats du programmes et déterminants internes et ou externes (*cf. rédigé 4.2.2. supra*).

[3] https://intranet.unhcr.org/content/usergenerated/asi/cloud/attachments/sites/CommunityBasedProtection/en/area2/jcr:content/content/primary/library/aap_tools_and_guidan-WAPG/guide_et_indicateurs-dWSh/Guide%20et%20Indicateurs%20de%20la%20Norme%20Humanitaire%20Fondamentale(1).pdf

Figure 1: Modèle conceptuel de l'analyse heuristique de l'évaluation [4]



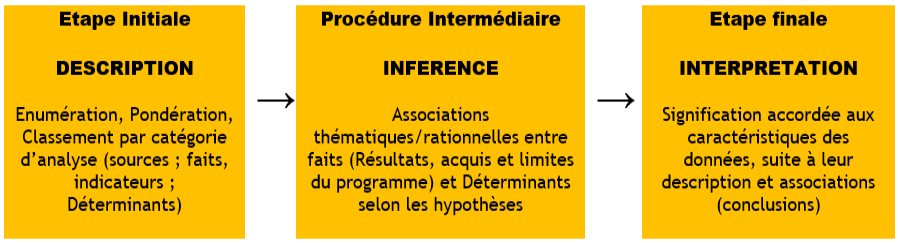
L'analyse de contenu a structuré les observations, la vérification des hypothèses et la génération des conclusions et recommandations de l'évaluation. Elle est opérationnalisée selon les trois étapes du modèle ci-contre:



La roue de la science adaptée de Wallas

La figure 2 montre le processus de l'analyse de contenu dans la séquence description, inférence et interprétation.

Figure 2 : Schéma du processus articulé de l'analyse de contenu[5]



1.3.1.3. Cartographie et échantillonnage des parties prenantes

La population cible de l'évaluation comprend des *personnes, les institutions et les documents associés au CP7*. L'échantillonnage se fonde la cartographie des parties prenantes, la revue documentaire, les échanges avec l'UNFPA/STP et la procédure raisonnée pour investigation qualitative. La *cartographie des parties prenantes a* été complétée, permettant un échantillonnage à 2 degrés (niveaux national et infranational-*District*). **La stratification est de 2 types** (*horizontale « thématique » ou statutaire « l'approche droits humains » et verticale « niveau de la pyramide d'intervention »*). Cette cartographie intègre « les autres bénéficiaires » dont les finaux comprenant 13 catégories recensées par la revue documentaire selon la liste ci-dessous :

1. Associations engagées (*grossesses précoces et VIH ; etc.,*)
2. Bénéficiaires ultimes des services
3. Chercheurs / Universitaires
4. Elèves, association des élèves
5. Elèves / Étudiants / Chercheurs,
6. Enseignants du primaire et du secondaire
7. Femme de 15-49ans
8. Femmes filles vulnérables et marginalises dont survivantes VBG ; enclavées vulnérables / marginalisées (*analphabètes, sans emploi, handicapées*)
9. Hommes
10. Jeunes / adolescents
11. Personnes enclavées / vulnérables / marginalisées (*analphabètes, sans emploi, handicapées*)
12. Réseau parlementaire P&D
13. Associations / Réseaux des jeunes

La couverture du CP7a est nationale, d'où l'inclusion du niveau national, des 6 districts de Sao Tomé et de la **RAP** de Principe. Au final, l'échantillon raisonné obtenu figure dans les tableaux 4 à 6.

Tableau 4 : Répartition de l'échantillon par technique de collecte et groupes concernés

Technique de collecte	Entretiens individuels Avec : Détenteurs d'obligations et droits (PE, Autres partenaires, communautaires)	Entretiens de groupe Avec : Détenteurs d'obligations et de droits (IP, Autres partenaires, communautaires)	FGD Avec : Détenteurs de droits (Hommes, Femmes, ado-Jeunes)	Total

[4] https://lepcam.fr/index.php/les-etapes/quali/

[5] https://lepcam.fr/index.php/les-etapes/quali/

Nr de séances	**26**	**13**	**5**	**44**

Tableau 5 : Distribution nationale des entretiens individuels et de groupe et des FGD

Typologies	Districts/Région							Total
	Água Grande	Mé-Zóchi	Cantagalo	Caué	Lembá	Lobata	RAP	
Entretiens individuels (*)	9	1	0	1	0	2	0	**13**
Entretiens de groupe (*)	12	2	3	3	3	3	0	**26**
FDG (*Hommes/Femmes/Ado-Jeunes*)	2	0	0	1	0	1	1	**5**
Total	**23**	**3**	**3**	**5**	**3**	**6**	**1**	**44**

(*) Détenteurs d'obligations et droits (IP, Autres partenaires, communautaires)

Tableau 6 : Distribution nationale des sites visités pour Observation ou Revue Documentaire

Typologies	Districts/Région							Total
	Água Grande	Mé-Zóchi	Canta-galo	Caué	Lembá	Lobata	RAP	
Observation Directe	HAM/M; PMI, EMC	CS; EMMM	CS	CS	CS; ES	CS; ESB	Néant	**11**
Revue documentaire	BP/UNFPA; DCS; DPIE; UEPN; CACVD, INE, MEES, DDE	CS; CIJ; EMMM	CS, CIJ; RC	DDE; RC	CS; ES; RC	CS; ESB; CIJ, RC	Néant	**15**
Total	**11**	**3**	**2**	**3**	**3**	**4**	**0**	**26**

Abréviations & acronymes : ***HAM/M****=Hôpital Ayres Menezes/Maternité;* ***PMI****=Programme Mère Enfant;* ***EMC****=École Madre Canociana;* ***EMMM****=École Maria Margaarida Manuela;* ***CS****=Centre de Santé;* ***ESS****=Entretien Semi-Structuré;* ***ESB****=École Secondaire-Basique;* ***CIJ****=Centre Interaction Jeunes;* ***RC****=Radio Communautaire;* ***DDE****=Délégation District d'Éducation;* ***ES****=École Secondaire;* ***DPIE****=Direction du Plan et de l'Innovation Educative;* ***UEPN****=Unité Statistique de la Police National;* ***CACVD****= Centre de Conseil Contre la Violences Domestiques;* ***INE****=Institut National de la Statistique;* ***DCS****=Direction Soins de Santé;* ***MEES****=Ministère de l'Éducation et l'Enseignement Supérieur.*

1.3.1.4. Evaluabilité, limites, contraintes/risques et mitigation

L'essentiel des documents permettant de reconstituer la théorie et la logique du programme ont été mis à la disposition des évaluateurs avant la phase de terrain. Des documents permettant à suffisance de retracer l'exécution technique, logistique et financière du programme ont été fournis à temps aux évaluateurs. Une majorité des institutions et personnes associées à la mise en œuvre étaient accessibles à Sao-Tomé et Principe. Une stratégie claire d'évaluation (cf. TdR) a été élaborée par l'UNFPA/STP appuyé par le bureau régional de l'UNFPA. L'UNFPA/STP a fait le maximum pour la réalisation de l'évaluation en conformité avec les procédures de United Nations Evaluation Group[6] et le Manuel d'Evaluation de l'UNFPA[7].

L'Evaluabilité a été limitée par la faible accessibilité de populations vulnérables et marginales (LGBT, enfants de la rue…), leur isolation du mandat de l'UNFPA, le dysfonctionnement des systèmes d'information et l'imputabilité des produits et effets au programme fondée sur une appréciation selon la contribution empirique ou arithmétique. Des compensations par rapport aux limites ont été possibles dont le recours aux données d'étude face aux déficits des données sectorielles ; la collecte auprès des tiers des données sur les groupes marginaux et vulnérables. L'équipe d'évaluation appuyée par le bureau de pays UNFPA-STP a mis en place les restrictions recommandées par l'OMS (*masque, distance, gel, collecte à distance, 1 à 10 participants/séance*) ; puis ajusté le calendrier proposé par la gestion de l'évaluation aux temps, effectifs des divers profils et étapes centrale et périphérique.

Certaines contraintes majeures peuvent être signalées comme limites: la faible couverture de certaines parties du territoire, en particulier les sites insulaires (Région Autonome du Principe); l'indisponibilité des quelques données nationales récentes; la faiblesse maîtrise du français par les membres de l'équipe nationale lors de la rédaction du rapport a nécessité un effort redoublé de la part du consultant international (chef d'équipe) qui a révisé le document en tenant compte des questions linguistiques ainsi que du contenu stratégique et programmatique.

Par contre un certain nombre de conditions/facteurs contraintes ont constitué des obstacles à l'évaluation. Ces facteurs concernent essentiellement: (a) La faiblesse du système de suivi/évaluation a rendu difficile la

[6] http://www.unevaluation.org/document/detail/1914

[7] https://www.unfpa.org/fr/node/9426 (Evaluation Handbook: How to Design and Conduct a Country Programme Evaluation at UNFPA (2019))

collecte des données; (b) L'indisponibilité de les agents des institutions sélectionné pour la collecte des données; (c) Les faiblesses dans le suivi de l'agenda de terrain, qui a été à l'origine de plusieurs retours, ainsi que d'annulation de certains rendez-vous; (d) Les difficultés opérationnelles ayant entrainé des retards dans la mise à disposition des moyens pour les activités de terrain, rendant la phase de collecte plus longue que prévue; (e) Les difficultés de langue pour le Consultant International pendant la collecte des données.

Les contraintes opérationnelles rencontrées et les efforts de mitigation se sont alignés comme suit :

Contraintes rencontrées	Efforts de mitigation
● L'indisponibilité des sources (acteurs et documents) pour conflit d'agenda ; congés scolaires.	●La mobilisation par effet boule de neige (membres d'associations scolaires vers élèves bénéficiaires de leurs activités); ●La communication en amont sur les informations attendues : permettre aux répondants institutionnels de se prémunir.
●La difficulté pour les répondants : articuler beaucoup d'informations ; tenir la longueur des séances. ●La difficulté (évaluateurs) à consigner le volume et le débit des contributions sur le terrain.	●La spécialisation des outils par thématique et catégories de répondant ; ●Les techniques d'animation participatives (liberté d'évoquer des points complémentaires et préoccupations), valorisantes et dé-stressantes (blagues, …); ●Des matrices facilitant l'exploration de séries de données articulées (ex. efficience); ●Le maintien des aspects transversaux (genre et égalité des sexes, droits humains, équité de l'accès) dans chaque outil ; ●L'utilisation d'enregistreuses digitales ; ●Le briefing des évaluateurs à la clôture quotidienne de la collecte.
●L'accès aux sites : enclavement de Principe, faible praticabilité de certaines routes des districts.	● Un véhicule tout terrain ; réparation de l'équipe entre différents itinéraires, collecte à distance.

1.3.2. Processus d'évaluation

L'évaluation s'est déroulée en cinq phases. Une phase préparatoire en amont a abouti à la mobilisation de deux consultants et de deux membres de l'équipe d'appui, et des documents et parties prenantes :

Phase 1: Conception (10 jours – 13-23/07/2021) : Cette phase a inclus: (**a**) Le développement d'un plan de communication; (**b**) La pré-finalisation de la théorie de changement; (**c**) La finalisation des questions d'évaluation; (**d**) La finalisation de la cartographie des parties prenantes ; (**e**) L'élaboration des stratégies d'échantillonnage, de collecte et d'analyse des données,; (**f**) L'élaboration du plan de travail, des méthodes et outils de collecte de données ; (g) l'analyse des limites possibles au recueil des données et la proposition de mesures d'atténuation; (**h**) L'élaboration de la matrice d'évaluation; (**h**) L'élaboration du rapport conception provisoire, de sa production et présentation de celle-ci au GRE ; (**j**) la révision du rapport de conception et transmission de la version finale au gestionnaire de l'évaluation pour approbation.

Phase 2 : Terrain (15 jours) : Elle a consisté en : la préparation technique et logistique de la collecte des données réalisée du 27 juillet au 6 août 2021 ; (b)Une réunion de démarrage de la collecte ; (**c**) Des séances de collecte auprès des cadres du bureau de l'UNFPA-STP; (**d**) La collecte aux niveaux national et infranational; (**e**) la restitution le 13 d'août 2021, avec le bureau de pays et GRE et (**f**) l'élaboration d'une base de données consolidée issue des différentes techniques de collecte.

Phase 3 : Rédaction du Rapport (19 jours): Prévue pour la période du 13 au 26 août, cette phase s'est substantiellement réalisée entre le 18 Août et le 13 septembre du fait d'aléas ayant prolongé le retour du consultant principal à son lieu de résidence et de difficultés techniques rencontrées par la partie pays de l'équipe d'évaluation qui s'initiait à l'exercice CPE. Un **Rapport Provisoire d'Évaluation a été transmis à UNFPA/STP le 13/09/2021**. Des échanges sous formes de versions successives ont eu cours entre le Bureau pays et l'équipe d'évaluation à partir du 23 Septembre 2021 et le 08 Janvier 2022. En vue du rapport final, il y a eu l'assurance qualité du «*draft*» par le gestionnaire de l'évaluation et la prise en compte des commentaires consolidés du conseiller technique en S&E régional. L'équipe d'évaluation a apporté les modifications appropriées, donnant lieu au **Rapport Final d'Évaluation** et soumis au gestionnaire de l'évaluation.

Phase 4: Restitution (5 jours – Janvier 2022) : Pour la diffusion et la facilitation de l'utilisation des résultats de l'évaluation, l'équipe d'évaluation a élaboré un fichier PowerPoint présentant les résultats de l'évaluation (principaux constats, conclusions et recommandations). Ultérieurement, la réponse des services et l'EQA indépendante du rapport final seront insérées dans la base de données d'évaluation de l'UNFPA.[8] Le rapport final d'évaluation sera communiqué au Conseil d'administration de l'UNFPA et publié, avec la réponse des services et l'abrégé d'évaluation, sur le site internet du bureau de pays de l'UNFPA-STP.

La nature Participative du Processus de l'évaluation : **Durant la Phase Préparatoire,** le gestionnaire de l'évaluation, le chef du bureau de pays et le consultant principal se sont concertés sur l'optimisation de l'assurance qualité du rapport. Les arrangements ont inclus l'intégration dans le rapport des exigences de complétude et de qualité de l'outil EQA et le renforcement durant la mission des capacités des membres pays de l'équipe, s'initiant au CPE.

Au cours de **la phase de conception**, la mobilisation de la documentation, la cartographie des parties, la reconstitution de la structure technique et financière du programme, en particulier, ont impliqué des séances de travail et concours respectifs de l'équipe d'évaluation, des cadres du Bureau de pays et des parties prenantes. La finalisation du rapport de conception a mobilisé le GRE, les parties prenantes, le Bureau de pays autour de l'équipe d'évaluation durant la présentation suivie d'échanges.

La phase de collecte a été programmée en synergie avec tous les acteurs et des observateurs du CP7. Ces différentes entités et personnes ont honoré leur engagement de facilitation et de participation. La restitution des résultats bruts de la collecte et les contributions en vue du rapport final ont impliqué l'UNFPA, les partenaires d'exécution et le GRE.

La phase de rapportage a inclus la mobilisation de compléments documentaires auprès du Bureau de pays, l'analyse et la rédaction évaluatives par l'équipe d'évaluation, des échanges en continu entre l'équipe, le gestionnaire de l'évaluation et le Bureau de pays pour orienter et s'accorder sur les faits du contexte, le processus d'évaluation, les constats d'évaluation, les conclusions et recommandations. Ainsi, des ajustements et enrichissements successifs des contenus ont itérativement eu lieu. Cette dynamique participative s'est étendue à l'ensemble des parties prenantes qui ont fait leurs contributions aux soumissions respectives des versions provisoire, améliorée et finale du rapport. La restitution finale a constitué la consécration dudit processus participatif.

[8] La base de données d'évaluation est disponible à: https://web2.unfpa.org/public/about/oversight/evaluations/documentList.unfpa.

5. CHAPITRE 2. CONTEXTE NATIONAL

Le chapitre analyse le contexte du 7è programme de pays de l'UNFPA à Sao Tomé & Principe selon la situation et les défis généraux de développement du pays et selon les défis du pays spécifiques aux domaines programmatiques de l'UNFPA. Il s'agit de la santé et des droits sexuels et reproductifs des femmes, jeunes et adolescents (**SDSR**), des liens entre la population et le développement (**P&D**) mais aussi des questions transversales des droits de l'homme, du genre et de l'égalité des sexes et de l'équité dans l'accès aux services.

2.1. Défis du développement et stratégies nationales

2.1.1. *Contexte général du pays*

- ***Profil géographique***

La République Démocratique de Sao Tomé et Principe est un archipel de deux principales îles au golfe de Guinée, situé sur l'équateur à environ 300 km à l'ouest du Gabon, en Afrique de l'Ouest. Sa superficie est de 1001 km2[9]. L'**hydrographie** comprend 50 cours d'eaux de 5 à 27km de long s'écoulant d'un centre en hauteur vers les bords des Iles[10]. Le relief montagneux est volcanique, le climat[11]équatorial océanique. La température moyenne annuelle est de 23^0-25^0C en mégathermie et de moins de moins de 13^0C en microthermie. Les précipitations varient de 700mm/an au nord semi-aride à 7000mm/an au sud-ouest super-humide[12].

- ***Profil politique***

Administrativement, le pays a deux collectivités territoriales : l'Ile de São Tomé où se situe la ville de São Tomé, capitale du pays, et l'Ile de Príncipe ayant statut de Région Autonome. L'Ile de São Tomé comprend six districts : Caué, Lembá, Lobata, Mé-Zóchi, Água Grande et Cantagalo. Selon la Constitution du 10 septembre 1990, révisée en 2003, en vigueur depuis 2006, le pays est une démocratie parlementaire de régime semi-présidentiel. Le pouvoir exécutif est exercé par le Premier Ministre, Chef du Gouvernement qui partage avec le Président de la République certaines sphères du pouvoir dont les relations internationales, la diplomatie et la défense nationale. Le Président est élu pour 5 ans. La Gouvernance Démocratique est positive mais Il faut approfondir l'inclusion et la participation citoyenne surtout des femmes. En 2015 STP était 13è/54 pays selon l'Indice Mo Ibrahim de l'évaluation de la gouvernance en Afrique et 66è/174 pays selon l'indice de perception de la corruption de Transparency International.

- ***Profil économique***

L'économie santoméenne, est fortement contrainte par l'insularité, sa fragilité, des ressources limitées et la faiblesse de la capacité d'absorption. Le pays est très vulnérable aux chocs extérieurs et très dépendants de l'Aide publique au développement (APD) qui a financé en moyenne, 93,6% des dépenses d'investissement de 2012 à 2015. Le secteur tertiaire, largement informel, vaut 60% du PIB, et emploie 60% de la population active. Le primaire et le secondaire contribuent chacun 20% du PIB. L'APD a évolué en dents de scie de 2010 à 2014 avec respectivement de 72,4 millions de USD en 2011 ; 52 en 2013, 38,6 en 2014. Le PIB per capita de STP est 1410 USD, correspondant à la tranche inférieure des pays à revenu intermédiaire (Banque Mondiale, 2016).

---

[9] *file:///C:/Users/HP/AppData/Local/Temp/undp_st_GLAgenda_En.pdf*

[10] *https://www.cesbc.org/saotome_e_principe/stp_caractphysiques.htm*

[11] *https://www.cesbc.org/saotome_e_principe/stp_caractphysiques.htm*

[12] *https://www.cesbc.org/saotome_e_principe/stp_caractphysiques.htm*

- ***Profil sociodémographique***

La population est de 210.240 en 2021 (INE, https://www.ine.st/) dont 50,3% de femmes et 49,7 % d'hommes. Les 0 à 25 ans représentent plus de 62% de la population, avec une croissance naturelle de 2,0% en 2019. L'espérance de vie moyenne est de 68,5 ans (Hommes : 65,3 ans femmes : 71,6 ans (*INE, 2020*). Fin 2015, le pays a atteint les objectifs du Millénaire pour le développement liés à l'éducation universelle (taux net de scolarisation primaire : 99%), à la réduction de la mortalité infantile (diminution de 38 décès pour 1 000 naissances vivantes en 2014 à 14 pour 1 000 en 2019) et du taux de mortalité néonatale (22/1000 en 2014 à 9/1000 en 2019).

2.1.2. *Défis du pays*

Les défis du pays dans les domaines programmatiques de l'UNFPA sont les suivants :

Défis de développement en SR : Le taux de mortalité maternelle 74/100 000 naissances en vie en 2014 avec un nombre absolu de décès de 2-3 décès par an en 2020. Deux districts n'offrent pas de soins obstétricaux et néonatals d'urgence, malgré le plaidoyer du programme. En 2019, 95,4% des accouchements étaient assistés par un professionnel de la santé avec un taux 98,1% de couverture de la 1ère consultation prénatale.

Défis de développement en Planning familiale (PF)[13]***:*** le MICS5-2014, indique que la prévalence contraceptive est de 40,6 % toutes méthodes confondues et 37,4% pour les modernes. Les femmes rencontrent toujours des difficultés à savoir : (**a**) L'utilisation de la PF est subordonnée à l'autorisation tacite du mari, pas toujours garantie, d'où la pratique secrète chez certaines femmes (*fiche de cliente gardée au centre de santé, retrait précoce des implants sur instruction des époux*); (**b**) Les grossesses précoces sont nombreuses chez les adolescentes (moins de 18 ans : 23%). Selon le rapport de suivi du PSR, 1047 filles de moins de 18 ans étaient enceintes en 2015, le pic se situant chez les adolescentes des classes de 5è et de 6è années.

Dans le cadre du PSR, en matière de financement, l'Etat paie des salaires du personnel, investit dans le système de santé et les frais de fonctionnement et instauré la gratuité des soins pour la santé de la mère et de l'enfant y compris la PF. Il achète des contraceptifs à travers la plateforme d'approvisionnement de l'UNFPA. Le système de rapportage et de suivi des financements de la PF n'est ni entièrement fonctionnel, ni connu par le PSR. En effet, certaines activités sont directement exécutées par les partenaires ou par la direction des affaires financières (DAF) du ministère de la santé sans feed-back au programme. Les principaux partenaires pour la PF sont : UNFPA, ASPF, ARCOS, Ministère de l'éducation, des organisations à base communautaires.

Les défis sanitaires, humanitaires et économiques posés par la pandémie du COVID-19 ont nécessité la mobilisation des ressources, la concertation et la coordination de l'équipe de pays des Nations Unies pour soutenir les efforts des autorités nationales aux fins de prévenir et contenir la propagation de l'épidémie dans le pays. Une stratégie de réponse multisectorielle conjointe du SNU au COVID-19 a été élaborée autour de 3 axes : préparation et réponse à l'épidémie, mitigation de l'impact socioéconomique et reprise.

Défis de développement en matière P&D : Le pays compte une population de 210.240 en 2020, estimée à partir des résultats du recensement de la population de 2012, avec un taux de croissance intercensitaire de 2,45 % dont 143.055 sont urbaines et 67.185 sont rural. La population de São Tomé et Principe est assez jeune. La tranche d'âge entre 0 et 25 ans représente plus de 62% de la population, et son taux de croissance naturelle estimée était de 2,0% en 2019. L'espérance de vie moyenne est de 65 ans, 63,6 ans pour les femmes et 70,1 ans pour les hommes. D'après l'enquête sur le budget consommation, IOF (2017), 66,7% de la population est pauvre, ce qui correspond à la ligne nationale de la pauvreté de 2,5$ par tête par jour.

[13] Thomas'ZOUNGRANA,'Bali'BAKO,'Jose'Manuel'CARVALHO,'Victoria'd'ALVA,'Solange'BARROS GOMES,'Maria'Elisabeth'CARVALHO,'Plan'd'action pour'l'Accélération'de'la'Planification Familiale' de'la'République'Démocratique'de'São'Tomé e'Principe'2018R2021 S'Juin'2017.

Pourtant, cette proportion diminue à 35,6% considérant la ligne de pauvreté internationale de 1,90$ par tête par jour. La pauvreté touche principalement les ménages dirigés par des femmes (61,6%). Le revenu moyen est insuffisant ou faible à cause du manque d'emploi salarié considéré comme la principale cause de la pauvreté. L'inégalité à São Tomé et Príncipe est élevée par rapport aux normes internationales selon les Indicateurs du développement dans le monde. La valeur de l'indice de Gini en 2017 était de 48,4. Au cours des dernières décennies, la population jeune a considérablement augmenté ce qui peut impliquer, à long terme, un défi pour le développement du pays, notamment en matière d'accès à l'emploi, au logement, à l'éducation, à la santé, aux transports, etc. Ainsi, le dividende démographique a été intégré dans le Plan national de développement durable de São Tomé et Príncipe 2020-2024, ce qui représente une opportunité stratégique pour réaliser les aspirations et les objectifs inscrits dans l'Agenda 2063 et l'Agenda 2030 et un instrument privilégié pour accélérer la croissance économique et accroître le développement du capital humain.

Défis de développement en matière Genre et Equité : Les questions de genre occupent par conséquent une place particulière dans les plans et stratégies de développement, y compris dans la Stratégie de réduction de la pauvreté du gouvernement de 2012- 2016 et le Plan national de développement durable de São Tomé et Príncipe 2020-2024 (2019)[14] . Cependant, depuis 2007, le Gouvernement a adopté une Stratégie Nationale pour l'Égalité et l'Équité de Genre (ENIEG) et a créé un Institut National pour la Promotion de l'Égalité et de l'Equité de Genre (INPG) afin de mettre en œuvre cette Stratégie. Il convient de noter que la nouvelle stratégie nationale pour la promotion de l'égalité et de l'équité de genre (III ENIEG 2019-2026), à l'instar des deux autres stratégies de genre, a introduit un axe stratégique 5 - **SANTÉ ET DROITS SEXUELS ET REPRODUCTIFS**, visant à promouvoir, protéger et garantir la santé sexuelle et génésique, les droits génésiques, conformément au programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement et au programme d'action de Pékin, ainsi qu'à l'article 12 de la CEDAW.

Toutefois les objectifs, résultats et cibles énoncés ne trouvent une traduction en mesures politiques et programmes concrets en vue d'atténuation des déséquilibres entre les sexes. Un peu plus 50% de la population est féminine, un tiers de tous les ménages est dirigé par des femmes, mères célibataires ou femme vivant avec un conjoint en «union libre». Même avec les applications des politiques pour l'égalité et l'équité de genre. Mais le taux de pauvreté des ménages dirigés par des femmes est supérieur à celui des ménages dirigés par les hommes (61,6% vs 55,8%) selon IOF 2017. De même l'incidence du chômage est plus fort chez les femmes (14,6%) que chez les hommes (5,1%) pour un taux de chômage global de de 8,9 % selon IOF 2017. , la proportion de sièges occupés par des femmes aux postes de pouvoir et de décision ne sont pas améliorés beaucoup comme montre le tableau ci-après.

Tableau 7 : Évolution de la proportion de femmes au Parlement et au gouvernement (central ; régional et local)

	2010		2014		2018	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Parlement	81,8	18,2	81,8	18,2	87,00	13,0
Governement Central (Ministres)			82,0	18,0	76,5	23,5
Governement Regional			100	0	80	20,0
Chambres de district (présidents)			83,4	16,6	100	0,0
Conseillers de district			87,5	12,5	91,00	9,00
Assemblée de district					91	9,0
Assemblée régionale					43	57

[14] https://www.financas.gov.st/index.php/publicacoes/documentos/file/771-pnd-2017-2021-novembro

***Source** : Institut national pour la promotion de l'égalité et de l'équité de genre, 2019*[15]

- ***Stratégies nationales concernant les défis dans les domaines programmatiques de l'UNFPA***

Stratégie concernant les défis de développement en matière de SR : Selon le CPD les stratégies concernant les défis en matière de SR sont :fournir un soutien technique au développement de normes et de cadres pour améliorer la qualité des services et s'attaquer aux inégalités et aux disparités au niveau des districts ; renforcer le programme de communication pour le changement de comportement sensible au genre afin de stimuler l'utilisation des services de planification familiale au niveau du district en mettant l'accent sur les filles et l'engagement des hommes et des garçons ; renforcer les compétences des prestataires de services en matière de planification familiale, de santé des adolescents et de santé reproductive et de sauvetage ; fournir un soutien technique pour améliorer le système de gestion des achats et de la chaîne d'approvisionnement des produits ; soutenir le plaidoyer en faveur d'une ligne budgétaire efficace pour les produits de santé génésique et la mise à disposition de deux installations pour fournir des soins obstétriques et néonatals d'urgence à Cantagalo et Mé-Zóchi ; soutien technique pour renforcer la mise en œuvre d'une éducation sexuelle complète et sensible au genre dans et hors des écoles ; et soutien technique pour la mise en œuvre de l'Examen périodique universel relatif à la santé et aux droits sexuels et génésiques.

- ***Stratégie concernant les défis de développement en matière P&D :***

Selon le CPD les stratégies concernant les défis en matière de P&D sont: renforcer la capacité d'expertise de l'Institut national des statistiques en démographes et statisticiens; fournir un soutien institutionnel et technique pour la production, le traitement et la diffusion des données, pour la préparation du recensement de la population et du logement de 2021; soutenir les études démographiques et socioculturelles, en particulier sur la violence basée sur le genre, la grossesse précoce et les soins obstétriques et néonatals d'urgence ; fournir un soutien institutionnel et technique à la division de la planification pour développer le cadre national des dividendes démographiques ; et renforcer les bases de données démographiques existantes pour soutenir la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des programmes nationaux et de district, en particulier le suivi des objectifs de développement durable.

- ***Stratégie concernant les défis de développement en matière Genre et Equité :***

Une Stratégie Nationale de lutte contre la violence basée sur le genre 2019-2023 (2020) est disponible. Les défis en matière de genre et équité sont repris dans « Bilan commun de pays (BCP) des Nations Unie (2015)». Ces documents envisagent entre autres l'élimination des VBG, le passage à l'échelle de la participation des femmes, de leur éducation et de leur autonomisation. En ce que concerne l'éducation[16], le programme national de São Tomé et Príncipe se reflète dans la Lettre de Politique Educative (*vision 2022*)[17], qui détermine les directives, finalités et stratégies pour la politique d'éducation des dix prochaines années (*2012-2022*)[18], où politiquement focalise sur réformes des programmes, investissement en éducation et dans la formation continue des enseignants, investissement en matériels didactiques, construction de salles de classe et écoles, élargissement du réseau scolaire et universalisation de l'enseignement, la participation de la famille dans le processus d'éducation de l'élève, etc.; et au niveau institutionnel et pédagogique: création de nouvelles structures de suivi et d'accompagnement des enseignants, réparties dans les districts du pays, qualification des directeurs des écoles, qualification des fonctionnaires administratifs, création de programmes internes d'amélioration de la qualité de l'enseignement (*ex.: PADE, RIQUEB, CEPE, SIGE, etc.*) Mise en œuvre du PME (*Plan d'Amélioration des Ecoles*) doté de finalités pour les apprentissages définies par écoles. Concernant la politique de santé, la revue du Plan National de Développent Sanitaire 2012-2016 s'est réalisée en 2016. Une proposition de loi de base de santé a été élaborée et la Politique Nationale de Sante révisé. Le nouveau PNDS est en élaboration et doit être aligné avec l'agenda de transformation 2030 du Gouvernement qui donne une vision à long terme de la politique de développement du pays que définie deux piliers prioritaires : (i)

[15] Rapport INPG, 2019

[16] *Ministério de Educação, Cultura, Ciência e Comunicação* «Atelier régional sur le système nationale d'évaluation de l'apprentissage», décembre 2017.

[17] Lettre de Politique Educative (*vision 2022*)

[18] politique d'éducation des dix prochaines années (*2012-2022*)

l'accélération de la croissance durable avec la création d'emplois, la réduction de la pauvreté et la promotion de la sécurité alimentaire, et (ii) le renforcement de la cohésion sociale et la crédibilité du pays. L'OMS dans son rôle d'agence de coopération technique a aidé le pays dans la revue et développement des politiques, stratégies et des plans sectoriels. Ce qui a permis au pays d'avoir des documents stratégiques pertinents, notamment : la Politique et Plan Stratégique des Laboratoires, la Politique pharmaceutique nationale, le Plan Directeur du Secteur Pharmaceutique 2014-2018, le Plan stratégique nationale pour l'élimination du paludisme, parmi d'autres. Sao Tome et Principe avait adopté une stratégie de l'élimination de toutes les violences faites aux femmes et aux filles, la promotion du genre et de l'autonomisation de la femme, politiques et stratégies nationales en matière de droits humains.

2.1.3. Progrès du pays vers les cibles de développement SR, P&D, genre, DH

- ***Progrès du pays par rapport aux cibles de développement de la SR***

La proportion d'accouchements assistés par un professionnel de la santé a augmenté de 92,5% à 95,4% et le taux de couverture des soins prénatals à la première consultation a augmenté de 97,5% à 98,1%. Le nombre d'établissements de santé qui offrent des services de santé maternelle et infantile et de planification familiale est passé de 97% à 100%. La proportion de femmes de 15-49 ans qui ont bénéficié de soins prénatals au moins une fois de la part de personnel de santé qualifié a augmenté de 97,5% en 2014 à 98,1% en 2019. Cette couverture a augmenté considérablement pour les 4ème Consultation Pré Natal (CPN4), de 83,6% à 89% respectivement tandis que la couverture des visites postnatales, a diminué, passant de 60,3 en 2014 à 53,9 en 2019. Le pays a connu une légère diminution du début des rapports sexuels des jeunes de 15 à 24 ans avant l'âge de 15 ans, passant de 18,2% en 2014 à 11,8% en 2019. La même tendance est observée chez les jeunes filles : de 9,2% en 2014 à 7,9% en 2019. En ce qui concerne les relations sexuelles avec plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois, on note également une baisse, passant de 22,5% en 2014 à 16% en 2019 chez les jeunes garçons ; chez les jeunes filles : de 4% en 2014 à 1,3%, 2019. Concernant l'utilisation de préservatifs lors du dernier rapport sexuel avec un partenaire non marital, ne vivant pas en concubinage au cours des 12 derniers mois, il y a une légère augmentation, passant de 82,5% en 2014 à 83,1% chez les jeunes garçons et une légère baisse chez les jeunes filles, passant de 65,2% en 2014 à 61,4% en 2019. Une légère augmentation est perceptible en ce qui concerne le taux de prévalence contractif des femmes âgées de 15 à 49 ans, passant de 40,6 % en 2014 (**MICS5**) à 49,7 % en 2019 (**MICS6**)[19].

- ***Progrès du pays par rapport aux cibles de développement de la P&D***

São Tomé et Príncipe se situe en 2019 au niveau du développement humain moyen grâce à l'amélioration des indicateurs sociaux, avec un indice de développement humain (IDH)[20] de 0,625 à la position 135ème, parmi 189 pays. L'IDH a évolué positivement de 6 positions par rapport à 2017. Fin 2015, le pays a atteint les objectifs du Millénaire pour le développement lié à l'éducation universelle, avec un taux net de scolarisation primaire de 99%.

L'examen du profil du personnel de l´Institut National de la Statistique (INE) de novembre 2020 montre qu'il ne compte qu'un seul ingénieur des travaux statistiques (ITS) ; il n'existe aucun agent de la statistique, aucun n'adjoint de la statistique, aucun technicien supérieur de la statistique, aucun ingénieur statisticien économiste (ISE). Pour faire face à l'insuffisance de cadres spécialisés en statistique, sept (7) techniciens supérieurs de la statistique (TSS) viennent de terminer leur formation à l'ENSAE de Dakar (Sénégal) avec l'appui des partenaires techniques et financiers (UNFPA, Banque mondiale) mais n'ont pas encore été officiellement intégrés au sein de l'INE. La planification du prochain recensement de la population et de l'habitat 2022 vient d'être finalisée pour assurer la mobilisation des ressources financières et les capacités techniques requises.

[19] MICS5 et MICS6 : Multiple Indicators Clusters ' Survey 2012 et 2019

[20] Rapport Index de Développement Humain, 2019

- ***Progrès du pays par rapport aux cibles de développement de Genre & Equité***

Les autorités ont approuvé la Stratégie Nationale contre la violence basée sur le genre, deux lois pour punir l'agresseur et la protection des victimes ainsi que mis en place d'un réseau de prévention et de prise en charge de la violence sexiste. En ce qui concerne le mariage précoce, la proportion des femmes âgées de 20-49 ans mariées avant l'âge de 15 ans, a augmenté de 5,8% en 2014 à 6,7% en 2019, alors que la situation est restée stable en ce qui concerne le mariage avant l'âge de 18 ans (*32,2 %*). La nouvelle loi n° 19/2018 du code de la famille a été adoptée, qui, dans son article 22 empêchements des dirimants relatifs au mariage, stipule ce qui suit: Sont également dirimantes les empêchements suivants, qui empêchent le mariage entre eux des personnes auxquelles ils se rapportent: paragraphe d) "L'âge de moins de 18 ans", révoquant ainsi l'article 3 point 2 de la Loi nº 02/77, concernant l'âge légal pour contracter le mariage, qui permettait le mariage des personnes de moins de 18 ans, étant la femme à 14 ans et l'homme à 16 ans, sous réserve de l'autorisation des parents ou tuteurs. Conformément au code de la famille en vigueur, la loi n° 19/2018, les mineurs de moins de 18 ans sont empêchés de se marier, selon les dispositions du paragraphe d) de l'article 22 de ce diplôme. Il y a eu une diminution du nombre de femmes âgées de 15 à 49 ans qui ont déclaré être victimes de tout type de violence, passant de 19,1% en 2014 à 13,2% en 2019 ; dont 3,6% ont déclaré avoir été victimes de violence au cours des 12 derniers mois. Le tableau de fait présente un aperçu de la situation des principaux indicateurs de développement à Sao Tomé et Principe.

- ***Progrès du pays par rapport aux cibles de développement DH***

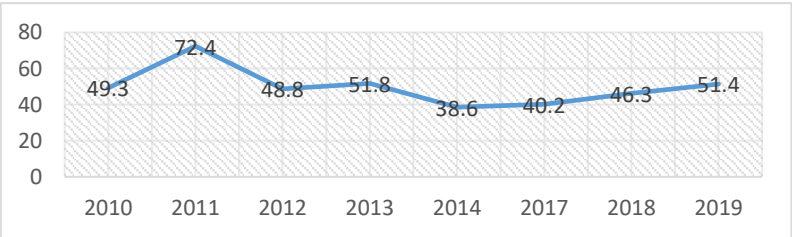
Dès l'indépendance le 12 juillet 1975, Sao Tome et Principe a opté pour la construction d'un état de droit démocratique, fondé sur les droits fondamentaux consacré en termes constitutionnels, dans les autres dispositions juridiques de la République, dans les principes de la déclaration universelle des droits de l'homme et dans charte africaine des droits de l'homme et des peuples. Selon la constitution en vigueur, le pays a les catégories de tribunaux suivants : la cour constitutionnelle, la cour suprême de justice, le tribunal de première instance, tribunal régional, les tribunaux des districts et les cours de comptes. L'alinéa 2 de l'article 126 de la constitution dispose également que des militaires et arbitraux peuvent être créés.

2.2. Le rôle de l'aide externe

- ***Assistance officielle au développement (AOD)***

L'économie de São Tomé et Príncipe est très vulnérable aux chocs exogènes et dépend de l'aide publique au développement (**APD**) (97,3% du budget de l'État en 2019). Le secteur économique est encore fragile et peu diversifié. Il consiste essentiellement en la production et l'exportation du cacao qui représente environ 90% des recettes d'exportation totales. Le graphique ci-dessous montre l'évolution de l'APD entre 2010 et 2019.

*Figure SEQ Figure * ARABIC 3: Evolution de l'APD (Million US$)*



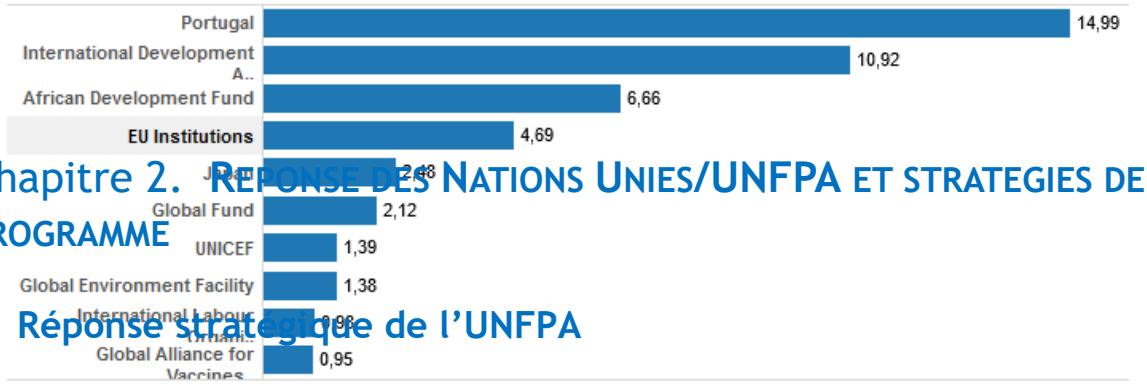
Source : UNDAP-2017 -2021 : http://www.oecd.org/dac/stats/aid-at-a-glance.htm#recipients

L'élaboration du nouveau UNSDCF 2022-2026 a connu des retards importants, ce qui a impliqué que l'UNDAF 2017-2022 ait été étendu d'un an et conséquemment, sur requête, le bureau de Pays a obtenu l'extension du CPD 2017-2021 jusqu'en 20211. Cela donne assez de temps pour développer un nouveau CPD aligné sur le nouveau UNSDCF (*2023-2027*) et le Plan de récupération socio- économique (**SERP**) de l'épidémie COVID-19.

- ***Rôle de l'assistance externe (courante et passée) et des principaux bailleurs***

Le pays dépend de l'assistance externe dans quasiment tous les secteurs. Le graphique ci-dessous montre les 10 principaux donateurs.

*Figure SEQ Figure * ARABIC 4: Principaux donateurs de STP 2018-2019 – OCDE2020*



Chapitre 2. Réponse des Nations Unies/UNFPA et strategies de programme

3.1. Réponse stratégique de l'UNFPA

Les efforts de développement actuels sont encadrés par les 17 objectifs de développement durable (**ODD**) pour la période 2015-2030 élaboré sous l'égide des Nations-Unies[21]. Le cadre de développement mondial en vigueur à l'UNFPA est la stratégie UNFPA 2018-2022. Le programme de pays UNFPA-STP 2017-2022 s'inscrit dans la stratégie mondiale de l'UNFPA pour la période 2018-2021 et articule les produits et effets visés par ladite stratégie avec les priorités nationales correspondantes de développement de Sao Tomé & Principe. Ces priorités du pays constituent la base du Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement 2017-2021 (*UNDAF-STP2017-2021*) selon l'analyse participative faite avec le gouvernement et les parties prenantes du pays. Cette analyse est consignée dans un document de profil de situation de développement, nommément, le Bilan commun de pays (**BCP**) des Nations Unies (*2015*).

L'UNFPA est active à Sao Tomé et Principe depuis 1977. Le soutien que le bureau de pays de l'UNFPA/STP fournit au Gouvernement du pays dans le cadre du 7ème Programme de pays (2017-2022) porte sur les besoins et les priorités de développement national énoncés dans les documents de politique et de stratégie suivants qui recoupent le mandat/champ stratégique de l'UNFPA: (**1**) l'Agenda de Transformation National 2030 (*2015*)[22] ; (**2**) le Plan national de développement durable de São Tomé et Príncipe 2020-2024 (2019)[23] ; (**3**) le Plan National du développement de la santé (2017-2021)[24]; (**4**) la Stratégie intégrée pour la santé de reproduction, maternelle, néonatale, infantile, adolescent et nutrition 2019-2023 (2018)[25] ; (**5**) le Plan d'Action pour l'accélération de la planification familiale 2018-2021 (*2017*)[26] ; (**6**) le Plan de communication pour la planification familiale (2017) ; (**7**) la Stratégie Nationale de Développement de la Statistique 2018-2021 (2017) ; (**8**) le Profil du dividende démographique (*2017*[27]) ; et (**9**) la Stratégie Nationale de lutte contre la violence basée sur le genre 2019-2023 (2020)[28]. Cet alignement du CP7 sur les priorités du pays et la

21 *https://www1.undp.org/content/undp/fr/home/sustainable-development-goals.html*

22 *https://unsdg.un.org/un-in-action/sao-tome-and-principe*

23 https://www.financas.gov.st/index.php/publicacoes/documentos/file/771-pnd-2017-2021-novembro

24 https://saotomeandprincipe.unfpa.org/pt/publications/plano-nacional-do-desenvolvimento-da-sa%C3%BAde-2017-%E2%80%93-2021

25 *https://saotomeandprincipe.unfpa.org/pt/publications/estrat%C3%A9gia-integrada-de-sa%C3%BAde-reprodutiva-materna-neonatal-infantil-e-do-adolescente-e*

26 *https://saotomeandprincipe.unfpa.org/pt/publications/plan-daction-pour-lacc%C3%A9l%C3%A9ration-de-la-planification-familiale-de-la-r%C3%A9publique*

27 *https://saotomeandprincipe.unfpa.org/pt/publications/dividendo-demogr%C3%A1fico-em-s%C3%A3o-tome-e-pr%C3%ADncipe*

28 *https://saotomeandprincipe.unfpa.org/pt/publications/estrat%C3%A9gia-nacional-de-luta-contra-viol%C3%AAncia-baseada-no-g%C3%A9nero-2019-2023-s%C3%A3o-tom%C3%A9*

stratégie mondiale de l'UNFPA résulte d'un processus d'élaboration des programmes pays de l'UNFPA conforme aux exigences de l'OCDE concernant l'efficacité de l'aide au développement[29,30].

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

3.2.1. Stratégie, objectifs et réalisations du cycle précédent de l'UNFPA

Le 6è programme de l'UNFPA mis en œuvre de 2012 à 2016 dans tout le pays avait pour domaines SDSR, la P&D et l'égalité des sexes. *Dans le domaine de la SDSR,* le renforcement des capacités individuelles a couvert 293 personnels de santé en compétences vitales et PF ; 180 en SIGL; 1687 enseignants et 165 pairs éducateurs dans les écoles en bonne pratiques SSRAJ. Le renforcement des capacités institutionnelles a couvert 97% des 38 établissements de santé en méthodes contraceptives modernes, conseils et tests volontaires ; 5/8 maternités en médication pour sauvetage des vies maternelles ; 50 % des 38 centres de santé en SONU et 100% des écoles élémentaires et secondaires en vue des comportements responsables en SSRAJ par le biais des programmes scolaires. L'amélioration de la qualité des services a bénéficié de l'élaboration de normes et protocoles cliniques. Ainsi, les accouchements assistés par du personnel de santé qualifié sont passés de 81,7 % en 2012 à 92,5 % en 2014 ; la prévalence du VIH chez les jeunes de 0,6 % en 2009 à 0,1 % en 2014 et la mortalité maternelle a diminué de 158/100.000 en 2009 (EDS) à 74/100.000 en 2014 (MICS). Concernant la P&D, le 4è RGPH a été appuyé ; 2 bases de données Web sur les indicateurs socio-démo-économiques (STPInfo) et les données démo-RGPH 2012 (STP-CensusInfo) ont été opérationnalisées ; le plaidoyer pour l'intégration des questions P&D, SR et Genre dans les processus de développement et la production de la 1ère ébauche du profil de dividende démographique du pays ont été réalisés. Quant à l'égalité des sexes, le renforcement des capacités a couvert 9 institutions en promotion de l'équité et de l'égalité des sexes, y compris la prévention des VBG et des professionnels sur l'intégration du genre et le conseil pour les victimes de VBG. La mise à jour de la stratégie nationale en matière d'égalité des sexes et l'élaboration d'une stratégie nationale de lutte contre les VBG ont eu lieu. Ainsi, le pays a produit son 1er rapport sur la mise en œuvre de la convention pour l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW) et opérationnalisé le réseau de prévention et de prise en charge des VBG. Dans les 3 domaines, des défis majeurs ont subsistés, lesquels ont fondé les interventions du 7è Programme de pays. L'on évoquera la faiblesse de l'utilisation de la PF, de la communication, de l'éducation SSR ; de la réduction des grossesses précoces, du renforcement de la ressource sages-femmes ; de la contribution de l'Etat, de l'appropriation du dividende démographique ; des systèmes, de la qualité, de la désagrégation et de la décentralisation des données et celle du S&E du programme.

3.2.2. Programme de pays actuel de l'UNFPA

Les principaux éléments conceptuels du programme de pays selon le CPD, la liste et les données des projets atlas, les PTA etc. sont décrits dans ce passage.

- **Stratégie d'intervention : contribution des produits du CP7/STP 2017-2022 aux effets des Plans Stratégique 2018-2021 et 2014-2017 de l'UNFPA**

  - ***Listes des outputs du CP7 selon l'effet correspondant du Plan stratégique de l'UNFPA***

Le programme de pays UNFPA/STP 2017-2022 (CP7) repose sur deux outputs (output 1 et output 2)[31]. Ils sont respectivement alignés sur les outcomes 1 et 4 du plan stratégique 2018-2021 de l'UNFPA, selon les

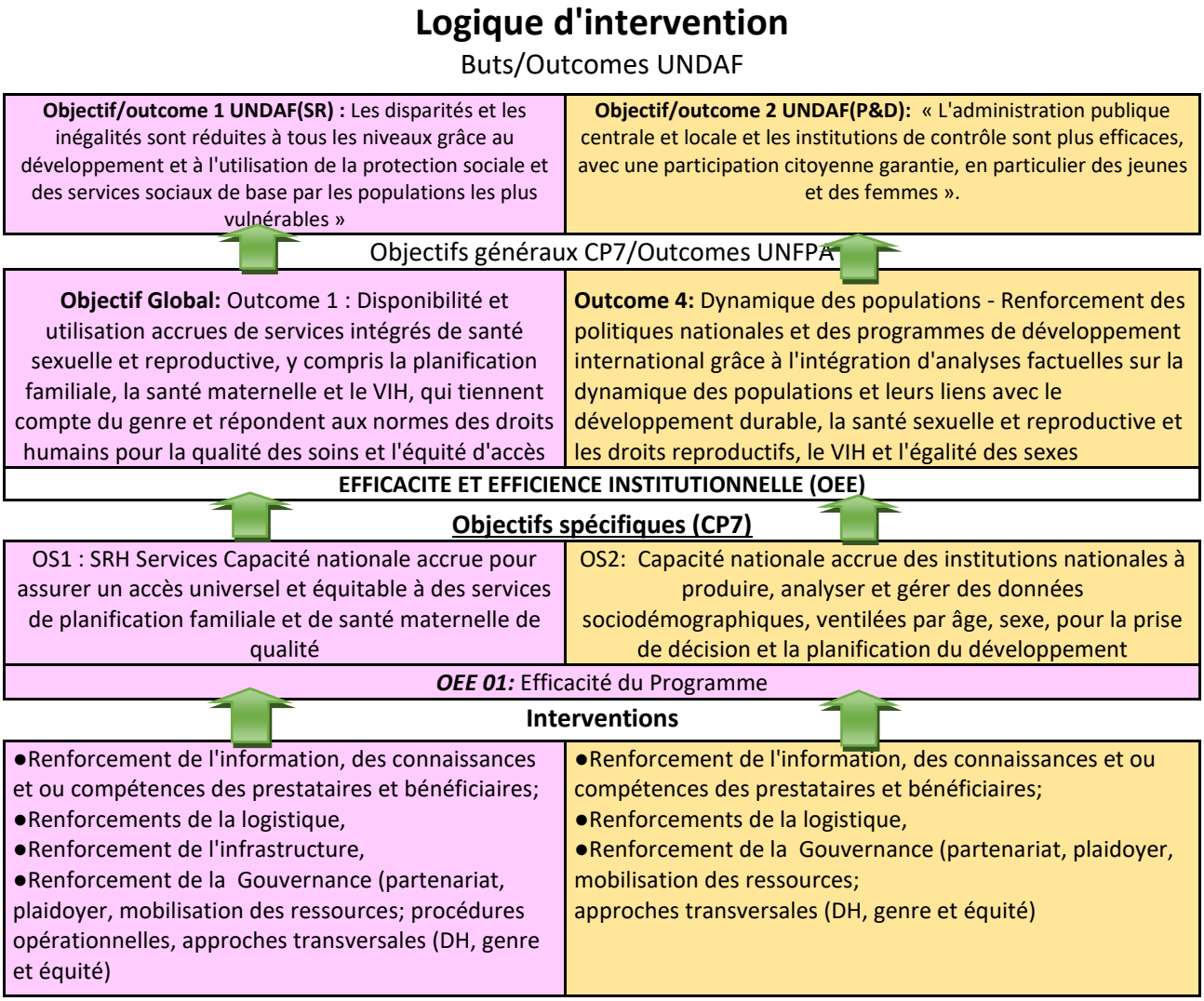
29 *https://www.oecd.org/fr/cad/efficacite/34579826.pdf*

30 *https://www.oecd.org/fr/cad/efficacite/declarationdeparissurlefficacitedelaide.htm*

31 Results and resources framework for Sao Tome and Principe (2017-2021) in **« United Nations Population Fund (Draft) ; Country programme document for Sao Tome and Principe » 2017-2022**

composantes respectives de la Santé et des droits sexuels et reproductifs (SDSR) et de la Dynamique de Population (P&D). Ces dernières sont portées par les outputs 1 (SR) et 2 (P&D) du programme, déterminés par des interventions de renforcement des capacités nationales SR et P&D coordonnées par l'action d'efficacité et d'efficience programmatique, puis institutionnelle du bureau de pays ; suivant l'articulation figurant au diagramme 1 ci-dessous. Quant aux outcomes 1 **(SR-intégrée)** ; 2 **(SSRAJ-P&D)** ; 3 **(Genre-SDSR)** et 4 **(P&D)** du PS 2014-2017, le 1er est exclusivement aligné avec l'output 1 du CP7 comme le 4ième l'est exclusivement avec l'output 2 du CP7. Les outcomes 2 et 3 sont transversaux par rapport aux outputs du CP7 de l'UNFPA/STP.

Figure 5 : Logique d'intervention par Outcome UNDAF visé par outcome stratégie UNFPA 2018-2022, les composantes et Outputs du CP7 et les interventions contribuantes



- ***Contribution des outputs du CP7 aux outcomes du Plan stratégique de l'UNFPA***

L'effectivité de la contribution à l'atteinte des outcomes du plan stratégique (PS) 2018-2021 de l'UNFPA sous-entend les acquis suivants au niveau de l'outcome 1 sur la SDSR, la réduction de la mortalité maternelle à 17/100 000 en 2021, comparé à 74/100 000 en 2014, ainsi que des besoins non satisfaits en Planning Familial (PF) à 27% (vs 32,7%, 2014) ; puis l'augmentation de la prévalence contraceptive à 50% (vs 37.4% en 2014). Concernant l'outcome 4 sur la dynamique de population du PS de l'UNFPA, les acquis sous-jacents à son atteinte incluent des politiques nationales et des agendas internationaux de développement renforcés (quantification des défis, lisibilité des progrès, décisions ajustant les progrès selon l'agenda) ; le recours aux évidences dans l'analyse de la dynamique de population ; l'élucidation des liens entre l'analyse des dynamiques de populations et le développement durable, la SDSR, le VIH et l'égalité de genre.

Le processus de la contribution à l'atteinte des outcomes du plan stratégique (PS) 2018-2021 de l'UNFPA sous-entend, selon la stratégie d'intervention, que les outputs du programme de pays vont consister dans le passage à l'échelle de la capacité de délivrance en quantité et qualité suffisante de services à haut impact sanitaire et démographique. Ces capacités nationales optimisées sont censées induire une disponibilité et une utilisation universelles ou significatives des services contribuant ainsi à l'atteinte des outcomes du plan stratégique 2018-2021 de l'UNPA.

Les principaux domaines de services déployés par le CP7 en vue de l'avènement des transformations sus-indiquées sont présentés dans le tableau 3 par produits contribuant au changement visé par le CP7, selon l'outcome du PS.

Tableau 8 : Principaux domaines de services et interventions selon les indicateurs d'outputs visés

Domaines d'intervention & Principales interventions pour réaliser les produits	Transformation adéquates pour réaliser les outcomes PS2018-2021
Outcome 1 : Santé et Droits Sexuels et Reproductifs (SDSR)	**Indicateurs Output 1**
1. Appui technique à l'élaboration de normes et de cadres pour améliorer la qualité des services et lutter contre les inégalités et les disparités au niveau des districts ; (NEW : Appui élaboration normes/cadre décentralisant la réponse institutionnelle Genre) **2. Renforcement du programme de communication pour le changement de comportement sensible au genre pour stimuler l'utilisation des services de planification familiale au niveau du district en mettant l'accent sur les filles et l'engagement des hommes et des garçons ;** (continuité avec contenu modifié : C4D comportement Genre/Promotion use services PF) **3. Renforcement des compétences des prestataires de services en matière de planification familiale, de santé des adolescents et de la reproduction et de sauvetage ;** (Continuité : compétences PS : PF ; ADOSR ; Life skills) **4. Appui technique pour améliorer le système de gestion des achats et de la chaîne d'approvisionnement des produits de base ;** (continuité transformée : passage aux Renforcement institutionnel GAS au lieu de compétences staff) **5. Appui au plaidoyer pour une ligne budgétaire efficace pour les produits de santé reproductive et la mise en place de deux installations pour fournir des soins obstétricaux et néonatals d'urgence à Cantagalo et Mé-Zochi ;** (new : plaidoyer financement SR & SONU : Extension : rajout de 2 sites SONU à renforcer/mettre en place) **6. Appui technique pour renforcer la mise en œuvre d'une éducation sexuelle globale sensible au genre à l'intérieur et à l'extérieur des écoles ;** (extension thématique et de couverture ; inclusion extrascolaire) **Appui technique à la mise en œuvre de l'Examen périodique universel relatif à la santé et aux droits sexuels et reproductifs. (New)**	►Augmentation à 60 % d'ici 2021 des professionnels de la santé formés à la planification familiale et à la santé sexuelle et reproductive des adolescents - Référence 2015 : 42 % ; ►Augmentation à 95% d'ici 2021 des accouchements assistés par un professionnel de la santé qualifié - Référence 2014 : 92,5% ►Augmentation à 1% des dépenses de PF du budget de la santé du gouvernement - Référence 2014 : 0,15% ; ►Augmentation à 60 % d'ici 2021 des écoles primaires et secondaires avec une association d'étudiants engagée dans la prévention des grossesses précoces et la prévention du VIH - Référence 2015 : 29,4 % ; ►Augmentation à 57 % d'ici 2021 des districts avec des associations de jeunes engagées dans la prévention des grossesses précoces et la prévention du VIH - Référence 2015 : 14 % ;
Outcome 4 : Population et Développement (P&D)	**Indicateurs output 2 :**
1. Renforcement de la capacité d'expertise de l'Institut National de la Statistique en démographes et statisticiens ; (New) **2. Appui institutionnel et technique pour la production, le traitement et la diffusion des données, pour la préparation du recensement de la population et de l'habitat de 2021 ;** (Continuité RGPH 4 à RGPH5 ; passant phase MEO à phase prépa)	• 4 agents statistiques nationaux spécialisés en démographie et/ou en statistique en 2021 ; Référence 2015 : 0 • 3 bases de données socio-économiques mises à jour et accessibles aux utilisateurs en 2021; Référence 2015 : 2.

3. **Appui pour la réalisation des études démographiques et socioculturelles, notamment sur les violences basées sur le genre, les grossesses précoces et les soins obstétricaux et néonatals d'urgence ; (New)** 4. **Appui institutionnel et technique à la division de la planification pour développer le cadre national du dividende démographique ; (continuité alternée du processus de capitalisation dividende démo : passant d'un draft de profile DD (CP6) au cadre DD (CP7))** 5. **Renforcement des bases de données démographiques existantes pour soutenir la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des programmes nationaux et de district, en particulier le suivi des objectifs de développement durable.(New)**	• Cadre national du dividende démographique disponible et opérationnalisé en 2021 ; Référence 2015 : Non

- ***Les principales activités de l'UNFPA dans le cadre du CP7***

Dans le cadre du CP7, la coopération avec l'Etat de Sao-Tomé se fait selon les deux composantes stratégiques (SDSR et P&D) et la composante organisationnelle (EEO). Le tableau ci-dessous liste les types d'activités déployées par domaine de service/action et par composante du programme.

Tableau 9 : ***Principales activités du CP7 par composante, domaines de services et types d'activités***

Composantes	Domaines de services/actions	Types d'activités
SDSR	▶Planning Familial (PF) ▶Santé de la mère ▶Soins Obstétricaux & Néonatals ▶Santé sexuelle et reproductive des adolescents (prévention VIH & Grossesses Précoces)	▶Formation ▶Communication pour le développement ▶Plaidoyer ▶Fourniture de biens/équipements ▶Fourniture de produits de santé ▶Appui technique à la gestion stratégique du secteur santé ▶Appui technique à la politique de santé
P&D	▶Production des données ▶Traitement et Analyse des données ▶Dissémination des données ▶Application des connaissances	▶Formation ▶Renforcement institutionnel ▶Appui à la collecte des données ▶Appui à la gestion et à l'application des connaissances/évidences ▶Communication pour le développement ▶Plaidoyer ▶Intégration des évidences dans la gestion des programmes, cadres et agenda de développement ▶Intégration des évidences dans la prise de décision
OEE	▶la coordination ▶Leadership	▶la mobilisation des ressources et partenariats stratégiques ▶Suivi et l'évaluation (S&E) ; innovation ;
Questions Transversales	▶Droits humains ▶Egalité de genre ▶Santé des adolescents	▶Communication pour le développement ▶Développement de services spécifiques et/ou sensible au Genre et Droits Humains et jeunes/adolescents

- ***Les principaux groupes ciblés par le CP7 (jeunes, femmes 15-49ans, etc.)***

Selon les différentes sources (CPD, ToC, TDR…) les groupes cibles couverts par le CP7 comprennent :

Les cibles institutionnelles :

▶Les cadres des parties prenantes institutionnelles ;
▶Les agents et prestataires des institutions de mise en œuvre (démographes, statisticiens, personnels de santé, travailleurs sociaux, acteurs de la réponse genre, droits humains, égalité des sexes) ;
▶Décideurs politiques

Les cibles communautaires :

▶Les filles et femmes (15-49 ans),
▶Les adolescents et les jeunes.
▶Elèves et leurs associations
▶Associations de jeunes
▶Personnes vulnérables, marginalisées, enclavées

- ***La couverture géographique du programme***

Le programme a une couverture nationale. L'UNFPA a mis en œuvre des interventions dans les 6 districts de l'Ile de Sao Tomé (d'Agua Grande, Mé-Zóchi, Caué, Cantagalo, Lembá, Lobata) et dans la Région Autonome du Principe.

- ***Les outcomes et produits UNDAF auxquels le programme de pays contribue***

Selon la composante stratégique, les outcomes et produits UNDAF auxquels le CP7 contribue incluent : **(SDSR) le outcome 1: «** *Les disparités et les inégalités sont réduites à tous les niveaux grâce au développement et à l'utilisation de la protection sociale et des services sociaux de base par les populations les plus vulnérables »* et (P&D) le outcome 2 : *« L'administration publique centrale et locale et les institutions de contrôle sont plus efficaces, avec une participation citoyenne garantie, en particulier des jeunes et des femmes ».*

3.2.3 La structure financière du programme

3.2.3.1. Budget du 7ème programme par produit et effets

Entre 2017 et 2020, sur le budget total disponible de 4.400.000USD ; l'allocation a été de 70,90%(3.120.000USD) pour l'outcome 1 ; de 22,27% (980.000USD) pour l'outcome 4 et de 6,81% (300.000 USD) pour la Coordination.

Tableau 10 ***: Budget du CP7 par composante, par année entre 2017 & 2020***

Année	2017	2018	2019	2020	2021	2017-2020	% Budget CP7
Outcome1: SSR & Produit 1	780.000	780.000	780.000	780.000	780.000	**3.120.000**	70,90%
outcome4: P&D & Produit 2	245.000	245.000	245.000	245.000	245.000	**980.000**	22,27%
Coordination	75.000	75.000	75.000	75.000	75.000	**300.000**	6,81%
Budget CP7	1.100.000	1.100.000	1.100.000	1.100.000	1.100.000	**4.400.000**	100%
Budget Annuel	816.206	870.515	754.933	904.491	951.331	**3.346.147**	76,04%
% Budget CP7	**18,60%**	**19,78%**	**17,15%**	**20,55%**	**21,62%**	**76,05%**	-

3.2.3.2. Budget du 7ème programme par source de fonds

La principale source budgétaire est l'UNFPA (59% ; 3.346.147 USD) qui contribue individuellement et dans tous les cofinancements. La courbe des projections est haussière de 2017 à 2020.

Tableau 11: ***Budget par sources de financements***

Code Source	2017	2018	2019	2020	Total	%
EUA75	287 358	195 334	-	-	**482 692**	**14,4%**
FPA90	400 000	503 000	207 062	556 295	**1 966 357**	**59%**
STA04	30 150	28 887	-	-	**59 037**	**2%**
USS01	-	43 000	162 596	308 564	**539 160**	**16%**
ZZT05	98 700	100 294	60 275	39 632	**298 901**	**9%**
Total	**816 208**	**870 515**	**754 933**	**904 491**	**3 346 147**	**100%**

3.2.3.4. Budget du 7ème programme par partenaire de mise en œuvre où est 2021 par IP

L'UNFPA est le principal (82,7%) exécutant du budget du CPD :
1,7% DGP
3,1% INE
1,6% INPG
8,5% DCS
2,3% DPIE
82,7% UNFPA

Tableau 12 : ***Budget du Programme par partenaire d'exécution et par année***

PE	2017	2018	2019	2020	Total	%
DGP	19 202	20 390	12 700	4 650	**56 942**	1,7%
INE	45 705	21 270	23 240	14 080	**104 295**	3,1%
INPG	21 003	19 475	3 100	11 281	**54 859**	1,6%
DCS	128 710	80 094	35 775	41 280	**285 859**	8,5%
DPIE	14 603	19 565	24 205	17 740	**76 113**	2,3%
UNFPA	586 983	709 721	655 913	815 460	**2 768 077**	82,7%
Total	**816 208**	**870 515**	**754 933**	**904 491**	**3 346 147**	100%

Chapitre 4. CONSTATATS: REPONSES AUX QUESTIONS D'EVALUATION

4.1. Question 1 :(PERTINENCE)

Dans quelle mesure les objectifs du programme de pays de l'UNFPA correspondent aux besoins de la population au niveau du pays (en particulier, ceux des groupes vulnérables) et ont été alignés au cours de la période du programme avec les priorités du Gouvernement et les stratégies de l'UNFPA ?»

EN RESUME : La pertinence du programme est suffisante. L'essentiel des besoins et priorités des populations, de l'Etat et de ses partenaires ont été assez adressés. Grâce une gouvernance appréciable de l'UNFPA et l'engagement des PE, le programme a offert des appuis substantiels en matière de PF, SONE, SONU, SSRAJ, VBG et P&D (ressources techniques, humaines, financières, matérielles) pour les institutions, la population générale et les ado/jeunes. La couverture des groupes vulnérables et marginalisés a été incidente. L'alignement du CPD avec les cadres nationaux de développement (Plans ou stratégies de : Dév., VBG, SR, PNDS, SNRP, UNDAF etc.) est satisfaisant. Néanmoins, le partenariat s'est concentré sur le gouvernement, la société civile étant cantonnée à l'exécution ponctuelle. La couverture des secteurs connexes et utilisateurs des données a été insuffisante (éducation, protection sociale, chercheurs, enseignants et élèves). L'intégration de la gestion des intrants dans le système d'approvisionnement national a été faible induisant des problèmes de stocks. Le programme est suffisamment aligné *sur les stratégies de l'UNFPA et les objectifs internationaux. Les produits SDSR et P&D (capacités nationales accrues) sont alignés respectivement aux effets UNFPA 1 (utilisation & exercice libre SDSR) et 4 (politiques fondées sur données démo. de qualité). Cette concordance alimente les ODD3, 5,10, et 16 et les priorités CIPD, CEDAW, AID/APD.*

4.1.1. La concordance des objectifs du programme de pays et de sa programmation aux besoins de la population dans le pays.

Les interventions du programme de pays sont **quasi-suffisamment** adaptées aux besoins des différents groupes de la population générale (Hommes, femmes, ado-jeunes, nouveau-nés d'un district en l'autre). Cet avis est plus soutenu par le déclaratif des parties prenantes que par les données documentaires à tous les niveaux : SDSR et P&D. Quant aux groupes vulnérables (femmes enceintes, analphabètes, victimes VBG, personnes sans emploi, femmes Ado et enfants Victimes VBG); et marginalisés (jeunes et femmes handicapés, PVVIH, enfants de la rue, LGBTI), le programme a passablement identifié, intégré et mis en œuvre des activités correspondant à leur besoins. Les données documentaires le soutiennent un peu plus que les sources primaires (les partenaires du niveau central surtout).

● Adéquation du CP7 aux besoins de la population en matière de SDSR

L'adéquation du CP7 aux besoins de la population est soutenue par 4 catégories de points.
— Objectifs adaptés : Les parties prenantes à tous les niveaux déclarent les objectifs alignés sur les besoins des femmes, hommes et nouveau-nés en PF, SSRAJ et SM. Les documents présentent une planification visant à réduire les décès maternels ; les besoins non satisfaits en PF, les grossesses précoces et à augmenter la prévalence contraceptive, l'utilisation du condom, la proportion des accouchements assistés par un personnel qualifié[32]... Selon les documents, les besoins[33], les prévisions[34] et les actions du Programme[35]

[32] Country Programme Document (CPD) 2017-2021

[33] Country Common Assessment (CCA)

[34] CPD2017-2021

[35] Country Activity Report (COAR)

concernant les différents groupes cités sont mis en évidence. Les objectifs ont été formulés selon les besoins de la population et la vision de développement nationale[36].

—Services adaptés : Le Programme de pays est suffisamment adapté aux besoins des différents groupes de la population générale à travers : (**i**) la prévision des services demandés et le déploiement de stratégies adaptées. La planification familiale (**PF**), la SM (*SONE et SONU*); et (**ii**) la prévention du VIH (de la mère à l'enfant (PTME) et chez les adolescents/jeunes). Les stratégies de dispensation des soins ont été combinées, poste fixe, équipes et clinique mobiles. Une combinaison des services de promotion a été proposée dont : (a) l'Education sexuelle complète genre sensible (ESC) à l'école et en dehors, basée sur une analyse préalable de la situation ; (b) des campagnes de sensibilisation sur la PF couvrant 95 communautés. L'UNFPA et l'INPG collaborent à travers le programme de communication « expérience pour la vie » pour jeunes.

—Renforcement des capacités : Le projet prévoit à tous les niveaux et à travers tout le pays un développement standard et un cadre de travail adéquat, l'accès aux services de qualité, le renforcement de la CCC sensible au genre et aux usages en vue d'une PF boosté ; le renforcement des compétences des prestataires PF, Ado-SR, vies-sauvées ; l'amélioration du système de gestion de la chaine GAS; le plaidoyer pour le budget des produits SR & 2 FOSA SONU à Cantagalo et Mé-Zóchi. Les prévisions respectives comprennent : l'amélioration de l'offre PF avec l'introduction des méthodes longues durée en vue de couvrir 38/58 structures sanitaires (65,6%). L'ensemble des services de PF, de SM et de SSRAJ ont été programmés. En ESC, 51 enseignants d'écoles ont été formés à la SR avec insistance sur les grossesses précoces et la PF dans 4 écoles avec des pairs éducateurs opérationnels[4], de même que 3 pairs éducateurs de 10 associations communautaires de jeunes.

—Offre/Disponibilité/Accessibilité des services : La majorité des activités admises comme pertinentes, selon le CPD et les PTA, vis-à-vis des besoins des différents groupes de populations cibles *d'un district à l'autre* ont été déployée. L'offre ou paquet de service est la même pour tous les districts (ITW UNFPA/STP et DCS). Sauf les différences de niveau de soins (centre vs périphérie). Les services sont offerts sans discrimination active. Les besoins des groupes marginalisés et vulnérables sont passablement adressés, par accès indirect (répartition de condoms, clinique mobile, équipe mobile) selon les entretiens. Ces groupes ont ainsi la possibilité de prendre part à des sensibilisations organisées dans chaque localité (surtout dans les localités avec les indices de violence les plus élevés); le programme intègre des diffusions radiophoniques sur la SR avec l'appui de l'UNFPA. Une revue universelle périodique sur la SDSR a été appliquée et des efforts pour l'assurance de la disponibilité continue des produits SR sous COVID-19 ont été déployés. En PF les méthodes longue durée sont arrivées en périphérie.

Les limites à l'adéquation du CP7 aux besoins de la population générale incluent *: l'absence de prévision d'actions spécifiques aux besoins des personnes vulnérables (adolescents/jeunes, analphabètes, personnes démunies et à handicap) et marginalisées (travailleuses du sexe ou TS ; lesbiennes, gay, bisexuels, transgenre ou LGBT et enfants de la rue).* Ils sont couverts dans les mêmes conditions que tout le monde, ce qui compromet leurs accès ou participation. La PMI d'Agua Grande (1/58 sites) fait exception partielle avec un service réservé aux ado/jeunes. La programmation du CPD se fonde sur un concept réductionniste et syndromique du genre. Le concept se limite à la différentiation sociale des statuts, rôles et vécus des personnes de sexe et de position masculine par rapport aux personnes de sexe féminin. Cela induit des gaps évidents dans la prise en compte d'autres profils du genre et de leurs besoins (lubrifiant, Prophylaxie préexposition ou Prep., condoms, IST, etc.). D'un district à l'autre des gaps affectent des groupes de la population générale, selon des études[37] et données de services ; concernant l'accès et l'utilisation de la PF, la CPN, les SONE/SONU et un accompagnement efficace au changement de comportement.

---

36 Vision 2035 Sao Tome et Principe

37 Rapport de l'évaluation rapide des besoins en soins obstétricaux et néonataux d'urgence en république démocratique de Sao Tome et Principe (2020), rapport final, décembre 2020 ; Enquêtes 2017, 2018 et 2019 sur les produits et les services de santé reproductive dans les établissements sanitaires à Sao tome et principe ; MICS SFR Sao Tome and Principe 2019

Les stratégies de l'offre n'ont pas été assez adaptées aux groupes vulnérables et marginalisés : a) rampes d'accès pour handicapés moteurs et visuels absentes de toutes structures de plus de 5 ans ; b) absence de cadre de prestation garantissant la confidentialité pour ado/jeunes ; cette exposition à la stigmatisation réduit leur accès aux services. Les femmes enceintes ont un accès insuffisant aux examens échographiques du protocole prénatal, en particulier dans les communautés périphériques des districts et les cas d'urgence obstétricale nécessitent de voyager vers la capitale.

L'occurrence notable du déficit de l'offre inclut : a)-des capacités institutionnelles insuffisantes chez les PE et sous-traitants (compétences, effectifs, infrastructures..) ; *b) une disponibilité et une accessibilité insuffisantes des intrants et services ; c) des stratégies peu adaptées.* Ces facteurs ont induis : une faible prestation/ utilisation des cliniques mobiles (CS de Mé-Zóchi), de l'échographe de Lemba, l'échographie ou une prestation fiable de l'échographie à Lobata, Lemba et Principe la non-couverture de CIJ dont «Ribeira Afonso» à Cantagalo) ; 57/58 formations sanitaires, la migration couteuse des gestantes à Sao Tomé pour urgence; *Une faible utilisation des médicaments non subventionnés* (des traitements à 500 Dobras vs revenus courants de 1.000 Dobras/mois) ; l'incertitude d'aboutir à une méthode de PF adaptée pour la patiente dans les CS (arrêts/abandons après 1 à 2 essais non concluants de méthodes pour malaise) ; 2 maternités sans SONU ; absence de la PF longue durée en périphérie, jusqu'en 2019 ; des violences (verbales, morales) subies par les en salle d'accouchement ; des réticences communautaires (natalisme, tabou de la sexualité des femmes et mineurs) ont survécu à la CCC, entravant la distribution des condoms féminins et de tout condoms en milieu scolaire ; une sensibilisation omettant les besoins de certaines populations (programmes radio sur la SR ne ciblant pas les groupes marginalisés (personnes à handicap, LGBT, enfants de la rue, victimes de VBG, LGBT entre autres) ; déficit de matériaux didactiques sur l'éducation sexuelle ou coût inaccessibles (Livre 7è : 270,0 Dobras» Livre 9è : 340,0 Dobras) ; offre ESC ne couvrant pas toutes les écoles.
Par ailleurs le COVID-19 a réduit l'offre la mise en œuvre, ajournant certaines activités (formations dont celle sur l'élimination des contraceptifs) durant le pic de la pandémie.

● Adéquation du CP7 aux besoins de la population en matière de P&D

L'adéquation du CP7 aux besoins de la population générale est soutenue par 3 principaux points.
— **Objectifs adaptés :** L'identification des besoins a été faite comme dans le cas de la SDRS, sur la base d'études nationales de référence et les données administratives[38]. Selon les déficits dégagés le CP7 a prévu : d'augmenter : a) l'enregistrement des naissances ; b) le Nombre d'employés de l'INE spécialisés en démographie et/ou en statistique ; c) le Nombre de bases de données socio-démographiques mises à jour et accessibles aux utilisateurs ; d) la disponibilité de données d'enquête sur la SDSR et la P&D ; puis de disponibiliser et d'opérationnaliser le cadre national du dividende démographique. En effet les bases de données nationales de référence STPINFO et STPCensusINFO étaient devenues non fonctionnelles et la gestion des données sur les naissances était manuelle en périphérie, pareillement à la plupart des données sectorielles. Par ailleurs Les sources documentaires[39,40,41] ont identifié et intégré une partie des groupes vulnérables (femmes enceintes, adolescents et femmes et enfants victimes VBG) et marginalisés (PVVIH, Travailleurs de sexe ou TS) dans la planification des besoins. Ces groupes bénéficient de certaines activités (formation, sensibilisation, géo-référencement des TS, etc.).

— **Services adaptés :** La sensibilisation et la numérisation de l'enregistrement des naissances, la divulgation de l'information sur les données sociodémographiques y compris la récupération des données des anciennes

[38] Common country assessment 2016, Evaluation Finale du 6è Programme de Pays UNFPA-STP 2012-2016 CP6 ; MICS2014 ; Etudes sur les contextes Droits Humains et Genre ; Examen périodique universel 2016 ; Rapports du Haut-Commissariat UN aux droits de l'homme (HCDH), Divers rapports internationaux et communautaires/locaux sur les droits de l'homme.
[39] CCA : Country Common Assessment
[40] COAR : Country Activity Report
[41] CPD : Country Programme Document

bases STPINFO et STPCensusINFO ont été prévues.[424344]; de même que le renforcement des systèmes statistiques sectoriels (santé ; éducation). Des études ont été menées (sur les raisons des besoins non satisfaits en PF ; les VBG, les grossesses précoces ; les flux financiers liés aux activités de PF; les SONU ; UNFPA Supplies ; statistiques sur le genre ; « Women and Men in STP » ; MICS V ou EDS II.).

Les interventions adressent l'essentiel des besoins identifiés dont : renforcer la capacité d'expertise de l'Institut national des statistiques en démographes et statisticiens et Soutenir les études démographiques et socioculturelles et fournir un appui institutionnel et technique pour la production, le traitement et la diffusion des données, pour la préparation du recensement de la population et de l'habitat de 2021.

La gestion des données en vue de l'accessibilité pour tous et l'utilisation par tous a donné lieu à la production de supports, rapports, bulletins et à leur partage (mise en ligne, atelier, journées statistiques, rencontres de plaidoyer, publication, création de bases de données dont une inclusive—STPDados). L'accessibilité de ces sources est variable pour les différents utilisateurs (élèves, enseignants, étudiants, communicateurs, chercheurs, administrations, société civile, coopération, SNU, secteur privé). Les bases de données renseignent différents indicateurs spécifiques ou thématiques. Les efforts de gestion des données ont pu être utiles à des populations marginales telles les justiciables avec l'augmentation de 0% à 50 % des recommandations de l'Examen Périodique Universel (EPU) reconnues et mises en œuvre au niveau du Ministère de la Justice par rapport à la gestion judiciaire de la criminalité (Référence 2015 : 0% ; Cible 2021 : 50 %).

—Renforcement des capacités : le CP7 fournit un soutien institutionnel et technique à la division de la planification pour développer le cadre national du dividende démographique et renforcer les bases de données démographiques existantes. Cela soutient la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des programmes nationaux et de district, en particulier le suivi des ODD.

L'adéquation du CP7 aux besoins de la population générale est affectée par les limites suivantes :
(1) L'omission de renforcer la statistique sectorielle au niveau du ministère en charge de la jeunesse ; (2) la dotation insuffisante de la ligne budgétaire des agents de numérisation de l'enregistrement des naissances, épuisée en cours de programme ; (3) l'insuffisance de la prise en compte des déficits dans la chaine des données (production manuelle, déficit de l'exploitation-transfert passif vers la hiérarchie et la gestion quasi nulle des données, en périphérie particulièrement pas assez adressés) ;(4) le déficit de l'inclusif de la population des utilisateurs ordinaires de données : actions (conférences, séminaires, plateformes internet) limitées aux administrations et institutions politiques (public élitiste) ; prévisions en supports de vulgarisation justes en dizaines ou centaines ; communication essentiellement politiques (parlement) ; administratifs (secteurs ministériels et juste l'éducation et la santé). Les publics ordinaires nombreux (universités ; chercheurs, enseignants, étudiants, élèves, secteurs privé, société civile) sont marginalisés ; d'où la fragilisation des bases d'un développement participatif et du fondement sur les évidences des efforts de développement communautaires ; (5) la non complétude de l'adéquation des activités (selon parties prenantes et sources documentaires) : a- les CCA, CPD et COAR n'intègrent pas les besoins spécifiques pour les groupes vulnérables (analphabètes, victimes VBG, démunis, adolescents et enfants victimes VBG, handicapés), et marginalisés (personne avec handicap, PVVIH, enfants de la rue, LGBT) ; b-documentation presque sans actions planifiées selon les besoins des vulnérables et marginalisés ; (6) Un déficit dans la collaboration UNFPA-INPG : des gaps dans la mise à disposition des informations Genre auprès de l'UNFPA pour la circulation de l'information vers les parties prenantes.

[42] Liste des interventions de l'UNFPA

[43] Matrice suivie des Indicateurs du Programme de pays

[44] CPD ;

4.1.2. L'alignement Les objectifs et stratégies des composantes du programme de pays de l'UNFPA avec les priorités du Gouvernement.

Le programme s'est fait sur la base de l'agenda de développement du pays ; en particulier sur les plans et stratégie des secteurs santé, droits humains, genre et P&D. L'action repose sur l'administration, favorisant l'alignement sur les priorités nationales. Cependant, le respect du développement participatif a été défaillant. Les secteurs civil, privé et communautaire n'ont pas été assez intégrés.

● Alignement sur les priorités du gouvernement et autres parties prenantes en matière de SDSR

L'alignement du CP7 aux priorités du gouvernement et autres parties prenantes s'appuie sur les deux catégories de faits dont des objectifs et des services alignés.

— **Objectifs alignés :** Le CP7 poursuit quatre résultats transformateurs figurant dans les cadres de développement du pays axés sur l'être humain[45]: l'élimination des décès maternels évitables, l'élimination des besoins non satisfaits en matière de PF, la réduction des grossesses précoces, l'élimination de la violence basée sur le genre (VBG) et l'élimination des pratiques néfastes, dont les mutilations génitales féminines et les mariages d'enfants, précoces ou forcés.

— **Services alignés** : Les partenaires d'Exécution (PE) gouvernementaux estiment que les services du programme sont assez adaptés, incluant l'essentiel des services qui rentrent dans leur mission dont la Planification Familiale (PF), la distribution des préservatifs, la SM (SONE et SONU) et la prévention du VIH mère/enfant et adolescents/jeunes ; la couverture de toutes les catégories de parties prenantes (hommes, femmes, jeunes) ; La promotion des services (communication pour le changement de comportement-CCC sensibles au genre, ESC, plaidoyer) pour accroître la disponibilité et l'utilisation de la PF dans le pays, en mettant l'accent sur les filles et l'engagement des hommes et des garçons.

Les limites à l'alignement du programme avec les perspectives de développement national, reposent sur des défis suivants qui restent à surmonter.

— **L'exclusion des secteurs non-publics**, du statut de PE de l'UNFPA, réservé au secteur public selon un critère de niveau de risque institutionnel[46]. Le secteur public a une compétence et une capacité peu suffisantes en matière de stratégies d'appui à la santé et de participation communautaire. L'exclusion de la société civile entrave le développement national participatif et la durabilité des interventions, en particulier l'appropriation, la résilience communautaires et les financements alternatifs du système.

— **Le déficit de l'alignement au système de gestion logistique national,** géré par le Département de Pharmacie du Ministère de la Santé[47] pour la coordination des acquisitions et de la distribution des médicaments essentiels en vue de la qualité, la gestion rationnelle, l'équité de l'accès et la facturation[48]. En pratique un ou des mécanismes d'approvisionnements sont spécifiques à la SDSR. Ces mécanismes parallèles au niveau de la DCS et du Programme SR ont montré des limites dont les péremptions, les ruptures de stocks et les incoordinations de la logistique inverse.

---

[45] l'Agenda de Transformation National 2030 (2015) ; Plan national de développement durable de São Tomé et Príncipe 2020-2024 (2019) ; Plan National du développement de la santé (2017-2021) ; Stratégie intégrée pour la santé de reproduction, maternelle, néonatale, infantile, adolescent et nutrition 2019-2023 (2018) ; Plan d'Action pour l'accélération de la planification familiale 2018-2021 (2017) ; Plan de communication pour la planification familiale (2017) ; Stratégie Nationale de lutte contre la violence basée sur le genre 2019-2023 (2020);Bilan commun de pays (BCP) des Nations Unie (2015); Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement (UNDAF) (2017-2021).

[46] Moore Stephens ; UNFPA Microassessment, 2017

[47] Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2017-2021, p40.

[48] PNDS2017-2021, p41

● Alignement sur les priorités du gouvernement et autres parties prenantes en matière de P&D

L'alignement du CP7 sur les priorités du gouvernement et autres parties prenantes s'appuie sur deux catégories de faits dont des objectifs et des services alignés.

— Objectifs alignés : Conformément à la vision du Programme de développement durable à l'horizon 2030, l'UNFPA cherche à inclure toute la population et à venir en aide d'abord aux plus défavorisés. Le programme tient compte des orientations des principaux cadres de développement nationaux déterminant les priorités en matière de P&D[49]. En effet le CPD est aligné sur l'UNDAF2017-2021, lequel est alignés sur l'ensemble des cadres de développement du pays (cf 3.1. réponse stratégique de l'UNFPA, suppra).

— Services alignés : Le programme compte pallier les besoins de toutes les catégories de populations établies (**P&D**)[50] à travers les actions suivantes : (a) la prise en compte des besoins de communication des associations des ado/jeunes intra et extra-scolaires et de la population générale en matière de P&D ; (b) la promotion de l'accès et de la culture des données pour rationaliser l'action de développement des différents groupes de population ; (c). La sensibilisation, le plaidoyer et un groupe de pression parlementaire pour une meilleure prise en compte des dynamiques de population dans la planification du développement (dividende démographique compris), une plateforme de données criminelles avec le Ministère en charge de la justice ont été mis en place. L'alignement avec les perspectives nationales de développement s'est ainsi montré satisfaisant, avec concordance d'une source des données d'évaluation à l'autre.

L'alignement du CP7 sur les priorités du gouvernement et autres parties prenantes est fragilisé par les faits suivants : (a) L'exclusion de la société civile du partenariat avec l'UNFPA compromettant le principe de développement national participatif et ses avantages comparatifs comme indiqué dans le cas de la SDSR ; (b) le biais de la promotion de la P&D focalisant sur les gouvernants aux détriments des OSC et du secteur privé ; (c) l'insuffisance de la promotion et de l'appui à la P&D dans les secteurs clés (jeunesse, santé, éducation, droit—justice/maintien de l'ordre, protection sociale et genre) avec délaissement des publics clé de ces secteurs (apprenants/enseignants/chercheurs ; écoles/universités/instituts).

4.1.3. L'alignement des objectifs et stratégies du programme de pays avec la stratégie mondiale de l'UNFPA

Les sources documentaires renseignent les attentes de l'UNFPA et corroborent avec les répondants pour attester l'alignement du CP7 sur la stratégie 2018-2022 de l'UNFPA ; du fait de la prise en compte des jeunes, de la facilitation de l'accès aux soins de santé sexuelle, de la formation aux méthodes contraceptives, de l'offre universelle de PF et de SM entre autres. Cependant, il y a déficit de communication entre les centres de santé et les CACVD et omission des orientations sexuelles.

L'alignement du programme avec la stratégie mondiale de l'UNFPA en matière SDSR

— Analyse transversale de l'alignement du CP7 par rapport aux orientations des PS UNFPA (2014-2017) et (2018-2021). L'UNFPA partage la vision exposée dans le Programme 2030. Son travail s'articule autour de trois résultats transformateurs axés sur l'être humain durant la période d'ici à 2030 : a) élimination des décès maternels évitables ; b) élimination des besoins non satisfaits en matière de planification familiale; et c) 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.

[49] Evaluation finale du CP6 ; Programme de transformation du gouvernement à l'horizon 2030, Stratégie mondiale pour la santé des femmes, des enfants et des adolescents 2016-2030 : ODD 3,5,8,10,17 ; Stratégie Nationale de Développement de la Statistique 2018-2021 (2017) ; Profil du dividende démographique (2017) ; Stratégie Nationale de lutte contre la violence basée sur le genre 2019-2023 (2020);Bilan commun de pays (BCP) des Nations Unie (2015); Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement (UNDAF) (2017-2021).

[50] CCA : Country Common Assessment

— Spécifiquement, le CP7 propose un renforcement de la SDSR sous son produit 1 structuré pour générer la disponibilité et l'utilisation de la SDSR attendue sous l'outcome 1 de la stratégie mondiale de l'UNFPA. Ainsi, *Le produit 1 du CP7 est : « Capacité nationale accrue pour assurer un accès universel et équitable à des services de planification familiale et de santé maternelle de qualité ».* Il contribue manifestement à l'outcome1 du *plan stratégique (PS) 2018-2022 de l'UNFPA qui est : « Disponibilité et utilisation accrues de services intégrés de santé sexuelle et reproductive, y compris la planification familiale, la santé maternelle et le VIH, qui tiennent compte du genre et répondent aux normes des droits humains pour la qualité des soins et l'équité d'accès ».* Des cibles significatives pour cette contribution de l'output 1 à l'outcome 1 au niveau pays ont été fixées tant pour l'output1 du CP7 que pour l'outcome 1 de l'UNFPA. Leur alignement est présenté dans le tableau ci-dessous.

Tableau 13 : Alignement des cibles de l'output 1 du CPD à l'Outcome 1 du PS UNFPA2018-2022

Cibles fixées output1 CPD2017-2021		Cibles Outcome 1-SDSR
Augmentation à 60 % d'ici 2021 les professionnels de la santé formés à la PF et à la SSR. Référence 2015 : 42 %	►Augmentation à 95% d'ici 2021 des accouchements assistés par un professionnel de la santé qualifié - Référence 2014 : 92,5% ;	Réduction de la mortalité maternelle à 17/100 000 en 2021, comparé à 74/100 000 en 2014
	►Augmentation à 1% des dépenses de PF du budget de la santé du gouvernement - Référence 2014 : 0,15% ;	Réduction des besoins non satisfaits en Planning Familial (PF) à 27% (vs 32,7%, 2014) ;
	► Augmentation à 60 % d'ici 2021 des écoles primaires et secondaires avec une association d'étudiants engagée dans la prévention des grossesses précoces et la prévention du VIH - Référence 2015 : 29,4 % ; ►Augmentation à 57 % d'ici 2021 des districts avec des associations de jeunes engagées dans la prévention des grossesses précoces et la prévention du VIH - Référence 2015 : 14 %.	Augmentation de la prévalence contraceptive à 50% (vs 37.4% en 2014).

Le ciblage des groupes de population clés de l'UNFPA a été effectué, intégrant les jeunes, adolescents, hommes et femmes et les administrations en charge des thématiques SDSR, Genre et Droits humains. Les interventions pertinentes ont été identifiées dont : l'élaboration d'un système pour améliorer la qualité et l'équité des services au niveau des districts ; l'amélioration du système d'approvisionnement des produits essentiels ; le plaidoyer pour une ligne budgétaire efficace pour les produits de santé reproductive et la mise en place de deux installations pour fournir des soins obstétricaux et néonatals d'urgence à Cantagalo et Mé-Zóchi ; le renforcement de l'éducation sexuelle globale sensible au genre à l'intérieur et à l'extérieur des écoles ; l'évaluation périodique universel de la santé et des droits sexuels et reproductifs; le renforcement de la communication pour le changement de comportement envers le genre et pour stimuler l'utilisation des services de PF au niveau du district en mettant l'accent sur les filles et l'engagement de la gente masculine ; le renforcement des compétences des prestataires de services en SDSR**.**

Néanmoins l'alignement de la composante SDSR avec la stratégie UNFPA 2018-2022 est mitigé par les 5 principaux déterminants défavorables suivants :

— Des Limites logiques et opérationnelles comprenant : ***(1) Une faiblesse de la logique d'intervention :*** elle se caractérise par un alignement déficitaire de la chaîne des résultats entre les cibles de produit et d'outcome (cf. section 4.2.-EFFICACITE) ; (2) ***Des problèmes de qualité dans la conception et la réalisation de certaines activités/interventions*** dont le renforcement des capacités humaines (communication, utilisation des outils et équipements SM ; articulation de la stratégie des actions de communication) ; ***(3) une faiblesse de la base participative multisectorielle*** dont l'implication ponctuelle de la société civile. Les formations n'ont pas été adaptées pour contribuer au changement de comportement chez les bénéficiaires et à la maîtrise de certains outils de santé maternelle (partogramme, échographe); Les Centres de Santé n'ont pas travaillé directement avec les CACVD en matière de sensibilisation sur la PF, la SM et les VBG ; ***(4) Des activités de réalisation nulle (n) ou partielle(p)*** : dont les campagnes sur la PF des organisations de la société civile(n) ; la couverture des communautés par les campagnes de sensibilisation à la PF (n) ; la mise en œuvre de la supervision formative

intégrée au niveau du district (p) ; l'obtention d'une ligne budgétaire dans l'OGE pour les produits SR (p) ; la mise en place des SONU dans les centres de district de Cantagalo et Mé-Zóchi (p) ; l'élaboration d'un plan d'exploitation pour une CSE améliorée (n) ; la formation des enseignants du primaire et du secondaire à l'ESC, de membres d'association d'étudiants des écoles primaires et secondaires en CSE; membres d'association communautaires à l'ESC (n). ***(5) une couverture, des approches et services inadaptés pour certains*** : les ado/jeunes n'ont pas bénéficié d'approche spécifique, les habitants de l'Île secondaire habitée de **Ilhéu das Rolas**, *les LGBTI, les personnes avec handicaps et indigents* ont été exclus du fait des barrières physiques, psycho-sociales, physio-motrices et économiques. Ainsi il n'y a *pas d'appareil facilitant l'expulsion du bébé pour les femmes handicapées physiques, ni de toilette adaptée ; pas de stratégie permettant l'accès universel des jeunes et LGBTI, prix de certains intrants ESC et médicaments*).

L'alignement de la composante P&D avec la stratégie UNFPA 2018-2022 est soutenu par les déterminants suivants :

— Objectifs et Service alignés : Selon la Stratégie Mondiale de l'UNFPA ; le CP7 a prévu un output porté par des interventions conséquentes pour contribuer à l'Outcome 4. *Le produit 2 du CP7 est : « Capacité nationale accrue des institutions nationales à produire, analyser et gérer des données sociodémographiques, ventilées par âge, sexe, pour la prise de décision et la planification du développement» ;* **l***'outcome 4 du PS/UNFPA est :* «Dynamique des populations - Renforcement des politiques nationales et des programmes de développement international grâce à l'intégration d'analyses factuelles sur la dynamique des populations et leurs liens avec le développement durable, la santé sexuelle et reproductive et les droits reproductifs, le VIH et l'égalité des sexes». Des cibles significatives pour la contribution du premier au deuxième sont fixées au niveau de l'outcome 1 sur la P&D.

Lesdites cibles indiquant les principales interventions sont : Le 5^{è} recensement de la population et de l'habitat a été planifié sur la base du respect des recommandations internationales ; des politiques nationales et des agendas internationaux de développement renforcés (quantification des défis, lisibilité des progrès, décisions ajustant les progrès selon l'agenda) ; le recours aux évidences dans l'analyse de la dynamique de population ; l'élucidation des liens entre l'analyse des dynamiques de populations et le développement durable, la SSR, les droits reproductifs, le VIH et l'égalité de genre. Les cibles fixées pour l'output 2 du CP7 comprennent : 4 agents statistiques nationaux spécialisés en démographie et/ou en statistique en 2021 ; 3 bases de données socio-économiques mises à jour et accessibles aux utilisateurs en 2021; Cadre national du dividende démographique disponible et opérationnalisé en 2021.

Cependant les problèmes de cohérence de la chaîne des résultats, de couverture et de participation sont partagés avec la composante SDSR, selon la description ci-dessus. Spécifiquement, la déviance de la P&D envers la théorie de changement en termes d'actions partiellement (p) ou non (n) réalisées comprend : l'augmentation du staff démographes/ statisticiens de l'INE (p), la publication « Women and Men in STP» éditée et diffusée (n), la «sensibilisation des personnes dans le domaine du plaidoyer sur le profil du DD à STP (n), le plaidoyer sur l'importance des données statistiques pour la planification du développement; et la sensibilisation sur l'importance des données statistiques pour la planification du développement.

4.1.4. L'alignement des objectifs et stratégies du programme de pays avec les priorités internationales.

La documentation et les données de terrain montrent un alignement suffisant du CP7 sur les agendas internationaux grâce à des visées et actions auprès des institutions et populations répondent aux stratégies et cibles de progrès internationaux. Quelques déficits d'alignement incluent la faiblesse du partenariat inclusif et multisectoriel et les limites dans la qualité et la complétude des services. L'alignement des composantes SDSDR et PD avec les priorités internationales repose sur la contribution de outputs / priorités du CP7 aux priorités des ODD de la CEDAW et de l'AID/APD et le développement d'actions concourantes.

— Produits/priorités du CP7 alignés : Le tableau ci-dessous met en évidence ces liens de contribution.

Tableau 14 : Alignement des produits du programme sur les outcomes UNFPA, ODD, CPD, CEDAW & AID/APD

Produits du CP7	Effets/Outcomes PS UNFPA 2014-2017 & 2018-2022	Effets/outcomes ODD, CPD, CEDAW et AID/APD
SDSR : ***Priorité nationale : Renforcer la cohésion sociales et valoriser le potentiel de la population***		
Capacité nationale accrue pour garantir l'accès universel et équitable à des services de planification familiale et de santé maternelle de qualité, y compris dans le contexte de l'épidémie de la COVID-19.	SDSR Chacun (*Femme; Adolescents; Jeunes*) utilise services intégrés SSR et exerce droits reproductifs librement	**Priorités ODD3**- bonne santé et bien-être. **Priorités CEDAW:** accès à l'égalité des services de santé. **Priorités Efficacité de l'AID/APD:** augmenter le pourcentage du budget général de la santé de 10% à 15% du PIB d'ici 2030, réserver 3% aux programmes de santé sexuelle et procréative et assurer l'allocation de ressources pour l'achat de contraceptifs modernes. **Priorités CPD:** d'améliorer la vie des femmes, des adolescents et des jeunes.
P&D : Priorité nationale: Promouvoir une croissance économique durable, inclusive et résiliente		
Capacité nationale accrue des institutions nationales à produire, analyser et gérer des données sociodémographiques, ventilées par âge et par sexe, pour la prise de décisions et la planification du développement.	Renforcement des politiques nationales et des programmes de développement internationaux par l'intégration d'une analyse factuelle de la dynamique de la population et de ses liens avec le développement	**Priorités ODD5**- promotion de l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes et des files; **ODD10**- réduction des inégalités dans le pays et d'un pays à l'autre (*Disparités-inégalités réduites par protection sociale & services de base utilisés par les plus vulnérables - 5 indicateurs*); et, **ODD16**- paix, justice et institutions efficaces et responsables. **Priorités CEDAW:** principe de l'égalité des hommes et des femmes; cadre institutionnel pour la promotion des femmes et autonomisation des femmes. **Priorités CPD:** d'améliorer la vie des femmes, des adolescents et des jeunes, en se fondant sur la dynamique des populations, les droits de l'homme et l'égalité des sexes.

Antérieurement la contribution des outputs du CP7 aux outcomes 1 et 4 du PS2018-2022 de l'UNFPA a été établie. L'on note que, l'outcome 1 (SDSR Chacun (Femmes ; Adolescents; Jeunes) utilise services intégrés SSR et exerce droits reproductifs librement) libellé comme dans le PS2018-2022 porte clairement la priorité du CPD (Priorités CPD: améliorer la vie des femmes, des adolescents et des jeunes.), et met en évidence le lien avec l'ODD3 (bonne santé et bien-être). Quant à la composante P&D, l'outcome 4 (Renforcement des politiques nationales et des programmes de développement internationaux par l'intégration d'une analyse factuelle de la dynamique de la population et de ses liens avec le développement) contribue à la priorité du CPD: d'améliorer la vie des femmes, des adolescents et des jeunes, en se fondant sur la dynamique des populations, les droits de l'homme et l'égalité des sexes. Cette dernière alimente les ODD5, 10,16, à travers les priorités CEDAW (principe de l'égalité des hommes et des femmes; cadre institutionnel pour la promotion des femmes et autonomisation des femmes).

— Actions/stratégies alignés : *Concernant la SDSR*, le programme a déployé toutes les interventions recommandées en matière de SDSR (PF, SM, SSRAJ, Egalité de genre, droits humains) selon les approches en vigueur d'accès universel et de qualité des services. Il a appuyé les agendas du pays, la production des rapports/indicateurs exigés au niveau international (ODD, CEDAW ; CIPD…) et la participation du pays aux rencontres de références respectives (CIPD, conférence internationale sur l'intégration de la semaine des femmes…). Il a aussi efficacement contribué à l'augmentation du financement la PF selon le principe de l'AID/APD. Cependant les manquements par rapport aux approches droits et genre dont l'absence d'approches spécifiques pour les adolescents/jeunes, les LGBTI, les pauvres, les enclavés sont à relever. Les déficits qualitatifs et quantitatifs de la structuration de la logique d'intervention, de la programmation et de la mise en œuvre du CP7 décrits supra constituent des obstacles à la contribution du CP7 aux agendas internationaux. Cela s'applique aussi bien à la composante P&D.

Quant à la P&D : le CP7 a soutenu le paiement d'un consultant pour la réalisation du rapport CEDAW, et le partage du document à l'international, il est adapté aux ODD lié aux jeunes (ODD, engagement de Nairobi), la lettre de politique éducative a été élaborée conformément à l'Agenda 2030.Le programme de pays est adapté aux priorités énoncées dans les documents de référence internationaux cadres et les accords, en particulier le Programme d'action de la CIPD et les ODD 5-10-16. Les défaillances par rapport à la maitrise de la disponibilité et de l'utilisation de la statistique sectorielle pour la planification sont à relever ici comme des déficits de l'alignement aux cadres internationaux de gouvernance efficace/gestion axée sur les résultats (exemple accord de Paris sur l'APD).

4.2. Question 2 : (EFFICACITE)

***Dans quelle mesure** les produits (outputs) du programme de pays ont été atteints et la mesure dans laquelle les produits ont contribué à la réalisation des résultats (outcomes) du programme de pays ? »*

Résumé :
Les outputs du 7e programme UNFPA-STP ont été atteints largement au-dessus des attentes pour les composantes SDSR et P&D. Cependant, une réalisation moyenne très excédentaire des produits (192,2%) s'est associée à une réalisation moyenne infime des résultats/outcome (32,1%), la chaine des résultats posait des problèmes de cohérence et de pertinence des indicateurs suivis entre pallier de résultats. D'une part plusieurs résultats de produits ne représentaient que des extrants, d'autre part, certaines cibles de produits représentent plutôt des effets (% de grossesse précoce). En amont, à côté des réalisations globalement appréciables, l'infrastructure et le niveau d'équipement pour certains services étaient non conformes (surtout les maternités), la planification/quantification a connu des déficits, certaines stratégies n'ont pas été assez adéquates (approches non spécifiques pour ado/jeunes et groupes marginalisés ; pilotage à vue de la communication ; certaines formations inadéquate pour les compétences visées), puis des déficits dans la mise en œuvre (exécution peu axée sur les résultats ; couverture non exhaustive ; exécution partielle de la communication)

4.2.1. Atteintes des produits

Dans l'ensemble, la performance des 9 produits du CPD a été excédentaire à 156,6%. Les 5 cibles du produit 1 - SDSR ont eu une performance moyenne de 192,2% ; tandis que les 4 cibles du produit 2 - P&D se situaient à 156,6%.

● Atteintes des produits SDSR

Les 5 cibles du produit 1 (SDSR)[51]du 7ième programme de pays (CP7) UNFPA /STP ont été systématiquement dépassées de 92 points de pourcentage supplémentaires en moyenne, selon la figure 6.

[51] Capacité nationale accrue pour garantir un accès universel et équitable à des services de PF et santé maternelle de qualité

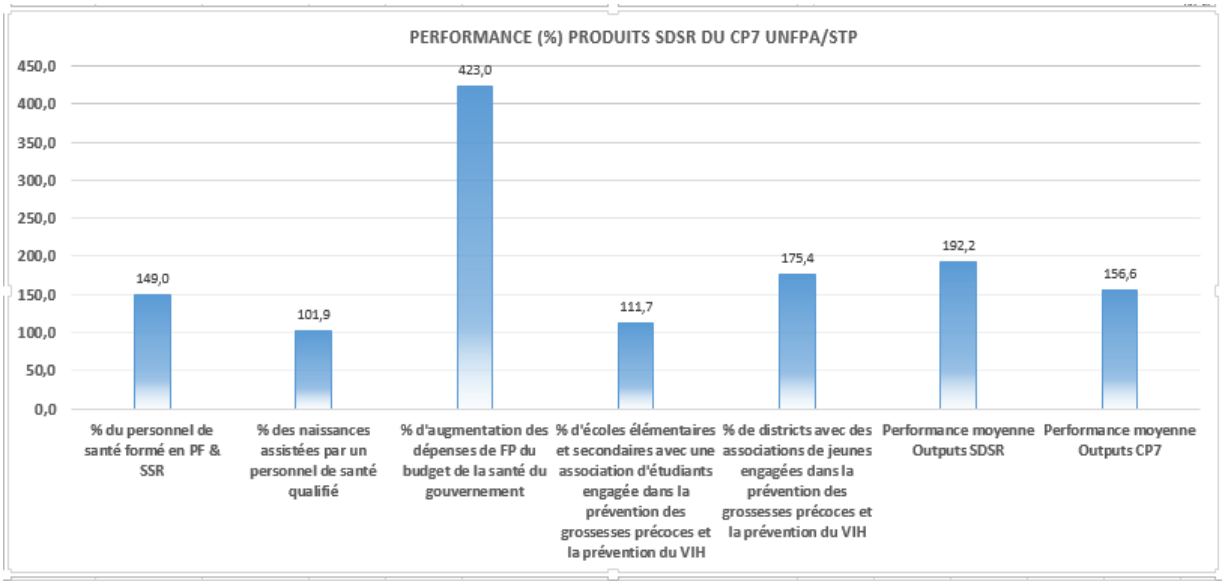


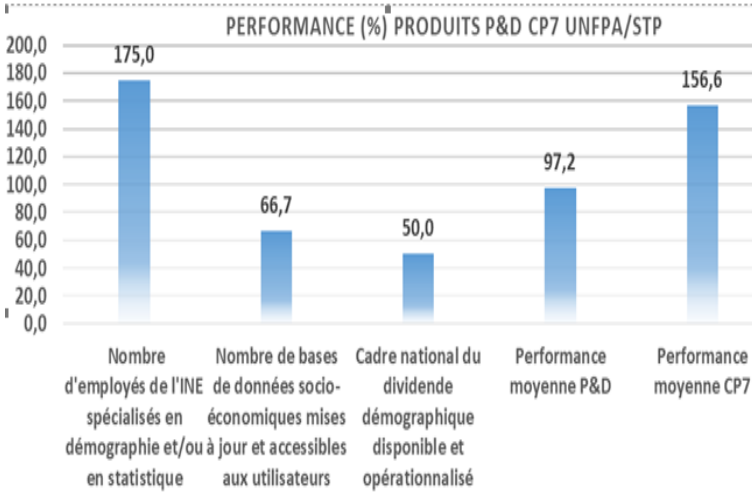
Figure 6 : Performance du produit 1 SDSR – CP7 UNFPA/STP

La performance du produit 1-SDSR se répartit entre un maximum de 423% (4,23/1) observé sur l'augmentation des dépenses de Planning Familial (PF) du budget de la santé du gouvernement et un minimum de 101,9% (96,8%/95,0%) sur la proportion des naissances assistées par un personnel de santé qualifié. Respectivement, chaque indicateur a eu la performance suivante : (a) % des personnels de santé formés à la PF et à la SSR: 149 (89,4/60); % des naissances assistées par un personnel de santé qualifié : 101,9 (96,8/95,0); % de l'augmentation des dépenses de Planning Familial (PF) du budget de la santé du gouvernement : 423% (4,23/1) ; % des écoles de base et secondaires ayant une association d'élèves engagée dans la prévention des grossesses précoces et du VIH : 111,7% (67/60); % des districts ayant une association d'élèves engagée dans la prévention des grossesses précoces et du VIH : 175,4%(100/57). Les réalisations en fin 2020 dépassent largement les cibles finales fixées pour la fin du CP7.

Atteintes des produits P&D

Concernant le produit 2 (P&D), soit : *« Capacité nationale accrue des institutions nationales pour produire, analyser gérer les données sociodémographiques désagrégées selon l'âge et le genre pour la prise de décision la planification du développement »*, 3 indicateurs ont été suivis dont la performance a été variable mais globalement satisfaisante. La figure ci-dessous décrit la performance.

Globalement, la performance a été suffisante (97,2%). Les différences par ordre d'importance décroissant indiquent : 175,0% (7/4) pour le Nombre d'employés de l'INE spécialisés en démographie et/ou en statistique ; 66,7% (2/3) pour le Nombre de bases de données socio-démographiques mises à jour et accessibles aux utilisateurs ; et 50,0% (0,5/1) pour le cadre national du dividende



démographique disponible et opérationalisé.

Figure 7 : Performance du produit 2 – CP7 UNFPA/STP

4.2.2. Atteintes des Outcomes

Les résultats (outcomes) du CP7, est insuffisante en moyenne (49,08%), mais suffisante dans 3 cas sur 4. Les 4 indicateurs d'outcome du CP7 mesurent les changements attendus quant à SDSR et à la P&D. Le domaine SDSR retient 3 des 4 indicateurs et en laisse 1 au domaine P&D. Les 3 indicateurs performants sont respectivement **:** 100,4% pour les besoins non satisfaits en PF ; 99,4% pour la prévalence contraceptive et 100,0% pour le 5è RGPH planifié selon standards internationaux.

●Résultats d'outcomes en matière de SDSR

Une importante contreperformance a affecté le taux de mortalité maternelle (-103,5%). Le graphique ci-dessous décrit la répartition de la performance par indicateur de l'outcome1 SDSR.

La performance moyenne s'est située à 32,1% du fait d'une contreperformance sur la mortalité maternelle. Respectivement le niveau atteint sur les 3 indicateurs est de : 100,4% pour les besoins non satisfaits en PF ; et 99,4% pour la prévalence contraceptive et -103,5% pour le taux de mortalité maternelle. La documentation de la mortalité maternelle est à clarifier.

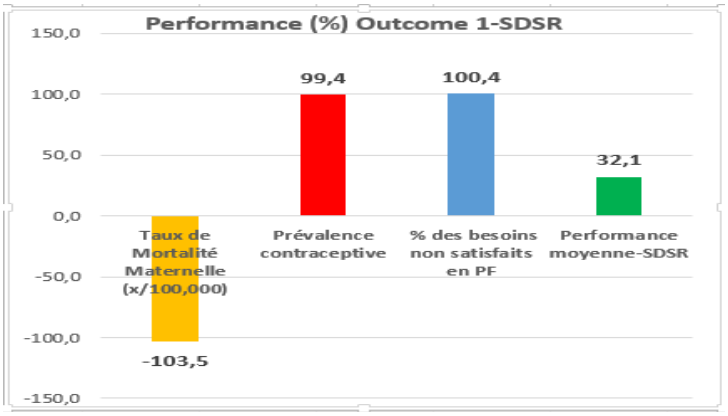


Figure 8 : Performance du produit 2 – CP7 UNFPA/STP

Les maternités et le programme SR objectent certains sur la période, dont l'un dépourvu d'assistance antérieure par un personnel qualifié. Une controverse affecte les données de mortalité maternelle**.** Les données qui renseignent l'indicateur de mortalité du CP7 semblent poser un problème de spécificité. Le type de mortalité que les interventions de l'UNFPA peuvent réduire n'est concerté. Cependant, le CP7 cible clairement la mortalité maternelle globale. Cela pose le problème aux maternités qui observent une baisse de la mortalité spécifique aux conditions obstétricales ; alors que les statistiques rapportées à l'UNFPA qui indiquent une augmentation de la prévalence contraceptive surprennent également les maternités : *« Mais*

pour la contraception, on se demande si les personnes l'utilisent et comprennent la méthode ; car il y a beaucoup de femmes enceintes, comparé aux années antérieures. » (ITW, chef de maternité).

●Résultats d'outcomes P&D du programme

Le graphique ci-dessous présente la performance de l'outcome 4 sur la P&D.

La performance de l'indicateur de l'outcome 4 s'est fixée à 100,0%. L'indicateur correspond davantage à un produit qu'à un effet. Des faits d'utilisation judicieuse à des fins connexes des dispositifs préparatoires au RGPH5 mis en place chez les parties prenantes auraient pu être considérés. Ils correspondraient mieux à des effets en phase préparatoire que la planification mise en avant ici.

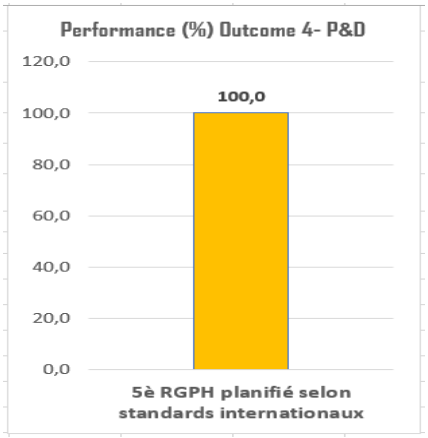


Figure 9 : ***Performance Outcome4 – CP7 UNFPA/STP***

4.2.3. Contribution des produits aux outcomes

Les produits ont passablement contribué à la réalisation des résultats (outcomes) du programme de pays. Ainsi, les cibles des produits 1- SDSR et produit 2-P&D ont passablement contribué à la réalisation des cibles des outcomes 1 et 4 du CP7.

● Contributions des indicateurs de produit SDSR à l'outcome 1

La performance excédentaire des produits SDSR ne s'associe pas assez avec le changement qui devrait s'ensuivre au niveau de l'outcome 1. Ainsi, l'adéquation du choix des produits suivis ; surtout leur potentiel de contribution à l'outcome 1 est en question. En effet, *une réalisation moyenne très excédentaire des produits (192,2%) s'est associée à une réalisation moyenne infime (32,1%) des outcomes.* Plus spécifiquement, la performance moyenne 99,9% des outputs de SM (% des personnels formés en SDSR (149%) et % des naissances assistées par un personnel qualifié (101,9%)) s'est associé à une performance de -103,5% sur l'indicateur du taux de mortalité maternelle. Ceci suggère une contribution inversement proportionnelle des cibles de produits SDSR à l'outcome de Santé maternelle. La cible de l'outcome a manqué de réalisme.

La performance (214,7%) de cibles de produit PF (% des personnels de santé formés en PF et SSR : 149 (89,4/60); % de l'augmentation des dépenses PF sur le budget public de la santé 423%(4,2/1) ; % des écoles primaires et secondaires ayant une associations d'élèves engagés dans la prévention des grossesses précoces et du VIH 111,7 (67/60); % des districts ayant une associations d'élèves engagés dans la prévention des grossesses précoces et du VIH : 175,4% (100/57)) *s'est associé à une performance moyenne de 99,9% sur les indicateurs d'outcome PF* (besoins non satisfaits en PF (100,4%) ; et 99,4% pour la prévalence contraceptive). *Cela suggère une très faible contribution des produits PF aux outcomes* PF (score insuffisant : 1,5/4)

● Contributions des cibles de produit P&D aux cibles de l'outcome 4

La performance variable de passable à excédentaire des produits P&D ne s'associe pas à l'indicateur d'effet retenu. En effet les 3 indicateurs de produits ne paraissent pas être des étapes logiques vers l'accomplissement de l'effet RGPH planifié selon les standards internationaux, à l'exception du lien indirect particulièrement observable avec l'indicateur « Nombre de staff INE spécialisé en démographie ou statistiques (175,0%)». Par ailleurs, seule la performance de cet indicateur présente une tendance numérique de contribution d'un produit vers un effet. Le principe numérique est celui d'une réalisation au moins suffisante du produit pour l'atteinte de l'effet. Mais la cible de cet indicateur semble avoir été sous-estimée. Il en a fallu 1 et ¾ de fois pour paraître contribuer à l'indicateur d'outcome 4. La tendance de performance des deux autres produits « Nombre de base de données socioéconomiques mises à jour et accessibles aux utilisateurs (66,7%) et « Disponibilité d'un cadre national du dividende démographique opérationnalisé (50,0%) » suggère qu'une réalisation insuffisante sur le produit détermine une atteinte complète de l'effet. Ceci est théoriquement aberrant. Cela indique une faiblesse du lien de contribution ou l'incertitude sur la nature de l'indicateur d'outcome choisi (est-ce vraiment une mesure de résultat, et du résultat attendu ?) ou sur le potentiel des renforcements des capacités au niveau de l'output à créer un changement à son niveau. Quant à la P&D, une performance moyenne de 97,2% sur les produits s'est associée à une performance de 100,0% sur la planification conforme aux standards internationaux du 5è RGPH. Ceci suggère une influence proportionnelle de la performance de cibles de produits sur la performance de l'outcome. ***Ainsi, globalement, la contribution des produits du CP7 aux résultats dudit programme est de performance insuffisante (1,83/4).***

4.2.3 Réalisations du 7e programme de pays

● Réalisations en matière de SDSR:

Le CP7 a apporté un renforcement intégré du système de santé selon les orientations 2005 de l'OMS[52] en matière de programme de santé de qualité, en agissant sur les 6 piliers dont :

- (1) Le Leadership/Gouvernance[53] (Valeurs (Droits, Genre, égalité, équité), normes standards scientifiques et pratiques professionnelles et les stratégies),
- (2) Le Personnel de Santé[54;55],
- (3) Technologies et produits médicaux essentiels,
- (4) Système d'information sanitaire (SIS),
- (5) La Prestation des services ;
- (6) Financement de la santé.

— *Relativement au leadership/gouvernance de la santé (Coordination ; Management ; Appui stratégique aux valeurs (Droits, Genre, égalité, équité), normes (politiques, standards scientifiques, pratiques professionnelles, stratégies) et au Financement de la santé):* un appui stratégique important a été noté dont : (a) l'adoption d'une stratégie de planification familiale accélérée, (b) l'alignement à la stratégie

[52] https://www.who.int/management/working_paper_4_fr_opt.pdf

[53] JWP-One programme-PTC-GT Gouvernance-2018-2019-version finale, Country Programme Document (CPD) 2017-2021

[54] Country Activity Report (COAR)

[55] Matrice de suivi des indicateurs du programme

internationale (conférence de Nairobi). Des fonds ont été mobilisés par le bureau de pays auprès des coopérations bilatérales pour le financement d'intrants et services pour la santé maternelle et la SSRAJ. L'on citera les fonds de l'Union européenne pour les services, équipement et renforcement de l'infrastructure les SONU. Des partenariats ont été noués avec d'autres PTF y compris du SNU comme l'UNICEF pour la communication pour la PF et la SSRAJ (prévention des grossesses précoces et du VIH…). Un consultant international a aidé à la production d'un plan de quantification des produits de SDSR qui s'achève en 2021. L'on note le renforcement de la cohésion sociale par l'accès à des services sociaux de base de qualité afin de réduire les disparités et les inégalités entre les citoyens et les communautés par la disponibilité d'un centre de santé dans tout district et l'UNFPA travail avec les responsables de chaque district, bien que 2 centres de santé n'aient pas de maternité. La quantification par la partie nationale des intrants de sensibilisation et leur production a été déficitaire. La programmation de la communication a été insuffisante.

— ***Financement de la santé : (voir efficience du programme)***

— ***En matière de capacités du personnel,*** près de 300 personnes ont été formées en SDSR dont 160 en PF ; 30 Sages-Femmes en chirurgie pour césarienne sous financement de l'Union Européenne ; 20 en normes révisées de SR (échographie-obstétricale). Par ailleurs, les médecins et sage des DS ont été capacité à la manipulation des équipements (échographes). En matière de sécurisation des produits de santé de la reproduction (SPSR/GAS), 16 personnels de chaine d'approvisionnement ont été formés à la gestion des données sous logiciel 'Channel v.2.' en plus des 5 formateurs. La COVID a induit une arrivée tardive des ordinateurs et le report de la formation de recyclage sur le SIGL assisté du Channel V.2 (de juin à septembre-Octobre 2021). L'équipe nationale de quantification des produits de SR a été formée. Les unités de santé de district ont reçu une formation LACM (en particulier sur l'insertion et le retrait des DIU et des implants), ce qui représente une augmentation d'environ 10%. L'on a observé une augmentation du nombre de prestataires des services SR dans les districts avec la formation de 10 prestataires de services RH supplémentaires (infirmières et médecins), une augmentation du nombre de prestataires de services de santé capables de réaliser des soins obstétricaux dans tous les districts sanitaires.

La qualité des formations a été affectée par des défaillances. En matière de CCC il a manqué la maitrise des techniques d'induction et d'accompagnement du changement de comportement. L'aboutissement à une méthode de PF adaptée pour les femmes dans les CS n'est pas toujours garanti (cas d'arrêt/abandon après 1 à 2 essais de méthode non concluants pour malaise thérapeutique). La compétence en savoir être semble défaillante chez le personnel obstétrical formés qui persiste dans des violences aux parturientes en salle d'accouchement. L'utilisation du Partogramme est peu effective dans les salles d'accouchement ; malgré des multiples formations. Les superviseurs suspectent une faiblesse de la capacité d'assimilation. Une révision de l'approche de formation de l'assimilation cognitive à l'assimilation opérationnelle coachée (du séminaire au coaching on-the-job) est à envisager. L'utilisation de l'échographe et l'interprétation de ses images ne sont pas optimales avec des cas de non-utilisation pour incapacité à mettre en marche (Lembá) et d'interprétation erronée des images à Principe (cas de constat erroné de grossesses gémellaires). Toutes les formations sanitaires visitées sont en effectif insuffisant comparé à la demande en services SR de la population cible. Le gap est souvent de l'ordre de 50% (Maternité du CS de Lemba). Le Système d'information sur les services est resté sans appui, avec le risque de créer une discordance entre les données logistiques et celle de la prestation des services de santé**.**

— ***Du point de vue des technologies et produits médicaux essentiels :*** Le programme a appuyé les partenaires de mise en œuvre pour la quantification des besoins, l'acquisition, la distribution et le suivi de ma disponibilité. Des médicaments et équipements pour la prestation des services aux usagers des FOSA et ceux de coordination ont été mobilisés et distribués. Ainsi, la dotation en produits de PF (microgynon, levonogestrol, DIU et son matériel d'insertion entre autres, ect.) et de SM (ocytocine, misoprostol, sulfate de magnésium, gants, seringues ect.) a été faite suivant la liste de l'UNFPA pour les 58 formations sanitaires

cibles du pays. Des équipements pour la SONE et la SONU ont été fournis selon la même démarche (échographes, dopplers, pèse-personnes, lampe d'observation, imprimante, thermo-lampe pour prématuré, etc.) ainsi que du mobilier (mobiliers de maternité, armoires, lits gynécologiques et divers autres). Il en est de même des matériels et équipements pour la SSRAJ (matériel de sonorisation pour l'animation et la sensibilisation, des supports de communication et de promotion : t-shirts, casquettes, sacs, fournitures de rangement, matériel didactique). En vue de la qualité, l'acquisition des produits de santé est faite par le mécanisme d'approvisionnement de l'UNFPA.

— ***Quant à la logistique de transport :*** 4 véhicules ont été acquis pour les besoins logistiques et de supervision, 3 voitures aménagées pour clinique mobile ont été fournis. Un lot de 10 ordinateurs a été acquis pour intégrer le Channel dans le système d'information et de gestion logistique (SIGL) du secteur santé. Le COVID a induit une arrivée tardive des ordinateurs et le report de la formation de recyclage sur le SIGL assisté du Channel V.2 (de juin à septembre-Octobre 2021).

— ***Du point de vue de la prestation des services*** des équipes et cliniques mobiles appuient la couverture de la population dans des zones mal desservies. La sensibilisation sur la SR a été déployée par radio communautaire et communication interpersonnelle faite par les associations communautaires. La prévention des grossesses précoces (promotion des méthodes contraceptives) et du VIH auprès des ado-jeunes à l'école et en communauté par des associations scolaires et extra scolaires engagées dans des campagnes de sensibilisation. L'on note une augmentation de 47% à 100% des unités de santé ayant la capacité d'offrir des méthodes de contraception à long terme (LACM). La continuité des services de SM a été assurée. Des efforts ont été faits pour étendre les SONU aux deux districts de Mé-Zóchi et Cantagalo, sans succès pour cause d'inadéquation des locaux. L'on est passé de 8 à 58 sites de service qui offrent la service PF. L'on note l'accessibilité gratuite des méthodes de PF pour les femmes. Toutes les unités sanitaires ont été équipées pour fournir le LACM, c'est-à-dire qu'elles sont passées de 9% à 100%.

Aussi, l'on relève une *prestation substantielle des services* à l'échelle nationale. Notamment : (3) la sensibilisation sur le HIV (services ; gratuité, prévention, compétences de vie en SSR, la PTME) dans les campagnes C4D en Communication Interpersonnelle ou CIP par le Réseau des associations des jeunes ; les associations non/scolaires, les CIJ et en communication mass média (6 Radios communautaires :Tlachá (Neves), Farol (Santa Catarina), Lobata, Yobo (Porto Alegre), Cantagalo, Principe). Sur les antennes, dans la rue et à l'école ; (4) l'offre d'enseignement sur l'Education Sexuelle complète dans toutes les écoles primaires et secondaires du pays ; (5) l'offre du paquet des services SSR des ado/jeunes et de la PTME pour tous les ado-jeunes 13-24 ans et les mères dans tout le réseau des formations sanitaires du pays (La distribution active des préservatifs.

L'on note le renforcement en intrants des Hôpitaux, CS et PS du pays en matière de disponibilité des préservatifs, des produits de PTME, des tests de dépistage, des matériels et équipements adéquats pour fournir des services de SRAJ/PF pour jeunes et adolescents[56]; (2) la disponibilité de staff compétents(staff santé ; éducations ; associations ; gestionnaires des données) dans tous les points de prestation des services (CS de district ; Postes de santé en communauté, cliniques mobile pour conseils, écoles, associations) grâce à plusieurs de formations aux niveaux régional et des pays sur les VBG, genre, SR, HIV, les droits SR et l'attitude attentive de certains personnels de santé.

Il existe une stratégie de communication PF, plan opérationnel ESA, matériels de communication développés et reproduits, mais mal opérationnalisés Il n'existe pas de stratégie C4D formelle qui soutienne l'adéquation des contenus, des supports, des compétences et de la programmation des activités. Les parties prenantes, les prestataires associatifs et les animateurs radio ont déplorés l'insuffisance des supports de la couverture en séances et du déficit dans la mise en place des compétences de communication pour le changement de

[56] Report India project June 2020

comportement. Le processus d'élaboration d'une stratégie de communication sur consultation international n'a pas assez abouti pour garantir la qualité de la communication. Le plaidoyer a ainsi opéré par-à-coup. Le « Nombre de communautés rurales bénéficiaires des campagnes sur la SR/PF » est resté nul.
Il n'y a pas eu d'investigation formelle sur l'effectivité et les effets de la communication. Cependant le déclaratif des répondants à l'évaluation indique que les connaissances ne sont pas suffisantes et celles qui seraient passées n'influence pas assez le changement de comportement. En effet, les jeunes ne mettent pas en œuvre les connaissances diffusées ou acquises pour améliorer les indicateurs liés à la SR/PF. La plupart des adolescents consultées dans le sud du pays ont très peu de connaissances sur l'utilisation des méthodes contraceptives (certains disent qu'on leur a dit de ne pas utiliser de préservatifs parce qu'ils provoquent des infections), mais ils connaissent les types de méthodes (préservatifs, pilules, pilule du lendemain, injection). Le volet genre a été faiblement pris en compte dans la campagne de communication, à peine mentionné par les diverses sources, y compris le cas des VBG. Les efforts des CACVD ont été limités par la modestie de l'appui. Les évidences favorables incluent un taux moyen d'exécution de 65% (18/26) sur les 26 activités prévues, dont 30% (8/26) non réalisées (taux : 0%).

Par ailleurs l'on note : l'incapacité de l'entrepôt national à stocker les médicaments PF ; l'absence de maternité dans 2 Centres de santé, la persistance de la résistance sociale à l'utilisation de la contraception (89% des filles n'ont jamais utilisé de contraception selon les ado-jeunes d'Angolares) et la faible implication des organisations de la société civile et des ONG dans l'offre des services de PF. Les sites de prestation de services ne sont pas adaptés pour les jeunes. Généralement les bâtiments des sites sanitaires ne sont pas adéquats pour l'accès des personnes présentant un handicap, alors que l'Etat de STP a adopté le PENPS dont les objectifs stratégiques numéros 1 et 3 prévoient la protection des droits des personnes handicapées[57].
Les services de PF et SM ont continués grâce au travail en mode de plafonnement de l'horaire, des effectifs de staff et de la patientèle au niveau des centres de santé. En outre, les services de PF et SM ont été maintenus grâce à l'approche par alternance des équipes de prestation des services (équipes du matin et du soir) afin de garantir la distanciation sociale des prestataires. En 2020, 4806 naissances ont eu lieu dans les maternités et 170 hors des quais. La comparaison avec l'année 2019 (naissances dans les maternités : 4083 et en dehors des quais : 138) montre qu'il n'y a pas eu une augmentation des naissances en quais et hors des quais dans le contexte de pandémie. Environ 9 communautés ont vu leurs jeunes sensibilisés sur les grossesses précoces et le VIH.

— ***Système d'information sanitaire (SIS) :*** Concernant le Système d'information sanitaire (SIS) : l'UNFPA appuie la transition de la gestion manuelle des données au niveau des districts à la numérisation dans l'ensemble de la pyramide sanitaire. Actuellement les formations initiales ont été faite, mais des recyclages sont nécessaires ; par ailleurs les ordinateurs devant héberger le logiciel du SIGL (Channel V.2) sont arrivés au niveau du bureau de pays. Les animateurs de radio ont reçu une formation sur les thématique SR Cela contribue à la réduction des barrières culturelles à l'utilisation des services (PF ; préservatifs).
Les constats incluent entre autres une augmentation du pourcentage d'écoles de base et secondaire avec une association d'élèves engagée dans la prévention des grossesses précoces et du HIV (Base 2015 :29,4 ; réalisation 2021 :67 ; cible 2021 : 60) ; une augmentation du pourcentage des districts avec une association de jeunes engagé dans la prévention des grossesses précoces et du HIV(Base 2015 :14 ; réalisation 2021 :100 ;cible 2021 :57) ; diffusion de messages mass média (radio et TV). L'on enregistre aussi l'augmentation du nombre de communautés qui bénéficient des campagnes de sensibilisation PF (Base 2015 :20 ; réalisation 2017 :115 ; cible 2017: 50) ; la production d'un dépliant et d'un autocollant. Les données sur les communautés rurales qui bénéficient de la campagne de sensibilisation sur SR/PF ne sont pas disponibles, autant que celles sur les associations scolaires. L'on note qu'au moins 5 membres par association (extra-scolaire et scolaire) ont été formés en CSE. L'évolution de ces indicateurs suggère une augmentation des connaissances destinées aux jeunes dans tout leur diversité. L'on note l'augmentation du

[57] Analyste et A_HRC_WG.6_37_STP_1_F p20

rapportage des cas de violence, l'augmentation de la connaissance des types de violences et du numéro de ligne verte pour les déclarer (150). L'INJ a réalisé beaucoup de programme et activité de divulgation de la connaissance et information (projet habilita-te) pour les jeunes. Les actions de CACV couvrent toute population au niveau national (Hommes, femmes, enfants) ; la sensibilisation sur le terrain dans chaque localité (sur tout dans les localités avec un indice de violence élevé) et dans les écoles.

— ***intégration des DH/GE/Equité :*** La conception du programme et sa mise en œuvre se fondent sur les exigences internationales en matière de DH (ODD, cf. Pertinence ; égalités des sexes, autonomisation des femmes (CEDAW, CIPD) inclusion de tous AID/APD). L'offre de services continus, de qualité, l'agence des stratégies (poste fixes, équipes et cliniques, mobiles, décentralisation) et l'autonomie du choix du patient et surtout la femme et l'ado-jeunes et la promotion du genre y contribuent. Des prestations différenciées et accessibles selon les profils soient les femmes, les jeunes, les hommes, les démunis (gratuité, subventions), les victimes des VBG, les enclavés (décentralisation) sont proposées. Cependant, les besoins en SR des groupes vulnérables ou marginalisés sont peu couverts. Les parties prenantes, les bénéficiaires institutionnels et communautaires et la documentation[58] relèvent des difficultés d'accès/disponibilité pour ces groupes. L'on note l'absence d'intrants importants (ex. lubrifiants) pour les LGBT ; le faible accès au préservatif pour les adolescents et personnes enclavées ; l'inadéquation de sites pour la confidentialité /protection contre la stigmatisation) ; une offre de PF restant à promouvoir en prison. Les handicapés visuels n'ont pas accès aux données ; les enclavés, comme à Principe, n'accèdent pas toujours aux services de qualité comme une échographie exacte ou fonctionnelle. Les progrès de la prise en compte des droits de l'homme restent trop lents. La discrimination entretenue par le droit et les difficultés d'intégration de l'approche droits persistent. Les lois existantes ne respectent pas toujours les normes et les recommandations internationales.

● Réalisations en matière de P&D:

— **La production et l'analyse des données**, 5 activités clés étaient prévues. Deux activités clés ont été menées à terme notamment la mise à disposition des données de l'enquête UNFPA Supplies et la planification du cinquième recensement de la population et de l'habitat (RGPH), selon les recommandations internationales[59]. Les deux autres activités ont connu une exécution passable à 67%. Les activités de renforcement des ressources humaines ont été exécutées de manière quasi-suffisante au-delà des attentes, ainsi, le nombre d'employés de l'INE spécialisés en démographie et/ou statistiques a été de 19 vs 21 prévus ; le nombre de personnels des administrations publiques et locales formées à l'aide de la base de données STP info a été de 900 sur 1200 prévus; tandis que le nombre d'étudiants inscrits à l'ENSAE a été de 5/4 (+2 de la Banque Mondiale : 7/4) et le nombre de personnels des administrations publiques et locales formés à l'aide de la base de données STP info de 300 pour 400. La DGP a renforcé le potentiel des quelques systèmes sectoriels en charge (santé, éducation) en matière de production et d'analyse des données. Les appuis techniques pour la production du Prodoc RGPH ont été réalisés au 2/3. Les enquêtes sur le flux financier relatif aux activités de PF, les études sur les besoins non satisfaits en matière de PF, les études sur SONU et les enquête MICS et EDS ont pu être réalisées aisément. L'analyse des résultats des études MICS V ou EDS a abouti à la publication. Au sujet du plaidoyer le nombre de décideurs sensibilisés au profil DD à STP est de 113/110 (103%). Par rapport aux 3 activités d'analyse des données sociodémographiques prévues 1 a été réalisée (33%).

— **La gestion des données :** sous cet angle, l'on constate que le système d'information pour le développement a été quasi-suffisamment appuyé à travers la mise en place partielle du Cadre national d'intervention sur le Dividende Démographique et la mise en place complète du système d'information sur les statistiques de la criminalité disponible. Les Journées statistiques ont été appuyées par le CP7. La mise à

[58] UNFPA Gender Strategy, p9

[59] COAR et Matrice de suivi des indicateurs du programme

jour des Bases de données (STPinfo ; STPCensusInfo) et leur mise en ligne ont été complètement réalisées. Les données ont été récupérées dans une nouvelle plateforme ("STPDados") électronique toujours dépendante de financements extérieurs sans garantie de durabilité. Le nombre d'institutions sensibilisées au profil DD à STP a été de 20 pour 15 prévues. Le fonctionnement des instances a été suffisamment appuyé à travers la tenue du Conseil national de la statistique, tandis que la publication des statistiques sur le genre a atteint les prévisions avec 3/3. Un système d'information sur la statistique est disponible, accessible et opérationnel grâce aux interventions (financement) du bureau pays. En effet, en 2016, Sao-Tomé disposait de 279 bases de données. En 2018, le pays possède près de 400 bases de données régulièrement consultées et exploitées (soit une performance de 66,7%). En plus, les administrations publiques utilisent de plus en plus la base de données.

— La prise en compte des Droits Humains/Genre/Equité: le CP7 appuie le renseignement de tous les indicateurs humains pertinents de toutes les dimensions de la condition physique, sociale et économiques des différents groupes de population. Cela repose sur l'appui aux statistiques sectorielles, au RGPH et aux enquêtes à indicateurs multiples ou spécifiques pour les questions de développement dans sa composante P&D. Les institutions nationales en charge de telles activités et des indicateurs P&D conformes aux droits de l'homme et à l'équité d'accès ont été renforcées. Le processus de production, d'analyse et de gestion des données renseignant sur la situation de l'homme et de ses droits sont suivi dans les rapports des PE, les missions de suivi, les outils de collecte et le renseignement des rapports nationaux sur les indicateurs droits humaine (IDH, CIPD ; ODD…). Les données générées, analysées et gérées portent sur toutes les catégories et conditions sociales pour une réponse de développement inclusive. Ainsi le renforcement des institutions, du processus et de l'utilisation des données tient compte de l'ensemble de la population sans restriction et selon les besoins ou situations spécifiques, d'où l'appui au RGDH pour tous les indicateurs sociodémographiques tous secteurs compris et les enquêtes thématiques ou groupe spécifique comme celles sur les SONU. Les partenaires de mise en œuvre déclarent les services de P&D disponibles pour tous grâce aux sensibilisations sur les données et à l'inclusion du dividende démographique ; à l'appui à la planification sectorielle basée sur les évidences, au partage en lignes et par des rencontres d'échange sur les données.

Les principales limites des réalisations concernant la P&D incluent les faits suivants. Le manque de culture statistique venant de certaines personnes empêche l'utilisation de celles-ci. Selon les données secondaires, la publication de « Women and Men in STP » n'a pas eu lieu. La sensibilisation prévue n'a pas couvert les personnes ciblées en matière de plaidoyer sur le profil DD à STP. Relativement au plaidoyer, deux sur trois des activités n'ont pas été réalisées dont les indicateurs ont eu une valeur nulle (Nombre de sessions de plaidoyer sur l'importance des données statistiques pour la planification du développement réalisées ; et Nombre de décideurs couverts par les sessions de plaidoyer sur l'importance des données statistiques pour la planification du développement réalisées). Les cadres formés à l'ENSAE n'ont pas pu être intégrés à l'INE pour obstacles dans le processus de recrutement dans le secteur public. La faiblesse de la qualité de données persiste. Le personnel remplit et transfère les données à la hiérarchie sanitaire sans les utiliser au niveau local à cause d'un potentiel faible. Le système d'information n'est pas assez fonctionnel. Il n'y a pas de mécanisme d'encouragement de la production de données à l'INPG. La production des données est concentrée exclusivement à l'INE. Il y a déficit en : - production de données, -formation du personnel pour la dissémination des données, -financement pour l'implémentation de plateforme de donnée "STPDados", - formation de capacitations pour les cadres de l'INE, financement des enquêtes (MICS, Covid, IOF...), formations de capacitations pour des autres institutions qui font parties du système National de la Statistique (Education, Santé, etc.). La production et l'analyse de données sur le genre notamment des données administratives est faible. La faiblesse et l'archaïsme du processus des statistiques sectorielles restent notoires. La faiblesse de la pratique de la lecture et de l'utilisation d'internet pour le développement humain limite l'intégration des droits humains et de l'équité d'accès dans les interventions P&D.

4.3. Question 3 : (EFFICIENCE)

« Dans quelle mesure les produits (outputs) et les résultats (outcomes) du programme de pays ont été atteints avec les ressources appropriées (fonds, expertise, temps, coûts administratifs, etc.)?»

RESUME : Les produits et les résultats du programme de pays ont été atteints avec des ressources appropriées. Les bénéficiaires de l'appui de l'UNFPA ont reçu des ressources (techniques, humaines, logistiques et infrastructurelles) ainsi que des services de SDSR et P&D de manière quasi-suffisante avec des gaps qualitatifs et quantitatifs et une promptitude passable. Par ailleurs, **les ressources** fournies ont amélioré à quasi-suffisance les capacités des acteurs, la qualité, la disponibilité et l'accessibilité les services. Les procédures administratives et financières rationnalisées, la prise de décision basée sur des évidences, le coaching managérial des PE ainsi que la combinaison de modalités de mise en œuvre, permettent une exécution acceptable du programme. Les indicateurs de gestion financière ont été satisfaisants (mobilisation budgétaire : 60,8% exécution budgétaire : **83,3**% ; efficacité du CP7 : *156,6 %* ratio coût- efficacité : *0,53/1 centièmes de budget vs performance*). Les limites inclues l'insuffisance du staff, la non-inclusion des OSC parmi les PE ; les déficits systémiques chez les PE publics et un suivi-Evaluation passablement fonctionnel.

4.3.1. Efficience Logistique

Les bénéficiaires de l'appui de l'UNFPA ont reçu les ressources prévues de manière quasi-suffisante, en quantité suffisante ; mais pas vraiment selon l'agenda de mise en œuvre. L'appréciation est similaire entre les acteurs et la documentation, hormis dans le cas de la promptitude objectée par les acteurs.

— ***Efficience logistique SDSR :*** la complétude de l'approvisionnement a été majoritaire pour *médicaments, équipements et aménagements*. Les déficits en ressources ont inclus : des ruptures de stock de médicaments (6 à 12 mois) ; des cas de insuffisances/pénuries ont affectés : pilules, aspirateurs, lampe pantone, intrants PF, de ''apira dores'', échographe, ventouse, méthodes contraceptives et des médicaments. Certains items ont été livrés ailleurs que dans les lieux prévus induisant des surstocks et ruptures artificielles. Les intrants C4D/écoles ont été insuffisants/mal quantifiés. Sur 10 documents de requête (rapport de suivi des colis internationaux ; liste de commande des PE/IP's) fournis aux évaluateurs, un seul était assorti d'un inventaire physique permettant de confirmer la disponibilité des intrants commandés.

— ***Efficience logistique P&D :*** L'INE a bénéficié de divers équipements : ordinateurs (bureau et portables), consommables et accessoires informatiques, photocopieur, etc.). Les associations scolaires ont reçu les équipements de sons, quelques matériaux d'identification (*t-shirt, sac à dos, "carimbo"*) et une moto. Par ailleurs, La DGP-MPFEA n'a pas bénéficié d'équipement pendant la mise en œuvre de ce programme. En général. Cela est lié à la chronicité des retards de clôture et de la programmation annuelle des activités. Le renforcement des capacités en matière de production, d'analyse et de gestion des données dans les secteurs a été insuffisant. La promotion des données auprès des utilisateurs non institutionnels a été peu sensible. Les ressources provenant de l'UNFPA n'atteignent pas les bénéficiaires (partenaires directs de mise en œuvre) à temps Ces retards sont associés aux lourdeurs dans les administrations des partenaires d'exécution.

4.3.2. Efficience Stratégique

Les choix et combinaison de stratégie de mise en œuvre *ont* ***passablement*** *contribué à l'exécution du CP7.* Les données administratives et financières, puis les combinaisons des modalités de mise en œuvre ont eu des contributions respectivement passablement et insuffisante, davantage selon la documentation dans le 1er cas et davantage selon les parties prenantes dans le second.

— **Efficience des stratégies de mise en œuvre :** Les bonnes pratiques administratives et stratégiques **développées ont induit une** dépense correctement alignée au niveau des projets d'action planifiés. Le niveau de qualité de la dépense et de sécurité dans l'achat de matériaux consommables et d'équipements divers au niveau international a été respecté. Le mécanisme d'achat de l'UNFPA a été demandé par d'autres agences (UNICEF/malaria). L'exécution était en mode "faire-faire" pour garantir la disponibilité continue du financement et l'autonomie de gestion chez les PE. La disponibilité des fonds au niveau du bureau pays a été systématique. L'accompagnement des PE par UNFPA pour faciliter la reddition des comptes et la planification a été continu.

— **Les combinaisons de modalités de MEO** déployées ont inclus des formations basées sur des conventions préalables, l'ajustement des agendas de l'UNFPA par rapport à ceux des PE; la complémentarité des acteurs (*OSC pour C4D et CS pour soins*) et des stratégies (postes fixes, équipe et clinique mobiles); l'approvisionnement par l'UNFPA compensant les déficits de la routine administrative; la répartition du budget entre les PE et l'UNFPA améliorant l'exécution (taux et qualité); les efforts de gestion axée sur les résultats (*PTA, calendriers, rapports, revues communes, planification, reddition des comptes financiers*); les co-programmes et cofinancements améliorant l'exécution/couverture (coactions *avec UNICEF-diffusion Radio ; avec UE-renforcer les maternités*).

— **Les insuffisances (transversales) du CP7 sur l'efficience stratégique incluent :**
(a) la persistance d'une perception verticale du programme qui n'en facilite ni l'appropriation, ni la promptitude des décaissements, ni l'impulsion de la MEO par le niveau stratégique. Les PTA avec l'UNFPA ne sont pas prioritaires chez les PE. Les changements successifs de directeurs chez les PE (raisons politiques) entravent la continuité du programme ;
(b) le formalisme onusien rendant non éligibles comme PE les OSC a renforcé leur dépendance/fragilité et les effets pervers de la bureaucratie administrative locale (*retard et déficit de formalisation en planification, réquisition et l'acheminement des ressources; déficit de planification/quantification*, *faiblesse de l'allocation des ressources aux niveaux périphériques*.
(c) Les arrangements structurels non facilitants. Seule la DGP a une direction du plan avec une unité pour le monitoring. Le personnel est insuffisant et sa gestion peu rationnelle. L'intégration des OSC dans la chaîne d'information est déficitaire. Les agendas politiques associés aux trafics d'influence absorbent les cadres des administrations et entravent la qualité de la décision technocratique.
(d) Les procédures administratives ont souvent constitué un obstacle à la mise en œuvre des actions prévues (contraintes contextuelles, complexité de l'intégration du personnel dans les institutions de l'État de São Tomé et Príncipe, *formalisation des signatures des chèques bloquant le processus). **Ainsi,***
5 personnels formés pour être intégré dans l'INE ne l'ont pas été
(e) Le faible intérêt pour les systèmes statistiques : il s'associe à irrégularité dans la production et l'analyse des données statistiques. Les faiblesses sous-jacentes comportent: (*) le manque de coordination/concertation entre les services/programmes qui produisent des statistiques sanitaires (DCS, SR, PF, centre endémique, divers programmes, SIS, centres de santé de district et les diverses structures connexes); (*) le manque de fiabilité des données produites; (*) le Manque de culture statistique; (*) le manque de moyens adéquats; (*) Autres facteurs déterminants (ressources humaines formées, incitations qui motivent les producteurs de données, etc.)

— **Efficience de la stratégie de M&E :**
L'évaluation a apprécié le système de Monitoring & Evaluation (M&E) du CP7 selon le modèle d'analyse de la fonctionnalité en 12 composantes[60]. Les constats respectifs portent sur la présence de chaque composante, sa consistance, son opérationnalité et son efficacité/contribution à la bonne marche du

[60] Cadre structurel pour un système national fonctionnel de suivi et évaluation du VIH, ONUSIDA, 2008

programme. Le système de M&E du CP7 s'est avéré de fonctionnalité partielle à bon potentiel d'optimisation à 61,5%.

Tableau 15 : Evaluation de la performance du système/stratégie de M&E du CP7 UNFPA/STP

COMPOSANTE DEFAILLANTES	*%*	*COMPOSANTES FONCTIONNELLES*	*%*
4-L'existence d'un cadre de M&E/Cadre Logique	37,5%	***1-Une structure organisationnelle en charge du M&E existante***	***100%***
5. L'existence d'un plan de travail budgétisé du M&E	***0%***	**2-La capacité humaine pour le M&E**	***100%***
6-La Communication, le plaidoyer & la Culture de M&E	***0%***	***3-Le partenariat pour la planification, la coordination et la gestion du système de M&E***	***100%***
7. Le suivi ou monitoring de routine: existe à l'UNFPA STP et dans le cadre du CP7.	37,5%	***8-Les enquêtes et la Surveillance :* 4/4.**	***100%***
9-L'existence et qualité des bases de données nationales et infranationales	37,5%	***10-La supervision formative et l'audit des données***	***75%***
12-Dissémination et utilisation des données 2/4	***50%***	**11-Evaluation et Recherche:** 4/4.	***100%***
ENSEMBLE :	***61,5%***		

Les composantes 4, 5, 6, 7, 9, 12 nécessitent ainsi un renforcement pour une fonctionnalité satisfaisante. Les détails de l'analyse sont en annexe 1. La voie à suivre est indiquée dans les conclusions et recommandations.

● **Efficience Humaine**

— **Les ressources humaines sont insuffisances en qualité et quantité au niveau stratégique.** Le bureau de l'UNFPA a six personnels manifestement surchargés de travail (cf. 4.5. Coordination). Les dysfonctionnements de la communication imposent de recruter un chargé de communication à temps partiel. Les cinq partenaires de mise en œuvre du CP7 ont du personnel technique pour affectés au programme (*1 gestionnaire + 1 responsable financier, en plus de certains éléments selon la zone d'intervention respective de l'UNFPA*) qui n'absorbe pas la masse de travail à temps et complétude.

— **Les ressources humaines *au niveau opérationnel :*** ont été renforcées presque selon les prévisions. **En SDSR :** Plusieurs formations couvrant tous les domaines de service ont été fournies aux institutionnels et communautaires. Cependant les formations sanitaires sont en déficit qualitatif et quantitatif d'effectif de staff. La norme de l'OMS suggère 2 à 3 RHS pour 1000[61] contre 1,6 pour 1000 à Sao Tomé[62]. D'un domaine à l'autre les pyramides sectorielles impliquées dans le CP7, l'on relève que: (**c**) La DCS/PSR semble fournie, (**d**) L'INPG est manque de ressources humaines qualifiées; et, (**e**) La DPIE souffre également d'un manque de personnel qualifié, avec juste 2 techniciens mobilisés. Les administrations restent dans l'inertie face à la pénurie de personnel. **En P&D :** (**a**) la DGP dispose d'un effectif de personnel formé qui devrait être intégré dans la mise en œuvre du CP7 au-delà des *2 techniciens impliqués à la date de l'évaluation*; (**b**) l'INE est dans une situation plus compromettante, surtout quand le pays bénéficie de la formation de 5 cadres nationaux en statistique[63] qui n'ont pas été intégrés en plus des 2 cadres de l'INE qui suivent une formation en démographie (*il y a 3 techniciens affectés au programme, au lieu d'au moins 8*). Des spécialistes de la planification ont été formés pour la DGP-MPFEA.

4.3.3. Efficience Stratégique

● **Le rapport coût-efficacité du CP7 est satisfaisant:**

[61] Personnel de santé, infrastructures sanitaires et médicaments essentiels (https://www.who.int/whosis/whostat/FR_WHS09_Table6.pdf?ua=1) (OMS, 2009)

[62] Annuaire statistique-2020

[63] Matrice de suivi des indicateurs du programme

Tableau 16 : Comparaison des performances technique et financière du CP7

Résultats SDSR	Cible 2021 (%)	Réel	Taux (%) d'efficacité	Taux exécution budget(%)	Ratio Coût-efficacité
P1-Pourcentage de professionnels de la santé formés à la planification familiale et à la santé sexuelle et reproductive des adolescents (*Baseline 2015: 42%; Target 2021: 60%*)	60%	89,4	149,0	NA	0
P2-% de naissances assistées par un professionnel de santé qualifié (*Baseline 2014: 92,5%; Target 2021: 95%*)	95%	96,8	101,9	NA	0
P3-% d'augmentation des dépenses de planification familiale dans le budget de santé du gouvernement (*Baseline 2014 : 0,15% ; Target 2021 : 1%*)	1%	4,2	423,0	NA	0
P4-% d'écoles primaires et secondaires avec une association d'étudiants engagés dans la prévention des grossesses précoces et la prévention du VIH (*Baseline 2015: 29,4 %; Target 2021: 60 %*)	60%	67,0	111,7	NA	0
P5-% de districts avec des associations de jeunes engagés dans la prévention des grossesses précoces et du VIH (*Baseline 2015 : 14 % ; Target 2021: 57 % ; réel 2020 : 100%*)	57%	71,0	175,4	NA	0
Ensemble SDRS			***192,2***	***NA***	***0***
Nombre d'employés de la statistique nationale spécialisés dans la démographie ou la statistique. (*Baseline 2015 : 0 ; Target 2021 : 4*)	4	1	175,0	NA	0
Nombre de bases de données socio-économiques mises à jour et accessibles aux utilisateurs (*Baseline 2015 : 2 ; Target 2021 : 3*)	3	2	66,7	NA	0
Cadre national du dividende démographique disponible et opérationnalisé. (*Baseline 2015 : Non ; Target 2021 : oui*)	1	0,5	50,0	NA	0
Ensemble P&D			***97,2***	***NA***	***0***
Grand Total CP7			***156,6***	**83,3**	**0,53**

— Budget initial et répartition : Le budget initial du 7e programme FNUAP-STP était d'environ 5 500 000 dollars US$ (*cinq millions et cinq cent mille dollars US*), dont 2,5 millions provenaient des ressources ordinaires (**45,5%**) et 3 millions des autres ressources (**54,5%**). La répartition de ce fonds par composante du programme était la suivante : (**i**) pour la santé et les droits sexuels et reproductifs, 3 millions 900 mille dollars; (**ii**) pour la dynamique de la population (**P&D**),- 1 million 225 mille dollars; et (**iii**) pour la coordination et l'assistance du programme, les 375 mille dollars restants, soit 70,9%, 22,3% et 6,8% respectivement.

—Taux de mobilisation budgétaire : Selon les graphiques 4.5 et 4.6., on constate que sur le montant initial prévu dans ce 7ème programme, un total de 3 346 147,0 US$ (trois millions trois cent quarante-six mille cent quarante-sept dollars américains) a été mobilisé, soit un taux de mobilisation de 60,8%.

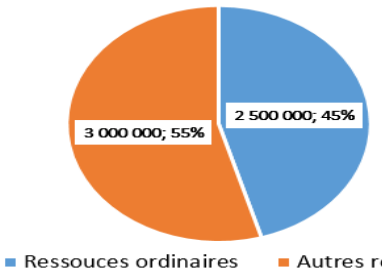


Figure 10 : Graphique 4.5. : Répartition des fonds initiaux prévus selon les sources, 2017-2021

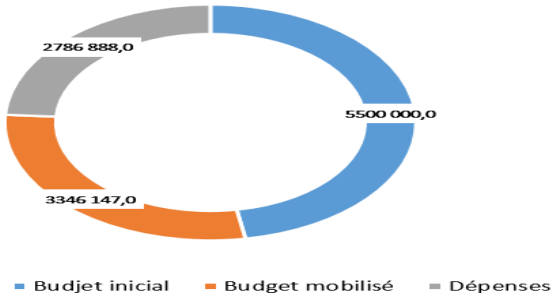


Figure 11 : Graphique 4.6. : Fonds initiaux (2017-2021), mobilisés et dépensés (2017-2020)

—Taux d'exécution financière du programme : l'exécution financière du CP7 est analysée selon le pays, le groupe de parties prenantes, par partenaire de mise en œuvre et par année. Les constats sur les équilibres des dépenses sont présentés ci-dessous.

Environ 2 786 888,0 US$ (deux millions sept cent quatre-vingt-six mille huit cent quatre-vingt-huit dollars américains) ont été dépensés au cours des quatre années de mise en œuvre de ce programme, ce qui correspond à un taux d'exécution financière de 83,3%, atteignant 89,6% pour le gouvernement et 82% pour le UNFPA (voir graphique 4.7.).

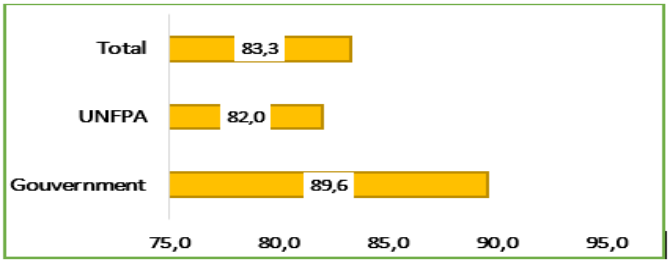


Figure 12: Taux d'exécution financière du pays et par groupe de parties prenantes, 2017-202

— Coût-Efficacité du CP7 : *Pour les huit indicateurs de produit (output) du projet, une performance moyenne de 156,6 % a été constatée, dans l'intervalle 423,0 % (maximum) et 50,0% (minimum). Concernant les dépenses 2 786 888 US$ ont été déboursés durant la période évaluée. Le taux d'exécution budgétaire est de 83,3%. Ainsi, le cout per capita du 7e PP UNFPA à considérer une population de 210 240 habitants pour Sao Tome et Principe (Projection 2020, INE) et le montant des dépenses est de 13.3US$ per capita. Quant au ratio coût-efficacité, il dégage un parallèle de 0,53 centième de budget pour 1 centime de performance. L'on constate ainsi une excellente performance dans la valorisation de la dépense du programme en termes de coût-efficacité. Ces résultats de la coût-efficacité du CP7 sont illustrés par les figures 13 et 14 ci-dessous.*

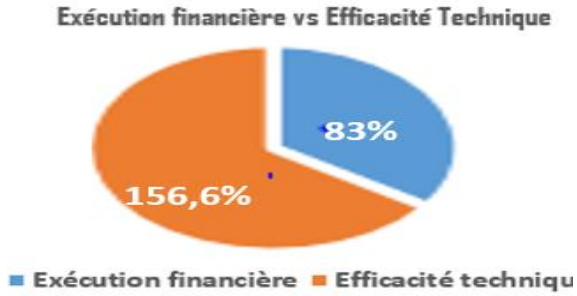


*Figure 13 : **Exécution financière vs Efficacité***

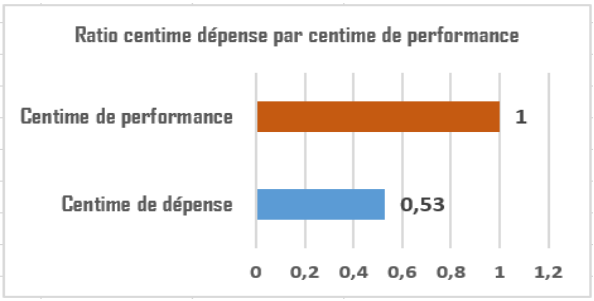


*Figure 14 : **Ratio coût-efficacité par centimes comparés***

La performance du CP7 renseignée s'avère « Suffisante » pour un ratio coût-efficacité de 0.53 centime de dépense pour 1 centime de progrès sur l'échelle d'efficacité[64]. Le calcul se fonde sur les données de la matrice de suivi des indicateurs, des rapports de mise en œuvre, des enquêtes (MICS, IP et autres). Le ratio représente la comparaison du % d'exécution du budget au % d'atteinte des cibles de produits du programme. L'exécution budgétaire de : 83,3%, la performance technique de : 156,6%, donnent un ratio coût- efficacité de : *0,53/1 ; soit 0,53 centième de budget vs 1 centième de performance*.

— Répartition de la dépense : La répartition de la dépense se présente ainsi qu'il suit selon les sources, les années, le groupe de ressources, les partenaires de mise en œuvre ; par groupe de partenaires d'exécution.

[64] Matrices de suivi des indicateurs, les rapports de programmes/projets et d'activités, enquêtes (MICS, IP et autres)

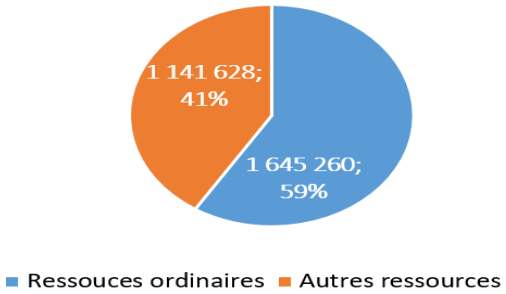


Figure 15: Répartition de total des dépensés selon les sources (2017-2020)

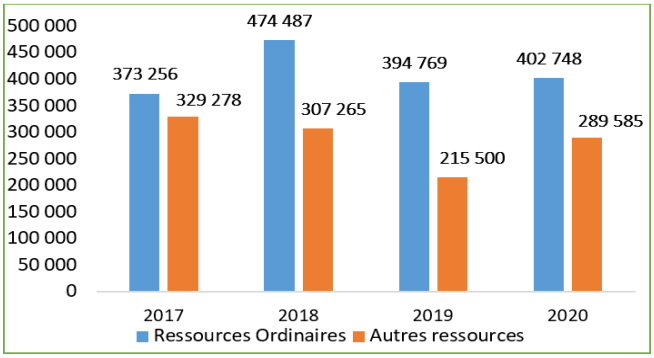


Figure 16: Répartition annuelle des dépensés selon les sources, 2017-2020

En ce qui concerne les sources des fonds dépensées (cf. figure 15), 1 645 260,0 USD provenaient des ressources ordinaires (59%), et 1 416 628,0 USD des autres ressources (41%). De *2017 à 2020*, les dépenses sur ressources ordinaires sont restées supérieures aux autres (cf. figure 16). Les dépenses sur fonds irréguliers ont été stables, celles sur les autres ressources ayant tendance à diminuer.

Dans ce graphique, la plupart des dépenses ont été réalisées par l'UNFPA 81,7% (2.277.938 USF) contre 18,3% (508950USD) dépensés par le gouvernement (*notez que même avec ce peu de fonds disponibles pour la gestion par le gouvernement, le taux d'exécution financière a atteint 89,6%*). Ainsi, l'UNFPA est le principal gestionnaire des fonds mobilisés et déboursés.

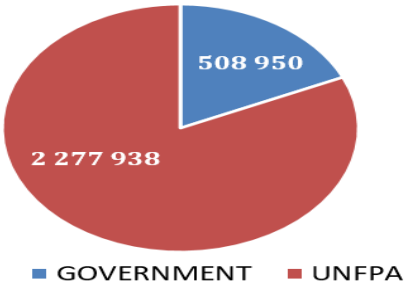


Figure 17: Répartition des dépenses totales selon le groupe, 2017-2020

— Inclusion budgétaire des différents domaines et interventions du programme : Des disparités dans les flux financiers selon ces paramètres. Elles reposent surtout sur le poids des défis entre questions de santé de la reproduction, celles de P&D et celles des thématiques transversales (et entre interventions à l'intérieur de ces domaines). Toutes les composantes et produits du CP7 sont inclus dans la répartition et l'utilisation des ressources selon le graphique ci-dessous.

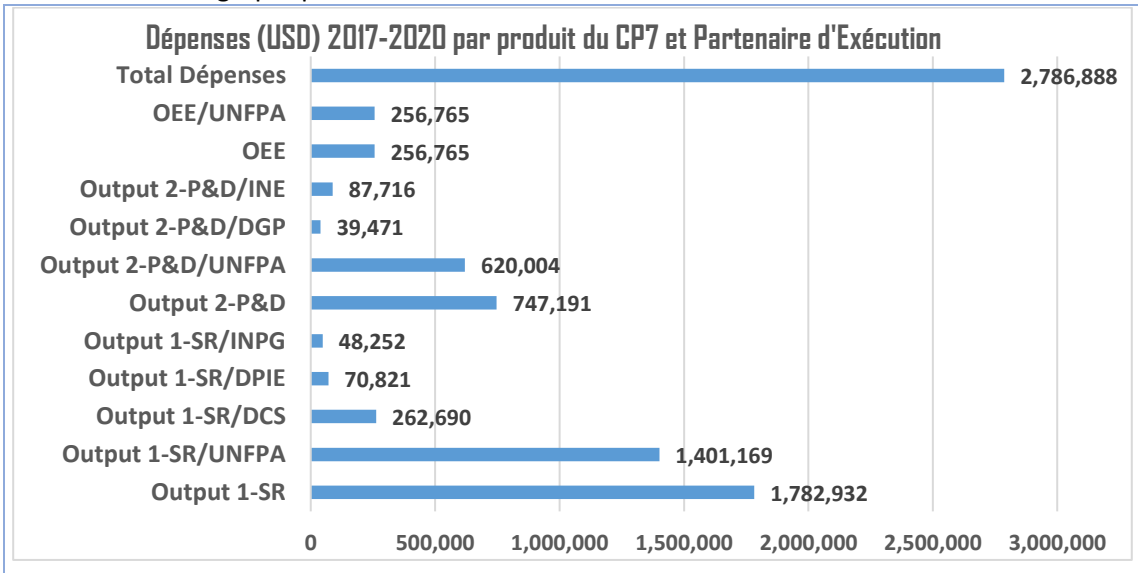


Figure 18 : Dépenses totales par produit du programme de pays et partenaires de mise en œuvre, 2017-2020

En ce qui concerne les dépenses au titre des produits du programme et des partenaires de mise en œuvre, le graphique 18 montre que le produit (Output 1-SR) seul représente 64% des dépenses, contre 27% pour le produit (Output 2-P&D) et 9% pour l'OEE à travers l'UNFPA.

— Rationalisation du budget et de la dépense sur la durée du programme: Les illustrations qui suivent montre une distribution substantielle des fonds sur les 4 années de programme. Le budget disponible et la dépenses se sont stabilisées à 28% et 22% respectivement. Ceci indique une constance de l'effort d'exécution et une rationalisation de la charge d'investissement.

Tableau 17 : Évolution des dépenses par groupe de partenaires d'exécution

Groupe de partenaires d'exécution	2017			2018			2019			2020			Total		
	Budget mobilisé	Dépenses	TEF(%)	Budget mobilisé	Dépenses	TEF(%)	Budget mobilisé	Dépenses	TEF(%)	Budget mobilisé	Dépenses	TEF(%)	Budget mobilisé	Dépenses	TEF(%)
GOVERNMENT	***229 223***	***206 936***	***90,3***	***150 536***	***150 158***	***99,7***	***99 020***	***74 491***	***75,2***	***89 031***	***77 365***	***86,9***	***567 810***	***508 950***	***89,6***
PGST01 **DCS**	128 710	119 259	92,7	80 094	73 901	92,3	35 775	33 398	93,4	41 280	36 132	87,5	285 859	262 690	91,9
PGST02 **INE**	45 705	41 743	91,3	21 270	20 779	97,7	23 240	15 152	65,2	14 080	10 042	71,3	104 295	87 716	84,1
PGST03 **DPIE**	14 603	13 521	92,6	19 565	18 231	93,2	24 205	22 299	92,1	17 740	16 770	94,5	76 113	70 821	93,0
PGST04 **DGP**	19 202	12 595	65,6	10 132	20 096	198,3	12 700	3 642	28,7	4 650	3 138	67,5	46 684	39 471	84,5
PGST05 **INPG**	21 003	19 818	94,4	19 475	17 151	88,1	3 100	0	0,0	11 281	11 283	100,0	54 859	48 252	88,0
UNFPA	***586 985***	***495 598***	***84,4***	***719 979***	***631 594***	***87,7***	***655 913***	***535 778***	***81,7***	***815 460***	***614 968***	***75,4***	***2 778 337***	***2 277 938***	***82,0***
PU0074	586 985	495 598	84,4	719 979	631 594	87,7	655 913	535 778	81,7	815 460	614 968	75,4	2 778 337	2 277 938	82,0
Total	**816 208**	**702 534**	**86,1**	**870 515**	**781 752**	**89,8**	**754 933**	**610 269**	**80,8**	**904 491**	**692 333**	**76,5**	**3 346 147**	**2 786 888**	**83,3**

Le tableau 17 présenté ci-dessus aborde de manière générale l'évolution des ressources mobilisées et dépensées et leur taux d'exécution financière respectif entre 2017-2020, selon les partenaires de mise en œuvre. Il a servi de source pour les graphiques ci-dessous.

La répartition du taux d'exécution financière au niveau des partenaires de mise en œuvre de 2017 à 2020, montre que la Direction de la planification et de l'innovation éducative (**DPIE**) a surpassé tous les autres avec un taux de 93%, suivie de la Direction des soins de santé (**DCS**) ; environ 92%. En revanche, l'UNFPA se situe à un niveau inférieur (82 %), bien qu'il soit l'agence qui a engagé le plus de dépenses (*81,7 % du total des décaissements*).

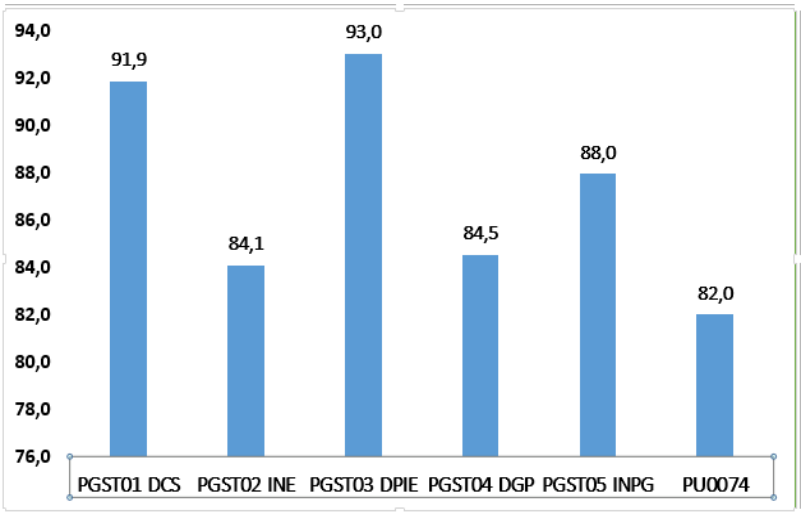


Figure 19 : Répartition du taux d'exécution financière par partenaires de mise en œuvre, 2017-2020

Le graphique figure 20 montre clairement que le poids annuel des ressources mobilisées et dépensées se situe entre 22 et 28%, 2018 ayant le poids le plus élevé pour les dépenses (28,1%) et en 2020 pour les ressources mobilisées qui atteignent 27%. La mobilisation des ressources a été en hausse, globalement, à l'exception de 2019.

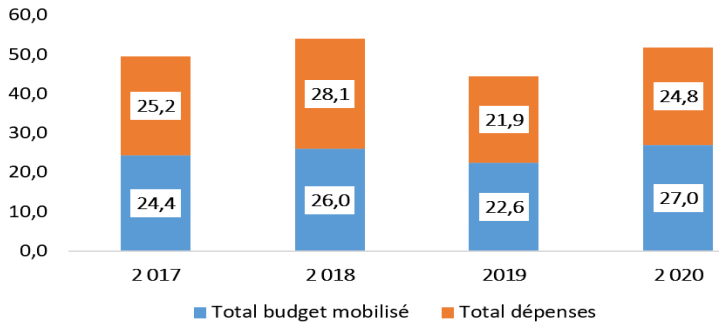


Figure 20 : % des fonds mobilisés et dépensés par an Vs total cumulé entre 2017-2020.

4.4 Question 4 : (DURABILITE)

Dans quelle mesure la poursuite des avantages après la fin d'une intervention financée par l'UNFPA, et la probabilité de les voir se maintenir à long terme et résister aux risques sont-elles garanties ? »

RESUME : La durabilité du CP7 est partielle tant pour la poursuite des interventions et des effets après les financements de l'UNFPA. Des capacités (techniques, institutionnelles,), des mécanismes d'appropriation et de durabilité des effets (réseautage OSC, ESC, synergie intersectorielle, renforcement de la statistique sectorielles) et des changements durables (bases de données nationales en ligne ; décentralisation de la PF longue durée ; réseau parlementaire pour la P&D,…) ont été acquis. Les limites incluent : une gouvernance entravant la GAR, la redevabilité des PE, la promptitude de la MEO et les innovations, un déficit de synergie des acteurs, l'impunité des mauvaises pratiques, l'exclusion des OSC des PE et des gaps programmatiques (supervision, planification, logistique, financement, staff, communautaires en déficit).

4.4.1. Poursuite des acquis après le financement de l'UNFPA passablement garanti

— ***Composante SDSR :*** Le **renforcement** des ***capacités de*** centaines de professionnels à tous les niveaux, dans toutes les structures sanitaires a eu lieu. L'on note la formation des élèves (SSRAJ), avec fourniture de matériels didactiques aux membres de 12 associations scolaires et l'exposition des groupes cibles aux messages SDSR par les radios communautaires, écoles et autres sites dans tous les districts. ***Les capacités normatives et stratégiques ont été renforcées (mise en place de*** procédures opérationnelles standards (POS) en SR et abus contre les femmes et ado/jeunes (toolkits DH pour respect droits dans les sites sanitaires et juridiques-CACV ; toolkits qualité SR : Définition des cas et profils ; algorithme diagnostic ; partogramme-accouchement ; Manuels SONE et SONU…). ***Les capacités infrastructurelles et en équipements*** ont été renforcées dans les maternités (coopération avec l'Union Européenne). L'appropriation a été renforcée par : (a) l**a création des associations d'élèves** pour la continuité endogène de la prévention des grossesses précoces et IST- VIH ; **la mise en réseau des acteurs du secteur de la jeunesse**. (b) le Réseau des jeunes a été redynamisé et étendu. (c) L'existant a été renforcé ***(C.I.J ; ASBEF) pour la durabilité du PF et de la SSRAJ***.

— ***Composante P&D :*** il y a eu ***un renforcement des capacités humaines*** y compris : (a) dans les institutions nationales avec l'augmentation d'effectifs à l'INE ; la formation de 7 techniciens statisticiens à l'ENSAE de Dakar, la formation en dynamique de développement des démographes, statisticiens et gestionnaires de données techniques et logistiques; la formation de 300 personnels des administrations publiques et locales à l'utilisation de la base de données ; le plaidoyer auprès de 57 décideurs et sensibilisation de 78 personnes sur l'importance des données statistiques pour la planification du développement. (b) En communauté, l'on note la formation des élèves en matière de SSRAJ, avec fourniture de matériels didactiques aux membres de 12 associations scolaires. L'on évoquera aussi l'exposition des groupes cibles aux messages P&D sur les radios communautaires, les écoles et dans certains sites à travers tous les districts. ***Le renforcement des capacités normatives, stratégiques*** a eu cours. L'on relève un appui à la mise en œuvre de la plateforme juridique pour

la prise en compte des droits, de l'égalité et de de l'équité ; une feuille de route sur l'intégration du DD dans le processus de planification. ***Le renforcement de l'infrastructure et des équipements a*** inclus un aménagement d'espace de travail à la DGP et l'acquisition de matériels informatiques et logiciels pour la collecte et l'exploitation des données.

Quant aux **mécanismes d'appropriation, l'on note :** la mise en place d'un réseau parlementaire comme lobby de l'agenda P&D ; la sensibilisation et le plaidoyer auprès des décideurs sectoriels, puis le suivi de la prise en compte du dividende démographique dans les stratégies de développement (Ministère en charge du plan/DGP). (b) ***La production des données par voie d'enquêtes sociodémographiques***, l'amélioration de l'accès et de l'utilisation des données à travers la mise en ligne de base de données, des journées statistiques et autres événements de vulgarisation (ateliers, séminaires). (c) **Le soutien au** réflexe de la demande d'appui technique chez les PE (DCS, DPIE, DGP, INE, INPG) pour répondre à tous besoin normatif et stratégique des institutions nationales ; à l'intégration de l'agenda du dividende démographique dans les stratégies de planification sectorielle et intersectorielle ; à la promotion de l'appui de la DGP aux administrations/institutions sectorielles (éducation, jeunesse, protection sociale) ; (d) la mise en place d'un cabinet des Droits Humains au sein du Ministère de la Justice.

— ***Composante SDSR :*** Concernant le **développement des capacités** et les mécanismes d'appropriation l**es constats défavorables comprennent : (a)** ***un accompagnement problématique de la planification quant à assurer la certitude sur la pertinence de la logique d'intervention du CP7 en vue de la réduction du taux de mortalité maternelle*****.** **L**a mortalité maternelle a augmenté malgré le dépassement des cibles de produits censées y contribuer. Le cas est similaire pour la PF. ***(b) L'insuffisance de la connaissance et des pratiques en matière*** **de PF** et ***de la compétence dans l'utilisation des équipements et outils de SM*** respectivement chez les adolescents et jeunes (13-24ans) selon ces derniers et chez les personnels de santé, la mobilité du personnel formé pour les services liés au mandat de l'UNFPA en matière de SDSR et de P&D compromet les progrès envisagés. La partie nationale ne propose pas de solution, malgré les sollicitations de l'UNFPA (facteur aggravant : la faible attractivité des conditions de travail induisant une fuite des compétences).

— ***Composante P&D*** **:** Les déficits relevés sur le développement des capacités et des *mécanismes d'appropriation comprennent* : Une **communication basée sur une formation peu capacitance en persuasion** en vue des bonnes pratiques dans la population cible **;** non alignée sur une stratégie ; avec un faible déploiement. **La collaboration verticale de la partie nationale avec l'UNFPA handicape les mécanismes appropriation (déficit d**'intégration du CP7 dans la routine de la planification et de la mise en œuvre de la partie nationale, mais routinisation du CP7 dans les retards (MEO, rapport) et non-complétudes administratives, souvent plus de 8 mois[65] de retard du rapport financier). **Des faiblesses systémiques handicapent le développement des capacités et de l'appropriation dont** le déficit en ressource humaine ; maintenance/amortissement/renouvellement gelant ou abimant les intrants fournis ; des appuis non capitalisés (ex : Cabinet DH établi mais non opérationnel).

4.4.2. Contribution passable du CP7 de l'UNFPA à des effets durables

— ***Composante SDSR*** **:** Les mécanismes de durabilité des effets mis en place et les changements durables observés comprennent :

(a) Le ***renforcement de la gouvernance de la SR***. Il y a eu actualisation des normes, standards et stratégies pour arrimer la politique et les stratégies de SDSR de STP à la donne scientifique actuelle et aux prescriptions internationales pour les meilleurs effets sur la santé. Ce recadrage contribue durablement aux effets des interventions. Les processus du plan stratégique de SR2018-2022 a été appuyé ; du plan stratégique de la PF 2018-2022 et la révision des normes de PF dès 2017 ; l'appui à la quantification des contraceptifs et produits

[65] Suivi des OFA à UNFPA

de santé maternelle disponibles faite en 2019. Il y a eu **renforcement de la participation communautaire avec *la mise en place de dispositifs associatifs dans le pays (cf. 4.4.1.-SDSR)***

(b) Les mécanismes pour la pérennité des services incluent : *-la capacitation des CS à offrir des soins obstétricaux selon l'échographie (effet :* réduction coût transport patientes) ; -l'introduction des hommes/garçons dans les cibles de la PF améliorant leur engagement et l'accès des femmes aux services dans les collectivités[66] et la normalisation de l'offre SDSR (cf.441-SDSR supra) ; - l'extension de la PF longue durée en périphérie; -l'utilisation des équipes et cliniques mobiles pour la surveillance des grossesses à risque et la PF en communauté ;**-Le renforcement du système d'approvisionnement (10 RHS formée à Channel V2**; 4 techniciens de GAS à former à Principe[67]) ; -L**'augmentation de la part du PF** (2014 : 0,15% ; 2019 : 4,3%) **dans le budget santé du pays**.

Les déficits en matière de mécanismes soutenant des effets et changements durables dans la composante SDSR comportent : (●) ***l'incertitude sur la logique d'intervention du CP7***[68] ; (●) la réductibilité des **outputs du CP7 à des mesures de MEO**, influençant peu ou pas les outcomes ; (c) **la persistance d'un important déficit CAP (connaissance, attitudes/perceptions/croyances et pratiques) alimentée par une** C4D peu persuasive, induisant un faible engagement des hommes/garçons concernant la PF (natalisme, croyances négatives, dissociation sociale des tâches hommes/femmes). Le tabou de la distribution des préservatifs aux ado-jeunes par des enseignants en a induit la suspension à l'école avec recul des bonnes pratiques SR[69] ; recrudescence des grossesses précoces (concordance avec statistiques des maternités depuis 2019-2020) et de la mortalité maternelle entre 2014 et 2020.

(c) Un environnement politique, administratif, économique et légal peu facilitant, défaillant en mobilisation des ressources et ***réactivité aux crises*** (staff insuffisants, institutions peu aptes).

(d) Les faiblesses systémiques en santé compromettent la durabilité des effets/changements dont un ***système d'approvisionnement*** défaillant (ruptures de stocks (préservatif masculin ; pilule d'urgence, ferosulfate, Sulfadoxine Pyrimétamine, ... ; sur-stockages glucocalcium ; sulfate de magnésium ; péremptions (…..) ; avec une régression par rapport à 2017-2018 où le CP7 était cité en exemple d'absence de rupture de stock lors du ***« Sommet de Nairobi sur la CIPD+25, Analyse des engagements, 12-14 Nov. 2019 »***; ***un système de données manuel*** (services et stocks) au niveau centre et poste de santé à la date de l'évaluation[70]; ***un déficit d'expertise logistique et de capacité de magasinage au niveau du programme SSR/DCS***; ***un d'approvisionnement en « push »*** (dotation) défavorisant la rationalisation autonome des stocks par les centre de santé.
-Des dysfonctionnements affectant l'offre de services dont la persistance du déficit de compétence chez les prestataires (incompétence à la mise en marche ; difficulté d'interprétation des images). Le déficit de capacité en périphérie sature la maternité centrale par un surcroit de cas de grossesses (à risque ou non) ; l'absence de suivi-recherche des cas PF – (discontinuité des nouvelles utilisatrices pour inconfort thérapeutique (FGD de femmes 15-49ans) ; la non attractivité des prestations PF (gratuites) pour les PS, en mal de gains supplémentaires au salaire modeste (ESS niveau national) ; la faiblesse de la fréquence de la CCC des OSC de jeunes en prévention des GP et du VIH (séances mensuelles selon le Réseau Jeunes.

▬ ***Composante P&D :*** Les mécanismes de durabilité des effets et de Changements durables comportent : -Un réseau de parlementaires pour les questions de P&D ; -Le renforcement de la statistique sectorielle (santé ; éducation); -Les bases de données sociodémographiques en ligne; -La promotion et

66
67
68
69
70

l'accompagnement de l'utilisation des données pour la planification du développement ; le réseautage national dynamisé des associations scolaires et extra pour promouvoir la culture des données pour le développement; -La promotion de l'amélioration des attitudes et pratiques institutionnelles et communautaires pour la durée des effets du CP7 ; -Le renforcement du SIGL (formations ; digitalisation via logiciel Channel V.2 ; acquisition d'ordinateurs).
Quant aux limites, les effets/changements durables **sont** compromis par **un leadership/gouvernance défaillant ; des** cibles de résultats réductibles aux produits-extrants. L'environnement, les lois et le déficit de la mobilisation des ressources sont peu favorables en général[71].

L'on note La ***faiblesse de : (a) l'engagement du Gouvernement*** (moins de 10% du budget) favorise l'extraversion du financement ; (b)l'approche participative de la mise en œuvre dont l'essentiel revient aux institutions publiques[72] ; (c) la ***réactivité aux crises et de*** la résilience du contexte national (déficits en staff, emploi attractif/intérêt général ; système de maintenance/amortissement et culture des résultats ; insuffisance de la disponibilité des équipements et stock) ***;*** (d) la culture des données et de l'utilisation de l'internet pour la recherche/le travail. Il y a aussi l'absence de stratégie de surveillance de la couverture, de la continuité et de l'utilisation des services ; l'insuffisance la CCC pour jeunes (séances mensuelles selon le Réseau Jeunes) et de la couverture des communautés, surtout rurales (0/35 ; rapport de progrès INPG).

4.5. Question 5 : (COORDINATION)

Dans quelle mesure l'UNFPA a été un membre actif et un contributeur actif aux mécanismes existants de coordination de l'UNCT ? Cela comprend également la participation et les contributions aux mécanismes de coordination humanitaire de l'HCT, le cas échéant.

RESUME : Une participation optimale aux séances de travail et aux échanges dans les différentes instances et assises dont 2 groupes thématique, un leadership au niveau de différents groupes de travail et d'un sous-groupe thématique de l'UNCT, un appui sollicité aux leaders des groupes thématiques démontrent la participation suffisante de l'UNFPA et son leadership. L'insuffisance des effectifs au niveau du Bureau de pays et des PE, le rôle de seconde ligne (soutien) découlant de son mandat limitent la contribution de l'UNFPA a la coordination UNCT, surtout dans le domaine humanitaire. *L'UNFPA a quasi-suffisamment participé et contribué, de manière active, aux mécanismes existants de la coordination de l'UNCT et de la coordination humanitaire de l'HCT, ainsi qu'à leur consolidation***.** Cependant l'institution n'est pas leader de groupe thématique de l'UNDAF et joue un rôle de soutien dans les opérations humanitaires du fait de son mandat. Une participation limitée aux mécanismes coordination humanitaire et opérations humanitaires.

4.5.0. Activité suffisante de l'UNFPA au sein de la coordination de l'UNCT.

L'UNFPA a été un membre suffisamment actif de la coordination de l'UNCT **selon les données des parties prenantes, corroborées par celles de la documentation.** Parmi les évidences favorables, l'on relève les aspects suivants :

(a) L'ensemble des cadres du SNU rencontrés corroborés par les sources documentaires consultées indiquent que l'UNFPA est un membre actif de la coordination de l'UNCT Cela se démontre par : une ***participation optimale aux séances de travail et aux échanges*** dans les différentes instances et assises selon les témoignages et rapport d'assise de CEDAW, plan de contingence inter-agence de réponse à la pandémie

71

72

du COVID-19, rapports sur la mise en œuvre des MPA's dans le SIS. Un point focal a été désigné pour la sécurité et l'autre pour les aspects humanitaires qui participent dans groupes de travail inter-agence établis.

(b) L'UNFPA a un positionnement de leader dans la coordination de l'UNCT. L'agence assure le leadership du PMT, du M&E, du HACT et du Sous-groupe Jeunes du Groupe Thématique Cohésion Sociale. Les termes de référence et procès-verbaux du PMT-UNDAF, du M&E-UNDAF, et du GT-UNDAF montrent une participation de l'UNFPA dans 2 groupes thématiques (*les Groupes Thématique de la Cohésion Sociale et de la Gouvernanc*e). Les cadres de l'UNFPA sont associés aux cadres tenant des rôles de leaders des groupes thématiques UNDAF du fait de la sollicitation de leur forte expertise.

Les évidences défavorables incluent :

(a) La faiblesse de l'effectif du personnel du bureau de pays de l'UNFPA qui limite sa capacité à influencer et participer à la coordination de l'UNCT et de ses différents mécanismes selon les sources verbales et documentaires. Les procès-verbaux des assises de l'équipe humanitaire de pays (HCT) et des espaces humanitaires connexes pour la coordination montrent l'insuffisance de participation de l'UNFPA en matière de questions humanitaires. Le manque d'effectif absorbe les NPOs (National Program Officers) dans des tâches logistiques au détriment du temps de travail technique.

(b) La faiblesse de l'effectif des ressources humaines qualifiées chez les IP et autres partenaires se traduit par un accompagnement assidu et chronophage par les NPOs de l'UNFPA. Cela se fait aux détriments de l'implication desdits NPOs dans leurs responsabilités de coordination au niveau de l'UNCT et du bureau de pays ;

(c) l'UNFPA est limité par son mandat aux opérations humanitaires de soutien/maintien plutôt que celles de la ligne de front ;

La triangulation des constats montre une concordance des sources verbales et documentaires. La valeur ajoutée des sources verbales est l'appréciation de l'avantage comparé de l'expérience et de la compétence de l'équipe pays de l'UNFPA par rapport aux autres agences.

4.5.1. Contribution quasi-suffisante de l'UNFPA aux mécanismes existants de la coordination de l'UNCT.

*L'UNFPA a quasi-suffisamment participé et contribué, de manière active, aux mécanismes existants de la coordination de l'UNCT et de la coordination humanitaire de l'HCT, ainsi qu'à leur consolidation***.** La contribution de l'UNFPA est sensiblement plus soutenue par le déclaratif des parties prenantes que les sources documentaires) ; tant sur la participation à la coordination UNCT que celle sur la coordination humanitaire.

Du point de vue des évidences favorables, l'on note les acquis suivants :
(a) L'UNFPA dispose d'un potentiel de contribution relevé, incluant la maitrise du contexte du pays par la cheffe du bureau UNFPA/STP, l'expertise relevée des cadres de l'agence en matière de M&E et Gestion des ressources. Les membres de toutes les autres agences des Nations Unies soulignent la haute influence technique et stratégique exercée par la cheffe BP/UNFPA dans l'UNCT et le Leadership conceptuel et technique de l'UNFPA dans les groupes thématiques.

(b) La contribution de l'UNFPA à l'activité de l'UNCT et de ses mécanismes est intense et diversifiée : (a) La cheffe d'agence est reconnue par ses pairs Onusiens pour partager sa longue expérience (30^{taine} d'années) sur la dynamique du SNU en STP avec les autres chefs d'agence. Durant (*cheffe BP/UNFPA participe du quotidien en UNCT par le contexte de la pandémie COVID-19, mobil*); (**b**) Les cadres de l'UNFPA sont reconnus pour faire des c**ontributions techniques majeures** dans les échanges aux seins des mécanismes de l'UNCT. Cela s'applique par

exemple à la préparation de documents importants de coordination[73] le leadership dans les stratégies de mobilisation des ressources financières pour la préparation et la réponse à la COVID-19[74] et la reprogrammation des ressources de base). (**c**) L'UNFPA a une participation/contribution majeure dans l'élaboration de l'UNDAF et des initiatives conjointes ; dans l'implémentation des plateformes de données juridiques (PNUD, UNICEF), au group thématique Cohésion-Sociale et bonne Gouvernance de l'UNDAF, aux programmes conjoints dont la contribution aux enquêtes nationales de référence[75 ;76] avec UNICEF, OMS et Banque Mondiale (**BM**). En matière de préparation du pays à saisir la fenêtre d'opportunité exponentielle de développement que représente le dividende démographique, l'UNFPA a joué le rôle de leader selon les autres agences de l'ONU. L'agence a offert l'essentiel de l'appui technique y relatif en incluant la prise en compte du DD dans l'élaboration des politiques et stratégies de développement sœurs la capitalisation des perspectives de développement opportunités de développement. L'agence a en effet fourni un appui aboutissant à un Cadre national d'intervention en 2020[77]. Des activités de sensibilisation, de formation à l'intégration du DD dans les plans et programmes de développement, de plaidoyer et de lobbying dont la mise en place d'un réseau parlementaire pour la prise en compte des dynamiques de population dans les stratégies et politiques de développement, de programmation de l'intégration de DD dans la planification nationale ; d'accompagnement à la tenue du Conseil national de la statistique et de rapportage sur le DD.

(c) la Co-Sensibilisation (*UNFPA, UNICEF*) à travers le Programme "***visão de sábado***"; la mise en place de plateformes de données juridiques (*PNUD, UNICEF*). L'institution appuie la génération de données utiles à tout le SNU.
(d) Le coût total des programmes de l'UNDAF pour la période 2017-2021 a été estimé à 41.387.000 USD dont 59.4 % sont à mobiliser. Ce budget total sera alloué aux actions liées à la croissance économique et résilience (43,6%) dans une perspective de développement inclusif, aux initiatives de renforcement de la gouvernance (20,4%) et aux services sociaux de base (36,0%). **L' Effet 1:** Les disparités et les inégalités sont réduites à tous les niveaux à travers la participation effective des groupes vulnérables et clés, et le développement et l'utilisation par ces groupes des services de protection et des services sociaux de base ; **L' Effet 2:** L'administration publique centrale et locale, et les institutions de contrôle sont plus efficaces, avec une participation citoyenne garantie, en particulier pour les jeunes et les femmes ; **L' Effet 3:** L'emploi et la compétitivité sont assurés à travers une diversification économique, le développement de la résilience aux changements climatiques, qui améliorent la qualité de vie des populations pauvres et vulnérables en milieu rural et urbain ainsi que l'accès à l'aide financière et au marché pour les jeunes et les femmes. Le tableau ci-dessus montre la répartition de contribution de l'UNFPA en dollars pour les effets. Elle représente **6,5%** du budget des programmes de l'UNDAF.

Tableau 18 : Contribution financière de l'UNFPA au budget UNDAF

EFFET	Ressources Disponibles (UNFPA)	Ressources Disponibles (Autres Agences)	Ressources à Mobiliser (UNFPA)	Ressources à Mobiliser Autres Agences	TOTAL (UNFPA)	TOTAL (UNDAF)
EFFET 1	1 400 000	8 136 000	720 000	6 770 000	2 120 000	14 906 000
EFFET 2	300 000	7 149 000	280 000	1 296 000	580 000	8 445 000
EEFET 3	0	1 500 000	0	16 536 000	0	18 036 000
TOTAL	1 700 000	16 785 000	1 000 000	24 602 000	2 700 000	41 387 000

[73] *Brainstorming on UNDAF 2017-2021 Gouvernance*
[74] IP Management Guidance_COVID19_March2020
[75] Multiple Indicators Cluters' Survey 2019
[76] Enquête International Osteoporosis Foundation , 2017
[77] "Cadre National d'Intervention sur le Dividende Démographique Disponible et Opérationnel », STP 2020

Du point de vue des évidences défavorables, l'on note que :

- L'UNFPA n'est pas un leader d'un groupe thématique de l'UNDAF. Son mandat quant aux opérations humanitaires le limite au soutien/maintien sans que l'institution ne puisse travailler sur la ligne de front.
- La documentation disponible ne montre pas une participation nette de l'UNFPA aux mécanismes de coordination humanitaire.
- La faible visibilité/disponibilité de la documentation y relative à l'UNFPA, dont le manque de Procès-verbaux des équipes humanitaires de pays (HCT) et le manque d'espaces humanitaires connexes pour la coordination humanitaire dévoilent l'insuffisance de participation de l'UNFPA aux questions humanitaires.

4.6. Question 6 : (ADAPTATION AUX CRISES-COVID 19 ET AUTRES CHANGEMENTS MAJEURS)

« Dans quelle mesure le programme a-t 'il répondu aux besoins émanant de la pandémie de COVID-19 et autres changements majeurs ? »

RESUME : L'UNFPA a quasi-suffisamment maintenu une programmation fondée sur les droits de l'homme face au COVID-19 et aux changements intempestifs des cadres sectoriels partenaires grâce à la mise en place et le suivi d'une stratégie nationale de riposte. La fourniture rapide des secours aux populations, la disponibilité du personnel de santé compétent en cas d'urgence ont préservés les services et assurés la réponse à la crise grâce à l'apport en connaissance Covid ; un fonctionnement rationalisé des CS, la mobilisation des fonds de Chine, la surveillance des risques pour les décisions conservatoires. Les impacts persistants des crises incluent la diminution de la PF, l'augmentation des grossesses précoces et VBG, le déficit de kit d'hygiène pour les acteurs du programme. Le recul du programme (fonds, renvoi des services et de l'approvisionnement) ; le confinement sans C4D et préventifs adaptés ; la raréfaction mondiale des intrants et fonds, les restrictions sociales, l'impréparation vis-à-vis des grands sinistres sont les facteurs. L'absence d'évaluation des services durant la crise en vue des ajustements, la forte rotation du personnel, (imposée ou sollicitée) des cadres formés par le programme et la faible couverture des groupes vulnérables et marginaux compromettent la qualité et l'efficacité des services. L'apport de l'UNFPA au HCT, est la disponibilité des données d'enquête et autres pour la planification et la régulation. Le coaching des parties prenantes sur les seuils de décision pour éviter les sinistres. Les systèmes de données ont renseigné les changements sur les indicateurs du programme, mais, cela n'a pas alimenté un soutien aux acteurs de 1ère ligne sur la surveillance/correction de la régression des progrès antérieurs.

4.6.1. Le bureau de pays quasi-suffisamment répondu avec adéquation aux changements du contexte national en maintenant une programmation fondée sur les droits de l'homme.

La r**éponse aux besoins émergents et évolutifs des autorités et des populations dues à la crise humanitaire liée à la pandémie COVID-19** a **été** quasi-suffisante. Cependant la r**éponse aux changements en matière de besoins spécifique des groupes vulnérables et marginaux** est passable. Les sources documentaires ont davantage soutenu l'adéquation de la réponse du CP7 face aux crises que les entretiens et FGD.

Concernant **la réponse aux besoins émergents et évolutifs des autorités** et des autres parties prenantes aux niveaux national et infranational **dus à la crise humanitaire liée à la pandémie COVID-19** et/ou à d'autres changements (politiques) majeurs, l'on retient la participation de l'UNFPA à:

(a) la définition des besoins des autorités sanitaires, des autres parties prenantes (agences ONU, autres partenaires de SDSR et P&D, Société Civile) durant les réunions de crise. L'UNFPA a participé à l'organisation des ateliers de renforcement des capacités pour la gestion des crises humanitaires et des risques associés en cas d'apparition des cas de COVID-19. L'institution a soutenu des équipes inter-agences dans l'analyse et le suivi des risques et dans la planification des activités,

(b) La mise à disposition des fonds[78;79] pour la préparation des actions de riposte, la participation avec le SNU et le Gouvernement aux actions de coordination humanitaire en matière de SR et de violences sexuelles des patients atteints par la maladie COVID-19. L'UNFPA a participé au développement des outils et à la prise des dispositions pour l'évaluation des besoins en information et suivi de la réponse, au renforcement des partenariats humanitaires pour un plan d'action annuel de préparation à la crise ; à la mise à disposition des fonds (d'après le CNAO6, l'UNFPA a financé un projet à hauteur de 380000 dollars USA pour l'achat des masques, les blouses et équipements adaptés, des kids médicaux, des gangs, lunettes, respirateurs médicaux, etc.) en vue d'une gestion efficace en cas de besoin ; et au développement et l'utilisation des groupes de services de protection et des services sociaux de base.

Quant aux autres changements dont ceux politiques principalement, ils sont liés au contexte démocratique contingent, marqué par la rotation du leadership (passage de deux équipes Gouvernementales). Ce contexte a engendré : (a) Une forte rotation répétitive des cadres centraux des administrations associés au CP7. Dans la pyramide sanitaire, l'hémorragie des compétences est continue et substantielle par quête de salaires décents à l'étranger. Au Programme SR, toute l'équipe a changé en 2019. A la DGP des cadres formés sont allés dans d'autre direction. Au Ministère en charge des Finances, le nouveau directeur en charge des paiements signe les décaissements du CP7 avec des délais plus longs. Les retards de soumission des comptes annuels des PE, des plans de travail et de signature des ordres de décaissement pour la MEO du CP7 ont stagné (chronicité) ou se sont rallongé. Ainsi, des comptes de 2020 chez certains partenaires d'exécution (PE) n'étaient pas clôturés/soumis en Août 2021 selon les entretiens du niveau national et le fichier des OFA/UNFPA-STP[80].

(b) En guise de solution l'UNFPA a développé du plaidoyer au niveau des Ministres. Les engagements verbaux pris restent sans concrétisation. Le coaching de la réalisation des produits attendus. L'UNFPA s'est chargé d'acquérir et de fournir logistique et équipement pour les sites de prestation et acteurs infranationaux pour juguler lourdeurs administratives (équipements SONU de Mé-Zóchi et de Cantagalo[81] : Entretien CO/UNFPA ; rapport 2019).

La **réponse aux besoins émergents et évolutifs des populations et des groupes vulnérables dues à la crise humanitaire liée à la pandémie COVID-19,** diverses actions ont été menées avec l'appui de l'UNFPA grâce à des partenariats internationaux dont avec l'UE et la Chine : (a) le renforcement de la communication, l'amélioration de la capacité de fourniture rapide des outils de secours essentiels aux populations touchées (masques, gel hydro-alcoolique, dispositifs de lavage des mains). Les secteurs et acteurs (agences SNU, ministères et autres acteurs) ont été classés en acteurs de 1ère et 2è ligne pour la réponse à la crise et la disponibilité de la RH capable d'exercer des fonctions critiques pendant l'urgence a été concrétisée sur cette base. (b) L'inclusion des jeunes dans les mécanismes de prise de décision dans toutes les phases de la réponse humanitaire en cas de crise. Face aux humanitaires liés à COVID-19 des évaluations rapides d'impact sur les populations ont été effectuées, y compris les femmes enceintes (Stratégie des Nations Unies en Soutien au Gouvernement pour Préparer, Répondre à l'épidémie COVID-19 à Sao-Tomé & Principe, 2020 ; Plan d'Action-Prévention Covid-19, 2020).

(c) L'équipement et l'orientation Les institutions de la ligne de front pour fournir la réponse d'urgence. Les acteurs de 2è ligne comme l'UNFPA sont restés mobilisés par réseau TIC et actions ponctuelles pour assurer la continuité des services tels clé comme la maternité et la prévention du VIH et des GP.

---

[78] Plans de travail Annuel 2020 ; UNFPA/STP

[79] Country Office Acitivity Report 2020 ; UNFPA/STP

[80] le fichier des OFA/UNFPA-STP

[81] Country activity report, UNFPA 2019.

L'approche droits humains dans **la réponse aux besoins émergents et évolutifs des populations et des groupes vulnérables dus à la crise humanitaire COVID-19 a été mise en œuvre.** Face à Covid-19 l'UNFPA a appuyé le renforcement des capacités de services pour la couverture universelle des différentes catégories impliquées (parties prenantes, prestataires, bénéficiaires des différents profils). Cela couvre le Droit à la santé, selon les Recommandations (108.55, 108.56, 107.78, 107.79)[82], de la **résolution 16/21 du Conseil des droits de l'homme** des Nations Unies. L'aide a été mobilisée pour les besoins des partenaires, prestataires et bénéficiaires sans discrimination et les services les ont tous visés. Les matériels de protection et de communication préventive ont été fournis dans tous toutes formations sanitaires. Ladite communication a visé les abus contre les femmes et personnes vulnérables en période de crise. Les femmes enceintes et plusieurs personnes à vulnérabilité et marginalisation spécifiques (handicapés ; LGBT ; TS ; PVVIH, enclavés) qui ont incidemment fréquenté les formations sanitaires ont bénéficié du matériel de protection. La priorité a été donnée aux plus à risque dont le staff santé.

Les évidences favorables de **la réponse aux changements en matière de besoins spécifiques des groupes vulnérables dus à la crise humanitaire COVID-19** incluent le renforcement des capacités d'adaptation aux crises humanitaires et de gestion des situations d'urgence pour l'atténuation des risques vs COVID-19; le soutien des équipes inter-agences dans l'analyse, le suivi des risques, la planification des activités, la disponibilité des ressources financières pour la préparation des actions de riposte, la mise en place et le suivi des mécanismes de coordination humanitaire en matière de SSR et de violence sexuelle des patients atteints par la maladie COVID-19 ; le développement des outils et la prise des dispositions pour l'évaluation des besoins en information et de suivi de la réponse. L'on note aussi le renforcement des partenariats humanitaires pour l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan d'action annuel de préparation à la crise ; des financements pour une gestion efficace en cas de crise ou d'urgence ; l'alternance du personnel en vue de rendre disponibles les services modernes de PF ; l'amélioration de la capacité de fourniture rapide des outils de secours essentiels aux populations touchées ; la disponibilité de la RH capable d'exercer des fonctions critiques en cas d'urgence et des évaluations rapides sur les populations vulnérables affectées par le COVID-19, y compris les femmes enceintes.

*Concernant la réponse aux besoins émergents et évolutifs des autorités et des autres parties prenantes dues à la crise humanitaire COVID-19**,*** il apparaît en substance le fait que Le pays a été touché par une crise humanitaire ; même s'il dispose d'un organe interinstitutionnel en matière de SSR en raison de l'orientation et un leadership de l'UNFPA dans le cadre de la réponse des crises humanitaire de la COVID-19, Le pays est classé comme à haut risque (UN-OCHA) et a produit un ensemble de données qui corroborent cette évidence. On note l'arrêt systématique de la sensibilisation communautaire sur la PF suivant le respect des mesures barrières, ainsi que la restriction de l'horaire de travail et des effectifs de patients par jour dans les unités sanitaires. Le fait que les patients se refusaient à visiter les CS/PS a induit certaines fermetures ponctuelles. Toutes ces défaillances dues à la pandémie COVID-19 ont considérablement impactés sur les indicateurs d'accessibilité et d'utilisation de la PF.

Au sujet de ***la*** **réponse aux besoins émergents et évolutifs des populations et groupes vulnérables dues à la crise humanitaire COVID-19,** l'on a observé le retard de la formation du personnel, l'accès compromis des adolescents aux contraceptifs (fermeture écoles), et la faible utilisation des contraceptifs modernes avec augmentation des grossesses précoces. L'observance **de l'approche droits a souffert du** retard de la 2è dotation kits de protection depuis le 1er/09/2020. Malgré la communication préventive en pic de crise, la santé et la police déclarent une augmentation des violences domestiques et grossesses.

[82] Rapport national présenté conformément au paragraphe 5 de l'annexe à la résolution 16/21 du Conseil des droits de l'homme - Sao Tomé et Principe

Concernant les **déficits de la** *réponse du bureau de pays aux changements en matière de besoins spécifiques des groupes vulnérables,* l'analyse documentaire montre un déficit de plans d'action et de suivi spécifiques concernant la COVID-19 envers les groupes vulnérables. Les programmes auxquels l'UNFPA a contribué en gestion des crises humanitaires n'adressent pas les spécificités de ces groupes. La pandémie COVID-19 a démontré l'impératif de renforcer la résilience des services de SR afin de préserver l'accès de tous et des personnes vulnérables aux soins. Car, la maladie a empêché la réalisation de certaines activités du programme depuis 2020 dont la formation des associations des jeunes des quartiers et la sensibilisation du fait des mesures de restriction (Annual Report 2020).

4.6.2. Evaluation insuffisante de la disponibilité de services SR de haute qualité pour les besoins connexes en contexte humanitaire

Les services de SR de haute qualité n'étaient pas assez disponibles pour répondre aux besoins connexes en contexte d'humanitaire selon les sources primaires, ils l'étaient bien moins selon la documentation. De plus, ces services n'ont pas été pas été évalués. Le renforcement des effectifs (augmentation de 10% de 2019 à 2020) et la formation de la RHS ont eu lieu dans les institutions nationales (augmentation d'effectifs et recyclage/formation des médecins, infirmiers et sages-femmes). Un montant de 451.169 USD a été mobilisé pour le renforcement des capacités et le recyclage des prestataires SR.

L**a mise en place des systèmes fonctionnels d'information sur la gestion de la logistique pour la prévision et le suivi des produits de santé** reproductive (ex : pendant le premier trimestre de l'année 2019, 577 nouvelles personnes ont eu accès aux méthodes modernes de PF (Q1 Monitoring Sao-Tomé & Principe, 2019,). Il y a eu le renforcement des infrastructures de santé l'équipement et l'approvisionnement en produit PF, les campagnes de sensibilisation en milieu scolaire et dans les communautés villageoises. Toutes ces actions ont eu un impact significatif sur la couverture en services de qualité. Ainsi, le nombre de femmes victimes de violence qui ont eu un accès à au moins un des services essentiels de PF a évolué de 250 en 2019 à 403 en 2020). Tout cela, et l'ensemble des capacités renforcées antérieurement, suggérait un dynamisme potentialisant la réponse à des besoins connexes en situation de crise.

Les limites à la disponibilité et à l'évaluation des services SR de haute qualité comprennent les éléments ci-dessous. (a) L'environnement n'est pas préparé à la réponse aux crises du fait du déficit en dispositifs juridiques/administratifs et de coordination et ressources pour une réponse à la hauteur des crises.
(b) Les capacités renforcées ne sont pas toujours suffisantes pour adresser une demande massive en services dans l'urgence comme dans le cas COVID-19 (ex : effectif insuffisant de staff et associations de promotion des services). (c)Les dysfonctionnements structurels/systémiques compromettent la réponse aux crises. (d) La maitrise des grossesses précoces n'est pas acquise en situation ordinaire ; d'où une forte augmentation durant le Covid-19. Selon l'INPG la pandémie a entrainé « la réduction du nombre de services par jour (…) des heures de travail ont fait que peu de personnes ont accès aux centres de santé et (…) aux méthodes contraceptives, ce qui a entraîné une forte augmentation du nombre de femmes enceintes.». Car, «tous les efforts ont été concentrés à la pandémie pendant la période COVID-19» (ITW, INJ). (e) Une seule formation sanitaire offre des SONU dans le pays ; c'est un handicap en situation de crise.

5. CONCLUSIONS

A l'issue de l'analyse effectuée dans le cadre de cette évaluation, des conclusions (**C**) ont été élaborées suivant les axes/niveaux stratégiques (*ont proposé ici: (a) La coordination, la coopération, le partenariat entre PTF et la partie nationale; (b) L'adaptation aux crises – COVID-19 et autres changements majeurs; et, (c) Les questions transversales (genre, droits humains, équité, communications, environnements sociopolitique…*)); et au niveau programmatiques (*sont par 4 critères d'évaluation: pertinence, efficacité, efficience et durabilité*[83]) concernant des interventions/activités dans le cadre de la planification et de l'offre des services.

5.1. Conclusions stratégiques

COORDINATION, COOPERATION ET PARTENARIAT ENTRE PTF ET PARTIE NATIONALE

C1-Coordination-Transversale:
La participation et la contribution de l'UNFPA à la coordination de l'UNCT y compris sur les aspects humanitaires (HCT) ont été davantage suffisantes. Les avancées sont dues à (**a**) la maitrise du contexte pays par la cheffe BP/UNFPA; (**b**) **la participation optimale *aux séances de travail et aux échanges*** dans les différentes instances et assises dont l'élaboration du UNDAF avec des contributions majeures; et les programmes conjoints (*enquêtes MICS6-2019 et IOF-2017 avec UNICEF, UNDP, OIT, OMS, autres agences*)[84] ; (**c**) la réduction de la disparité à tous les niveaux; (**d**) le renforcement des capacités nationales dans les domaines genre, SR et P&D dont celles de la DGP et de l'INE dans la production, l'exploitation, la gestion des données avec prise en compte du dividende démographique permettant l'amélioration du potentiel de planification basée sur les évidences sociodémographiques pour les acteurs SNU et pays; (**e**) au leadership technique des NPO (*SR, M&E, Finances*) de l'UNFPA dans les groupes thématiques; lesquels sont associés aux cadres leaders des groupes thématiques UNDAF; du fait de leur longue expérience, haute expertise, engagement dans les travaux et forte sollicitation par leur pairs Onusiens ; (**f**) la contribution à l'implémentation de plateformes de données juridiques avec le *PNUD et l'UNICEF* bénéficie plateformes du SNU et au pays; (**h**) la contribution aux groupes thématiques « Cohésion Sociale » et « Bonne Gouvernance de l'UNDAF ». Ce qui précède favorise la participation effective des groupes vulnérables et clés, le développement et l'utilisation par ces groupes des services de protection et des services sociaux de base, ainsi que la participation citoyenne garantie, en particulier pour les jeunes et les femmes. **Les limites comprennent une i**nsuffisance du potentiel de participation aux mécanismes de coordination UNCT dont les groupes thématiques de l'UNDAF et d'influence, du fait d'un faible effectif de personnel et du mandat de l'agence ; l'insuffisance en effectif et expertise dans les administrations PE exigeant un appui des cadres UNFPA absorbant en temps de travail, aux détriments de la coordination ;

C2-Coordination-Transversale: Dans le cadre du HCT, l'UNFPA contribue sa maitrise exceptionnelle du contexte et apporte des solutions dans la coordination de la réponse aux crises humanitaires. Ces efforts réduisent les disparités et les inégalités à tous les niveaux, grâce à des paquets de services accessibles à tous et à un renforcement de l'administration publique centrale et locale, et des institutions de contrôle qui deviennent plus efficaces. Ces avancées reposent sur l'accroissement significatif des services par UNFPA vers la disponibilité pour tous. **Les limites** incluent ; une contribution et un leadership mitigés dans les actions humanitaires dus au mandat de l'UNFPA comme agence de soutien et à son staffing limité et absorbé à suppléer un gap dans le renforcement de la prise en compte de la P&D dû au non-recrutement à l'INE de 7 techniciens formés en collaboration avec la Banque Mondiale. Le manque d'espaces humanitaires et le mandat de l'agence quant aux opérations humanitaires, la limite au soutien/maintien sans possibilité de travailler sur la ligne de front.

ADAPTATION AUX CRISES – COVID.19 ET AUTRES CHANGEMENTS MAJEURS

C3: Adaptation aux crises-a : L'adaptation aux crises a été passable ainsi que le maintien d'une programmation selon les droits de l'homme face au COVID-19 et aux changements répétitifs d'équipes et pratiques dans administrations

[83] L'ensemble complet des critères d'évaluation du CAD de l'OCDE, ses définitions adaptées et des principes d'utilisation sont disponibles à: https://www.oecd.org/fr/cad/evaluation/criteres-adaptees-evaluation-dec-2019.pdf.

[84] (*contribution dans les enquêtes MICS6-2019 et IOF-2017 avec UNICEF et OMS*)

partenaires. Une stratégie nationale de riposte à COVID-19 a été déployée et les nouvelles équipes des PE étaient intégrées dans le CP7. Cela a préservé l'amélioration de la capacité de fourniture rapide des outils de secours essentiels aux populations touchées, la disponibilité d'un personnel de santé compétent pour la réponse d'urgence. La mobilisation et la fourniture des moyens anti-COVID (fonds (de Chine, d'Inde), équipements d'hygiène, matériaux de protection) ont permis ce maintien ; la divulgation de connaissances sur le Covid et le conseil sur les seuils d'ajustement/arrêt d'activité (cours, ministère de l'éducation). Des impacts des crises ont persisté dont la diminution de l'utilisation de la PF, l'augmentation des grossesses précoces, et l'augmentation des cas de VBG, le déficit de kit d'hygiène pour bénéficiaires finaux, activistes, radios communautaires. Ces limites sont dues aux retards et à la réduction/non complétude de la mise en œuvre du CP7 (retards/ajournements de formations, sensibilisations, ruptures de stocks), à la raréfaction mondiale des fonds et intrants d'hygiène suite aux restrictions préventives, à l'impréparation vis-à-vis des sinistres et l'absorption de fonds du programme par la réponse Covid-19.

La couverture juste incidente des groupes vulnérables et marginaux tient de leur absence du mandat de l'UNFPA ; l'effusion des cadres expérimentés formés par le programme qui pouvaient soutenir la qualité des services (mutation vers d'autres services par les équipes dirigeantes changeantes ; migration des cadres vers d'autres employeurs ou pays pour un travail plus attractif). L'absence de stratégie de relais à la suspension de la communication interpersonnelle, la promiscuité en confinement engendrant le passage à l'acte sexuel, l'absence de communication spécifique sur les risques du confinement, la réduction de l'accessibilité des moyens de prévention ont contribué au recul de la prévention (PF; VIH) avec boom des grossesses et l'absence d'évaluation des services de réponse à la crise pour ajustement.

C4: Adaptation aux crises-b : L'UNFPA a contribué aux réunions de crise Covid-19, dans le cadre du HCT. Parmi les apports majeurs, figurent la disponibilité des données pour la planification et la régulation dont l'enquête sur l'impact du COVID sur les familles et l'orientation des institutions dans l'élaboration de plans d'urgence et plans post-Covid. Ainsi, l'UNFPA a pu conseiller les parties prenantes sur les seuils de décision en matière de gestion de risque de sinistre, dont l'arrêt des cours scolaires. Les systèmes de données ont continué de fonctionner, renseignant les changements sur les indicateurs du programme pic de crise COVID-et au-delà. Cependant l'UNFPA n'a pas soutenu les acteurs de 1ère ligne en système de surveillance, alerte en vue des réponses correctrices d'urgence aux menaces contre les progrès acquis par les efforts de développement ; dont la recrudescence des grossesses précoces, VBG et IST. Les données disponibles n'ont pas été exploitées pour ajuster les allocations de ressources selon les besoins en périphérie. Le confinement de l'UNFPA dans son rôle de soutien alimente cette situation.

QUESTIONS TRANSVERSALES (GENRE, DH, EQUITE, COMMUNICATION, ETC.)

C5-C4D: La fonctionnalité et la contribution de la communication ont été passables (2/4) pour la bonne marche du CP7. La stratégie C4D n'a pas été opérationnalisée pour encadrer la mise en œuvre vers le succès, en l'absence d'une expertise à cet effet. L'absence de plan de communication a induit la navigation à vue. Les objectifs, résultats, et indicateurs de communication ont été de pertinence relative et de significativité insuffisante pour les effets de connaissance, attitude et pratiques attendus. Les dénominateurs étaient peu adéquats pour une intervention à l'échelle pays. Les publics cibles assez inclusifs, ont été déterminés mais pas analysés pour des contenus de communication spécifiques et pertinents. Les prestataires ont été omis. Le choix et l'inclusion judicieux des interventions (mobilisation, mass-média, interpersonnel, plaidoyer, partenariat, événementiel, lobbying) et canaux (radio, TV, causeries, internet) de communication a été intégré et la diversité des sources complémentaire. Cependant n'y a pas eu un ajustement selon les problèmes/besoins spécifiques des groupes cibles.

Les contenus/messages/supports de communication ont produit avec une adéquation limitée du fait de l'absence d'analyse des profils des publics cibles et un procédé d'élaboration non standardisé. Il n'y a pas eu d'étude de base, de prétest du matériau de communication pour en ajuster la pertinence et l'acceptabilité. La programmation a été peu rationnalisée, se fondant peu sur les normes et standards de communication. L'action a été discontinue et éparse. La formation des acteurs n'a pas été à la hauteur de l'induction de la plupart des effets attendus (imprégnation de la connaissance, persuasion, induction/accompagnement des changements d'attitudes et de comportements). Un budget, de la ressource humaine, des équipements de sonorisation pour les associations, des supports scriptovisuels, des matériels promotionnels ont été mis à disposition. L'ensemble s'est révélé insuffisant compromettant les progrès. Le bénévolat des pair-éducateurs a manqué de constance, tandis que l'appartenance aux institutions favorisait la durabilité.

C6a-S&E: **S&E :** Le système de M&E du CP7 a été partiellement fonctionnel, avec un bon potentiel d'optimisation à 2,46 sur une échelle de 4. Selon le modèle d'analyse à 12 composantes il est ressorti que ¼ (3) des composantes n'étaient pas présentes (**le plan de travail budgétisé du M&E, l*a Communication, le plaidoyer & la Culture de M&E)*.** Quatre (4) autres composantes sont fonctionnelles à suffisance dont: ***la structure organisationnelle en charge du M&E;* la capacité humaine pour le M&E; *Le partenariat pour la planification, la coordination et la gestion du système de M&E; Les enquêtes et la Surveillance.*** Le reste des composantes, soient (5) présente une fonctionnalité partielle variant de 1,5/4 à 3/4**.** *Il s'agit de* **12-Dissémination et utilisation des données (2/4); *10-La supervision formative et l'audit des données (3/4): 9-L'existence et qualité des bases de données nationales et infranationales (1,5/4);* 7-Le suivi ou monitoring de routine (1,5/4); *et 4-L'existence d'un cadre de M&E/Cadre Logique (1,5/4).* Ce dernier se caractérise par p**lusieurs éléments existants isolément.

C6b-SIS: **L'insuffisance des données, leur faible fiabilité et les dysfonctionnements de la gestion des stocks ont amené** l'UNFPA à appuyer la transition de la gestion manuelle des données logistique au niveau des districts à la numérisation dans l'ensemble de la pyramide sanitaire avec l'option d'un système d'information de gestion logistique (SIGL) reposant sur le logiciel Channel V2. Des formations initiales ont été faites pour formateurs et prestataires, mais des recyclages demeurent nécessaires pour asseoir les compétences électroniques en particulier ; les ordinateurs prévus pour le logiciel du SIGL sont arrivés tard et la crise à COVID 19 a ajourné leur installation dans les sites de prestation. Le système d'information sur les services de santé nécessite un tel renforcement. Le logiciel DHIS2 est recommandé par l'OMS dans la région. L'UNFPA n'a pas encore entamé d'action.

5.2. CONCLUSIONS PROGRAMMATIQUES

PERTINENCE

C7-SDSR: **La pertinence de la SDSR du CP7 est suffisante, l'essentiel des besoins des populations, de l'Etat, des autres partenaires et les exigences internationales étant adressés. L'offre a porté sur les** besoins de la population générale (*hommes, femmes, adolescents/jeunes, victimes VBG, mères, nouveau-nés*) en services de SR (PF, SONE, SONU, PTME, SSRAJ-grossesses précoces et VIH, VBG, LMIS, C4D) et l**e programme a amélioré** en qualité et quantité les équipements et compétences des cadres et prestataires. D'une part, cela est dû à la mobilisation suffisante des financements ; à la qualité de leur gestion, la coordination de la mise en œuvre par l'UNFPA et l'endossement des activités par les PE. D'autre part, il y a eu la disponibilité en continu des services, sans discrimination active. Le CP7 a contribué au respect des engagements de l'Etat par rapport à différents agendas nationaux et internationaux de développement (cibles, services, groupes cibles, approches, agendas, ODD, stratégie mondiale de la santé pour femmes, enfants et ado-jeunes) du fait des sollicitations de l'Etat, des activistes et de la stratégie mondiale de l'UNFPA et l'UNDAF.

Les limites comprennent : (a) l'insuffisance et inadéquation des services SR pour les ado/jeunes à l'école et en dehors (absence des préservatifs à écoles, insuffisance de la couverture et de l'efficacité en communication); les femmes (faible autonomie en PF) **et** les groupes vulnérables et marginaux (barrières aux minorités sexuelle). Cela tient d'une offre générique servie auxdits groupes, dans les mêmes conditions que la population générale qui les ostracise ; de l'omission des approches et intrants spécifiques pour adolescents/jeunes, handicapés, LGBT, enclavés... et des préférences individuelles en PF. **(b) la disponibilité partielle de l'offre de services** (2 maternités non fonctionnelles ; échographie souvent absente...) induite par l'insuffisance du budget national de la santé ; le non-respect de l'intégration/coordination nationale de la gestion des produits de santé par la logistique du CP7 qui en subi pertes et ruptures de stocks etc. **(c) La persistance marquée d'obstacles comportementaux** à l'utilisation des services (*PF ; prévention VIH; CPN*). Des intérêts/forces communautaires, personnels et conjoncturels font entraves dont les tendances natalistes ; la recherche de gains et articles en vogue (cellulaires, écouteurs…) par les filles auprès de partenaires sexuels et leur exploitation domestique. Ainsi, la jeune fille n'est pas autonome dans la gestion de sa santé, de sa formation/éducation et de son implication dans le travail. Le déficit en adéquation, spécificité et efficacité de la communication du CP7 consolide ces obstacles comportementaux.

C8-P&D: **La pertinence de la composante P&D est suffisante. Le programme a amélioré** en qualité et quantité les équipements, les compétences des cadres et prestataires de la chaine de production, analyse, et gestion des données pour le développement. Les facteurs contributeurs incluent : la mobilisation suffisante des financements; la qualité de la gestion et la coordination de la mise en œuvre par l'UNFPA puis l'endossement des différents activités par les PE ; **l'**adaptation du CP7 aux besoins de la population générale (*hommes, femmes, adolescents/jeunes*) qui est liée à la prévision de services de P&D portant sur leurs attentes génériques en P&D et C4D ; le respect des engagements de l'Etat par rapport à différents agendas nationaux (PND2020-24, vision 2030/ATN, SNDS2018-2021) et internationaux de développement (ODD, CIPD, CEDAW) du fait des sollicitations de l'Etat, des activistes et de la stratégie mondiale de l'UNFPA et l'UNDAF.

Parmi les limites figurent (a) une couverte insuffisante et peu efficace en communication y compris pour les groupes vulnérables dont les jeunes et les marginaux. **Cela tient d'une offre générique servie auxdits groupes avec** omission des approches et données spécifiques pour adolescents/jeunes, handicapés, LGBT, enclavés... L'on note aussi (b) l'omission du secteur de la jeunesse parmi les administrations appuyées en matière de systèmes statistiques sectoriels et d'inclusion de la dynamique démographique dont le DD dans la planification du développement. (c) Globalement, les actions n'ont pas été à la hauteur des prévisions. (d) La composante P&D reste focalisée sur les administrations et les politiques, compromettant le développement participatif et la fourniture d'évidences aux acteurs de la société civile, des communautés, des écoles, des universités et du secteur privé. (f) L'exclusion de la société civile du partenariat avec l'UNFPA fragilise le principe de développement national participatif et ses avantages comparatifs. (g) L'appui déficitaire par rapport aux administrations sectorielles clés (Jeunesse, sécurité sociale/promotion de la famille, justice/maintien de l'ordre) est handicapante.

C9 : L'UNFPA, l'INPG et le Centre de Conseil contre la Violence Domestique (**CACVD**) n'ont eu une action limitée, étant donné l'absence d'une composante Genre et VBG et des fonds limités. La statistique VBG a partiellement (santé, police) continué. L'action multisectorielle a fléchi.

EFFICACITE

C10-SDSR: L'efficacité de la composante SDSR a été quasi-suffisante. Les progrès par rapport aux cibles des produits ont été exponentiels dépassant les prévisions finales avant l'an de clôture. Un seul sur 3 des effets est contre-performant à -103%, soit le taux de mortalité maternel (moyenne : 32,1%). Les acquis ont pour facteurs la mobilisation efficace des ressources ; la synergie continue avec la partie nationale, coachée et l'accompagnée en continu, l'appui très attendu par les bénéficiaires institutionnels et communautaires, le renforcement des 6 piliers du système de santé et la bonne perception de l'UNFPA. Les limites de l'efficacité comportent la contre-performance en mortalité maternelle et la faiblesse de la contribution des outputs aux outcomes. Les facteurs incluent une programmation déficitaire. La définition de l'indicateur de mortalité maternelle est non spécifique, la rationalité de sa cible est incertaine.

La structure de la chaine des résultats est problématique (faible alignement des outputs sur les outcomes). Ainsi l'indicateur de grossesse précoce y est censé contribuer à la prévalence contraceptive/ou à la couverture des besoins non satisfaits. Les outputs ne sont pas assez contributeurs ou transformateurs, équivalant souvent à des extrants d'activité (% du personnel de santé formé en PF et SSR (149%). La planification/quantification s'est avéré peu réaliste. Les processus et les résultats ont été mitigés pour certaines interventions/activités dont la formation, la C4D, l'offre PF, SM (renforcement avorté de deux maternités), l'intégration des questions transversale (genre, DH, équité).

L'on note un processus de conception et d'exécution biaisé ; une stratégie de communication non mise à contribution pour cadrer la mise en œuvre; la faiblesse de la fréquence et la discontinuité des séances ; l'absence de ciblage personnalisé selon les segments de population (faible couverture des zones mal desservies, groupes vulnérables et marginaux) ; le déficit d'alternative aux contraintes de groupes cibles imposées par le mandat de l'UNFPA ; l'inadéquation des techniques de formation vis-à-vis des compétences visées ; des infrastructures non conformes pour héberger l'offre SM et des pratiques de mise en œuvre peu axées sur les résultats. La situation de la prise en compte des questions transversales (genre, équité, DH) est controversée, entre la circonspection des parties prenantes et l'affirmative de la documentation. La survenue du Covid-19 a impacté des acquis et préparatifs ultérieurs du programme dont la recrudescence des grossesses et VBG et l'ajournement d'activités (formation à l'élimination des produits PF ; la mise en place du SIGL).

C11-P&D: La performance moyenne des trois produits P&D paraît suffisante (97,2%). Mais elle est tirée par un seul indicateur à progrès exponentiel (Nombre d'employés de l'INE spécialisés en démographie et/ou en statistique (175%)). Les deux autres indicateurs ont une performance inférieure au seuil de 4/5^{è} attendu à l'avant dernière année du CP7 (3/5^{è} et 2,5/5^{è} respectivement). Cette performance devrait être considérée comme passable pour maintenir le cap nécessaire de l'effort. Quant à l'outcome sur planification du RGPH selon les standards, la performance est suffisante (100%). Les facteurs de ces acquis incluent la synergie continue avec, et l'accompagnement technique suivi offert à la partie nationale par l'UNFPA, la réceptivité et la participation des parties prenantes et bénéficiaires, la bonne perception de l'UNFPA.

Les limites de l'efficacité comportent le questionnement sur le lien directe de contribution entre l'outcome (RGPH planifié selon les standards) et les outputs censés l'induire ; d'autant plus que dernier peut être atteint tandis que ses contributeurs ne le sont pas ou le sont exponentiellement (Nombre d'employés de l'INE spécialisés en démographie et/ou en statistique (175,0%); Nombre de bases de données socio-démographiques mises à jour et accessibles aux utilisateurs (66,7%) ; Cadre national du dividende démographique disponible et opérationalisé (50,0%). Le facteur essentiel est la cohérence et le réalisme de la programmation/ToC. Les facteurs associés incluent le choix d'effet non holistique et la faiblesse de l'anticipation du lien arithmétique entre l'évolution de l'outcome et celles des produits. La structure de la chaine des résultats se révèle incertaine avec un faible alignement des outputs sur l'outcome. Les cibles retenues comme outputs pourraient n'être que des extrants et donc pas particulièrement contributeurs ou transformateurs. L'indicateur sur-excédentaire questionne le réalisme de sa programmation.

Les processus et les résultats ont été mitigés pour l'essentiel des interventions de production, analyse et gestion des données et leur accessibilité et utilisation universelles. Les activités d'appui ont aussi été affectée (formation, plaidoyer, la C4D), tout comme les actions sur les questions transversales (genre, VBG, DH). Parmi les facteurs : l'archaïsme, la défaillance ou l'absence globaux des systèmes statistiques sectoriels comme dans la santé. S'y ajoutent l'absence de volonté politique en faveur des administrations (INPG et autres) autres que l'INE et l'absence de culture de la production des données administratives et la faible demande. La gestion des données sociodémographiques est entravée par les déficits de l'actualisation et de l'accessibilité pour la population. Des difficultés de processus et d'efficacité affectant la SDSR en matière de déploiement de la C4D s'appliquent également à la P&D. La sensibilisation prévue sur en matière de plaidoyer sur le profil DD à STP n'a pas eu cours La publication de « Women and Men in STP » n'a pas eu lieu. Parmi les activités de plaidoyer 2/6 n'ont pas été réalisées. Seul le 1/3 des analyses des données prévues a été réalisé.

Le volet genre a été à peine mentionné dans les activités C4D par les diverses sources, y compris le cas des VBG. Les efforts des CACVD ont été limités par la modestie de l'appui. Les canaux de diffusion sur les questions de DH sont peu utilisés par la population (web, lecture). L'absence de composante genre dans le CP7, soit un financement minimal, a dilué les efforts sur la promotion de cette thématique. Les barrières machistes à l'accès des femmes aux services SR persiste, faute de réponse adéquate, autant pour les LGBTI et jeunes. Le dynamisme des instances sectorielles genre est au sommeil. Il manque un système d'information stratégique genre qui alimente et fonde l'action. Un dispositif juridique (loi, instances judicaire, police nationale, point de recours (CACVD) sont en place mais les cas et la permissivité envers les violences conjugales perdures.

EFFICIENCE

C12-SDSR: Efficience-SDSR : L'efficience de la composante SDSR paraît suffisante. Tous les outputs ont été dépassés (100,1% à 423%) pour une exécution budgétaire variant entre 88% et 93% (INPG-DPIE). Les acquis incluent des ressources humaines, logistiques et infrastructurelles significativement renforcées selon les prévisions ; un ratio coût-efficacité satisfaisant alors que les ressources humaines et temps n'étaient pas assez disponibles pour la mise en œuvre. La qualité de la mobilisation des ressources et de leur gestion par le bureau de pays de l'UNFPA, sa capacité à offrir systématiquement l'appui sur demande sont à la base des progrès. Les limites de l'efficience sont liées à : l'incertitude sur la validité du niveau d'efficacité apparent (du fait des incohérences dans la chaîne des résultats, compromettant la qualité des produits suivis et mesurés comme indicateurs pertinents ; le réalisme insuffisant dans la détermination des cibles) ; une gestion inadéquate du temps (retard chronique du calendrier de mise en œuvre affectant la disponibilité des fonds et intrants avec soumission tardive des comptes financiers et des narratifs); une chaine d'approvisionnement défaillante (ruptures-surplus-péremption, faible capacité de stockage, suivi de stock défaillant ; système de dotation de stock et non de commande) des activités omises ; ajournées ou de faible efficacité (formation SM et C4D; LMIS, sessions de C4D) ; un déficit quantitatif et qualitatif de la ressource humaine dans le système de santé jusqu'aux sites de

prestation ; Les facteurs à la base de ces entraves sont des lourdeurs administratives au niveau de la partie nationale, l'insuffisance du budget de l'Etat, la faiblesse de la gouvernance/GAR sectorielle ; le déficit de la régulation de l'approvisionnement et l'impact du Covid-19.

C13-P&D: L'efficience de la composante P&D a paru quasi-suffisante (exécution budget : 84,1%-85,5% (INE-DPG) ; efficacité : 92%). La capacité de produire, analyser et gérer les données a été assez renforcée (1 cible de produit dépassée ; 2 en voie de complétude) mais les ressources sont plus ou moins appropriées (temps, fonds, expertise, coûts administratifs, stratégies). Les acquis incluent des ressources humaines, logistiques et infrastructurelles renforcées ; un ratio coût-efficacité satisfaisant alors que les ressources humaines et temps n'étaient pas assez disponibles/capitalisées. La qualité de la mobilisation des ressources et de leur gestion par l'UNFPA, son offre systématique d'appui sur demande expliquent ces progrès. Les limites incluent une validité incertaine de l'efficacité apparente (cf. facteurs conclusion efficience SDSR), l'inadéquation de la gestion du temps (cf. idem) ; le dysfonctionnement de la statistique sectorielle (production manuelle, collecte, analyse, partage et ressources déficitaires). Des activités étaient omises ou de faible efficacité (étude VBG, C4D). La ressource humaine est déficitaire en quantité et qualité (INE, DGP) et dans les secteurs appuyés, à tous les niveaux et son renforcement par 5 techniciens formés n'a pas abouti au recrutement à l'INE. A la base de ces entraves, il y a les défaillances administratives, du budget de l'Etat et de la gouvernance évoquée pour la SDSR ; les déficits en culture des données, soutien de l'Etat, intérêt des bénéficiaires et l'impact du covid-19.

DURABILITE

C14-SDSR: La durabilité est partielle, reposant sur le développement des capacités normatives, stratégiques, technologiques et professionnelles pour la prestation des services SDSR de qualité ; et celui des connaissances chez la population. Des mécanismes pérennes intra et intersectoriels, de mobilisation de ressources et de prestation de services sont aussi en place. **Les déterminants** sont les apports en formation, gestion ; logistique, communication ; accompagnement structurant, puis l'engouement d'un bon nombre d'acteurs nationaux et la mobilisation de PTFs (UE, BM, UNICEF, Inde, chine). **Les limites** incluent la routine, les lourdeurs, les conflits de priorités, la forte rotation des dirigeants administratifs entravant la gestion programmatique efficace, y compris de l'information stratégique et la disponibilité des données communautaires/C4D chez les PE. Des incompétences à utiliser et pérenniser des outils et technologies médicaux (personnel) et à assurer l'adoption des bonnes pratiques par la population (acteurs CCC). **Les facteurs** incluent les déficits en : **- *personnel*** (effectif faible, forte rotation, faible motivation, priorisation du gain personnel, compétence SR perfectible, faible appropriation du programme) ; ***-gouvernance,*** avec l'exclusion des OSC comme partenaires UNFPA pour capacité institutionnelle limitée, une synergie faible entre Gouvernement et UNFPA, une faible considération des requêtes de l'UNFPA par l'Etat ; d'où : des ressources non optimisées (staff, intrants, infrastructure, temps); la non fidélisation du personnel dans le programme, la dissociation entre carrière, inconduites, performance et revenu ou punition ; une supervision peu correctrice, le déficit en maintenance-amortissement-renouvellement des équipements et en infrastructure adéquate ; **– *qualité de la formation***, avec des procédés et contenus inadéquats pour les résultats/compétences visés ; **–** financement intérieur de la santé (apport : 1 à 10%).

C15-P&D: La durabilité est passable. Des capacités normatives, stratégiques, technologiques, professionnelles et l'intériorisation de l'importance des données, de la planification et du dividende démographique par acteurs et décideurs ont été développées. La synergie avec les secteurs connexes (santé, éducation, Justice, Jeunesse) a été renforcée. Les facteurs en amont incluent l'appui en formations, équipements, infrastructure et communication (administrations, parlement, population) ; le plaidoyer au parlement (avec mise en place d'un réseau de parlementaires pour la P&D; l'accompagnement stratégique structurant de la DPG et de l'INE par l'UNFPA, puis des administrations sectorielles par la DGP (renforcement du processus des données), l'engouement d'un bon nombre d'acteurs nationaux et la mobilisation de PTFs/SNU. Il y a aussi la création avec mise en ligne des bases de données, leur production et leur vulgarisation, la mise en place d'un cabinet de droits humains et le renforcement du secteur jeunesse par un réseautage associatif national intra et extra-scolaire encadré par l'IJ (promotion de la culture des données avec une la vision du développement fondé sur celles-ci). La digitalisation de la chaine logistique SR est en cours partout en STP. ***Les limites*** incluent des déficits de la gouvernance selon la conclusion sur la Durabilité SDSR. La **communication est déficitaire en alignement avec sa stratégie, animateurs** persuasifs pour une population cible adhérente ; continuité de l'interpersonnel et complétude de la couverture. Les défaillances systémiques fragilisent les renforcements acquis (Cabinet des Droits Humains non opérationnalisé ; cadres formés pour l'INE, non recrutés).

6. RECOMMANDATIONS

A l'issue de l'analyse effectuée dans le cadre de cette évaluation, des recommandations (**R**) ont été élaborées suivant les axes/niveaux stratégiques (*ont proposé ici: (a) La coordination, la coopération, le partenariat entre PTF et la partie nationale; et, (b) L'adaptation aux crises – COVID-19 et autres changements majeurs;* concernant des interventions/activités dans le cadre de la planification et de l'offre des services. Elles sont classées aussi, en fonction de l'urgence et de leur importance, à trois niveaux de priorité (*de 1-élevé à 3-faible*) et leur valeur ajoutée.

6.1. RECOMMANDATIONS STRATEGIQUES

<table>
<tr><th colspan="3">COORDINATION, COOPERATION ET PARTENARIAT ENTRE PTF ET PARTIE NATIONALE</th></tr>
<tr><td rowspan="2">R1</td><td>Responsable: UNFPA-STP / Priorité: 1</td><td>Base: C1-C2 / Coût: Salaires+Transport+DSA / Durée: 3 mois</td></tr>
<tr><td colspan="2">Mener un plaidoyer motivé et documenté aux niveaux hiérarchiques supérieurs (WCARO et New York) pour une augmentation raisonnable de l'effectif du personnel UNFPA/STP avec le soutien de la partie nationale. Procéder en 3) étapes y compris (1) Elaborer une note de plaidoyer plus démonstrative et (2) Organiser une mission officielle de plaidoyer avec la partie nationale pour négocier la révision de l'organigramme proposé en audience avec le Directeur du WCARO. (Détails en Annexe 16).</td></tr>
<tr><td rowspan="2">R2</td><td>Responsable: UNFPA / Priorité: 3</td><td>Base: C1-C2 / Coût: Salaires+Atelier+toolkits / Durée: 3 mois, ponctuel</td></tr>
<tr><td colspan="2">Renforcer la participation de l'UNFPA dans la gestion des questions humanitaires au sein de l'UNCT et du HCT en capacitant le point focal RCT selon les objectifs de participation et se positionnant comme conseil et secours des agences de 1ère ligne pour prévenir ou anticiper la submersion de ladite ligne. (Détails Annexe 16).</td></tr>
<tr><th colspan="3">ADAPTATION AUX CRISES – COVID.19 ET AUTRES CHANGEMENTS MAJEURS</th></tr>
<tr><td rowspan="2">R3</td><td>Responsable: UNFPA-STP / Priorité: 1</td><td>Base: C3-C4 / Coût: Salaires+Appels+Ateliers+ kits (sécurité ; gestion crise ; plaidoyer) / Durée: 1 an, continu</td></tr>
<tr><td colspan="2">Mettre en place une stratégie de réponse aux risques d'effondrement des effets acquis par les programmes de SR et de P&D avec volet spécifiques pour la population générale et pour les groupes vulnérables et marginaux en collaboration avec le HCT, UNDP, OMS et le HCDH, selon le processus : documentation des risques, échelles de gravité, surveillance, plan et procédures de réponse, collaboration avec les administrations. (Détails en Annexe 16).</td></tr>
<tr><td rowspan="2">R4</td><td>Responsable: UNFPA / Priorité: 1</td><td>Base: C3-C4 / Coût: Consultances + Reliquat CP7+ Kits C4D+ Stock d'urgence PF/préso/SM/SSRAJ +Salaires +logistique+ Atelier + évaluation / Durée: 6 mois, continu</td></tr>
<tr><td colspan="2">Réduire ou compenser les impacts des crises sur les effets acquis en maintenant ou renforçant l'offre des services SDSR et P&D en : -Renforçant les services permettant de rétablir les comportements fragilisés par la crise à covid-19 ; Rattrapant l'agenda des activités ajournées, réduites, déconstruites par le Covid; -renforçant les capacités nationales à surmonter les impacts des crises ; -évaluant régulièrement les services de réponse à la crise et faisant les ajustements nécessaires, -collaborant avec l'UNCT/HCT (Détails en Annexe 16).
NB: Des mesures de stabilisation du personnel dans les programmes de coopération et dans les systèmes sectoriels figurent dans les recommandations « R18-(C1-SDSR et C2-P&D) ; R22 ; R23, R26»</td></tr>
<tr><td>R5</td><td>Responsable: UNFPA / Priorité: 1</td><td>Base: C3-C4 / Coût: Evaluation+Etude+ logistique inverse/stocks / Durée: 1 mois, crise/post-crise</td></tr>
</table>

	Soutenir la réponse de 1ère ligne des crises par la surveillance et l'alerte sur les menaces et l'utilisation des intrants en périphérie pour maitriser en temps réel les risques de déconstruction des progrès de développement acquis (recrudescence des grossesses précoces, des VBG, IST et autres) et ajuster les allocations. **Raison d'être:** surmonter les limites de la position d'acteur de 2è ligne pour un appui facilitateur à la 1ère ligne.	
QUESTIONS TRANSVERSALES (GENRE, DROITS HUMAINS, EQUITE, COMMUNICATION, ETC.)		
R6	**Responsable: UNFPA / Priorité: 2**	**Base: C5-C4D:** C11-C4D ; C10-11-SDSR/P&D ; C6a-S&E **/ Coût: étude : 20000USD+ conception : 30000USD+ Ateliers + Campagne : 9.94USD / Durée:** 6 mois, puis continu
	Développer une intervention intégrée de **Communication pour le développement** (C4D : CCC (CIP ; Mass-Média ; réseau sociaux), plaidoyer/lobbying ; partenariat ; événementiel) en vue de mettre en place des connaissances, attitudes et pratiques favorisant l'atteinte des cibles de produit en SDSR et P&D. Il faudra : (a)Mettre en place de la documentation de cadrage de la C4D : stratégie révisée, plan d'action, chaîne des résultats, plan de S&E ; (b) Orienter le Cadre en charge de la Communication au Bureau Pays par UNFPA/WCARO sur la mise en œuvre d'une stratégie intégrée de C4D pour un programme de développement pluriannuel complexe et (c) **Normaliser le processus C4D en observant selon les résultats visés les procédures opérationnelles standards : investigation, segmentation de la cible (dont vulnérables et marginaux), planification-budgétisation, formation capacitant/normalisée, la conformité de la MEO (complétude, promptitude, couverture universelle, approches spécifiques, suivi-ajustement). (Détails en Annexe 16)**	
R 7	**Responsable: UNFPA / Priorité: 2**	**Base: C6a-S&E: / Coût: Atelier-5 jours + Toolkit +programmation digitale+ monitoring trimestriel + Accompagnement UNFPA/ WCARO/ / Durée: 1an**
	*Combler les gaps affectant la fonctionnalité du **système de suivi évaluation du programme** de pays :* — Mettre en place les 3 composantes manquantes du système, soit : *le cadre de M&E/Cadre Logique,* le plan de travail budgétisé du M&E, l*a Communication, le plaidoyer & la Culture de M&E*. — Renforcer les 5 composantes, partiellement fonctionnelle (entre 1,5/4 et ¾), notamment *La* dissémination et utilisation des données; *La supervision formative et l'audit des données: L'existence et la qualité des bases de données nationales et infranationales;* Le suivi ou monitoring de routine ; *et L'existence d'un cadre de M&E/Cadre Logique.(Détails en Annexe 16)*	
R 8	**Responsable: UNFPA / Priorité: 1**	**Base: C6b-SIS: / Coût:** Gap SIGL/ Reliquat CP7+SIS (Toolkit, computers, base données en ligne, data bank)+Intégration SIGL & SIS (DHIS2)+Formation DHIS2 **/ Durée: 1 an, puis continu**
	L'UNFPA devrait assurer un renforcement intégral du **système statistique sectoriel (volets services (SIS) et logistique (SIGL)** compris) avec interconnexion entre les deux sous-systèmes statistiques, en vue d'une opérationnalité optimale. Le processus commencé pour le SIGL à base du logiciel Channel V2 doit être parachevé en intégrant toutes les 58 formations sanitaires du pays. Quant au volet SIS, l'acquisition du logiciel (DHIS2) et du matériel informatique, leur mise en place et la formation du personnel doivent être réalisées en collaboration avec le Ministère de la Santé et l'INE.	

6.2. RECOMMANDATIONS PROGRAMMATIQUES

PERTINENCE		
R9	**Responsable: UNFPA-STP / Priorité: 1**	**Base: C7-SDSR ; C5-C4D / Coût: Programme Conjoint (PC) Vulné/Marginaux 250.000 USD + PC pour ME 100.00USD+ Gap SONE/SONU x 1/3 budget CP7 / Durée: 1 an, puis continu**

	Renforcer l'offre des services SR/PF en comblant les gaps identifiés dans la mise en œuvre du CP7, selon les initiatives suivantes: (a) **une offre spécifique et efficace pour les groupes vulnérables et marginaux et les préférences en PF avec un programme conjoint pour couvrir les groupes hors mandat UNGFPA ; (b) la couverture universelle en SONE et SONU dans les 7 CS ; (c) Renforcement du circuit national des Médicaments Essentiels pour rationaliser et sécuriser les stocks et y intégrer les produits SR/PF. ; (d)** ***Une communication transformatrice, adossée sur une ingénierie sociale de réduction des obstacles communautaires, psychologiques et économiques à la PF/SR chez les adolescentes et jeunes filles. ;*** **(e) Normalisation de la qualité des activités clés (formation, soins, communication pour bénéficiaires, renforcement des systèmes statistiques et de planification pour le développement ; (f) renforcement de la supervision formative (suivi de la normalisation, passages périodiques systématiques, leur rapportage et le suivi de leurs recommandations) (Détails en Annexe 16).**	
R10	**Responsable: UNFPA / Priorité: 1**	**Base: C8a-P&D / Coût: Conception+Toolkits +campagne (9,94USD/personne cible) / Durée: 6 mois, continu**
	Optimiser la qualité et la couverture en communication vers un accès universel, un ciblage spécifique pour les groupes vulnérables et marginaux (NB : les spécifications précédentes (cf. R6) sont applicables) et une prévalence d'au moins 80% des connaissances, perceptions, attitudes et pratiques promues. **(Détails en Annexe 16).**	
R11	**Responsable: UNFPA / Priorité: 1**	**Base: C8b-P&D / Coût:** Toolkits+ Computers + Data Banks+ Base de données sectorielles en ligne+ Réseautage des Bases de Données**/ Durée: 1 an, continu**
	Mettre en place un appui intégral de la DGP aux secteurs connexes (au minimum : santé ; jeunesse, éducation, protection sociale/familiale) en matière d'inclusion de la dynamique démographique dans la planification du développement ; à travers l'accompagnement de l'opérationnalisation intégrale des systèmes statistiques sectoriels ; leur raccordement fonctionnel aux instances et mécanismes sectoriels de prise de décision et au fichier statistique national. Mesures associées: **(Détails en Annexe 16).**	
	EFFICACITE	
R12	**Responsable: UNFPA / Priorité: 1**	**Base:** C7-SDSR ; **C10-SDSR / Coût:** Consultants : 12000USD + Atelier**, 2 ateliers / Durée:** 1 an, continu
	Recadrer le processus de planification selon la mise en place d'une procédure de programmation logique, centrée sur l'optimisation contextualisée de l'élaboration des résultats et de leur mise en chaine hiérarchique pour le CPD, l'introduction d'un programme informatique de quantification des interventions et intrants auprès des partenaires de mise en œuvre, la consultation d'une expertise internationale en suivi-évaluation & planification des programmes, et le renforcement de capacités des parties prenantes du niveau central en matière de planification programmatique.	
R13	**Responsable: UNFPA / Priorité: 1**	**Base: C10-SDSR / Coût: Consultant 7500USD + Toolkits + Ateliers / Durée: 3 mois**
	Mise à l'échelle de la qualité des formations, en particulier sur les compétences d'utilisation des outils et équipements de SR/PF. Une expertise en ressources humaines/formation analysera la situation des formations continues dans le pays et la mise en place de procédures de qualité en vue de formations performantes adaptées aux compétences visées. Des coûts de consultance, de déplacements et d'atelier de validation et une période de trois semaines seront encourus.	
R14	**Responsable: UNFPA / Priorité: 2**	**Base: C9-10-11-SDSR/P&D / Coût: Salaires+ réunions+ Kits+C4D (9,94USD /pers)/ Durée: 5 ans**
	Passer à l'échelle l'intégration des questions « transversales (genre, DH, équité) » à travers leur prise en compte systématique dans la routine sectorielle, l'action et la redevabilité programmatique grâce à: - Des POS révisées en SDSR, P&D et dans les secteurs : éducation, justice, jeunesse, protection sociale. - La description de la procédure pour chaque acte de prestation ou de coordination aux différents niveaux (du national au communautaire).	

	- Les protocoles de supervision, outils de collecte et rapports révisés. La communication auprès des bénéficiaires pour la demande, des prestataires pour une offre selon un cahier des charges ajusté, concernant chaque activité thématique.	
R15	**Responsable: UNFPA / Priorité: 1**	**Base:** C10-SDSR ; **C11-P&D / Coût: consultant RH (6000USD), 2 ateliers, Manuels, contrats PBF ; Fonds genre/ Durée: 1 an, puis en continu**
	Renforcer l'offre des services P&D en comblant les gaps identifiés dans la mise en œuvre du CP7, selon les initiatives suivantes : (a) **Normalisation de la qualité des activités clés (formation, communication pour bénéficiaires, renforcement des systèmes statistiques et de planification pour le développement) selon la R9;**; (b) ***Une communication transformatrice, normalisée, adossée sur une ingénierie sociale de réduction des obstacles communautaires, psychologiques et économiques à la culture des données et à la planification basée sur les évidences ; confiée aux OSC ; dotée en ressources adéquates pour la couverture universelle de la population selon la segmentation de l'audience (***utilisateurs, des producteurs des données, des décideurs***)*** ; **(c) renforcement du suivi : supervision formative (suivi de la normalisation, passages périodiques systématiques, leur rapportage et le suivi de leurs recommandations) ;** ***(d) reconduction pour leur optimisation des activités pertinentes du CP7 non abouties et*** *reprogrammation comme sous-composante du programme pour redresser le recul des progrès acquis lors du CP6 par la mise en place des actions suivante ;* **(e)Optimisation de la mise en œuvre des thématiques transversales (genre, VBG, DH) sera fait comme dans le cas de la** R14 (détails en **Annexe 16)**.	
R16	**Responsable: UNFPA / Priorité: 1**	**Base: C10-SDSR / Coût: Cf. R12 / Durée: 1 an, puis en continu**
	Recadrer le processus de planification de la P&D. cf. indications de la R12- (**C10-EFFICACITE-SDSR**).	
R17	**Responsable: UNFPA / Priorité: 1**	**Base: C5-C4D / Coût: Atelier+Consultant (7500USD)+Kits / Durée: 6mois**
	UNFPA devra normaliser les procédures d'intervention (POS pour la complétude et la qualité de la mise en œuvre) et prévisions conformes dans les CPD et programmation conforme dans les PTA standards de mise en processus. Un atelier participatif de 3 jours, mobilisant les PE, accompagné par un consultant international en planification des projets et programme est envisageable selon les coûts d'expertises pratiqués par l'UNFPA. Coûts : budget de coordination-UNFPA ; Atelier ; frais de Consultant dans un intervalle de mise en place de 6 mois en début de cycle de coopération. Les problèmes de mise à jour de la stratégie de formation et des pratiques non alignés sur la poursuite des résultats sont adressés par la recommandation sur la durabilité. **(Détails : Annexe 16).**	
EFFICIENCE		
R18	**Responsable: UNFPA / Priorité: 1**	**Base: C12-SDSR / Coût: Formation + POS+ logistique de livraison + Reliquat CP7+Consultance 3H/J / Durée: 1 an**
	Renforcer la gouvernance du programme selon les mesures suivantes : (a) Mise en place des pratiques de gestion promptes en matières financières et de gestion ; (b) Opérationnalisation de la chaine d'approvisionnement pour réduire les dysfonctionnements entravant la disponibilité en quantité et qualité des stocks, (c) Recrutement de personnel dans le cadre du financement de la santé par la stratégie PBF en vue de combler le déficit quantitatif et qualitatif de la ressource humaine ; (d) Renforcement du financement par le dispositif PBF et celui de l'UGP, (e)Reconduction des activités pertinentes omises, ajournées ou de faible efficacité, et (f) et la résolution du problème de validité/lisibilité du niveau d'efficacité des résultats techniques du CP7**.**	
R19	**Responsable: UNFPA / Priorité: 1**	**Base: C13-P&D / Coût: Equipements+ formation+ Revue & supervision+ Reliquat CP7 / Durée: 1 an**
	Optimiser la mise en œuvre des activités de la composante P&D. Selon les mesures suivantes : (a) **Renforcer les opérations de collecte, d'analyse et de partage des systèmes statistiques central (INE) et sectoriels, au-delà de la**	

	capacité à traiter l'information ; (b) Reconduire des activités non réalisées à satisfaction durant le CP7 telles l'étude sur les VBG, la C4D ; (Détails en Annexe 16).	
DURABILITE		
R20	**Responsable: UNFPA / Priorité: 1**	**Base: C14-C15 / Coût: Ateliers+ Consultant GAR (2800USD)/ Durée: 2 mois**
	Former les administrateurs, les cadres et les prestataires de santé du processus des données pour le développement du leadership/gouvernance avec focus sur la gestion programmatique axée sur les résultats et intégrer le suivi dans les grilles de supervision et agenda de coordination.	
R21	**Responsable: UNFPA / Priorité: 1**	**Base: C13-C14-C15 / Coût: Atelier + Fonctionnement < 5% Budget CP8 x 1/26 / Durée: 1 an et continu**
	Mettre en place et appuyer le fonctionnement d'une unité intersectorielle de gestion et de promotion du programme constituée de cadres des institutions partenaires avec un pouvoir hiérarchique de régulation et de sanction sur les niveaux district et unités de prestation des services Selon les mesures suivantes : (a),Obtenir de l'engagement des institutions partenaires ; mettre en place à l'UIG un circuit de l'information stratégique par TIC pour les données et d'alerte : Organiser le fonctionnement de l'UIG pour la prise de décision en temps réel ; Mobiliser des ressources par des stratégies variées (mécènes, évènements, particuliers) ; (b)Mettre en place un événement pour la reconnaissance des meilleurs professionnels et contributeurs de l'initiative et la mobilisation des fonds pour l'initiative. (Détails en Annexe 16).	
R22	**Responsable: UNFPA-UNDP / Priorité: 2**	**Base: C14-C15 / Coût: 3 $US/habitant / Durée: 6 mois, continu**
	Mettre en place et appuyer la mise en œuvre d'un projet d'achat de performance porté par des indicateurs SDSR & P&D pour financer l'offre de santé dans ses 6 piliers (Prestation de services, **personnels de santé,** Information sanitaire, Techniques et produits médicaux essentiels, Financement de la santé, Leadership et gouvernance) et l'offre de planification basée sur les données en 6 piliers (services, personnel P&D, système statistique, outils & technologies, financement du processus des données, Leadership & gouvernance). **(Détails en Annexe 16).**	
R23	**Responsable: UNDP / Priorité: 2**	**Base: C14-C15 / Coût: Salaire+Kit+Réunions+Transport/ Durée: 6 mois, puis en continu**
	Mettre en place une convention avec le gouvernement sur la gestion durable des ressources impliquées/mobilisées dans les programmes de coopération, la concrétiser avec un mécanisme de suivi. **(Détails en Annexe 16).**	
R24	**Responsable: UNFPA / Priorité: 1**	**Base: C14-C15 / Coût:** Etude (10.000USD)+2 Ateliers+ Toolkits (2000USD)+Fonds appui institutionnel 20OSC(300.000USD)**/ Durée: 6 mois, puis en continu**
	Mettre en place une coordination des acteurs non étatiques pour porter la durabilité des interventions d'appui et initiatives communautaires, mettre en œuvre le renforcement des capacités pour l'éligibilité aux initiatives du SNU ; engager les institutions non étatiques renforcée dans la mise en œuvre de programmes du SNU. **(Détaille en Annexe 16).**	
R25	**Responsable: UNFPA-UNCT / Priorité: 2**	**Base: C14-C15 / Coût:** Consultant (6000USD)+ Computers+ Formation+ Réseau virtuel (2000USD) **/ Durée: 1 an**
	Renforcer des systèmes d'information sectoriels, impliquant équipe conjointe : Etape 1: Mise en place d'un programme conjoint UNFPA, OMS, PNUD, l'UNICEF, UNESCO ; Etape 2: Analyse diagnostique et plan d'opérationnalisation des systèmes d'information des secteurs sociaux (santé, plan, promotion sociale, éducation, jeunesse) ; Etape 3 : Mise en place de la numérisation depuis les sites de génération des informations vers une base centrale traitant automatiquement l'information selon les formats d'extraction pré-insérés dont les données sectorielles classiques et les données sur les stratégies d'appui (C4D ; gouvernance/gestion et recherche concernée) ; Etape 4: Formation des utilisateurs.	
R26	**Responsable: UNFPA / Priorité: 3**	**Base: C15-P&D / Coût: Coût: Kit plaidoyer +salaires+ logistique / Durée: 6 mois, ponctuel**

	Mener des actions de plaidoyer auprès du Ministère de la Justice, du Ministère du Plan et du Premier Ministère en vue de: - Obtenir la mise à disposition de cadres et d'équipements de travail pour le fonctionnement du Cabinet des Droits de l'Homme - Obtenir le recrutement des 7 cadres formés pour l'INE qui ne sont pas intégrés. Raison d'être : la non-fonctionnalité du cabinet DH, la non-intégration des cadres formés pour l'INE.

ANNEXES