

RÉPUBLIQUE DE GUINÉE



# PROGRAMME DE COOPERATION GUINEE - UNICEF 2018-2022

ÉVALUATION DE L'INITIATIVE  
« COMMUNES DE CONVERGENCE » EN GUINEE

Rapport final

Conakry, octobre 2022

|  |  |
|--|--|
| <b>Programme</b>   | Évaluation de l'initiative « communes de convergence » en Guinée   |
| <b>Période couverte</b>                                      | Juin 2018 - Septembre 2021   |
| <b>Pays</b>  | République de Guinée   |
| <b>Type d'évaluation</b>                                     | Formative  |
| <b>Région</b>  | Afrique de l'Ouest et du Centre (BRAOC)  |
| <b>Equipe d'évaluation</b>                                   | <b>Sylvie Sargueil</b> , Chef de mission, expert santé communautaire<br><b>Jean Millimouno</b> , Expert décentralisation et gouvernance locale<br><b>Corine Mine</b> , Assistante de projet<br><b>Hubal Pfumtchum</b> , assurance qualité, coordonnateur |
| <b>Durée de l'évaluation</b>                                 | Octobre 2021 – mars 2022   |
| <b>Version du document</b>                                   | Finale   |
| <b>Accompagnement technique du Bureau de l'UNICEF Guinée</b> | <b>Mamadouba Alkaly Bangoura</b> ,<br>Monitoring & Evaluation Specialist<br><b>Pacifique N. Ruty</b> ,<br>Chief Planning, Monitoring & Evaluation.   |

Oversee Advising Group (OAG)  
info@myoag.org | www.myoag.org

Aout 2022



## REMERCIEMENTS

Ce rapport de l'évaluation de l'Initiative des Communes de Convergence (ICC) pour la période 2018-2022 en Guinée a été élaboré par l'équipe d'évaluation de Overseer Advising Group (OAG) composée de : Dr Sylvie SARGUEIL, chef de l'équipe d'évaluation, Jean MILLIMOUNO, Consultant national de la Guinée, Expert décentralisation et gouvernance locale, Corine MINE, assistante de projet chez OAG et Hubal PFUMTCHUM, Assurance qualité, Coordinateur de projet.

L'équipe d'évaluation apprécie la bonne collaboration avec le Bureau régional de l'UNICEF pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre (WCARO) et le Bureau de pays de l'UNICEF de la Guinée au cours de cet exercice. Elle est particulièrement reconnaissante au Dr Michele TARSILLA, conseiller régional en évaluation, pour la qualité des retours pendant les phases critiques de l'évaluation. Elle apprécie également les contributions de Dalila AHAMED, spécialiste de l'évaluation pour ses efforts qui ont facilité l'accès aux documents et données disponibles pour cette évaluation.

Nous remercions Monsieur le Ministre de l'Administration du Territoire et de la Décentralisation, Monsieur Mory CONDE et l'ensemble de ses collaborateurs, notamment le Secrétaire Général Monsieur Moustapha Kobele KEITA, le Conseiller Principal Dr. Yamori CONDE, les directeurs nationaux et l'équipe de coordination du PNACC dirigée par Monsieur Aboubacar KABA.

Le Bureau de pays de l'UNICEF Guinée, sous la direction de son Représentant, Dr. Pierre NGOM, a également été d'un grand apport tout au long de cette évaluation. Sur ce, nous remercions Pacifique N. RUTY, Chef de Section Planification et S&E, Mamadouba BANGOURA, Spécialiste en S&E, les chefs de section ainsi que les chefs de bureaux de zone.

Nous sommes très reconnaissants à toutes les parties prenantes clés du gouvernement impliquées dans cette évaluation.

### **Hubal Pfumtchum**

Co-Founder, Overseer Advising Group (OAG)

[info@myoag.org](mailto:info@myoag.org) | [www.myoag.org](http://www.myoag.org)

## Table des matières

|   |            |
|---|------------|
| <b>RESUME EXECUTIF .....</b>  | <b>vii</b> |
| <b>1. CONTEXTE DE L'EVALUATION .....</b>  | <b>1</b>   |
| 1.1 Contexte socio-économique de la Guinée .....  | 1          |
| 1.2 Le chemin vers la décentralisation : de la volonté de l'institutionnalisation à l'ICC ..... | 1          |
| 1.3 L'UNICEF en Guinée.....   | 3          |
| <b>2. OBJET DE L'EVALUATION .....</b>   | <b>4</b>   |
| 2.1 Description de l'Initiative Communes de Convergence .....                                   | 5          |
| 2.2 Résultats ou effets attendus de l'ICC .....   | 6          |
| 2.3 La santé comme porte d'entrée des services sociaux de base.....                             | 6          |
| 2.4 Financement de l'initiative « communes de convergence » .....                               | 7          |
| 2.5 Rôle de l'UNICEF et des parties prenantes dans la mise en œuvre du projet.....              | 7          |
| 2.6 Bénéficiaires de l'initiative .....   | 8          |
| <b>3. BUT DE L'EVALUATION.....</b>  | <b>8</b>   |
| <b>4. OBJECTIFS DE L'EVALUATION.....</b>  | <b>9</b>   |
| <b>5. PORTEE DE L'EVALUATION .....</b>  | <b>10</b>  |
| 5.1. Portée thématique .....  | 10         |
| 5.2. Portée géographique.....   | 10         |
| 5.3. Portée chronologique.....  | 11         |
| <b>6. CRITERES ET QUESTIONS D'EVALUATION .....</b>  | <b>11</b>  |
| 6.1. Théorie du changement et cadre logique de l'ICC .....                                      | 11         |
| 6.2. Les critères d'évaluation .....  | 11         |
| 6.3. Les questions d'évaluation.....  | 11         |
| <b>7. METHODOLOGIE .....</b>  | <b>13</b>  |
| 7.1. Approche d'évaluation .....  | 13         |
| 7.2. Méthode et outils de collecte.....   | 14         |
| 7.2.1. Phase de démarrage .....   | 14         |
| 7.2.2. Revue documentaire .....   | 14         |
| 7.2.3. Outils de collecte des données .....   | 15         |
| 7.3. Stratégie d'échantillonnage .....  | 16         |
| 7.4. Analyse des données, assurance qualité des données et rédaction du rapport.....            | 17         |
| 7.4.1 Méthode d'analyse des données .....   | 17         |
| 7.4.2 Assurance qualité .....   | 18         |
| 7.5 Considérations éthiques .....   | 19         |
| 7.6 Considérations relatives à la protection de l'enfance .....                                 | 20         |
| 7.7 Limites de l'évaluation et stratégies d'atténuation .....                                   | 20         |
| <b>8. CONSTATS ET CONCLUSIONS PRELIMINAIRES.....</b>  | <b>22</b>  |

|            |   |           |
|------------|---|-----------|
| 8.1        | Pertinence.....   | 22        |
| 8.2        | Efficacité.....   | 28        |
| 8.3        | Efficiéce.....  | 46        |
| 8.4        | Cohérence.....  | 51        |
| 8.5        | Durabilité.....   | 53        |
| 8.6        | Droits humains, genre et équité.....  | 55        |
| <b>9.</b>  | <b>LECONS APPRISSES.....</b>  | <b>58</b> |
| <b>10.</b> | <b>CONCLUSIONS FINALES.....</b>   | <b>59</b> |
| <b>11.</b> | <b>RECOMMANDATIONS.....</b>   | <b>62</b> |
| <b>12.</b> | <b>ANNEXES.....</b>   | <b>71</b> |
| 1.         | Annexe 1 : Termes de référence ;.....   | 71        |
| 2.         | Annexe 2 : Matrice d'évaluation.....  | 72        |
| 3.         | Annexe 3 : Outils de collecte des données.....  | 81        |
| 4.         | Annexe 4 : Liste des sites visités.....   | 81        |
| 5.         | Annexe 5 : Liste des personnes rencontrées.....                                       | 82        |
| 6.         | Annexe 6 : Données financières obtenues des communes pour l'analyse de l'efficiéce .. | 85        |

### Liste des tableaux

|             |  |    |
|-------------|--|----|
| Tableau 1:  | Présentation succincte de l'objet de l'évaluation.....                               | 4  |
| Tableau 2:  | Les utilisateurs et les utilisations de l'évaluation.....                            | 8  |
| Tableau 3 : | Echantillonnage enquête qualitative.....   | 16 |
| Tableau 4 : | Mécanisme de contrôle qualité.....   | 18 |
| Tableau 5 : | Limites de l'évaluation et stratégies d'atténuation proposées.....                   | 20 |
| Tableau 6 : | Niveau d'atteinte des résultats escomptés.....                                       | 45 |
| Tableau 6 : | Taux de couverture du PAI avec les ressources de l'ANAFIC.....                       | 47 |
| Tableau 7 : | Part du budget de fonctionnement dans le budget des communes entre 2018 et 2021..... | 47 |

### Liste des figures

|             |  |    |
|-------------|--|----|
| Figure 1:   | Localisation des 40 communes rurales de convergence.....   | 3  |
| Figure 2:   | Portrait de la Commune de Convergence modèle.....  | 6  |
| Figure 3    | Réunion hebdomadaire des différents partenaires communaux à Donghel Sigon (exécutifs communaux, chefs de districts, représentants des diverses associations, chef du centre de santé, préfet...) | 22 |
| Figure 4:   | Rencontre avec les exécutifs communaux puis Focus group avec les ASC/RECO à Molota.....  | 28 |
| Figure 5    | Lits d'hospitalisation dans le centre de santé de Koba (région de Boké).....   | 32 |
| Figure 6:   | Focus group de jeunes mères à Fangamadou.....  | 46 |
| Figure 7 :  | Part du budget de fonctionnement dans le budget de la commune entre 2018 et 2021.....  | 48 |
| Figure 9:   | Visite au centre de santé de Donghel Sigon.....  | 51 |
| Figure 10 : | Visite au centre de santé de Dara Labé.....  | 53 |
| Figure 11   | Discussion de groupe à Dara Labé.....  | 55 |

## Sigles et Abréviations

| <b>Sigle</b> | <b>Désignation</b>   |
|--------------|--|
| ANAFIC       | Agence Nationale de Financement des Collectivités Locales                                  |
| ASC          | Agent de Santé Communautaire   |
| CCL          | Code des Collectivités Locales   |
| CDE          | Convention relative aux Droits de l'Enfant   |
| COSAH        | Comités d'Hygiène et de Santé  |
| CS           | Centre de Santé  |
| DNSCMT       | Direction Nationale de la Santé Communautaire et de la Médecine Traditionnelle             |
| DRS          | Direction Régionale de la Santé  |
| DPS          | Direction Préfectorale de la Santé   |
| FDAL         | Fin de la Défection à l'Air Libre  |
| FNDL         | Fonds National de Développement Local  |
| GNF          | Franc Guinéen  |
| ICC          | Initiative des Communes de Convergence   |
| LPNDDL       | Lettre de Politique Nationale de Décentralisation et de Développement Local                |
| MATD         | Ministère de l'Administration du Territoire et de la Décentralisation                      |
| MVE          | Maladie à Virus Ebola  |
| OAG          | Oversee Advising Group   |
| OCDE/CAD     | Organisation de Coopération et de Développement Economique/ Comité d'Aide au Développement |
| ODD          | Objectifs de Développement Durable   |
| PAI          | Programme Annuel d'Investissement  |
| PDL          | Plan de Développement Local  |
| PNACC        | Programme National d'Appui aux Communes de Convergence                                     |
| PNDES        | Plan National de Développement Economique et Social  |
| PRDES        | Plans Régionaux de Développement Economique et Social                                      |
| PTF          | Partenaires Techniques et Financiers   |
| RCE          | Résultats Clés pour les Enfants  |
| RECO         | Relais Communautaire   |
| SENAH        | Service National d'Action Humanitaire  |
| SNU          | Système des Nations Unies  |
| TdR          | Termes de référence  |
| ToC          | Theory of Change   |
| UNEG         | United Nations Evaluation Group  |
| UNICEF       | United Nations Children's Fund   |
| VBG          | Violence Basée sur le Genre  |

## RESUME EXECUTIF

### 1. Introduction

En 2018 la Guinée se plaçait au 179<sup>ème</sup> rang mondial en termes d'Indice de Développement Humain (IDH). Sa population est extrêmement jeune (plus de 75% des guinéens sont âgés de moins de 35 ans et plus de 50% de moins de 18 ans), 65% de cette population vit en ruralité et l'espérance de vie ne dépasse pas 60 ans<sup>1</sup>. Malgré ses richesses naturelles, les statistiques<sup>2</sup> socio-démographique révèlent des indicateurs plutôt préoccupants : 30% des ménages ruraux n'ont pas accès à une source d'eau améliorée, la moitié seulement des ménages utilise des toilettes améliorées, mais seulement un tiers en milieu rural. 30% des personnes ne disposent pas d'un point de lavage des mains, 7 % des enfants âgés de moins de 15 ans et 9 % de ceux âgés de moins de 18 ans sont orphelins, 38% de ceux âgés de moins de 5 ans n'ont pas été enregistrés à l'état civil à la naissance ; enfin, 61% des femmes et 44% des hommes n'ont aucun niveau d'instruction.

Sur le plan nutritionnel, 30 % d'enfants de moins de 5 ans, souffrent d'un retard de croissance lié à la malnutrition, 9 % sont émaciés ou sont atteints de malnutrition aiguë et 16 % présentent une insuffisance pondérale. Seulement 4 % des enfants de 6 à 23 mois ont reçu un apport alimentaire minimum acceptable tel que recommandé, en termes de diversité alimentaire minimum et de fréquence alimentaire minimum. 75 % des enfants âgés de 6 à 59 mois et 46 % des femmes âgées de 15 à 49 ans sont anémiés. Selon les données de la même enquête démographique et de santé (EDS 2018), seulement 24 % des enfants de 12-23 mois avaient reçu toutes les vaccinations de base au moment de l'enquête.

Les besoins en services sociaux de base tels que l'accès à la santé primaire, à l'eau potable, à une alimentation saine et à l'éducation inclusive sont donc énormes. Par ailleurs, dans ce contexte de pauvreté généralisée et de faible accès à l'éducation, les violences basées sur le genre (VBG) et les atteintes aux droits des enfants (en particulier des petites filles) sont récurrentes. S'agissant des VBG, 11% des femmes sont mariées avant l'âge de 15 ans et 95 % des 15-49 ans ont déclaré avoir été excisées.

Lutter contre ces fléaux et satisfaire les besoins essentiels de manière efficace et durable nécessite le renforcement des pouvoirs et capacités au niveau de l'exécutif communal qui représente le niveau inférieur où s'exerce le pouvoir politique (dévolution des pouvoirs), par la mise en place d'une politique de décentralisation opérante et de systèmes performants et transparents de gouvernance locale.

Pour renforcer l'articulation décentralisation/déconcentration, le MATD a lancé en 2018 l'Initiative des Communes de Convergence (ICC)<sup>3</sup> qui couvre 40 communes-pilotes de Guinée, réparties dans les 7 régions administratives, en vue d'un passage à l'échelle. Cette initiative, au-delà de l'accompagnement du processus de décentralisation ambitionne de favoriser l'accès des personnes vulnérables à des services sociaux de base et des services publics de qualité. Cet objectif était sous tendu par une hypothèse de la mutualisation des ressources et des initiatives publiques et privées, nationales et locales, ainsi que des aides techniques et financières apportées par les différents partenaires au développement.

Cette mutualisation correspond à une convergence géographique (par territoire) et programmatique (en fonction des objectifs visés) dont la finalité rejoint en de nombreux points les Résultats Clés pour les Enfants (RCE) sur la vaccination (RCE #1), la prévention de la malnutrition chronique (RCE #2), l'amélioration des acquis scolaires (RCE #4), la protection des enfants contre le mariage des enfants (RCE #6), l'augmentation de l'enregistrement des naissances (RCE #7) et la fin de la défécation à l'air libre (RCE #8) dans les 40 communes de convergence, tout ceci en contribution à l'agenda 2030 de développement durable à travers ses Objectifs de développement durable (ODD).

1 Rapport sur le développement humain, 2021

2 L'EDS 2018 (enquête démographique et de santé)

3 Initiative Régionale de l'UNICEF, Bureau régional pour l'Afrique du Centre et de l'Ouest.

Pour parvenir à ce résultat, l'ICC devait permettre une meilleure articulation des politiques nationales avec les Programmes de coopération et les Plans de développement locaux (PDL).

Dans ce contexte, l'UNICEF intègre dans son Programme Pays 2018-2022, le soutien stratégique et opérationnel aux communes de convergence. L'UNICEF entend ainsi jouer un rôle de catalyseur dans le cadre de la mise en œuvre de la politique de décentralisation, en partenariat avec le MATD et ses structures déconcentrées, vecteurs d'une gouvernance locale renforcée et participative. Ceci se fait avec d'autres partenaires techniques et financiers et les collectivités locales, des interventions relevant des nouvelles compétences des communes sur le terrain, notamment dans les 40 communes pilotes.

## 2. But et objectifs de l'évaluation

L'évaluation poursuit deux buts :

- ▶ Évaluer la pertinence du choix de l'ICC comme épine dorsale du Programme et celle du choix vis-à-vis des besoins et des politiques du Gouvernement ;
- ▶ Analyser l'efficacité, l'efficience et la durabilité, en vue de faire des recommandations pour sa poursuite ou non – et sous quelles conditions - pour le prochain programme de coopération.

Cette évaluation devra informer les autorités gouvernementales sur les stratégies de mise en œuvre dans les années à venir, mais aussi identifier les domaines nécessitant des actions correctrices dans le cadre du passage à l'échelle de l'approche « Communes de Convergence » pour couvrir l'ensemble du territoire national.

Cette évaluation est adossée à deux principes directeurs : la redevabilité et l'apprentissage.

- ▶ S'agissant de la **redevabilité**, l'évaluation a eu pour ambition de rendre compte des résultats (prévus ou non) qui ont été atteints par l'ICC et le PNACC auprès du Gouvernement, des PTF et des bénéficiaires : communautés, en particulier les personnes les plus vulnérables (dont les enfants).
- ▶ Concernant **l'apprentissage organisationnel**, il s'est agi davantage d'informer les processus programmatiques en cours au niveau national, du système des Nations Unies et de l'UNICEF, dans la perspective de guider le prochain Programme de coopération avec la République de Guinée. L'évaluation a également permis de dégager des recommandations afin de mieux appréhender la conceptualisation de l'approche de convergence (géographique et programmatique) de l'UNICEF et du MATD dans les 40 communes de convergence.

Les leçons apprises et les recommandations devraient permettre de proposer des options stratégiques à l'intention des décideurs pour l'optimisation de la mise en œuvre actuelle et future du Programme de Coopération Guinée - UNICEF et du PNACC, en tenant compte des facteurs clés de réussite, des contraintes et du contexte national.

Les objectifs de l'évaluation sont de :

- i. Déterminer la pertinence, l'efficacité, l'efficience et la durabilité du PNACC et de l'ICC en Guinée vis-à-vis de l'atteinte des objectifs nationaux. Il s'agit donc d'analyser l'adéquation entre les résultats poursuivis et les ressources consacrées à l'ICC par l'Etat et l'UNICEF d'une part, et les résultats obtenus et leur durabilité d'autre part ;
- ii. Identifier les facteurs à la fois au sein et au-delà du contrôle de l'UNICEF et du MATD, qui ont contribué ou entravé l'atteinte des résultats de l'ICC et du PNACC, y compris les mécanismes de coordination, les complémentarités et les synergies entre les parties prenantes tant au niveau de l'UNICEF que du Gouvernement ;
- iii. Analyser les défis dans la mise en œuvre de l'approche « Communes de Convergence » - y compris le hiatus possible entre le développement des standards et leur mise en œuvre pratique



- ainsi que la qualité des réponses apportées par l'UNICEF, le MATD et les autres parties prenantes aux défis rencontrés ;
- iv. Identifier et documenter dans la section sur les leçons apprises, les grands enseignements tirés et les bonnes pratiques à répliquer par le PNACC dans le cadre du passage à l'échelle nationale de cette approche, mais aussi les forces et les possibilités d'améliorations existantes, à explorer pour le prochain CPD, en termes de planification, mise en œuvre, passage à échelle, intégration, complémentarité et impact de la convergence géographique et programmatique ;
- v. Formuler des recommandations opérationnelles et stratégiques, d'une part au PNACC/MATD afin d'améliorer la qualité de la convergence géographique et programmatique au niveau local/communal, et d'autre part à l'UNICEF pour l'amélioration du prochain cycle du programme de coopération Guinée – UNICEF et le passage à l'échelle de l'ICC.

### 3. Portée de l'évaluation (thématique, géographique, chronologique)

Sur le plan thématique, l'évaluation s'est focalisée sur le renforcement de la Stratégie de Santé Communautaire, en particulier la fourniture d'un paquet de services intégré (Santé, WASH, Protection, Nutrition, Education) au niveau communautaire avec comme porte d'entrée la santé primaire, le renforcement des capacités des acteurs de prise de décision à tous les niveaux d'une part, et des acteurs de mise en œuvre des interventions - y compris la société civile - d'autre part.

Sur le plan géographique, elle porte sur les interventions menées dans les 7 régions d'intervention de l'ICC. Du point de vue chronologique, elle couvre la période allant de janvier 2018 à la période de l'évaluation (Mars 2022)

### 4. Critères et questions l'évaluation

L'évaluation a été conduite sur la base de cinq critères de l'OCDE-CAD<sup>4</sup> (pertinence, cohérence, efficacité, efficience et durabilité) auxquels s'est ajouté un critère transversal (Genre, Droit Humains et Équité). Les questions d'évaluation (QE) ont été développées sur la base des termes de référence et affinées à partir des échanges avec les parties prenantes.

### 5. Méthodologie de l'évaluation

Pour répondre aux questions d'évaluation, en l'absence de documents de suivi des données quantitatives propres à l'ICC, l'équipe a opté pour une méthodologie essentiellement qualitative avec l'exploitation de données secondaires disponibles. Les données quantitatives utilisées proviennent uniquement des données secondaires, issues de l'enquête démographique et de santé (EDS 2018) ou des données de routine. Les méthodes de collecte des données primaires à prévalence qualitative incluent la revue documentaire ; des entretiens semi-structurés ; des discussions de groupe ; l'observation structurée ainsi que la technique d'identification du changement le plus significatif. Des guides d'entretien et de discussions de groupe ont été élaborés pour chaque catégorie d'informateurs, sur la base des informations à collecter auprès de ces sources. Avant le début de la collecte, tous les outils ont été validés à la phase de démarrage avec le groupe de référence de l'évaluation, incluant l'UNICEF et le MATD. Au total, 38 entretiens (avec la participation de 31 hommes et 7 femmes) et 27 discussions de groupe mobilisant (165 hommes et 138 femmes) ont été réalisés dans plusieurs localités des 7 régions visitées.

## 6. Principaux constats et conclusions (par critère)

### Pertinence et Cohérence

---

<sup>4</sup> Organisation de Coopération et de Développement – Comité d'Aide au Développement

L'ICC est une initiative qui s'est avérée pertinente et en cohérence avec le contexte socio-économique et politique de la Guinée. L'adéquation avec les priorités gouvernementales (PNDES/LNPDL/CCL) au sein desquelles elle inscrit son action est clairement établie. Cette démarche est totalement alignée sur les priorités communales (PDL, PAI...) qui répondent elles-mêmes aux priorités des populations bénéficiaires.

Les activités de l'ICC mises en œuvre dans les communes en particulier l'utilisation de la santé primaire comme porte d'entrée de convergence des interventions et qui s'appuie sur un vaste dispositif communautaire, notamment le dispositif agent de santé communautaire/relais communautaire (ASC/RECO), ainsi que la mobilisation de groupes de femmes (nutrition, VBG...), de jeunes, en particulier des jeunes filles leaders, etc., ainsi que le renforcement des capacités des chefs de centres de santé et directeurs d'écoles pour la gestion de ces services et la mise en train de l'interopérabilité avec l'enregistrement des naissances, sont à même d'apporter des réponses adaptées aux besoins des populations.

Le soutien de l'UNICEF (partenaire privilégié du développement en Guinée depuis plus de trois décennies) à l'élaboration et la mise en œuvre du PNACC est pertinent et cohérent car l'ICC permet de tester un dispositif communautaire apte à favoriser l'atteinte de plusieurs résultats clés pour les enfants.

### **Efficacité**

L'efficacité de la mise en œuvre de l'ICC est réelle et observable au niveau des communes de convergence, matérialisée par de nombreux changements positifs observés chez les bénéficiaires : meilleur suivi des grossesses, meilleure couverture vaccinale des enfants, amélioration de la nutrition des jeunes enfants, sensibilisation à l'hygiène et à l'ATPC, augmentation du taux de scolarisation, augmentation du taux d'enregistrement des naissances, sensibilisation aux droits de l'enfant et à la lutte contre les VBG, les MGF et les mariages des enfants, etc.

En revanche, cette efficacité n'est pas à la hauteur des résultats attendus essentiellement parce que les processus de décentralisation en cours ne sont pas finalisés<sup>5</sup>, en raison de la faible coordination des activités de l'ICC par la coordination nationale du PNACC, du non-respect d'une partie de leurs engagements (signature des décrets d'application des compétences transférées, versement des sommes dues, aux communes, capacité légale et financière des exécutifs communaux à nommer et rémunérer les fonctionnaires territoriaux en particulier les soignants et les enseignants...) par le MATD, les ministères sectoriels et leurs démembrements territoriaux ainsi que l'ANAFIC, de l'absence de mise en œuvre de la convergence programmatique et géographique des intervenants et de l'absence d'un protocole de suivi-évaluation cohérent permettant d'établir des indicateurs de base solides, pertinents et d'utilisation simple, et de suivre leur évolution.

### **Efficiences**

Les ressources financières mises à disposition des communes de convergence par l'ANAFIC couvrent moins de 70% des besoins exprimés dans les PAI, qui n'enregistrent quasiment pas de dépenses de fonctionnement.<sup>6</sup> Dans ce contexte, le financement des ressources humaines est quasiment impossible avec les ressources provenant du budget de l'Etat et il n'est pas rare de voir des fonctionnaires affectés dans les services communaux et dans les autres secteurs (santé, éducation, cantonnement forestier...) qui n'ont jamais accepté de prendre leurs fonctions au sein des communes ou qui sont mutés par le niveau central sans remplaçants numériques. Au demeurant, l'ICC a valorisé les ASC, les RECO, les COSAH pour la mobilisation communautaire et dans la maîtrise d'ouvrage la priorité a été accordée aux entrepreneurs et prestataires locaux et la main d'œuvre (qualifiée et non qualifiée) est quasiment issue des communautés. De même, la majorité des agrégats et matériaux de construction et des équipements

---

<sup>5</sup> Les 14 compétences qui devaient être transférées par l'Etat aux communes l'ont été dans la loi mais ce transfert n'est pas effectif.

<sup>6</sup> Le budget de fonctionnement n'atteint jamais 8% du budget de la commune

et des infrastructures réalisées sous l'ICC ont été achetées localement. Cette option a permis de minimiser le coût de certaines interventions, notamment les dépenses affectées aux infrastructures réalisées dans la mesure où elle n'a pas entaché la qualité des ouvrages.

### Durabilité

Dans le montage de l'ICC, le fait d'être portée par le MATD via la coordination du PNACC et que les activités soient planifiées depuis la base en associant les communautés (processus d'élaboration des PDL) est gage d'une certaine durabilité. Cependant, bien que l'Initiative se soit traduite sur le terrain par de réels changements de vision et de comportements favorables au développement des SSB et SPQ, l'absence d'effectivité de la décentralisation, notamment le transfert des ressources financières entrave l'autonomie des communes, et l'absence de financement de la part de l'État ne permet pas le maintien en poste de nombreux agents communautaires, en particulier les ASC et RECO. L'abandon total ou partiel de ce dispositif dans les communes depuis juillet 2020 est en train de faire chuter les principaux indicateurs affiliés au PNACC, en particulier au niveau de la santé communautaire, toute chose qui menace sérieusement la pérennité des actions mises en œuvre. Au demeurant, notons que dans certaines communes, le leadership des maires et/ou le soutien financier de divers partenaires internationaux ou locaux comme le FM ou FMG (Fraternité médicale Guinée) par exemple, permettent de soutenir « à bout de bras » un dispositif qui s'essouffle.

### Égalité de genre et droits humains

L'ICC a pris en compte dès sa conception un certain nombre de considérations visant le respect des droits des femmes et des enfants au sein des communautés dans les domaines de la santé, de l'éducation, de la nutrition, de l'accès à l'eau et à un environnement sain. Elle s'est également impliquée dans la promotion de l'abandon des violences basées sur le genre en particulier les mutilations génitales féminines et les mariages d'enfants et plus globalement le renforcement des mécanismes communautaires de protection de l'enfant.

Cependant, le non-respect des engagements de l'État favorise des pratiques inégalitaires comme des demandes de paiement indus pour certains actes médicaux censés être gratuits et l'abandon des enfants perdus de vue pendant les vaccinations, la scolarisation ou l'enregistrement à l'État civil...

Le non-respect flagrant de l'égalité de genre au niveau de tous les acteurs de l'ICC, y compris de l'UNICEF, ne contribue pas à créer un environnement favorable à la mise en œuvre d'une bonne politique pour promouvoir l'égalité de genre et les droits humains.

## 7. Leçons apprises

Au titre des leçons apprises, 6 principales peuvent être mis en exergue à l'issue de cette évaluation :

**L1** : L'ICC a été pensée comme un processus très ambitieux, riche en réalisations et bien conçu, pertinent et cohérent dans le contexte guinéen et apte à favoriser et à renforcer l'inclusion dans l'accès des plus démunis aux services sociaux de base et à des services publics de qualité.

**L2** : La stratégie qui consiste à utiliser la santé communautaire comme porte d'entrée pour l'accès aux services sociaux de base est bien adaptée aux besoins et a donné des résultats probants. Ces résultats sont cependant remis en question car l'État ne parvient pas à en pérenniser l'appropriation en transférant les financements prévus ou en élargissant l'assiette fiscale au niveau communal.

**L3** : Les processus de décentralisation/déconcentration des services de l'État, indispensables à l'atteinte des résultats de l'ICC ne peuvent aboutir sans un renforcement de la gouvernance nationale et territoriale, favorisant l'implication et la transparence à tous les niveaux, national et local.

**L4 :** La faiblesse du système de coordination du PNACC nuit à l'appropriation de l'ICC par les acteurs de la décentralisation et de la déconcentration des services et à la coordination intersectorielle à tous les niveaux.

**L5 :** Les bons résultats enregistrés dans toutes les communes de la mise en place du dispositif ASC/RECO, ainsi que la baisse de résultat à l'arrêt de financement de ce dispositif et les moins bons résultats dans les communes n'ayant pas bénéficié de l'ICC, plaident pour le maintien et l'extension de ce dispositif, pivot de la stratégie de renforcement de l'accès aux SSB et point fort du système mis en place. C'est un dispositif polyvalent, pertinent, efficace et efficient, à fort impact sur le terrain. L'interopérabilité crée des synergies programmatiques propres à optimiser l'atteinte des résultats.

**L6 :** La participation des citoyens et acteurs locaux au diagnostic participatif communautaire (processus d'élaboration des PDL et PAI) et la mise en place de structures locales d'appui à la redevabilité permettent de restaurer la confiance entre les populations et les décideurs et booste le développement local.

## 8. Recommandations

Les recommandations suivantes sont structurées de façon à distinguer les recommandations stratégiques (RS) de celles plus opérationnelles (RO) et adressées de façon distincte aux parties prenantes clés du projet.

### 1. Recommandations aux Entités du Gouvernement impliquées au niveau central et au niveau déconcentré

RS globale : Poursuivre l'ICC au sein des 40 Communes pilotes et passer à l'échelle sous réserve de la prise en compte des recommandations suivantes :

RS1 : Restructurer la coordination du PNACC après analyse des ressources humaines et financières nécessaires au renforcement de ses capacités opérationnelles : renforcer la coordination en mettant en place une cellule de suivi – évaluation, apprentissage et redevabilité

Redynamiser le comité de Coordination de l'ICC et établir un lien fort entre ce comité et les autres instances intervenant dans le processus d'ICC, en particulier ANAFIC et ministères sectoriels. Cette dynamique permettra la mise en place et le respect d'un planning de réunions régulières pour suivre et adapter l'évolution de l'ICC aux besoins ...

RS2 : Procéder à une analyse des Forces, Faiblesses, Opportunités et Menaces (FFOM) de l'ICC, et définir clairement les missions des différents ministères sectoriels et de leurs démembrements dans le cadre de la décentralisation/déconcentration des services publics, renforcer les mécanismes de coordination intersectorielle tout en renforçant l'ancrage institutionnel et rendre effectif le processus de transfert de ressources.

RS3 : Amener les partenaires à s'engager dans la mise en œuvre de la convergence programmatique dans leur planification en vue d'une meilleure coordination des actions menées sur le terrain (*mise en œuvre des plans de travail conjoints des Agences des Nations Unies élaborés sur la base de l'approche « One UN » ou le « Delivery as one »*)

RO 1 : Assurer l'effectivité de la contrepartie gouvernementale du financement des PAI telle que prévue afin de rendre la décentralisation effective (ANAFIC).

RO2 : Renforcer l'allocation et la capacitation en ressources humaines au niveau communal afin que les fonctionnaires territoriaux soient nommés et rémunérés par les communes (fonction publique locale).

RO3: Développer et mettre en œuvre des systèmes de renforcement de capacité (formation continue/coaching) en particulier des fonctionnaires territoriaux : secrétaires généraux, receveurs, agents de santé et enseignants.

RO4 : Mettre en œuvre un système d'accompagnement/coaching des exécutifs communaux à l'effet de renforcer les capacités des communes en maîtrise d'ouvrage,

## 2. Recommandations aux collectivités locales de la Guinée (régions et communes) et Communautés/bénéficiaires

**RS1:** Inscrire et engager une ligne budgétaire consacrée au financement des ressources humaines (salaires et capacitation), en particulier du dispositif communautaire ASC/RECO, ADL/TS dans les PAI.

**RS 2:** Mettre en place un véritable processus de dialogue intercommunal dans le but de mutualiser les moyens et les expériences.

**RO1 :** Procéder à l'élargissement de l'assiette fiscale et appuyer les communes dans la mobilisation des ressources au niveau local (présence effective de receveurs formés, capacités de recensement et de prélèvement des taxes...).

**RO2:** Renforcer les mécanismes de redevabilité pour favoriser l'appropriation par la population des services développés grâce aux prélèvements (santé, éducation, WASH, voirie etc.). C'est-à-dire demander aux exécutifs communaux d'animer une plateforme régulière (mensuelle par exemple) pour expliquer clairement à la population via les différentes associations qui les représentent (APEAE, COSAH, Jeunes, femmes ...) où va l'argent de leurs taxes et impôts, de quelle manière il est utilisé pour renforcer la confiance et l'engagement des citoyens à remplir leurs obligations.

**RO3:** Renforcer les capacités des organisations communautaires (APEAE, COSAH, groupes de femmes et jeunes) en gouvernance interne, gestion simplifiée et esprit d'entreprise (capacité de valorisation des AGR ex : saponification).

## 3. Recommandations à l'UNICEF Guinée

**RS1 :** Appuyer le Gouvernement à développer un système de suivi-évaluation de l'ICC opérationnel et fiable

**RO1 :** Appuyer le MATD dans l'élaboration d'**une théorie du changement robuste**, argumentée, adossée à la mise en œuvre de mécanismes transparents de redevabilité envers les partenaires financiers à tous les niveaux ; Appuyer le MATD à concevoir un cadre logique avec **des indicateurs clairs et simplifiés** permettant d'évaluer les résultats obtenus tout au long de la chaîne de mise en œuvre ; Proposer **un système de suivi-évaluation rapproché de tous les acteurs**, y compris au niveau des différentes entités gouvernementales et du comité de coordination du PNACC, permettant de repérer au plus vite les dysfonctionnements ; Établir une étude diagnostique de base ; Définir un nombre restreint d'indicateurs clés simplifiés ; Effectuer des visites plus fréquentes sur le terrain (à tous les niveaux) ; - Centraliser les données de suivi (établies en fonction des indicateurs)

**RO2 :** Appuyer le renforcement des capacités des exécutifs communaux et des organisations communautaires (APEAE, COSAH, groupes de femmes) en gouvernance interne, gestion simplifiée et esprit d'entreprise (capacité de valorisation des AGR ex : saponification)

**RO3 :** Capitaliser et valoriser les bonnes pratiques afin d'appuyer les communes dans l'expérimentation de nouvelles approches

## 4. Recommandations aux autres agences du Système des Nations Unies, PTF et autres partenaires de mise en œuvre

RS : Aligner les actions et interventions mises en œuvre dans le cadre du PNUAD aux dispositifs et directives du gouvernement en matière de convergence programmatique et opérationnelle pour une

amélioration significative de la disponibilité, de l'accès aux services sociaux de base, pour utilisation optimale des ressources mobilisées en faveur des communautés et des populations et pour amplifier les résultats à travers les synergies et complémentarités.

## 1. CONTEXTE DE L'ÉVALUATION

### 1.1 Contexte socio-économique de la Guinée

Bien que disposant de grandes richesses naturelles (ressources minières et agro-forestières en particulier), en 2018 la Guinée se plaçait au 179<sup>ème</sup> rang mondial en termes d'Indice de Développement Humain (IDH). La population du pays est extrêmement jeune, plus de 75% des guinéens ont moins de 35 ans et plus de 50% sont âgés de moins de 18 ans. Environ 65% de la population vit en ruralité et l'espérance de vie ne dépasse pas 60 ans<sup>7</sup>.

La population guinéenne est estimée à environ 13 millions d'habitants en 2020<sup>8</sup>, et la proportion de celle en zone urbaine ne représente que 37% de la population totale<sup>9</sup>. D'après les données tirées de l'enquête démographique et de santé (EDS 2018), 30% des ménages ruraux n'ont pas accès à une source d'eau améliorée, la moitié seulement des ménages utilise des toilettes améliorées, mais seulement un tiers en milieu rural. Près de 30% des personnes ne disposent pas d'un point d'eau pour le lavage des mains, 7 % des enfants âgés de moins de 15 ans et 9 % de ceux âgés de moins de 18 ans sont orphelins, 38% des enfants âgés de moins de 5 ans n'ont pas été enregistrés à l'état civil à la naissance, 61% des femmes et 44% des hommes n'ont aucun niveau d'instruction.

Sur le plan nutritionnel, 30 % d'enfants de moins de 5 ans souffrent d'un retard de croissance lié à la malnutrition, 9 % sont émaciés ou sont atteints de malnutrition aiguë et 16 % présentent une insuffisance pondérale. Seulement 4 % des enfants de 6 à 23 mois ont reçu un apport alimentaire minimum acceptable, tel que recommandé, en termes de diversité alimentaire et de fréquence alimentaire minimum 75 % des enfants âgés de 6 à 59 mois et 46 % des femmes âgées de 15 à 49 ans sont anémiés.<sup>10</sup>

En matière de vaccination, seulement 24 % des enfants de 12-23 mois avaient reçu toutes les vaccinations de base au moment de l'enquête.

Les besoins en services sociaux de base tels que l'accès à la santé primaire, à l'eau potable, à une nourriture saine et à l'éducation pour tous les enfants sont donc énormes. Par ailleurs, dans ce contexte de pauvreté et de manque d'éducation, les violences basées sur le genre et les atteintes aux droits des enfants (en particulier les petites filles) ne se font pas rares. S'agissant des VBG, 11% des femmes sont mariées avant l'âge de 15 ans et 95 % des femmes de 15-49 ans ont déclaré avoir été excisées.

Lutter contre ces fléaux et satisfaire les besoins essentiels des populations de manière efficace et durable nécessite le renforcement des pouvoirs et des capacités au niveau des exécutifs communaux qui représentent le niveau le plus inférieur où s'exerce le pouvoir politique (dévolution des pouvoirs) par la mise en œuvre effective de la décentralisation, y compris de systèmes performants et transparents de gouvernance locale.

### 1.2 Le chemin vers la décentralisation : de la volonté de l'institutionnalisation à l'ICC

En 1985, la République de Guinée a jeté les premières bases d'un processus de décentralisation des missions et compétences de l'Etat. Malheureusement, des années d'instabilité sociopolitique qui ont suivi n'ont pas offert un terrain favorable au déploiement de ce processus qui a tout de même abouti à la création de plus de trois cent communes rurales (304) et de quelques communes urbaines (38) réparties dans les 7 régions administratives du pays et la zone spéciale de Conakry.

La création du Ministère de l'Administration du Territoire et de la Décentralisation (MATD) a permis de réunir au sein d'un même département ministériel l'administration du territoire et les collectivités locales. La Politique Nationale de Décentralisation et de Développement Local est adoptée par décret

<sup>7</sup> Rapport sur le développement humain 2021

<sup>8</sup> <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.TOTL?locations=GN>

<sup>9</sup> <https://donnees.banque mondiale.org/indicateur/SP.URB.TOTL.IN.ZS?locations=GN>

<sup>10</sup> EDS 2018 <https://www.unicef.org/guinea/media/2106/file/EDS%202018.pdf>

présidentiel en 2012, ce qui enclenche l'engagement d'une série de réformes.

A travers la Lettre de Politique Nationale de Décentralisation et de Développement Local (LPNDDL), l'Etat s'est fixé trois objectifs : (i) Contribuer à la refondation de l'Etat ; (ii) Améliorer les services apportés aux populations ; (iii) Assurer une participation des citoyens à la vie publique locale.

La première série de réformes prend corps avec l'avènement de la troisième République en 2011, lorsque le Gouvernement guinéen entreprend des réformes socio-économiques inscrites dans le Plan national de développement économique et social (PNDES I). Cependant, de nombreuses difficultés de cohésion sociale liées à la politique intérieure du pays ainsi que l'évolution au cours des années 2014 et 2015 de l'épidémie de maladie à virus Ebola (MVE) en Afrique de l'Ouest, ont profondément ralenti leur avancée.

Le PNDES II (2016-2020) relance les processus de décentralisation et de déconcentration des services de l'Etat. Dans la foulée, le Gouvernement opérationnalise la Lettre de Politique Nationale de Décentralisation et de Développement Local (LPNDDL), qui sert de boussole pour la mise en œuvre de cet axe du PNDES, à travers ses cinq (5) axes stratégiques :

- a. Le développement territorial
- b. Le couplage de la déconcentration et de la décentralisation,
- c. Le renforcement des capacités des acteurs de la décentralisation,
- d. Le financement de la décentralisation
- e. Le pilotage intersectoriel et interacteurs du processus de décentralisation.

Dans le PNDES II (p.106), l'Etat prévoit que : « *Les collectivités locales concourent à la mise en œuvre des Plans Régionaux de Développement Economique et Social (PRDES), lesquels font partie intégrante du PNDES, à travers les instruments prévus par le Code des Collectivités Locales (CCL). En la matière, il s'agit des Plans de Développement Local, (PDL), des Programmes Annuels d'Investissements (PAI) et des budgets des collectivités. Un cadre d'actions régional/préfectoral conforme aux dispositions du CCL, servira de support aux échelons déconcentrés de l'État pour assurer la cohérence des PAI et la coordination de leur mise en œuvre sur le terrain.*

Toutefois, cette dynamique a été, une fois encore, freinée par une conjonction de facteurs exogènes et endogènes au système national, notamment :

- ▶ La baisse des cours des minerais et de constantes tensions sociopolitiques ayant pour conséquence le ralentissement de l'activité économique
- ▶ La faible qualification et l'insuffisance des moyens mis à la disposition des agents des services déconcentrés de l'Etat
- ▶ L'absence de rapports fonctionnels entre la déconcentration des services et la décentralisation
- ▶ Le contraste entre l'ambition affichée de l'Etat et la faiblesse des moyens administratifs et financiers mis à la disposition des collectivités locales dans un objectif de consolidation de la décentralisation.

Le Fonds National de Développement Local (FNDL) et l'Agence Nationale de Financement des Collectivités Locales (ANAFIC) chargée de l'administration de ce dernier ont été créés en 2018.

Le code des collectivités locales (CCL) révisé en 2017 a défini précisément les missions des différentes collectivités territoriales et les compétences qui leur sont transférées. Conformément aux dispositions de ce code (article 561), chaque commune est responsable de l'élaboration d'un plan de développement local (PDL) élaboré dans le cadre d'une concertation citoyenne et remis à jour chaque année définissant les différentes actions à mettre en œuvre, ainsi que d'un programme annuel d'investissement (PAI) y afférent.

Officiellement, **14 domaines de compétences sont transférées, dont l'état civil (notamment l'enregistrement des naissances), l'enseignement primaire et secondaire (niveau collège), l'eau et**



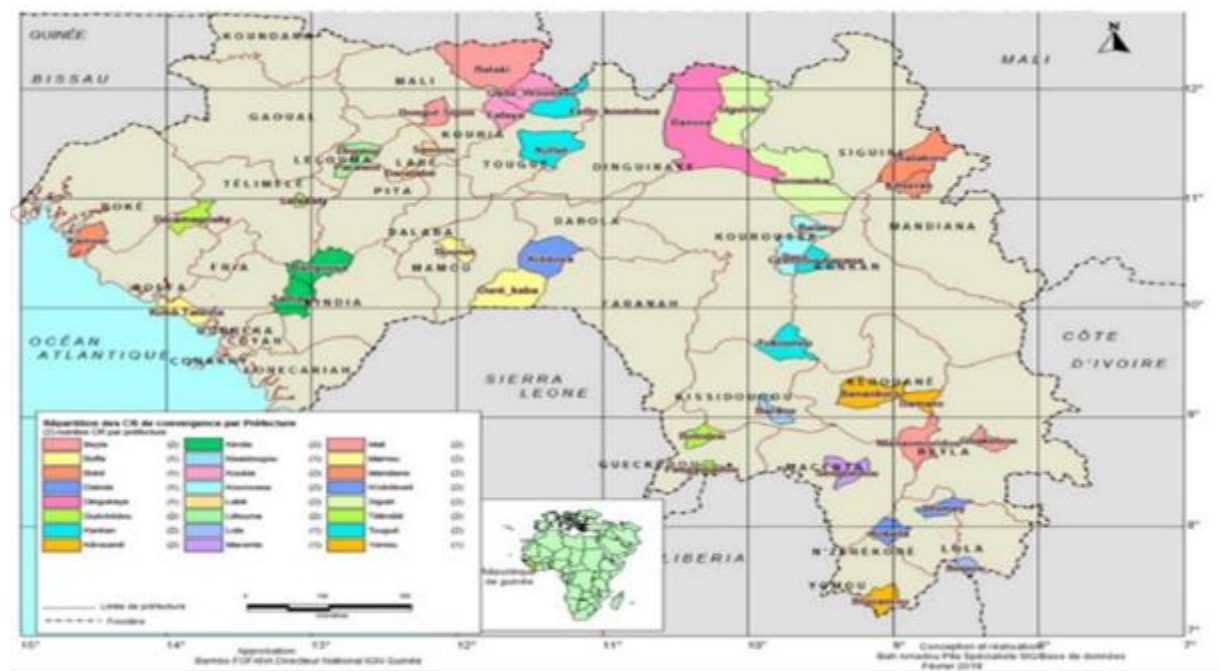
**l'assainissement (accès à l'eau potable, latrines et fin de la défécation à l'air libre...), la santé dans ses trois dimensions (promotion, prévention et accès aux soins et traitements de santé primaire), l'aménagement urbain, l'entretien de la voirie communautaire, ou encore le développement économique local.**

En 2018, le MATD lance l'**Initiative des Communes de Convergence (ICC)**, formalisée dans le **Programme d'Appui aux Communes de Convergence (PNACC)** et doté d'un comité de coordination.

Il s'agit de faire de **40 communes** de Guinée, réparties dans les 7 régions administratives des **communes pilotes de la décentralisation/déconcentration des services de l'État en vue d'un passage à l'échelle.**

Les 40 communes pilotes ont été sélectionnées en raison de leur particulière vulnérabilité, y compris l'enclavement et faiblesse dans l'offre et la demande des services sociaux de base. Sur la moyenne de ces communes la majorité des enfants de moins de 5 ans n'a pas accès aux services de santé (69,6%) et à l'assainissement (73%). 44% ne bénéficiant pas d'une nutrition adaptée et suffisante, 75% n'étaient pas vaccinés. Par ailleurs, la moitié des enfants ne sont pas inscrits aux registres d'état civil. Le taux de scolarisation est faible dans ces communes et la majorité des mères ne sont pas allées à l'école et n'ont pas accès à une bonne information concernant les soins aux enfants. Par ailleurs, il s'agit de communes présentant un grand déficit d'infrastructures : bâtiments communaux, écoles et postes de santé, infrastructures d'accès à l'eau potable... ainsi qu'un déficit d'accès des populations à des toilettes améliorées.

Les communes ont également été choisies en raison de leur potentiel de développement économique, notamment potentialités agricoles, minières, etc.



**Figure 1: Localisation des 40 communes rurales de convergence**

### 1.3 L'UNICEF en Guinée

Les objectifs de l'ICC **dont l'amélioration de la couverture des services de base et la réduction des coûts dupliqués de services ; l'amélioration de la coordination et des synergies dans la fourniture des services sociaux de base et de la gouvernance** rejoignent les objectifs poursuivis par l'UNICEF. Ces objectifs s'inscrivent dans le cadre des Objectifs du développement durable (ODD) et de l'atteinte les Résultats Clés pour les Enfants (RCE) définis par l'UNICEF autour de la vaccination (RCE #1), la

prévention de la malnutrition chronique (RCE #2), l'amélioration des acquis scolaires (RCE #4), la protection des enfants contre le mariage des enfants (RCE #6), l'augmentation de l'enregistrement des naissances (RCE #7) et la fin de la défécation à l'air libre (RCE #8) dans les 40 communes de convergence.

Dans ce contexte, l'UNICEF et le Gouvernement de Guinée ont intégré dans le Programme de coopération 2018-2022, le soutien stratégique et opérationnel à l'ICC. A travers son appui, l'UNICEF entend ainsi jouer un rôle de catalyseur dans le cadre de la politique de décentralisation pour la mise en œuvre, en partenariat avec le MATD et ses structures déconcentrées, d'autres partenaires techniques et financiers et les collectivités locales, des interventions relevant des nouvelles compétences des communes sur le terrain, notamment dans les 40 communes de convergence.

## 2. OBJET DE L'ÉVALUATION

L'objet de la présente évaluation de l'Initiative des Communes de Convergence est la mise en œuvre à titre d'expérimentation en vue de son passage à l'échelle.

**Tableau 1: Présentation succincte de l'objet de l'évaluation**

|   |   |
|---|---|
| <b>Titre du projet/programme</b>          | Programme National d'Appui aux Communes de Convergence (PNACC)  |
| <b>Pays</b>                               | Guinée Conakry  |
| <b>Sources de financement / bailleurs</b> | BND et FINEX  |
| <b>Budget total</b>                       | USD 6 168 963.3   |
| <b>Durée</b>                              | 3 ans : 2018-2020   |
| <b>Objectif global</b>                    | Créer un environnement favorable à la consolidation de la Décentralisation et mutualiser les interventions des Bailleurs de fonds et des Partenaires qui soutiennent le développement des collectivités locales de la Guinée  |
| <b>Composantes</b>                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>i) Appui à la décentralisation et à la déconcentration ;</li> <li>ii) Accès intégral aux services sociaux de base et a des services publics de qualité ;</li> <li>iii) Renforcement des capacités des acteurs décentralisés et déconcentrés ;</li> <li>iv) Suivi évaluation</li> <li>v) le renforcement de la redevabilité.</li> </ul>   |
| <b>Effets escomptés</b>                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Effet n°1 : D'ici fin 2022, la CIP/LPNDDL et la Coordination Générale du PNACC assurent la coordination de la conduite des réformes liées à la décentralisation ;</li> <li>• Effet 2 : D'ici fin 2022, les conseils communaux des Communes de Convergence assurent la coordination des actions de développement local ;</li> <li>• Effet 3 : D'ici fin 2022, au moins 80 % des populations des Communes de Convergence utilisent des services sociaux de base et des services publics de qualité</li> </ul>  |
| <b>Produits</b>                           | <p><b>Au niveau institutionnel et stratégique :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La contribution à la consolidation du processus de décentralisation en soutenant les réformes institutionnelles qui visent à améliorer la gouvernance locale inclusive et à positionner les exécutifs locaux dans une posture d'acteurs incontournables du développement local ;</li> <li>• La mise en place des cadres de coordination/concertation au niveau central et décentralisé pour faciliter le transfert des compétences aux collectivités locales ;</li> </ul> <p><b>Au niveau local et opérationnel :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le développement des plans de mobilisation des ressources locales dans les 40 Communes de Convergence ;</li> <li>• L'élaboration de Programmes Annuels d'Investissements (PAI) sensibles aux droits de l'enfant dans les 40 Communes de Convergence ;</li> <li>• La mise en œuvre de la stratégie de santé communautaire dans les communes de convergence, notamment le dénombrement des femmes enceintes et des enfants de moins de 5 ans, l'interopérabilité entre la santé et l'état civil ;</li> <li>• Le renforcement de la performance du système éducatif au niveau local à travers des contrats de performance entre les communes et le ministère de l'Éducation nationale ;</li> </ul> |

|  |  |
|--|--|
| <b>Partenaires<br/>(institutionnels, de<br/>mise en œuvre)</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• La valorisation du potentiel économique local et création de richesses (exemple : l'unité de saponification de Koba) ;</li> <li>• La valorisation des organisations communautaires de protection de l'enfant rendant disponible les services de protection de l'enfant dans les communautés.</li> </ul> |
|  | Ministère de l'Administration du Territoire et la Décentralisation et Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique   |

## 2.1 Description de l'Initiative Communes de Convergence

L'initiative repose sur l'approche novatrice de la convergence géographique, programmatique et opérationnelle qui répond à une logique de reconfiguration des territoires, sous tendue par le développement de l'intercommunalité et s'appuyant sur des complémentarités et des synergies des différents acteurs du développement opérant dans les territoires.

L'ICC se développe selon trois composantes complémentaires :

### Composante 1 : Appui à la décentralisation et à la déconcentration.

Cette composante vise à mettre en place des processus de bonne gouvernance locale, inclusive et transparente afin d'atteindre des résultats suivants :

- Clarifier les compétences de l'Etat et celles des collectivités locales grâce à l'adoption et la mise en œuvre de la charte de la déconcentration ;
- Permettre la réforme des finances locales et le renforcement de la qualité des ressources humaines au sein des services communaux ;
- Favoriser la mise en place effective de la fonction publique locale ;
- Favoriser les processus de concertation et de coordination entre l'Initiative et l'Agence Nationale de Financement des CL ;
- Sensibiliser les cadres au niveau des ministères et des différentes institutions concernées pour garantir une appropriation du programme et l'effectivité du transfert des compétences.

### Composante 2 : Accès aux services sociaux de base et à des services publics de qualité

Cette composante implique l'administration d'un paquet de services au niveau local susceptible de couvrir les besoins des familles les plus vulnérables, notamment les femmes et les jeunes enfants. L'existence de tels services va en outre contribuer à l'attractivité du territoire en vue d'attirer des investissements.

Le développement d'un tel système intégré met aussi l'accent sur la gouvernance locale, la redevabilité et l'engagement des citoyens en faveur du développement inclusif de leurs communes.

### Composante 3 : Renforcement des capacités des acteurs décentralisés et déconcentrés

L'ICC repose sur la mobilisation des compétences au sein des services déconcentrés et décentralisés et sur l'élaboration, dans chaque commune d'un plan de développement Institutionnel (PDL) couvrant, notamment, les domaines d'action suivants :

- Renforcement de l'administration et de la gestion budgétaire et comptable des Communes
- Amélioration des ressources financières, notamment les ressources fiscales locales
- Fourniture des services sociaux de base et des services publics de qualité
- Amélioration du cadre de travail des services communaux

Un an après la mise en place du PNACC, le partenaire d'exécution et l'UNICEF ont jugé important d'ajouter deux autres composantes concernant la redevabilité et le suivi-évaluation.

## 2.2 Résultats ou effets attendus de l'ICC

La mise en œuvre de l'ICC doit contribuer à la consolidation de la décentralisation, la mise en place de cadres de coordination/concertation aux niveaux central et décentralisés pour faciliter le transfert des 14 domaines de compétences aux collectivités locales.

Elle vise à ce que chacune des communes de convergence soit en mesure de dresser un PDL et un PAI et de le respecter. Pour cela il est attendu que les ressources humaines soient renforcées dans leurs capacités, notamment en termes de mobilisation et gestion des ressources locales et que les financements d'État prévus par les textes d'application des lois de décentralisation soient transférés.

Au final, il est attendu de l'ICC qu'elle apporte une amélioration en termes d'accès aux services sociaux de base et à des services publics de qualité en particulier pour les plus vulnérables pour au moins 80% des populations des communes de convergence.

## 2.3 La santé communautaire comme porte d'entrée des services sociaux de base

Les principaux changements de comportements attendus dans les communes de convergence sont résumés dans le schéma ci-dessous



Figure 2: Portrait de la Commune de Convergence modèle

Une grande partie des objectifs attendus par le PNACC dans les communes est liée directement à la santé communautaire via ses différents volets : promotion de la santé, dépistage et prévention des maladies et soins de santé primaire :

- Le suivi des femmes enceintes via les consultations prénatales ainsi que l'accès à un accouchement sécurisé via des soins obstétricaux et néonataux de qualité ;
- La nutrition des jeunes enfants (allaitement et compléments alimentaires après diversification)
- L'accès de tous les enfants au programme élargi de vaccination ;
- L'accès des enfants aux soins de santé primaire via l'accès aux dépistages et aux médicaments essentiels, au protocole de prise en charge PCIME, etc ;
- La mise en place de mesures d'hygiène élémentaires assurant la prévention de maladies potentiellement mortelles (diarrhées et autres maladies manuportées et/ou transmises par l'eau souillée) : lavage des mains, accès à l'eau potable, fin de la défécation à l'air libre.

D'autres objectifs sont indirectement liés à la santé :

- Les mesures de protection de l'enfance visant en particulier la prévention des violences, notamment des violences basées sur le genre (VBG) dont font partie les mutilations génitales féminines (MGF) et les mariages précoces ;
- L'accès à l'état civil qui donne aux enfants une reconnaissance légale indispensable pour faire valoir leurs droits (à la santé, à la justice, à la scolarisation...);
- L'accès à l'éducation : de l'encadrement préscolaire à la scolarisation secondaire dont il est clairement démontré qu'il est garant d'un meilleur état de santé physique, psychique et social, tel que défini par l'OMS, des populations et des enfants en particulier.

Il s'agit en particulier d'ancrer dans la communauté des dispositifs de protection des enfants depuis la grossesse jusqu'à la scolarisation secondaire. Dispositifs dont les retombées bénéficient à toute la communauté aujourd'hui et pour l'avenir.

L'opérationnalisation des stratégies de l'ICC au niveau communautaire utilise cette porte d'entrée thématique santé communautaire sur laquelle se greffe l'opérationnalisation des thématiques rattachées comme le recensement des populations, l'enregistrement des enfants à l'état civil et l'incitation à la scolarisation. Cette opérationnalisation est basée sur la mise en place d'un dispositif communautaire dont le pivot est une articulation entre des agents de santé communautaire (ASC) et des relais communautaires (RECO) spécifiquement formés.

Au-delà de leurs capacités personnelles, ces différents agents communautaires sont choisis pour leur bonne intégration et le capital confiance dont ils bénéficient au sein de leur communauté.

## 2.4 Financement de l'initiative « communes de convergence »

Les réalisations enregistrées depuis 2018 dans le cadre de cette ICC ont été rendues possibles grâce à la mobilisation et la mise à disposition d'importantes ressources financières par l'État guinéen, l'UNICEF et d'autres partenaires. En 2019, l'État a mis à la disposition des 40 Communes de Convergence un budget de 70 milliards de GNF (équivalents à environ 7.143.000 US\$).

Au titre du FNDL, l'Agence Nationale de Financement des Collectivités Locales (ANAFIC) a transféré aux Communes de Convergence un montant global de près de 43 milliards de GNF (équivalents à environ 4.388.000 US\$) pour financer les microprojets inscrits dans les PAI 2019, soit en moyenne 1,750 milliard de GNF par commune (équivalents à environ 178.600 US\$).

Sur la période 2018-2019, la contribution globale de l'UNICEF pour le financement des services sociaux est évaluée à 126 milliards de GNF (équivalents à environ 12,86 millions US\$), soit un budget moyen de 3,150 milliards de GNF (équivalents à environ 321.000 US\$) par commune, ce qui correspond à une dotation moyenne de 1,575 milliard de GNF (équivalents à environ 161.000 US\$) par an et par commune.

## 2.5 Rôle de l'UNICEF et des parties prenantes dans la mise en œuvre du projet

L'UNICEF a joué un rôle de partenaire stratégique, technique et financier privilégié dans la conception et la mise en œuvre de l'ICC, avec l'objectif d'aider le gouvernement guinéen à faire des communes de convergence un modèle pilote, répliquable dans tout le pays, permettant notamment d'atteindre les RCE et les ODD.

L'UNICEF a ainsi favorisé le renforcement du plaidoyer pour la mise en œuvre des politiques publiques locales, fourni un soutien à l'élaboration du PNACC et au financement de ses activités de démarrage, apporté un appui à la mise en place de l'équipe de coordination et à la mise en œuvre de stratégies et d'activités sectorielles dans les communes.

Le principe de convergence prend en compte une coopération potentielle des différents partenaires techniques et financiers travaillant dans le même domaine et le même secteur géographique, ainsi que le développement de l'intercommunalité, dans l'objectif de mutualiser des moyens et d'optimiser les résultats.

## 2.6 Bénéficiaires de l'initiative

Les bénéficiaires finaux de l'ICC sont :

- Les enfants des CC et en particulier les plus vulnérables d'entre eux ;
- Les femmes enceintes et mères de famille ;
- La communauté dans son ensemble qui bénéficie des effets de l'amélioration de la gouvernance locale, d'infrastructures nouvelles ou rénovées (centres de santé, bâtiments scolaires, latrines, dispositif d'accès à l'eau...).

Les bénéficiaires intermédiaires sont toutes les personnes ayant bénéficié de renforcement de capacités et d'autonomisation (empowerment) tout au long de la mise en œuvre de cette initiative : exécutifs communaux, fonctionnaires territoriaux (dont receveurs, secrétaires généraux de mairies, directeurs d'établissements scolaires, directeurs de centres de santé...), membres des communautés : ASC, RECO, membres des COSAH, groupements de femmes, conseils de jeunes ...

## 3. BUT DE L'ÉVALUATION

La présente évaluation a pour objet de répondre à la question de savoir si l'ICC est un moyen pertinent, efficace et efficient pour aboutir in fine à un accès satisfaisant et durable des populations aux services sociaux de base et aux services publics de qualité ?

La réponse à cette question globale permettra de déterminer dans quelle mesure et de quelle manière il est pertinent (ou non) pour l'UNICEF de poursuivre son soutien à l'ICC et au MATD en vue d'assurer le passage à l'échelle de l'expérimentation menée dans les 40 communes pilotes.

Au terme de 5 années de mise en œuvre (2018-2022), l'évaluation se fixe un double but :

- 1) évaluer la pertinence du choix de l'ICC vis-à-vis des besoins des communautés et des politiques du Gouvernement ;
- 2) analyser l'efficacité, l'efficience et la durabilité de cette Initiative, en tirer les leçons et faire des recommandations en vue du passage à l'échelle et de la prolongation, ou non, de l'appui de l'UNICEF

Cette évaluation prend en compte deux principes directeurs : la redevabilité et l'apprentissage.

- La **redevabilité** consiste à rendre compte auprès du Gouvernement, des bailleurs et des bénéficiaires, des résultats (prévus ou non), atteints par l'ICC.
- L'**apprentissage** consiste à tirer les enseignements des actions entreprises, des résultats obtenus, des difficultés de mise en œuvre, des stratégies d'adaptation... afin de fournir aux différents acteurs de mise en œuvre de l'ICC des arguments et des recommandations propres à renforcer les stratégies qui pourront être élaborées dans le cadre d'une poursuite et d'un passage à l'échelle de l'ICC.

Concernant l'UNICEF, l'évaluation s'adresse non seulement au Bureau de la Guinée mais également au Bureau Régional pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre ainsi qu'au Siège de l'UNICEF et plus largement à tous les autres bureaux de l'organisation via la base de données globale des recherches et des évaluations, dans une optique de partage et de promotion des enseignements tirés de la mise en œuvre de l'approche de convergence géographique et programmatique des interventions en Guinée.

Les utilisateurs et utilisations envisagées de cette évaluation sont présentés dans le Tableau 2 ci-dessous.

**Tableau 2: Les utilisateurs et les utilisations de l'évaluation**

| Utilisateurs de l'évaluation   | Utilisation de l'évaluation<br>(comment les conclusions et recommandations seront utilisées)  |
|--------------------------------|---|
| Bureau Pays de l'UNICEF Guinée | 1) Tirer les leçons et mieux affiner l'approche de convergence géographique et programmatique dans les communes et zones prioritaires qui seront ciblées dans le cadre de la programmation du nouveau CPD pour la |

|  |   |
|--|---|
|  | <p>période 2023 - 2027 (du point de vue programmatique comme opérationnel) ;</p> <p>2) Utiliser les résultats de cette évaluation pour le développement d'une ToC de la convergence géographique et programmatique basée sur les bonnes pratiques et les leçons apprises ;</p> <p>3) Informer le plaidoyer en direction des bailleurs de fonds.</p>   |
| <i>Bureau Régional de l'UNICEF pour l'Afrique d'Ouest et de Centre (WCARO)</i>   | 4) Identifier - et répliquer le cas échéant - les bonnes pratiques de la Guinée en matière de convergence géographique et programmatique dans d'autres pays avec un contexte similaire.   |
| <i>Communautés/bénéficiaires</i>   | 5) Mieux s'approprier des résultats du programme et continuer les efforts vers l'établissement d'un environnement plus propice à la convergence géographique et programmatique au niveau local.   |
| <i>Entités du Gouvernement impliquées au niveau central (le MATD et le PNACC, les ministères sectoriels de la santé, éducation, protection, eau, hygiène et assainissement, etc.) et au niveau déconcentré (les directions régionales et services locaux des secteurs concernés, ainsi que la DRPSIAP)</i> | <p>6) Mieux assurer la durabilité des résultats du PNACC et de l'ICC, tout en garantissant une gestion autonome des activités dans le futur ainsi que le fonctionnement des équipes de coordination et de supervision des actions sur le terrain ;</p> <p>7) Faciliter la mise à l'échelle de certaines interventions à haut impact du Programme National d'Appui aux Communes de Convergence ;</p> <p>8) Orienter la priorisation des interventions dans la cadre de l'extension de l'approche de convergence et de la politique de santé communautaire.</p> |
| <i>Les collectivités locales de la Guinée (régions et communes)</i>  | 9) Mieux intégrer l'approche de convergence géographique et programmatique dans les plans régionaux et locaux (communaux) de développement.   |
| <i>Les autres agences du Système des Nations Unies et les autres PTF qui appuient le PNACC et interviennent dans la santé communautaire</i>  | <p>10) Mieux orienter les financements des autres agences du SNU et des autres bailleurs de fonds dans l'appui au PNACC et à son passage à l'échelle ;</p> <p>11) Renforcer la collaboration inter-agences et avec les autres PTF autour du PNACC et dans le domaine de l'approche de convergence géographique et programmatique ;</p> <p>12) Incorporer les bonnes pratiques de l'ICC et du PNACC dans le prochain UNSDCF 2023-2027 de la Guinée et les autres documents de programmation des agences et des PTF bilatéraux et multilatéraux.</p>            |
| <i>Partenaires de mise en œuvre</i>  | <p>13) Mieux intégrer le PNACC et la convergence géographique et programmatique dans leurs plans de travail et leurs propositions aux bailleurs</p> <p>14) Renforcer leurs collaborations futures avec l'UNICEF et le Gouvernement en matière de convergence géographique et programmatique.</p>  |

#### 4. OBJECTIFS DE L'ÉVALUATION

Les objectifs de l'évaluation sont :

- Déterminer la pertinence, l'efficacité, l'efficience et la durabilité du PNACC vis-à-vis de l'atteinte des objectifs nationaux.
- Identifier les facteurs qui ont contribué ou entravé l'atteinte des résultats de l'ICC et du PNACC
- Analyser les défis dans la mise en œuvre de l'approche « Communes de Convergence » - y compris le hiatus possible entre le développement des standards et leur mise en œuvre pratique - ainsi que la qualité des réponses apportées par l'UNICEF, le MATD et les autres parties prenantes aux défis rencontrés ;
- Identifier et documenter les enseignements tirés et les bonnes pratiques à répliquer par le PNACC dans le cadre du passage à l'échelle nationale de cette approche, ainsi que les forces et les possibilités d'améliorations à explorer pour le prochain CPD, en termes de planification, mise

en œuvre, passage à échelle, intégration, complémentarité et impact de la convergence géographique et programmatique ;

- Formuler des recommandations opérationnelles et stratégiques, d'une part au PNACC/MATD afin d'améliorer la qualité de la convergence géographique et programmatique au niveau local/communal, et d'autre part à l'UNICEF pour l'amélioration du prochain cycle du programme de coopération Guinée – UNICEF et le passage à l'échelle de l'ICC.

## 5. PORTEE DE L'EVALUATION

### 5.1. Portée thématique

L'évaluation s'est focalisée sur les thématiques suivantes :

- **Le renforcement des capacités** des acteurs de prise de décision à tous les niveaux d'une part, et des acteurs de mise en œuvre des interventions - y compris la société civile - d'autre part dans l'optique de l'exercice effectif et efficace des compétences transférées aux communes
- **Le renforcement de la Stratégie de Santé Communautaire**, en particulier la fourniture d'un paquet de services intégré (Santé, WASH, Protection, Nutrition, Education) au niveau communautaire avec comme porte d'entrée la santé primaire.

C'est-à-dire qu'au-delà de l'évaluation globale de l'ICC, il s'agit d'apprécier spécifiquement la pertinence, l'efficacité, l'efficience et la durabilité du système communautaire coordonné au niveau des centres de santé, via des agents de santé communautaire (ASC) et des relais communautaires (RECO), visant à atteindre l'ensemble des objectifs liés directement ou indirectement à l'amélioration de l'état de santé et au bien-être des enfants

Cette évaluation s'intéresse en particulier aux performances de l'ICC et du PNACC dans les domaines suivants :

- ▶ La gouvernance locale en mettant l'accent sur le niveau et la qualité de l'engagement de tous les acteurs, y compris l'UNICEF et le MATD, dans l'exercice de leurs rôles de coordination des interventions, de coopération avec les autres parties prenantes, dont les ministères sectoriels et leurs démembrés, les autres agences du Système des Nations Unies et les PTF, ainsi que tous les partenaires de mise en œuvre au niveau local et les populations bénéficiaires ;
- ▶ Les mécanismes de redevabilité entre les exécutifs communaux et les communautés ;
- ▶ Le financement effectif des plans et des besoins des communes et des communautés sur la base des ressources locales durables ;
- ▶ L'exercice effectif par les communes des 14 domaines de compétences transférés et la fourniture de services sociaux de base (Santé, WASH, Protection, Nutrition, Éducation) et de services publics de qualité aux communautés ;
- ▶ Les processus opérationnels mis en œuvre par le MATD et l'UNICEF pour garantir l'efficacité et l'efficience des interventions.

### 5.2. Portée géographique

La revue documentaire couvre l'ensemble des activités réalisées dans le cadre de la mise en œuvre de l'ICC. Toutefois, la collecte des données a été restreinte à un échantillon de 10 Communes de Convergence (soit 25%) et de 2 autres communes « témoins » ne faisant pas partie des 40 communes pilotes.



### 5.3. Portée chronologique

L'évaluation couvre les activités mises en œuvre entre juin 2018 (date effective de démarrage de l'ICC) et mars 2022 (date de la mission de terrain).

A noter que, dans les documents officiels, l'ICC et son financement sont programmés pour 3 ans de 2018-2020 mais l'atteinte des résultats est attendue pour fin 2022.

## 6. CRITERES ET QUESTIONS D'EVALUATION

### 6.1. Théorie du changement et cadre logique de l'ICC

Des entretiens préliminaires menés auprès du staff de l'UNICEF, il ressort que la mise en œuvre de l'ICC ne s'est pas appuyée sur la théorie du changement initialement associée au PNACC. Par ailleurs, le cadre logique du programme s'appuie sur un nombre très importants d'indicateurs (plus de 90) pour lesquels il n'y a ni données de base, ni protocole de suivi global et coordonné.

C'est pourquoi les évaluateurs n'ont pas construit leur méthodologie sur la base de ces éléments.

### 6.2. Les critères d'évaluation

Les critères retenus pour cette évaluation sont ceux de l'OCDE/CAD, notamment la pertinence/cohérence, l'efficacité, l'efficience et la pérennité auxquels s'ajoute le critère de prise en compte des droits humains (en particulier des enfants), du genre et de l'équité.

Le critère d'impact n'a pas été retenu par l'UNICEF dans ses TdR faute de données de base (*Baseline ou ligne de base*) et d'une étude finale et parce que pour un programme ayant démarré en mi-2018, il serait prématuré et complexe d'estimer l'attribution causale entre les activités réalisées dans le cadre de l'ICC et les changements dans la vie des femmes et des enfants des Communes de Convergence.

### 6.3. Les questions d'évaluation

Les questions d'évaluation par critère sont reprises dans le tableau ci-dessous :

| Critères   | Questions   |
|------------|---|
| Pertinence | <ol style="list-style-type: none"> <li>1 Dans quelle mesure la stratégie et les modalités de partenariat de l'ICC développées par le PNACC/MATD et l'UNICEF sont-elles en cohérence avec les résultats et les objectifs attendus en fonction du contexte guinéen (enjeux sécuritaires, politiques et mesures d'adaptation y compris) ?</li> <li>2 Dans quelle mesure les activités/interventions de PNACC/MATD et l'UNICEF prévues sur le terrain dans le cadre de l'ICC sont-elles en mesure de répondre aux besoins identifiés des populations cibles ?</li> <li>3 Dans quelle mesure les activités/interventions de l'ICC sur le terrain sont alignées avec le PNDES 2016-2020, la Lettre de Politique Nationale de Décentralisation et de Développement Local (LPNDDL), le Code révisé des Collectivités Locales (CCL) de 2017, et les objectifs envisagés du Programme de Coopération 2018-2022 de l'UNICEF en Guinée ?</li> </ol> |
|            | <ol style="list-style-type: none"> <li>4 Dans quelle mesure les interventions ont produit les résultats escomptés conformément aux plans du PNACC/MATD et de l'UNICEF (au niveau des enfants, du financement effectif et durable des communes sur la base des ressources locales, du renforcement de la gouvernance locale, du renforcement de l'exercice effectif des 14 compétences</li> </ol>  |

| Critères                        | Questions  |
|---------------------------------|--|
| Efficacité                      | <p>transférées, de l'amélioration de la disponibilité de l'accessibilité et de la fréquentation des services sociaux de base et des services publics) ?</p> <p>5 Dans quelle mesure la convergence géographique et programmatique a contribué à l'atteinte des Résultats Clés pour les Enfants (RCE) et des ODD dans les 40 Communes de Convergence ?</p> <p>6 Quels sont les facteurs (internes et en dehors de l'UNICEF et du PNACC/MATD) qui ont contribué à l'atteinte des objectifs des interventions y compris la composante de renforcement des capacités ?</p> <p>7 Quels sont les facteurs (internes et en dehors de l'UNICEF et du PNACC/MATD) qui ont empêché l'atteinte des objectifs des interventions y compris la composante de renforcement de capacités ? Quelles mesures correctrices, s'il y en avait, ont été adoptées pour mitiger les défis rencontrés ?</p> <p>8 Quels sont les changements positifs et/ou négatifs observés chez les bénéficiaires (<i>partenaires institutionnels, communautés, femmes, enfants, etc.</i>) auxquelles l'ICC a contribué ?</p> <p>9 Dans quelle mesure les différentes stratégies de suivi-évaluation étaient-elles adaptées pour mesurer les résultats de l'ICC ? Et Comment pourraient-elles être améliorées ?</p> |
| Efficiace                       | <p>10 Pour chacun des domaines d'intervention de l'ICC, dans quelle mesure les ressources financières, humaines et les biens ont été :</p> <p>11 Dans quelle mesure les mêmes résultats auraient-il pu être atteints par d'autres alternatives moins coûteuses ?</p> <p>12 Quels sont les facteurs de gestion qui ont favorisé ou empêché l'efficace de l'ICC ?</p>  |
| Cohérence                       | <p>13 Dans quelle mesure les activités/interventions de PNACC/MATD et l'UNICEF sur le terrain dans le cadre de l'ICC étaient complémentaires des interventions des autres PTF dans les 40 CC ?</p>   |
| Durabilité                      | <p>14 Dans quelle mesure les communautés bénéficiaires et les partenaires institutionnels se sont appropriés l'ICC et ses acquis ?</p> <p>15 Dans quelle mesure les conditions nécessaires pour une appropriation des interventions de l'ICC par la partie nationale et les communes du pays ont été mises en place par le PNACC/MATD, l'UNICEF et les autres partenaires ?</p> <p>16 Quelles sont les dispositions nécessaires pour l'inclusion des interventions de l'ICC dans les politiques et les priorités nationales et sectorielles de la Guinée ?</p>   |
| Droits humains, genre et équité | <p>17 Dans quelle mesure les considérations spécifiques liées au genre, aux droits humains et à l'équité ont-elles été prises en compte lors de la conception, la planification, la mise en œuvre et le suivi des interventions de l'ICC ?</p> <p>18 Dans quelle mesure les interventions ont permis de s'adresser aux groupes avec le plus de besoins d'accès aux services sociaux de base et aux services publics dans les 40 Communes de Convergence ?</p> <p>19 S'il y eu des obstacles d'ordre politique, pratique ou administratif, à l'intégration efficace des droits humains et de l'égalité des sexes lors de la mise en œuvre des interventions, quel a été le niveau d'efforts déployés afin de surmonter ces difficultés ?</p>  |

## 7. METHODOLOGIE

### 7.1. Approche d'évaluation

L'évaluation comporte quatre phases :

1. Conception et rédaction du design méthodologique de l'évaluation
2. Collecte de données
3. Analyse des données et production du rapport préliminaire de l'évaluation
4. Restitution et finalisation du rapport d'évaluation.

L'évaluation est conçue conformément aux normes et standards du Groupe des Nations Unies pour l'Évaluation (UNEG) et des principes d'évaluation de l'Organisation de Coopération et de Développement Économique (OCDE) ainsi qu'aux directives de l'UNICEF. La démarche s'appuie sur une méthode mixte qualitative (collecte de données d'entretiens, observations de terrain) et quantitative (analyse des rapports d'analyse, analyse de données secondaires).

**La méthodologie** d'évaluation a été conçue de manière à répondre le plus précisément possible aux questions d'évaluation déterminées en fonction des critères retenus dans le cadre de cette évaluation.

Il s'agit d'une méthodologie mixte basée sur le recueil et l'analyse de données quantitatives et qualitatives. Ces données sont obtenues par une revue documentaire complète des différents documents fournis par l'UNICEF et d'autres documents en particulier émanant du MATD, d'une part et d'autre part par une série d'entretiens semi-directifs et de focus group menés auprès de l'UNICEF, du MATD et d'autres Ministères thématiques en particulier santé et éducation, des acteurs de l'ICC tout au long de la chaîne d'intervention (décentralisation et services communaux) et de ses bénéficiaires. Des visites de centres de santé ont été effectuées, ainsi que d'autres infrastructures jugées utiles/remarquables au moment de la mission (écoles, forages, latrines).

L'approche est **inclusive et participative** pour permettre d'emblée à chacun de s'approprier la composante d'apprentissage de cette évaluation.

**Les données** ont été collectées auprès du plus grand nombre d'acteurs possibles de l'ICC, à tous les niveaux de mise en œuvre, en tenant compte du temps contraint de la mission et des disponibilités des uns et des autres. Afin de croiser les informations obtenues et de recueillir les différents points de vue.

Des guides d'entretiens ont été développés à partir de la matrice d'évaluation préalablement validée de manière consensuelle et itérative.

L'analyse globale des résultats se base sur les constats empiriques soumis à un processus de triangulation, c'est-à-dire par une comparaison croisée des données recueillies par les différentes méthodes de collecte (revue documentaire, entretiens, focus group et observations) en tenant compte des données quantitatives et qualitatives et en procédant au recoupement des informations obtenues de ces diverses sources. La triangulation permet de valider les principales conclusions à partir desquelles les recommandations sont formulées.

L'équipe d'évaluation s'est basée sur des informations complètes et fiables, tirées notamment des documents du PNACC, des documents émanant des différents ministères impliqués et en particulier du MATD (PNDES, ...) et du ministère de la santé, notamment de la Direction Nationale de la Santé Communautaire, des diagnostics des CC, ainsi que leurs PDL et PAI, des documents de suivi de l'UNICEF concernant les différentes composantes thématiques...

Cette analyse des résultats revêt une **dimension formative et prospective** : analyse des résultats atteints en fonction des données disponibles, identification des facteurs clé de réussite, des points de blocage et des leçons apprises. L'aspect prospectif donne lieu à la formulation de recommandations pour optimiser le niveau des résultats atteints et l'appropriation en vue d'une plus grande pérennité.

Afin de suivre le fil directeur de la **porte d'entrée thématique qui est la santé**, axe majeur et transversal de l'ICC, l'évaluation s'est attachée à suivre les processus de décentralisation/déconcentration de manière spécifique aux niveaux du Ministère de la santé, des directions régionales et préfectorales auprès de différents responsables de la santé communautaire, des commissions municipales dédiées et des centres de santé (COSAH, chefs de centres).

## 7.2. Méthode et outils de collecte

### 7.2.1. Phase de démarrage

La phase de démarrage a permis à l'équipe d'évaluation de peaufiner la méthodologie proposée dans l'offre technique et ajuster la méthodologie de l'évaluation de manière à mieux redimensionner la mission d'évaluation. La phase préliminaire a porté essentiellement sur la revue de la documentation fournie par l'UNICEF, en particulier le Rapport ICC 2020 et la Revue à mi-parcours du Programme UNICEF Guinée 2018-2020, les documents politiques et stratégiques concernant la santé communautaire, les diagnostics préalables, PDL et PAI disponibles des communes ainsi que certains documents clés du MATD : PNDES, PNACC. Elle a permis d'éclairer la compréhension du contexte et affiner les sous-questions d'évaluation, ainsi que la stratégie de collecte et d'analyse des données.

### 7.2.2. Revue documentaire

La revue documentaire pour la rédaction de ce rapport s'est basée sur l'exploitation des principaux documents ci-dessous :

#### Documents produits par la Guinée : État et services déconcentrés

1. LPNDDL 2012-2022
2. PNDES 2016-2020 (Plan de Développement Économique et Social)
3. PNACC (Programme National d'Appui aux Communes de Convergence)
4. Politique Nationale de Santé Communautaire – août 2017
5. Plan stratégique de santé communautaire 2018-2022.
6. Guide harmonisé de la mise en œuvre de la santé communautaire 2019
7. Arrêté d'interopérabilité État Civil
8. EDS 2018
9. CCL (Code des collectivités locales)
10. Vision Guinée 2040

#### Documents produits par l'UNICEF

1. Programme pays UNICEF-Guinée 2018-2022
2. Cadre des résultats du programme pays
3. Rapport de la revue à mi-parcours (Programme pays UNICEF-Guinée 2018-2022)
4. Rapport ICC 2018-2019
5. Documents de financements
6. PNACC : Module sur les compétences transférées (version provisoire juillet 2018)
7. PNACC : Module décentralisation/les acteurs de la décentralisation : rôles, responsabilités et relations (version provisoire juillet 2018)

#### Documents produits par les communes de convergence

1. Échantillon de PDL et PAI
2. Échantillon de Diagnostics d'expertise des communes

#### Autres documents

1. Convention relative des Droits de l'Enfant (CDE)
2. Convention sur l'élimination de toutes les formes de discriminations à l'égard des femmes (CEDEF)

### 7.2.3. Outils de collecte des données

L'évaluation a été conçue de façon à assurer une collecte de données primaires qui puissent fournir des preuves solides, tout en assurant la prise en compte d'une diversité de perspectives et de catégories de sources.

- Perspective en fonction du rôle de chacun dans la mise en œuvre de l'ICC : les données ont été collectées auprès des différentes parties prenantes de l'UNICEF, des différents Ministères constitués et des services centraux et décentralisés, des autres agences des Nations Unies et autres partenaires techniques et financiers impliqués dans le processus de convergence programmatique et géographique, des acteurs de mise en œuvre au niveau communal.
- Perspective genre : les évaluateurs auraient aimé pouvoir équilibrer l'échantillonnage de leurs interlocuteurs en tenant compte du genre pour les différentes catégories d'informateurs malheureusement cela n'a pas été possible car globalement les femmes sont absentes ou extrêmement sous représentées dans toutes les catégories à l'exception des bénéficiaires finaux.
- Perspective des bénéficiaires : au niveau des communes de convergence, groupes de femmes enceintes et mères de jeunes enfants, et divers membres d'organisations de la société civile rencontrés sur le terrain à l'occasion des visites d'infrastructures et de réunions de redevabilité.

La collecte de données auprès des interlocuteurs clés s'est effectuée à l'aide de **guides d'entretiens individuels** et de **guides de discussions de groupes (focus group)** ainsi que d'une checklist d'observations pour les visites de centres de santé. Un questionnaire « commune » avait été développé par les évaluateurs dans l'idée de renseigner localement certains indicateurs clés mentionnés dans le PNACC ; malheureusement les exécutifs communaux n'ont pas été en mesure de renseigner ces indicateurs avec des données chiffrées.

**Les guides d'entretiens** individuels ont été développés par cible avec des questions spécifiquement adaptées à chaque type d'interlocuteur. Ils ont été administrés auprès des acteurs suivants : UNICEF, structures étatiques de niveau central et déconcentrés (régions, préfectures et communes), autres PTF participant à l'ICC, ASC/RECO, membres du COSAH et chefs de centres de santé. Ces guides sont construits autour des différents critères d'évaluation : pertinence, efficacité, efficience, durabilité et droits humains, genre et équité et tiennent compte des différentes composantes de l'ICC : décentralisation, accès aux services sociaux de base et renforcements de capacités et des thématiques santé, nutrition, EHA, protection et éducation, au niveau communautaire avec comme porte d'entrée la santé primaire.

Les guides semi-directifs, construits par les évaluateurs après revue documentaire étaient destinés aux intervenants du programme PNACC tout au long de la chaîne d'interventions, susceptibles de donner des informations solides et structurées sur leurs missions.

Les guides permettent d'aller chercher exactement les renseignements à obtenir sans en oublier. Cependant s'ils sont un aide-mémoire afin de maintenir la rigueur tout au long des entretiens, ils n'empêchent pas la nécessaire adaptation en fonction des personnalités et le recueil en supplément d'informations plus informelles ou inattendues.

**Les guides de discussion de groupe (FGD)** s'adressaient aux bénéficiaires clés de la santé communautaire et ont été administrés aux groupes de femmes enceintes et mères de jeunes enfants.

Les discussions en focus group s'adressent plus spécifiquement aux bénéficiaires et permettent de rendre les informations plus riches en raison de l'émulation qui se crée dans les groupes. Il peut être intimidant pour des gens qui n'ont pas toujours l'habitude de s'exprimer en public de se trouver face aux évaluateurs. Être entre pairs leur permet de s'exprimer plus aisément et d'enrichir ensemble les informations au fil d'une discussion légèrement guidée mais d'apparence informelle

Ils favorisent aussi l'application de la méthode du changement le plus significatif et l'émergence d'effets/impacts inattendus.

Ces deux méthodes sont complémentaires car elles ne s'adressent pas aux mêmes populations et permettent d'obtenir des informations de différentes natures et complémentaires

**La méthode du changement le plus significatif** a été appliquée au niveau des interlocuteurs des communes : ceux qui ont bénéficié de renforcement de capacités (empowerment) et les bénéficiaires (lors des focus group). Cette méthode appliquée en entretiens et focus group a permis d'appréhender ce que les bénéficiaires retirent de ce projet en termes de changement fort dans leur vie/qualité de vie. Il s'agit d'une méthode simple et très participative qui met en valeur des histoires significatives de changements<sup>11</sup> liés au programme. Cette méthode favorise la mise en évidence de différentes interprétations de la réalité selon les acteurs, ce qui facilite la mise en perspective et une meilleure compréhension des interactions.

**L'observation** au niveau des centres de santé sur base d'une **check-list** a permis d'apprécier l'état des bâtiments, la disponibilité de salles d'attente, salles de consultation, salle d'accouchement, laboratoires... (locaux dédiés, équipements, personnel dédié).

Ont également été appréciées à ce niveau les installations EHA : disponibilité d'eau potable, toilettes (qualité et entretien), lavabos fonctionnels et présence de savon...

Les guides d'entretiens, de discussions de groupe et la checklist d'observations sont présentés en annexe3 de ce rapport.

### 7.3.Stratégie d'échantillonnage

Un échantillonnage à choix raisonné a été utilisé pour la sélection des participants aux entretiens et discussion de groupe. Le tableau 3 ci-dessous détaille les méthodes d'échantillonnage pour les différents participants et les tailles d'échantillons prévues.

**Tableau 3 : Échantillonnage enquête qualitative**

| Région       | Localités     | Entretiens individuels |           |            | Discussions de groupes |              |            |            |
|--------------|---------------|------------------------|-----------|------------|------------------------|--------------|------------|------------|
|              |               | Homme                  | Femme     | Total      | Nombre                 | Participants | Hommes     | Femmes     |
| Boke         | Koba          | 4                      |           | 4          | 2                      | 11           | 5          | 6          |
| Conakry      | Conakry       | 16                     | 1         | 17         |                        |              |            |            |
| Kankan       | Baro          | 1                      | 1         | 2          | 3                      | 35           | 29         | 6          |
| Kindia       | Siguirini     | 9                      | 1         | 10         | 4                      | 51           | 37         | 14         |
|              | KINDIA        | 2                      |           | 2          |                        |              |            |            |
| Labe         | Donghel Sigon | 14                     | 7         | 21         | 1                      | 39           | 22         | 17         |
|              | LABE          | 4                      |           | 4          | 3                      | 20           | 4          | 16         |
| Manou        | Ouré Kaba     | 7                      | 1         | 8          | 3                      | 35           | 24         | 11         |
| Nzérékoré    | Bossou        | 11                     | 2         | 13         | 3                      | 32           | 23         | 9          |
|              | Djaraguerela  | 19                     | 9         | 28         | 0                      | 0            | 0          | 0          |
|              | FANGAMADOU    | 1                      |           | 1          | 3                      | 17           | 8          | 9          |
|              | Nzérékoré     | 4                      |           | 4          | 3                      | 24           | 13         | 11         |
|              | Sengbdou      | 5                      |           | 5          | 1                      | 30           |            | 30         |
| <b>Total</b> |               | <b>97</b>              | <b>22</b> | <b>119</b> | <b>26</b>              | <b>294</b>   | <b>165</b> | <b>129</b> |

La collecte s'est faite principalement dans 10 communes de convergences et 2 communes témoin (sans intervention) afin de pouvoir comparer les résultats entre les deux zones. Ainsi, nous avons associé deux communes n'ayant pas bénéficié de l'intervention, à savoir Molota et Diaraguéréla, pour mieux apprécier les changements dus aux appuis de l'UNICEF. Pour sélectionner les 10 communes de convergence, (échantillon), la mission a tenu compte de la localisation géographique de la commune, l'existence des micro-projets dans plusieurs (idéalement tous) secteurs d'intervention (Santé, WASH, Protection, Nutrition, Education), du niveau de mise en œuvre des micro-projets (étude, en cours de réalisation,

<sup>11</sup> Plusieurs niveaux de changements : conditions de vie, participation, durabilité des organisations, activités, etc.

achevé), du niveau de performance dans la mise en œuvre des micro-projets (haute, basse) et de l'accessibilité de la commune.

L'identification des participants aux FGD s'est effectuée par l'équipe d'évaluation en collaboration avec les leaders communautaires et les parties prenantes du gouvernement dans les différentes zones de collecte. Nous avons également utilisé des mobilisateurs communautaires pour ce processus. Lors des discussions de groupe, le choix des participants s'est fait en utilisant plusieurs critères (occupation, religion, sexe, origine ethnique, état matrimonial, sexe, âge, quartier) y compris les critères de vulnérabilité comme le handicap, le statut de déplacé ou réfugié, etc. Cela a permis de garantir que les différentes catégories dans les communautés sont bien représentées et a permis également une diversité d'opinions des participants. Une fois dans une localité, l'équipe d'évaluation a d'abord eu une séance de travail avec les leaders communautaires en vue d'établir le profil sociologique du village. Cette connaissance du contexte a aidé à mieux structurer les groupes et l'échantillon de façon à en assurer la plus grande diversité représentative de la réalité locale.

## 7.4. Analyse des données, assurance qualité des données et rédaction du rapport

### 7.4.1 Méthode d'analyse des données

**S'agissant des données qualitatives**, les FGD et les ESSC (y compris les EIC) ont été enregistrés et transcrits. Les données ont été analysées à l'aide de la méthode d'analyse de contenu thématique. Sur la base des critères d'évaluation définis dans les TdRs, une matrice de dépouillement a permis d'identifier pour chacune des questions d'évaluation les principaux thèmes clés par type d'outils et catégorie d'informateurs. Une approche inductive et un codage thématique ouvert<sup>12</sup> ont été utilisés. Les transcriptions ont été codées, en utilisant des thèmes et des sous-thèmes communs selon la matrice d'évaluation.

L'analyse des résultats a été guidée par la matrice d'évaluation en vue d'assurer la triangulation des sources de données. Les données ont été traitées et synthétisées pour compiler et analyser les résultats pour chacun des critères et des questions d'évaluation.

**Pour ce qui est du volet quantitatif**, il n'a pas été possible de rassembler des données quantitatives globales, fiables, actualisées et comparables en raison de l'absence de :

- Données de références au démarrage de l'ICC (absence d'enquête de diagnostic préalable) ;
- D'un système de production de données spécifiques à l'ICC : mise en œuvre d'un protocole de suivi-évaluation dédié, organisé et doté d'indicateurs de performance clairs et fiables ;
- De centralisation et de compilation des données existantes : les données sectorielles sont éparpillées et inconstantes.

Par ailleurs, les remontées de données de terrain à partir des agents communaux ont cessé pratiquement partout depuis que leurs salaires ne sont plus versés (juillet 2020).

**La triangulation des données a été effectuée en** utilisant les données provenant des différentes méthodes qualitatives. Cela nous a permis d'identifier les points d'accord et de désaccord entre et au sein des groupes de répondants. Nous avons comparé et opposé les réponses entre les différents groupes de répondants.

Les données qui n'ont pas pu être consolidées et l'existence de divergences ont été systématiquement signalées, et ont été clarifiées, les différences de points de vue ou la catégorie de source lorsque celle-ci est unique.

---

<sup>12</sup> © QSR International Pty Ltd.

### 7.4.2 Assurance qualité

L'évaluation a été un processus conjoint et participatif mené sous le lead du Gouvernement, et impliquant l'ensemble des parties prenantes à l'ICC. Dans le cadre de la gestion de l'évaluation, le processus a bénéficié de l'accompagnement du mécanisme qui a été mis en place à travers le Groupe de Référence. Ainsi, le consultant a travaillé en collaboration avec ce Groupe de Référence de l'Évaluation qui était composé de l'UNICEF, des partenaires gouvernementaux (les membres ministères techniques et acteurs clés désignés localement) et présidé par le Ministère de l'administration du territoire et de la décentralisation (MATD).

Des contrôles de qualité ont été inclus à toutes les étapes du processus à travers des revues interne et externe des livrables. La revue externe a été assurée par l'équipe d'évaluation du Bureau Régional de l'UNICEF (Afrique de l'Ouest et du Centre) et les membres de l'équipe du bureau chargée d'accompagner le processus.

Tout le personnel de collecte de données (consultant national, superviseurs, interprètes) a reçu une formation adéquate intensive facilitée par la cheffe de mission.

Les outils d'évaluation ont été testés pour s'assurer de la faisabilité de la méthodologie, ainsi que de la fluidité et de la facilité d'administration des guides. Ainsi, les instruments ont été testés pour apprécier leur exhaustivité, leur ambiguïté, leur pertinence, etc.

Des réunions régulières ont eu lieu au sein de l'équipe d'évaluation pour examiner l'état d'avancement de la mission et s'assurer que l'évaluation est effectuée conformément aux normes de qualité établies par les TDR et le rapport de démarrage.

Le tableau ci-après présente les mesures prises par l'équipe d'évaluation pour assurer la qualité des données.

**Tableau 4 : Mécanisme de contrôle qualité**

| Phase                                       | Assurance qualité   | Responsable du contrôle |
|---|---|-------------------------|
| Conception de la méthodologie et des outils | <ul style="list-style-type: none"> <li>Soumission d'une liste de documents à consulter à UNICEF</li> <li>Suivi des documents demandés.</li> <li>Reconstitution de la théorie du changement du programme sur la base des documents du programme pour soutenir le développement des QE.</li> <li>Sélection d'un nombre raisonnable de QE pour assurer une concentration de l'évaluation sur des aspects pertinents par rapport aux objectifs de l'évaluation et validation du choix par le comité de pilotage.</li> <li>Réponses préliminaires aux QE sur la base de la revue documentaire pour déterminer les hypothèses restant à valider à la phase terrain et les indicateurs à collecter.</li> <li>Détermination des sources d'information, en concertation avec l'UNICEF.</li> <li>Veiller à ce que les données susceptibles de renseigner chaque indicateur, soient collectées auprès de sources variées et/ou avec des méthodes différentes.</li> <li>Veiller à ce que les aspects relatifs au genre, équité, droits humains soient considérés pour chaque méthode et outils.</li> <li>Etablissement d'un échantillon réaliste en tenant compte des contraintes de temps et de distance.</li> </ul> | Chef de mission         |



|   |   |  |
|---|---|--|
|   | S'assurer que le rapport de démarrage respecte les critères GENU d'assurance qualité pour le rapport de cadrage.  | Equipe contrôle qualité OAG            |
| Collecte des données sur le terrain                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>Sensibiliser l'équipe sur le respect de la confidentialité, respect de la personne et la bienfaisance.</li> <li>Sensibiliser l'équipe aux précautions sanitaires à prendre.</li> <li>S'assurer que la méthodologie de collecte de données utilisée sur le terrain correspond à celle convenue avec UNICEF dans le rapport de démarrage.</li> <li>Digitaliser les données collectées pendant la phase terrain de façon à pouvoir compléter des données incomplètes le cas échéant.</li> <li>Masquer toutes les informations confidentielles dans les données digitalisées.</li> </ul> | Consultant national<br>Chef de mission |
| Traitement et analyse des données et rédaction du rapport | <ul style="list-style-type: none"> <li>Vérifier systématiquement la qualité des données qualitatives collectées au travers d'une analyse de la table d'évidences élaborée avec les données digitalisées.</li> <li>Procéder au traitement des données quantitatives secondaires (pourcentages, graphiques, etc.) de façon à produire des preuves permettant de faire des constats.</li> </ul>  | Chef de mission                        |
|   | Suivre les critères standard de qualité de UNICEF pour les rapports (UNICEF-Adapted UNEG Evaluation Reports Standards ; GEROS Evaluation Quality Assurance Tool).   | Chef de mission                        |
|   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Vérifier que le rapport respecte les critères de qualité UNICEF et sont conformes au canevas WCARO.</li> <li>Vérifier que les commentaires de l'UNICEF sont pris en compte ou alors que les raisons de non prise en compte de ces commentaires sont présentées.</li> <li>Demander des séances de discussions virtuelles avec les membres de l'équipe UNICEF s'ils ont besoin de clarifications sur certains commentaires formulés sur le rapport provisoire.</li> </ul>  | Equipe contrôle qualité OAG            |

## 7.5 Considérations éthiques

L'évaluation a été conforme à la directive de l'UNICEF sur les normes éthiques et a été guidée par les bonnes pratiques d'évaluation. Les considérations éthiques ont été une partie intégrante de la formation du personnel sur le terrain. Notre stratégie éthique comprenait l'obtention du visa éthique (le cas échéant), le respect des lois applicables en matière de protection de l'enfance lors de la conduite d'entretiens / discussions avec les enfants, l'obtention du consentement des parents/tuteurs. Nous avons assuré l'anonymat et la confidentialité des participants et veillerons à ce que les données visuelles soient protégées et utilisées uniquement aux fins convenues, et à ce que les noms des personnes soient supprimés des données et remplacés par des codes dans les notes d'évaluation. En outre, les données n'ont été accessibles qu'aux membres de l'équipe et n'ont pas été partagées avec des tiers. Le consentement éclairé de tous les répondants a été obtenu avant que les entrevues ne soient menées.

La méthodologie utilisée dans le cadre de cette évaluation est fondée sur le respect des principes éthiques d'intégrité, de redevabilité, de respect et de bienfaisance en évaluation, tels que définis par le GENU (Groupe d'évaluation des Nations Unies – United Nations Evaluation Group, UNEG)<sup>13</sup>.

<sup>13</sup> 2020 – GENU – Ethical guidelines for evaluation

Dans l'ensemble, l'équipe a respecté strictement les procédures de l'UNICEF en matière de normes éthiques pour la recherche, l'évaluation, la collecte et l'analyse des données. L'équipe de consultants a adopté des mesures susceptibles d'assurer une base éthique pour le processus et de protéger les personnes interrogées et les autres sources d'information. L'équipe a opté pour une tolérance zéro face au harcèlement sexuel et aux abus entre les membres de l'équipe d'évaluation et vis-à-vis des communautés. Au cours de la formation du personnel de la collecte, tous les participants ont été sensibilisés sur cette base en éthique.

## 7.6 Considérations relatives à la protection de l'enfance

La démarche méthodologique a pris également en compte les directives de recherche impliquant les enfants. Pour ceux des entretiens pour lesquels ils ont été impliqués, le consentement des parents ou tuteur a été requis à l'aide d'un formulaire adapté à cet effet.

Au cours du processus de collecte et d'analyse des données, l'équipe d'évaluation a maintenu des mesures efficaces pour protéger l'intégrité, la dignité, la diversité, la confidentialité et le respect des droits des participants à l'étude et en particulier des groupes les plus vulnérables, y compris les enfants, conformément aux codes juridiques nationaux ou internationaux. Cela implique, entre autres, qu'aucun nom n'a été associé aux données recueillies, que les participants pouvaient refuser de participer à l'étude et continuer à accéder aux services des programmes en cours dans les zones d'étude, et que les enfants n'ont pas été interrogés sans le consentement préalable de leurs parents. Enfin, la méthodologie détaillée développée par l'équipe d'évaluation a prêté attention au concept de « Ne pas nuire » afin que la recherche proposée ne génère pas d'effets négatifs pour les personnes interrogées, en particulier les enfants et les adolescents.

## 7.7 Limites de l'évaluation et stratégies d'atténuation

**Tableau 5 : Limites de l'évaluation et stratégies d'atténuation proposées**

| Limites et contraintes d'évaluation  | Stratégies d'atténuation identifiées  |
|--|---|
| La date initialement prévue pour le début de la mission n'a pu être respectée en raison de difficultés d'obtention du visa par la cheffe de mission et également en raison d'un retard dans le processus de signature de l'autorisation de collecte de données sur le terrain. Ces modifications ont entraîné des discordances d'agenda entre les membres de l'équipe d'évaluation et les équipes de l'UNICEF qui se sont trouvées pour la plupart en déplacement lors de la présence des évaluateurs à Conakry. | Cet obstacle a été contourné par la réalisation de nombreux entretiens à distance par zoom et/ou par téléphone. Trois entretiens ont pu être menés en deux temps au sein des bureaux de Conakry.  |
| Les remaniements multiples au sein des ministères et de leurs démembrements territoriaux consécutifs au coup d'état du 5 septembre 2021 font qu'un nombre non négligeable d'interlocuteurs pressentis initialement n'étaient plus en poste (en particulier au niveau des ministères) et que les personnes nouvellement nommées aux postes de responsabilité n'étaient pas toujours très au fait du déroulement du programme.   | Cet obstacle a parfois pu être contourné par l'entretien avec la personne anciennement en poste comme cela a été le cas pour la coordination du PNACC.  |
| Les équipes de collecte ont rencontré des difficultés liées au temps limité consacré à la mission de terrain au regard du temps très long consacré aux déplacements du fait du mauvais état des routes et voies d'accès, ainsi qu'à l'impossibilité de rouler de nuit en raison du danger de routes (difficilement praticables, non éclairées et surtout au risque de présence de coupeurs de routes à certains endroits). Ces considérations  | Les répercussions de ces difficultés ont été partiellement compensées par le fait que la collecte a été effectuée par deux équipes distinctes de deux personnes qui se sont réparties les communes à visiter d'une part et les entretiens au sein de chaque commune d'autre part. |

|  |   |
|--|---|
| ont contraint à raccourcir le temps effectif passé au sein de certaines communes.  |   |
| <p>Par ailleurs, les membres du CNT, Conseil National de la Transition sillonnaient la Guinée (au même moment que l'équipe d'évaluation) pour organiser des réunions avec l'ensemble des acteurs communaux, ce qui à plusieurs reprises a gêné l'équipe d'évaluation.</p> <p>Dans la commune de Kindoye, l'absence de tous les interlocuteurs clés (le maire étant hospitalisé et l'ensemble des exécutifs communaux, chefs de centres de santé, représentants des COSAH, APEAE etc. étant mobilisés à Dabola par la délégation du CNT).</p> | <p>Le maire et le vice-maire ont été interrogés ultérieurement par téléphone.</p> <p>La relative homogénéité des réponses obtenues aux entretiens concernant les résultats et impacts de l'ICC dans les communes visitées, laissent à penser que ces difficultés ponctuelles n'impactent pas profondément l'évaluation globale de l'ICC</p> |
| Contexte persistant de COVID-19  | Respect des directives nationales en matière de lutte anti- COVID-19 en vigueur dans le pays  |
| Absence de données de références au démarrage de l'ICC, absence de protocole de suivi des données spécifiques à l'ICC : absence d'indicateurs de performance simples et fiables, absence de centralisation et de compilation des données existantes (les données sectorielles sont éparses et inconstantes).   | La mission a opté pour une évaluation purement qualitative  |

## 8. CONSTATS ET CONCLUSIONS PRELIMINAIRES

En l'absence de documents de suivi, en particulier de rapports narratifs de l'ICC, notamment concernant le déroulement de la mise en œuvre des processus de décentralisation et déconcentration des services de l'État, l'évaluation se base sur les documents mis à disposition par le PNACC et l'UNICEF, notamment le document du PNACC et le rapport intermédiaire de l'ICC (2020).

L'essentiel des informations concernant l'évolution de l'ICC depuis ce rapport est issu des entretiens croisés des différents acteurs rencontrés et des observations de terrain.

### 8.1 Pertinence



Figure 3 Réunion hebdomadaire des différents partenaires communaux à Donghel Sigon (exécutifs communaux, chefs de districts, représentants des diverses associations, chef du centre de santé, préfet...)

#### **QE1 Dans quelle mesure la stratégie et les modalités de partenariat de l'ICC développées par le PNACC/MATD et l'UNICEF sont-elles en cohérence avec les résultats et les objectifs attendus en fonction du contexte guinéen (enjeux sécuritaires, politiques et mesures d'adaptation y compris)?**

L'UNICEF, forte de plus de trente ans d'actions de soutien au développement et dans les actions humanitaires ciblant la protection et la promotion des droits des enfants en Guinée et surtout de son expérience sur les « communes amies des enfants » (inscrite dans la légalité institutionnelle) était d'emblée positionnée comme un partenaire particulièrement pertinent et cohérent pour l'accompagnement de l'ICC.

L'UNICEF s'est impliquée comme partenaire technique et financier à tous les niveaux d'implémentation de l'ICC depuis la participation aux choix des communes de convergence et le soutien au MATD dans la mise en place de la coordination du PNACC en passant par l'interface entre les différents ministères sectoriels et les agences des Nations Unies partenaires, jusqu'à son implication directe via ses Sections sectorielles et ses bureaux de zone dans l'application des processus de décentralisation au niveau des communes.

L'UNICEF a en particulier financé la formation des ASC et des RECO formant le dispositif pivot de l'opérationnalisation de l'amélioration des services sociaux de base via la porte d'entrée thématique

santé primaire. Il a également assuré le financement de ce dispositif (salaire des agents communautaires) jusqu'en juin 2020.

Cette stratégie de partenariat global est apte à répondre aux besoins des collectivités locales car :

- Elle s'inscrit dans le respect du cadre de la politique de décentralisation menée par l'État guinéen, maitre d'œuvre, en lui proposant un accompagnement technique et financier
- Elle accompagne l'ensemble des processus mis en œuvre au niveau des communes et en partenariat avec elles, par le soutien technique et financier au renforcement de capacités, à la construction d'infrastructures (en particulier d'accès à l'eau) ainsi qu'à la réalisation d'activités diverses et variées telles que la distribution de bourses scolaires par exemple.

*« Grâce à l'appui technique et financier des PTF, principalement de l'UNICEF, les services techniques des 40 communes de convergence ont bénéficié de formations sur des thématiques en lien avec les droits des enfants notamment l'enregistrement des faits d'état civil, la vaccination + et l'ATPC+ qui ont beaucoup mobilisé les communautés dans les districts et les villages. »*

*QE 1.2 Dans quelle mesure le PNACC et son partenariat avec l'UNICEF permettent-il d'envisager une réelle autonomie des communes pour la mise en place et la gestion de services sociaux de base et de services publics de qualité ?*

Le PNACC base son action sur l'opérationnalisation des stratégies définies par la Lettre de politique nationale de décentralisation et le code des collectivités locales dont la finalité est l'autonomie des communes, notamment en matière de SSB et SPQ. L'UNICEF s'est engagée à accompagner l'Etat dans la réalisation de cette mission ainsi qu'à accompagner les communes dans la mise en place d'un certain nombre d'actions de renforcement des capacités propres à renforcer l'autonomie des communes. Le partenariat de l'UNICEF s'applique à renforcer les soins de santé primaires, notamment concernant la santé de la mère et de l'enfant, la nutrition, l'accès à l'hygiène, l'accès à l'eau potable, la fin de la défécation à l'air libre, ainsi que l'éducation des enfants et leur accès aux droits humains fondamentaux

*QE 1.3 Dans quelle mesure UNICEF est-il un partenaire cohérent pour soutenir le PNACC ?*

Les missions que se fixe l'UNICEF de contribuer à l'amélioration de la survie, le développement et la qualité de vie des enfants en particulier par : la vaccination (RCE#1), la prévention de la malnutrition (RCE#2), l'amélioration des acquis scolaire (RCE#4), mettre fin aux mariages des enfants (RCE#6), enregistrement des naissances (RCE#7) et mettre fin à la défécation à l'air libre (RCE#8), favoriser l'accès équitable et durable à l'éducation (RCE#3) et favoriser la protection des enfants contre la violence sexuelle (RCE#5) sont en parfaite cohérence avec les objectifs du PNACC qui visent à permettre que 80% de la population au moins ait accès aux Services Sociaux de Base (SSB) et Services Publics de Qualité (SPQ), avec un accent mis sur l'accès des enfants à ces services qui incluent l'état civil, la vaccination, une nutrition de qualité, la scolarisation, l'accès aux soins et à l'hygiène.

*« Nous avons aidé les communes à prendre en compte les besoins des enfants dans les PDL et PAI »*

Unicef – chef de la section inclusion sociale

Conseiller Principal du MATD

*QE 1.4 Les stratégies et modalités de partenariat sont-elles adaptées à la réponse aux besoins des populations des communes de convergence en termes de services sociaux de base (santé, Wash, nutrition, éducation) et services publics de qualité (centres de santé, état civil...)*

L'UNICEF s'est investie dans chacune des communes comme partenaire technique et financier afin d'appuyer la mise en œuvre de nombreuses actions en collaboration avec les exécutifs communaux et dans le respect des besoins recensés dans les PDL et les PAI.

L'UNICEF s'est investie dans les communes de convergence dans tous les domaines de compétences qui sont les siens et qui sont en parfaite adéquation avec les domaines de compétences transférés aux collectivités locales : santé, WASH, nutrition, éducation, inclusion sociale et protection de l'enfance. Ces interventions sont plébiscitées par les communes qui réclament la poursuite de ce soutien et bien souvent s'expriment comme si l'ICC était un programme de l'UNICEF et non un programme de l'Etat Guinéen (qui n'apparaît pas spontanément dans le discours de l'ensemble des interlocuteurs au niveau des communes)

« UNICEF a arrêté de payer les ASC et les RECO. Depuis ça ne fonctionne pas... pour l'enregistrement des naissances l'UNICEF dit que c'est 2 mois après il faut un jugement supplétif... nous voudrions qu'UNICEF recommence à appuyer ces RECO »

Maire de Fangamadou

## **QE2 Dans quelle mesure les activités/interventions de PNACC/MATD et l'UNICEF prévues sur le terrain dans le cadre de l'ICC sont-elles en mesure de répondre aux besoins identifiés des populations cibles ?**

*QE 2.1 Les modalités de renforcement de la gouvernance/transparence envisagées au niveau local sont-elles pertinentes pour l'atteinte des résultats ?*

L'accompagnement des communes à la mise en place des PDL et des PAI est un moyen très pertinent pour aider à l'atteinte des résultats.

De même, l'implication d'organisations communautaires de base dans la gestion des centres de santé (COSAH), la gestion des points d'eau et celle des établissements scolaires (APEAE) et dans la participation et le suivi des décisions et des interventions mises en œuvre à travers les conseils consultatifs des jeunes, associations de jeunes filles leaders etc., sont autant de structures de participation citoyenne et de cadres de redevabilité favorables à l'atteinte des résultats attendus.

*QE 2.2 Les renforcements de capacités envisagés au niveau communal semblent-ils pertinents/cohérents et suffisants pour parvenir à la mise en place des SSB et SPQ ?*

Les renforcements de capacités ont principalement concerné :

- Les exécutifs et les cadres des services communaux destinés à être maîtres d'ouvrage en matière de SSB et SPQ
- Les chefs de centres de santé et divers membres des COSAH en vue de l'amélioration de la gestion des centres de santé communautaires
- Les directeurs d'établissements scolaires
- Les cadres des services techniques déconcentrés

Ces formations ont concerné également de nouveaux agents communautaires destinés à être le pivot de la stratégie d'amélioration de l'accès aux SSB et SPQ et composé d'Agents de santé communautaires (ASC) et de RECO (relais communautaires).

Chaque ASC a bénéficié d'une formation diplômante en école de santé qui fait de lui un auxiliaire de santé relié au système de santé primaire et chargé en particulier des volets de promotion de la santé et de prévention des maladies avec l'aide des 10 RECO destinés à faire le lien avec leur communauté, chargés du suivi sanitaire rapproché (visites à domicile) et de diverses interventions de sensibilisation.

Ce dispositif s'avère particulièrement pertinent, en raison de son ancrage dans la communauté. Les ASC et RECO sont spécifiquement formés pour favoriser l'accès des populations et en particulier des personnes les plus défavorisées, souvent éloignées des soins et des écoles (en particulier) par manque d'information, d'éducation et de confiance. Passer par des personnes appartenant à leurs communautés,

partageant leur culture, parlant leur langue, comprenant leurs réticences et leurs difficultés est une démarche qui revêt un haut niveau de pertinence et de cohérence.

Il en va de même concernant les diverses actions de renforcement de capacités au sein des communautés telle que la formation de groupements de femmes à la nutrition des jeunes enfants afin de mener des interventions de sensibilisation et des démonstrations culinaires.

Toutefois, ces renforcements pertinents et cohérents pour l'initiation du processus gagneraient à être suivi d'un dispositif de formation continue qui en augmenterait la durabilité.

*QE.2.3 Les réalités économiques (financements propres des communes), culturelles (en particulier vis-à-vis des femmes) et les contextes (accessibilité, risque épidémique : MVE, Covid...) dans les différentes communes sont-ils compatibles/cohérents avec les interventions prévues ?*

Les ressources dont bénéficient les communes de convergence ne sont pas élevées, ce à quoi s'ajoute une faible mobilisation des ressources fiscales/non fiscales locales et une faible disponibilité des receveurs qui sont souvent affectés à deux ou trois communes en même temps<sup>14</sup>.

Cependant l'affectation d'un receveur dédié et le renforcement de ses capacités de collecte et de gestion des ressources locale pourrait permettre d'augmenter la capacité de financement des communes. Ces ressources locale en complément de ceux qui devraient être mis à disposition par l'Etat permettrait de mener à bien les actions prévues par l'ICC.

Au plan culturel : certaines thématiques en particulier les MGF, les mariages précoces et le recours à la contraception sont susceptibles de heurter certaines sensibilités culturelles et religieuses. Pour affronter des habitus culturels profondément ancrés, il est nécessaire d'être prudents, de s'appuyer fortement sur des membres de la communauté, y compris les leaders religieux, et sur des stratégies et argumentaires étudiés et adaptés, faute de quoi ces sensibilisations risquent d'entraîner des blocages contre-productifs.

Contexte : les difficultés d'accès à certaines de ces communes représentent un handicap certain dans l'accès à des services publics de qualité : difficulté de recrutement et de maintien en poste de fonctionnaires, difficultés d'accès aux hôpitaux de district en cas de nécessité de transfert etc. Il est nécessaire d'envisager comme impératif une amélioration des accès routiers. De même, le faible accès à l'électricité de certaines communes est également un frein très important au développement des services publics de qualité, et devrait être pris en compte.

**QE3 Dans quelle mesure les activités/interventions de l'ICC sur le terrain sont alignées avec le PNDES 2016-2020, la Lettre de Politique Nationale de Décentralisation et de Développement Local (LPNDDL), le Code révisé des Collectivités Locales (CCL) de 2017, et les objectifs envisagés du Programme de Coopération 2018-2022 de l'UNICEF en Guinée ?**

*QE 3.1 Dans quelle mesure les activités de l'ICC s'inscrivent-elles bien dans l'arsenal législatif du pays en cohérence avec le programme de coopération Guinée-UNICEF et ses objectifs en Guinée ?*

Le PNACC inscrit son action dans le cadre de priorités politiques nationales et locales. Il est mis en œuvre par le MATD et s'appuie sur les textes législatifs régissant la politique de décentralisation et l'autonomisation des communes (PNDES + LPNDDL et CCL).

Il est stipulé dans le document du PNACC (MATD - janvier 2018) que « Le PNACC est mis en œuvre suivant une approche utilisant la Commune et son plan de développement local comme centre de convergence pour la mise en œuvre du paquet intégré de services : santé de la mère et de l'enfant, enfant et VIH/SIDA, nutrition de l'enfant, Eau, Hygiène et Assainissement (EHA), Education de base et Equité,

<sup>14</sup> Le rapport de documentation des activités de soutien à la mobilisation des ressources fiscales et non fiscales locales réalisées par le MATD avec le soutien de l'UNICEF, révèle en 2021, sur la base de l'échantillon de 5 communes de convergence, que la contribution de ces ressources au financement des PAI n'excède pas 15 % du budget global.

*protection de l'enfant et de la femme, inclusion sociale au niveau décentralisé ainsi que tous les aspects intersectoriels et de coordination. »*

Ce qui acte le fait que ce programme inscrit également son action dans le cadre des priorités du programme de coopération Guinée-UNICEF.

*QE 3.2 Quelle pertinence dans le choix des communes bénéficiaires de l'ICC et la taille de l'échantillonnage (40 communes) ?*

Les communes couvertes par l'ICC étaient particulièrement exposées à la pauvreté et leur choix repose sur les critères suivants : accès limité aux services sociaux de base, taux élevé de mortalité infantile, déficit important des infrastructures sociales, faiblesse de la gouvernance locale<sup>15</sup>

La pertinence de ce choix n'est contestée ni par la coordination du PNAAC, ni par les membres du staff de l'UNICEF. Certains cependant se demandent si, dans le cadre d'un programme expérimental il n'aurait pas été préférable de restreindre le nombre des communes afin d'assurer un meilleur suivi des interventions.

*« Un nombre plus petit de communes aurait permis de concentrer nos efforts. Le suivi de 40 communes c'est trop lourd pour nos bureaux de zone. Et l'enquête de base qui n'a pas été menée pour une raison de coût, aurait pu être réalisée »*

Chef de section santé UNICEF

### Conclusions Préliminaires

**Pert 1 :** Le PNAAC est un programme d'une grande pertinence dans sa conception et qui répond aux besoins des populations :

- ▶ nécessité de renforcement du leadership des élus locaux et des capacités des différents acteurs locaux en vue de l'exercice des compétences transférées aux collectivités locales,
- ▶ nécessité de renforcement des capacités de mobilisation de ressources locales par les collectivités,
- ▶ besoin d'accès des populations aux services sociaux de base (SSB) et à des services publics de qualité (SPQ)

Le principe de convergence programmatique et géographique, destiné à lutter contre la dispersion des efforts de développement et la faiblesse de coordination entre les intervenants au sein des communes est également pertinent.

L'ICC est une initiative cohérente dans le contexte :

- Adéquation des interventions de l'ICC avec les priorités gouvernementales (PNDES)
- Alignement des actions de l'ICC sur les priorités communales (PDL, PAI...).

**Pert 2 :** Les activités menées sur le terrain et en particulier la stratégie basée sur la porte d'entrée santé primaire et le dispositif communautaire : ASC/RECO, ainsi que la mobilisation de groupes de femmes (nutrition, VBG...), de jeunes, en particulier jeunes filles leaders ainsi que le renforcement de capacités des chefs de centres de santé et directeurs d'écoles pour la gestion de ces services et l'interopérabilité entre la santé et l'enregistrement des naissances mise en oeuvre pour l'enregistrement des naissances, sont à même d'apporter des réponses adaptées aux besoins des populations.

Par ailleurs, le dispositif ASC/RECO qui favorise un suivi de proximité des populations vulnérables, cibles de l'ICC, est très cohérent avec la nécessité de remontée d'informations de terrain.

**Pert 3 :** Les activités mises en oeuvre dans le cadre de l'ICC s'inscrivent dans le cadre législatif et programmatique mis en place dans le contexte de la décentralisation : le PNDES, la lettre de politique

<sup>15</sup> Source : Coordination du PNAAC & MATD



nationale de décentralisation et le code des collectivités locales ainsi que dans les objectifs visés par le Programme Cadre des Nations Unies pour la Guinée.

## 8.2 Efficacité



Figure 4: Rencontre avec les exécutifs communaux puis Focus group avec les ASC/RECO à Molota

**Q 4. Dans quelle mesure les interventions ont produit les résultats escomptés conformément aux plans du PNACC/MATD et de l'UNICEF (au niveau des enfants, du financement effectif et durable des communes sur la base des ressources locales, du renforcement de la gouvernance locale, du renforcement de l'exercice effectif des 14 domaines de compétences transférées, de l'amélioration de la disponibilité de l'accessibilité et de la fréquentation des services sociaux de base et des services publics) ?**

QE 4.1 La décentralisation administrative est-elle fonctionnelle en ce qui concerne :

- Le transfert des 14 domaines de compétences, des ressources humaines et des ressources financières correspondantes et la mobilisation des ressources locales ;
- La capacité des CL et des administrations déconcentrées à assurer leurs missions et fonctions ;
- La gouvernance locale ?

**En théorie, les 14 domaines de compétences sont bien transférés aux communes conformément au code des collectivités révisé en 2017.**

En réalité, en mars 2022, les textes d'application du CCL destinés à rendre effectif le transfert des compétences aux exécutifs communaux n'étaient pas tous finalisés et parmi ceux qui l'étaient, certains étaient encore en attente de signature.

### **Capacité des CL et des administrations déconcentrées à assurer leurs missions et fonctions**

De très nombreux témoignages, en particulier ceux des exécutifs locaux de toutes les communes, indiquent que le processus n'est pas finalisé et que :

- Les communes n'ont pas reçu les financements prévus par l'ANAFIC (excepté en 2019 et certains reliquats en 2021 pour l'achèvement d'infrastructures en cours)
- La déconcentration des services publics n'est pas effective : les fonctionnaires territoriaux (soignants, enseignants, secrétaires généraux, receveurs...) ne sont ni nommés, ni rémunérés par les communes et demeurent sous la tutelle de l'État et de ses démembrements. Cette situation favorise les abandons de postes.

« L'Etat guinéen a recruté 6000 soignants, médecins, infirmiers, sages-femmes. 80% d'entre eux ont pris l'argent et sont revenus s'asseoir à Conakry » Responsable OMS Guinée

Par ailleurs le contexte politique avec de nombreux changements de personnel à tous les niveaux ne favorise pas le déroulement harmonieux des processus de décentralisation.

Il semble qu'il existe des résistances fortes au transfert effectif des compétences au niveau des ministères sectoriels et de leurs démembrements régionaux et préfectoraux.

« Les chefs de district sanitaires n'ont pas bien compris que les ressources passent par le MATD et la commune plutôt que par le ministère de la santé et ses démembrements »  
Chef de section santé UNICEF

Par exemple à Dara Labé, alors que la municipalité réclamait la réhabilitation du centre de santé, la direction préfectorale de la santé semble avoir imposé la réfection du logement du personnel, destiné en particulier au laborantin (non encore en poste, alors que le laboratoire manque de matériel et que la commune a un logement à lui proposer)

« Le chef de centre dépend théoriquement de la commune mais si le DPS lui dit quelque chose qui va contre ma volonté, il va le faire parce qu'en pratique c'est toujours la préfecture qui le supervise et qui peut le muter n'importe où » Maire de Dara Labé  
« On se bat pour être autonomes mais les appels d'offres se font toujours au niveau de national ou de la région » Maire de Donghel Sigon

### **La gouvernance locale a été renforcée partout mais les effets constatés varient d'une commune à l'autre**

Des progrès sont observés dans les communes et ressentis par les élus.

« Depuis les élections passées, l'arrivée de cette commune de convergence a changé les choses parce que déjà moi je suis parvenu à faire dans ces quatre ans ce qu'on n'a pas pu faire en quarante ans ». Maire de Koba

On note une réelle implication de la plupart des exécutifs locaux et une volonté affichée des collectivités de s'approprier la fonction publique locale ainsi qu'une certaine capacité à la gérer, matérialisée par le fait que les communes et la société civile (APEAE) pallient le manque d'enseignants en rémunérant, si peu soit-il, des enseignants contractuels et en maintenant souvent avec grande difficulté des ASC et RECO en poste alors que les fonds de l'État font défaut.

Les capacités de gouvernance locale observées sur le terrain demeurent hétérogènes et très dépendantes du leadership du maire.

*QE 4.2 La décentralisation se traduit-elle sur le terrain par l'amélioration de l'accès aux services sociaux de base et l'amélioration de la qualité des services publics ?*

Le PNACC visait le résultat suivant : « d'ici fin 2022, au moins 80 % des populations des Communes de Convergence utilisent des services sociaux de base et des services publics de qualité ».

Les données de suivi existantes concernant les plus de 90 effets/indicateurs/résultats (tel que mentionné dans le cadre de résultats du PNACC) sont sectorielles, éparses, partielles et inconstantes dans le temps.

L'indicateur global : « pourcentage des populations des Communes de Convergence utilisant des services sociaux de base et des services publics de qualité », n'est pas renseigné et il n'existe pas non plus de niveau/données de base/référence.

Il n'est donc pas possible d'évaluer sur le plan quantitatif le niveau d'atteinte du résultat, ni dans quelle mesure il a évolué.

En revanche, les divers témoignages recueillis au sein des communes (exécutifs communaux, COSAH et chefs de centre de santé, ASC/RECO, groupes de femmes enceintes, APEAE) permettent d'affirmer que **l'accès aux services sociaux de base s'est effectivement amélioré dans toutes les communes de convergence par rapport à 2018.**

D'une part parce dans toutes les communes visitées, il a été fait mention d'**infrastructures nouvelles ou renouvelées**, concernant essentiellement des bâtiments municipaux, sanitaires, scolaires ou des infrastructures d'accès à l'eau potable, pour ne citer que ça.

D'autre part et surtout, en raison de la **mise en place du dispositif communautaire ASC/RECO** dont la pertinence et l'efficacité sont plébiscitées. Ce dispositif semble avoir considérablement favorisé l'accès aux services sociaux de base des personnes les plus défavorisées, en particulier, en augmentant la fréquentation des centres de santé par les femmes enceintes, le taux de vaccination des jeunes enfants, le taux d'enregistrement des naissances... ainsi que le dépistage et la qualité de la nutrition des jeunes enfants et l'orientation vers l'école d'enfants non scolarisés.

Cette amélioration des services au cours des deux premières années de l'ICC est confirmée par les chefs de section sectorielles de l'UNICEF, des IRS (Inspection Régionale de la Santé) et IRE (Inspection Régionale de l'Éducation) contactés, ainsi que de la DNSC (Direction Nationale de la Santé Communautaire), en particulier concernant les taux de vaccination, de scolarisation et l'accès aux soins notamment le suivi des grossesses.

L'enquête de terrain objective une atteinte variable des résultats en fonction des localités mais partout le dispositif mis en place par l'ICC et soutenu par l'UNICEF a permis une grande amélioration des indicateurs, en particulier sanitaires : taux de couverture CPN, couverture vaccinale des enfants, dépistage et prise en charge de la malnutrition... mais aussi taux de préscolarisation et scolarisation, accès à l'eau potable, accès à des toilettes améliorées (plusieurs communes ont été certifiées FDAL), enregistrement des naissances, sensibilisation aux VBG et aux MGF.

Il n'est pas possible de dire si 80% de la population des communes a ou a eu accès aux SSB depuis 2018. Cependant, les personnes interrogées des exécutifs communaux aux chefs de santé en passant par les ASC, les RECO, les membres des COSAH et des APAE sont unanimes sur le fait que ce chiffre semble trop optimiste (excepté ponctuellement pour la vaccination avant 2020).

**Le taux d'accès aux SSB** qui, selon les dires de tous les interlocuteurs, **semble avoir été en forte et constante augmentation de 2018 à 2020 accuse de façon visible un net recul depuis 2020**, essentiellement attribué au fait que les ASC et RECO qui ne sont plus payés depuis le retrait programmé du financement par l'UNICEF ont pour certains cessé leur activité et pour d'autres la poursuivent à minima.

**L'accès aux services publics n'est pas à la hauteur des attentes** : le nombre des soignants et des enseignants titulaires est insuffisant et certains d'entre eux n'honorent pas leurs engagements vis-à-vis des communes, en particulier pour les plus enclavées d'entre elles. Par ailleurs, il est à signaler le manque de receveurs et de secrétaires généraux qui affecte gravement le fonctionnement de certaines communes.

Le fait que la commune ne soit pas en mesure de nommer et de rémunérer les membres de la fonction publique locale est un frein au maintien en poste de ces fonctionnaires et donc à la qualité de ces services.

Bien qu'elle ne permette pas de connaître le taux d'accès aux services sociaux de base, l'enquête de terrain et en particulier la visite des centres de santé, apporte un certain nombre d'éléments de réponse

quant à l'effectivité de l'accès à des SSB et SPQ et à l'évolution de cet accès au fil des quatre années de l'ICC.

Nous avons choisi d'argumenter une liste restreinte d'indicateurs (sur les plus de 90 du PNACC) en lien avec la porte d'entrée de la santé primaire, qui nous sont apparus prioritaires au regard des résultats attendus.

► **Concernant le suivi des femmes enceintes et l'assistance de la naissance**

Indicateurs 1 à 4 :

- Pourcentage de femmes ayant effectué 4 CPN dont une au 9<sup>ème</sup> mois ;
- Proportion d'accouchements assistés par un personnel qualifié de santé ;
- Pourcentage des césariennes parmi les accouchements assistés ;
- Pourcentage de structures sanitaires sont SONUB (soins obstétricaux néonataux d'urgence de base).

Dans les communes de convergence, tous les centres de santé visités possédaient une salle dédiée à la CPN et un personnel formé au suivi de la grossesse. Les chefs des postes de santé interrogés dans ces communes ont tous affirmé avoir constaté une augmentation nette de la fréquentation de leurs centres par les femmes enceintes à partir de la mise en place du dispositif communautaire ASC/RECO, en particulier concernant la 4<sup>ème</sup> CPN.

*« Ce que j'apprécie c'est que même si tu oublies le jour de ton rendez-vous, le RECO va passer chez toi pour te dire d'aller au centre de santé. Donc, tu ne peux plus rien oublier parce qu'ils sont là que ce soit la CPN ou la vaccination. Nous avons aussi le numéro de la sage-femme pour appeler en cas de problème ».*

(Jeune mère de 23 ans, Sengbedou, 28 février 2022).

Les femmes interrogées avaient toutes bénéficié d'au moins une CPN, le plus souvent la dernière, parfois les 4. Il n'est pas possible d'en déduire que c'est le cas de toutes les femmes des communes de convergence car celles qui ont accepté de témoigner avaient été sensibilisées par les RECO (biais de recrutement). Cependant, la plupart expliquent qu'avant elles ne savaient pas qu'il fallait faire suivre sa grossesse. Rares sont celles qui ont bénéficié d'un suivi complet. De même, elles n'ont pas toutes accouché au centre de santé en raison, selon leurs dires, de l'éloignement des centres et des difficultés de transport. Même si cela n'est pas clairement affirmé par les femmes, il est légitime, étant donné les dires des sage-femmes et matrones interrogées : « *l'accouchement n'est pas gratuit* » et la particulière vulnérabilité économique de ces femmes que l'argument financier ait son importance dans le fait qu'elles ne se rendent pas au centre de santé, en particulier pour les plus vulnérables d'entre elles.

L'augmentation de fréquentation des centres par les femmes est attribuée par l'ensemble des acteurs communautaires et des bénéficiaires rencontrés, à la capacité des RECO à convaincre les femmes de l'utilité de ce suivi et à gagner leur confiance, ainsi qu'à la gratuité de la CPN et dans un certain nombre de cas à l'amélioration de l'accueil qu'elles reçoivent au centre de santé grâce à l'encadrement des ASC et des RECO.

Malheureusement, la totalité de nos interlocuteurs constatent un infléchissement net de cette tendance à l'augmentation de fréquentation des centres de santé depuis 2020 et le retrait où la baisse d'activité des RECO.

Concernant la sécurité des accouchements, il a partout été constaté, à des degrés divers, un manque de personnel qualifié, en particulier de sage-femmes. La plupart des centres possèdent une table d'accouchement et une salle dédiée. Cependant plusieurs font état de locaux vétustes et difficiles à garder propres : plafonds en mauvais état, manque de fenêtres, manque d'eau et de personnel ...



Figure 5 Lits d'hospitalisation dans le centre de santé de Koba (région de Boké)

Plusieurs communes ont été dotées de tables chauffantes pour les nouveau-nés, toutefois un seul centre a été en capacité de montrer un masque de ventilation des nouveau-nés (Donghel Sigon) en état.

A Fangamadou l'équipe d'évaluation a constaté la présence d'un bâtiment neuf sur lequel est inscrit « maternité » mais il n'est actuellement pas en service n'étant équipé ni en matériel, ni en personnel.

Aucune des communes visitées n'est aujourd'hui en mesure d'assurer la prise en charge de césariennes, faute de bloc opératoire et de personnel qualifié. Les femmes doivent être transportées, souvent tardivement et dans des conditions dont l'extrême dangerosité et le retentissement sur la douleur sont indescriptibles. Il est également à ajouter que la césarienne est payante. Ce qui laisse à penser que la mortalité maternelle et infantile ainsi que le risque de survenue de fistules obstétricales sont élevées en cas d'indication de césarienne au sein de ces communautés et ce, d'autant plus qu'elle n'est envisagée que très tardivement, comme dernier recours.

**En conclusion** : Le dispositif communautaire ASC/RECO mis en place à travers l'ICC favorise un meilleur suivi des grossesses et est apte à augmenter le pourcentage de femmes bénéficiant des CPN et d'un accouchement assisté à condition que ce dispositif repose sur un salariat effectif des agents communautaires par les communes.

► **Concernant la sensibilisation des femmes à la contraception**

Indicateur 5 : pourcentage de femmes ayant recours à des méthodes de contraception moderne

Les discussions avec les chefs de centres, ASC et les groupes de femmes montrent que malgré la disponibilité de méthodes contraceptives modernes, les femmes qui y ont recours demeurent minoritaires et le font souvent en cachette (contraceptif retard injectable), pour des raisons d'ordre essentiellement culturel et religieux mais entendues dans toutes les régions aussi bien parmi les communautés musulmanes que chrétiennes.

► **Concernant la lutte contre la malnutrition infantile**

Indicateurs 6 et 7 :

- Pourcentage de nourrissons de moins de six mois exclusivement allaités.
- Pourcentage d'enfants de moins 5 ans souffrant de malnutrition aigüe.

Les femmes que nous avons interrogées disent avoir bénéficié de conseils concernant l'allaitement maternel et de conseils pour l'alimentation de nourrissons et de jeunes enfants. Elles disent toutes allaiter ou avoir allaité jusqu'à 6 mois et plus.

Dans la plupart des communes au moins 20 groupements féminins dont les compétences ont été renforcées se chargent de la sensibilisation et de la réalisation de démonstrations culinaires destinées à la production de plats à base de produits locaux. C'est, de l'avis de toutes les mères de jeunes enfants interrogées un bienfait car elles ont découvert la possibilité de bien nourrir leur enfant à moindre frais (sans passer entre autres, par un lait en poudre industriel onéreux et qui nécessite de l'eau potable) et dans de nombreux cas elles ont vu l'état de santé de leurs enfants s'améliorer.

Cependant depuis 2020 cette activité subit également l'impact du retrait financier de l'UNICEF

La lutte contre la malnutrition semble être un des points forts de la mise en place du dispositif communautaire de l'ICC, y compris le dépistage par les RECO, prise en charge par les ASC, éducation nutritionnelle et démonstrations culinaires par les groupes de femmes.

► **Concernant l'informatisation des centres de santé**

Indicateur 8 : Utilisation des TIC (système informatisé) dans les points de prestation de service de santé

Les centres de santé des communes de convergence sont généralement dotés d'un ordinateur et d'une imprimante, rarement plus. Cela peut faciliter certaines opérations de gestion, comme la gestion des approvisionnements en intrants et médicaments.

Mais l'équipement de ces centres ne permet pas le stockage et le suivi des données de santé (dossiers patients). Ce qui est important car, par exemple, le chef de centre de santé de Koba nous a fait part de la perte d'une grande partie des archives du centre en raison de la difficulté à conserver le papier faute d'armoires et à cause de l'humidité au moment de l'hivernage. Il espère pouvoir conserver les dossiers dans de meilleures conditions dans le nouveau bâtiment de maternité en construction.

Tout reste à faire en matière d'informatisation des centres de santé, en raison du manque de matériel (ordinateurs et outils appropriés) et du manque de ressources humaines en disponibilité et compétences.

► **Concernant l'accès à la vaccination, aux soins de santé primaire et la disponibilité des médicaments essentiels**

Indicateurs 9 à 14 :

- Nombre de mois avec rupture de vaccin DTC/PENTA/Rougeole au niveau communal et préfectoral/District sanitaire depuis 2018,

- Nombre de centre de santé ayant au moins 80% de taux de couverture pour le DTC/PENTA/Rougeole chez les enfants de moins d'un an,
- Pourcentage de structures sanitaires fournissant les ARV aux femmes enceintes/allaitantes et les ARV pédiatriques,
- Nombre de centre de santé distribuant la vitamine A en routine,
- Nombre de structures sanitaires offrant des soins cliniques aux enfants de moins de 5 ans selon l'approche PCIME,
- Pourcentage d'enfants de moins 5 ans souffrant de diarrhée qui reçoivent les SRO/Zinc.

La vaccination était un point fort du dispositif mis en place et accuse un recul lié à l'abandon partiel ou total du dispositif ASC/RECO qui permettait de recenser les enfants à vacciner, de rattraper les perdus de vue et de sensibiliser les parents au sein de la communauté, voire de faire vacciner les enfants à domicile.

**Remarque :** *Il est probable que la pandémie de Covid et la mobilisation actuelle des agents du PEV au profit de la vaccination Covid entraîne aussi un retard de vaccination qui pourrait entraîner une réduction de la couverture et donc un rebond d'épidémies notamment concernant la rougeole.*

Les chefs de centre et agents PEV disent ne pas avoir de problèmes de ruptures de vaccins. L'UNICEF les a dotés de frigos généralement alimentés par un système électrique solaire autonome les préservant de la rupture de la chaîne du froid, même dans les centres étant par ailleurs très mal approvisionnés en électricité.

L'approvisionnement en médicaments essentiels semblaient plutôt bien contrôlé durant les deux premières années de l'ICC. Les ruptures demeurent peu fréquentes dans les communes de convergence visitées mais ont tout de même fait leur réapparition par endroit en particulier en ce qui concerne la vitamine A, le SRO/Zinc nécessaires aux traitements des diarrhées depuis le retrait du soutien de l'UNICEF ainsi que certains antibiotiques (ampicilline en particulier).

Il est à signaler par ailleurs la fréquence d'ARV périmés, en particulier pédiatriques, faute de personnes séropositives à qui les administrer et peut-être en raison d'un sous-dépistage car les intrants pour le dépistage manquent souvent.

Ces constats ne sont pas forcément à imputer au manque de financement et pourraient témoigner d'un défaut dans la gestion des stocks au niveau local.

La plupart des centres ne possèdent pas de laboratoires d'analyse ou en ont un dont le matériel se résume à la présence d'un microscope (c'est le cas par exemple à Baro et Dara Labé).

#### ► **Concernant l'accès à l'état civil et l'interopérabilité avec la santé communautaire**

Indicateurs 15 et 16 :

- Pourcentage d'enfants de moins de 6 mois enregistrés à l'Etat Civil
- Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans ayant un acte de naissance

L'interopérabilité entre l'état civil et la santé a constitué l'une des expériences phare en vue de l'atteinte des résultats clés pour l'enfant dans les communautés. Il s'est agi d'utiliser toutes les portes d'entrées sanitaires possibles pour faciliter l'enregistrement des enfants à l'état civil : informations délivrées dès la CPN aux futures mères, enregistrement à la maternité, recherche des perdus de vue et repérage des naissances communautaires (grâce aux RECO), informations délivrées au moment des vaccinations etc...

Toutes les formations sanitaires visitées disposent d'un registre à jour d'enregistrement de naissances. Tous les enfants qui sont recensés par les RECO ont un extrait d'acte de naissance.

Ce processus d'enregistrement des naissances initié au sein des centres de santé favorise la protection des droits fondamentaux de l'enfant.



« Avant, les gens inscrivait leurs enfants à l'école avec des sobriquets et sans extrait d'acte de naissance, ce qui était à l'origine des problèmes de dossiers pour les enfants en situation d'examen. Mais, depuis l'ICC, les enfants disposent d'extraits d'actes de naissance dès leur naissance ».  
Président de la Coordination Sous-Préfectorale de l'APEAE

Dans ce domaine aussi, le recul des processus de recensement et d'enregistrement facilités par les RECO qui, en plus de convaincre les femmes enceintes d'être suivies et d'accoucher au centre de santé, vont rechercher les enfants nés à domicile, participent à des enregistrements lors des baptêmes, etc., met en danger l'efficacité démontrée du système.

L'interopérabilité avec la santé est un bon dispositif pour l'enregistrement des naissances qui repose sur le maintien en fonction des RECO.

### ► Concernant la sensibilisation et la lutte contre les violences

Les entretiens menés à tous les niveaux des communes, des membres de l'exécutif communal aux bénéficiaires en passant par les différents agents communautaires et membres des OBC prouvent que tous ont été sensibilisés au respect des droits de l'enfant : tous ont entendu parler des problèmes liés aux mariages précoces et aux mutilations génitales féminines. Tous connaissent désormais le cadre légal qui sanctionne ces pratiques. Cependant, ces pratiques sont profondément ancrées dans les communautés guinéennes.

« On a multiplié les efforts pour atteindre ces objectifs, pour sensibiliser nos parents. Il y avait une forêt ici où nos mamans travaillaient. En partant en ville, tu dépasses l'école en partant en ville, tu regardes à ta gauche, il y a une partie de la forêt qui est défrichée. C'est là-bas que nos mamans se cachaient pour travailler nous leur avons dit, nous ne sommes plus d'accord avec ces pratiques. Nous avons défriché cet endroit pour en faire des champs »  
(COSAH-RECO, Senqbedou)

« Chez nous, il y a beaucoup de tabous à ce sujet, surtout sur la question des MGF, on ne s'aventure pas trop dedans. Parce que quand tu es d'une certaine localité, c'est dans les veines. Pour d'autres formes de violence comme le viol par exemple, le RECO n'a pas tellement d'autorité pour parler de ça dans sa localité, si non, il en paie les frais. Parfois, ce sont les parents des deux parties (victimes et bourreau) qui calment cela en règlement à l'amiable. IRS N'Zérékoré

mariages précoces (système mis en place dans la commune de Donghel Sigon en accord avec les leaders religieux)

### ► Concernant l'accès à l'éducation

Indicateurs : Taux net de scolarisation

A noter que les indicateurs mentionnés dans le PNACC : Nombre d'écoles primaires fonctionnelles dans la commune et Nombre de collèges fonctionnels dans la commune ne sont pertinents que s'ils sont rapportés au nombre d'habitants et/ou d'enfants à scolariser dans les communes.

« Près de 80% des communes n'avaient pas de prise en charge préscolaire » chef section éducation - UNICEF

Aujourd'hui toutes les communes gèrent un ou plusieurs centres d'encadrement communautaire ; c'est un point saillant qui a été mis en avant par la quasi-totalité des maires comme une nouveauté à laquelle ils se sont montrés particulièrement sensibilisés.

« Nous avons compris qu'il faut développer les enfants en bas âge » maire de Koba  
De plus « cela permet de libérer les mères, en particulier les plus jeunes d'entre elles, pour qu'elles aillent à l'école ». Chef section Éducation – UNICEF.

L'UNICEF a pris en charge la formation des éducateurs de ces centres.

Le niveau d'équipement des communes demeure inégal et souvent encore insuffisant cependant, de nombreux établissements scolaires ont été construits et rénovés dans les communes de convergence et les taux de scolarisation ont augmenté depuis que les RECO sont impliqués dans le recensement des enfants et leur scolarisation :

« Grâce aux RECO nous savons ce qui se passe au niveau de chaque maison cela a permis de suivre les enfants et adolescents qui sortaient du système scolaire et de leur donner une deuxième chance. » Maire de Koba « Quand les RECO sont passés dans les classes ils ont vu que les élèves étaient assis cinq par banc donc si j'ai des bancs je sais immédiatement dans quelle classe je dois envoyer. Ou dire qu'il n'y a pas de fenêtre dans telle classe ou augmenter le nombre de classe donc quand je vois ça je le note dans mon PAI c'est les RECO qui me facilitaient tout cela »

Les exécutifs communaux et les directeurs d'écoles se félicitent d'une plus grande fréquentation des écoles primaires et d'un meilleur maintien des filles dans le secondaire lié en particulier à l'attribution de bourses par l'UNICEF (1000 bourses scolaires de 125 dollars/an) en particulier à des jeunes filles vulnérables en début de collège et pour la durée de ce cycle d'étude afin de les maintenir dans le circuit scolaire à la condition qu'elles ne soient pas enceintes durant leur cursus. Ce dispositif semble efficace mais il n'a pas été prévu de le reconduire.

Le gros point noir soulevé au niveau des communes par tous les intervenants concerne le manque de ressources humaines, aggravé par la non-effectivité de la décentralisation. Les enseignants en titre sont en nombre nettement insuffisants dans toutes les communes et certains d'entre eux ne respectent pas leurs engagements.

« Au moment d'aller chercher la paie certains peuvent faire une semaine en ville avant de se retourner » DPE Kindia

Souvent les parents sont obligés de se cotiser pour payer des enseignants « contracteurs » qui sont des jeunes étudiants de la commune, désœuvrés faute d'emploi et qui n'ont pas reçu la formation requise pour le travail d'enseignement qui leur est confié.

#### ► Concernant l'hygiène et l'accès à l'eau au niveau des centres de santé

- Pourcentage de la population ayant accès à une source d'eau potable dans la commune
- Pourcentage des ménages utilisant les latrines

Le programme WASH a été implémenté dans toutes les communes visitées (et dans 38 des 40CC).

Il a permis partout de sensibiliser aux dangers de la défécation à l'air libre et à l'intérêt de l'assainissement piloté par la commune (mise en place de toilettes améliorées). Depuis l'ICC, des forages et point d'accès à l'eau ont été construits dans la quasi-totalité des communes.

Avant 2018, dans toutes les communes la défécation à l'air libre, souvent non loin des habitations était une pratique courante. Grâce à la sensibilisation des RECO et à la construction de nombreuses toilettes aménagées, la défécation à l'air libre n'a pas totalement disparu partout mais elle semble être devenue une pratique marginale dans les communes de convergence

Concernant l'hygiène et l'accès à l'eau au niveau des centres de santé : la plupart des centres de santé ne possèdent pas l'eau courante au robinet mais la plupart sont situés à proximité d'un forage (souvent dans la cour comme à Koba, DaraLabé...). Nous avons observé la présence de kits de lavage des mains mais pas toujours opérationnels et souvent le savon fait défaut. Il n'est pas rare que les locaux soient sales et vétustes : c'est le cas à Dara Labé où la réhabilitation du centre a été demandée par le maire en lieu et place de la réhabilitation de logements de fonction (actuellement vacant) mais il semble que la direction préfectorale de la santé se soit opposée au financement voulu par le maire. Par ailleurs une pièce à usage de laboratoire a été construite mais elle demeure sous équipée (comme tous les laboratoires que nous avons vus) et il n'y a pas à l'époque de l'évaluation, de laborantin en poste.

Dans aucun des centres de santé il n'y a d'eau dans les toilettes qui sont la plupart du temps des latrines situées à l'extérieur des bâtiments

Il n'y a pas non plus de dispositif efficace et homologué de traitement des déchets, en particulier il n'y a pas d'incinérateurs d'ordures.

### **Comparaison avec les communes non convergentes :**

La comparaison est rendue difficile par l'absence de diagnostic de départ des communes.

A Molota, le centre de santé est dans un tel état de délabrement que les femmes ne le fréquentent plus et préfèrent consulter dans les postes de santé et accoucher à domicile.

Le plafond s'écroule par endroits, il a fallu déménager le magasin dans la salle de laboratoire à cause de cela. Il n'y a pas d'eau et l'électricité par intermittence.

Deux lits ont été envoyés (apparemment financés par la Banque Mondiale) qui sont toujours en carton faute de place pour les installer.

La commune a bénéficié durant quelques mois d'un système d'ASC/RECO mis en place avec le soutien du Fonds Mondial sur le modèle de celui de l'ICC mais ce système n'est plus opérationnel en raison d'absence de financement.

*« Tout est tombé à l'eau depuis qu'ils (les ASC) ne sont plus payés. Et depuis la vaccination recule car les ASC allaient faire des vaccinations à domicile ».*

Maire de Molota

Le centre de santé de cette commune était le moins bien doté des six centres (dont 5 en commune de convergence) visités par l'équipe de collecte qui s'y est rendue. En l'absence de subvention et du fait de la pauvreté du centre et des populations, certains matériels à usage unique comme les gants utilisés en CPN sont lavés pour être réutilisés à maintes reprises.

*« Les populations puisent de l'eau dans les puits non améliorés parce que les pompes [forages] sont très distantes. Celle du centre n'est pas fonctionnelle. Tu peux faire un à deux kilomètres pour avoir de l'eau au forage. Et si tu as un puits à côté, il est mieux d'aller là-bas au lieu d'aller au forage s'aligner. Tu peux passer toute la journée au forage sans avoir un bidon. ... Plusieurs écoles n'ont pas de forage... le centre de santé n'est pas approvisionné en eau potable ». (COSAH Diaraquerela).*

De nombreuses familles dans cette commune n'ont pas de latrines et continuent la défécation à l'air libre.

L'accès des populations aux SSB et services publics dans les deux communes visitées n'ayant pas bénéficié de l'ICC est très en deçà (dans tous les domaines) de ce qui est observé dans les communes de convergence visitées

#### **QE 4.3 quels sont les freins/blocages au niveau des communes ayant entravé l'atteinte des résultats escomptés ?**

Les freins observés au niveau des communes sont liés dans toutes les communes aux difficultés de financement et au manque de transfert effectif de la fonction publique locale :

- Difficultés à collecter les fonds localement ;
- Absence de versement des fonds de l'ANAFIC ;
- Manque de secrétaires généraux, de receveurs, de soignants et d'enseignants.

Dans certaines communes s'ajoute à ces freins une faiblesse de l'exercice de la gouvernance locale.

*La volonté politique a manqué pour les versements de l'ANAFIC. J'ai appelé le directeur de l'ANAFIC pour expliquer la situation avec les ASC/RECO. Il m'a dit tu es mon premier informateur »*  
Maire de Donghel Sigon

#### **Q 5. Dans quelle mesure la convergence géographique et programmatique a contribué à l'atteinte des Résultats Clés pour les Enfants (RCE) et des ODD dans les 40 Communes de Convergence ?**

La convergence programmatique et géographique n'a pas été effective

Seul l'OMS a été cité comme partenaire « *En réalité, les agences ne se sont pas bousculé à la porte de l'ICC. Le PNUD est parmi les agences qui ne sont pas intervenu. En revanche, l'OMS intervient sur la santé communautaire* » chef de section planification, suivi et évaluation UNICEF

La participation de l'OMS aux opérations de formation, en particulier des formateurs des écoles de santé en charge de la formation des ASC, a été confirmée par le chef de section santé de l'UNICEF et par le responsable de l'OMS à Conakry.

L'intercommunalité n'est pas effective dans les communes visitées. Mais par endroits l'idée commence à faire son chemin.

*« Ça ne marche pas pour le moment mais nous avons commencé à parler avec les maires des autres communes »* Maire de Dara Labé

En février 2018, s'est tenu un atelier conjoint de toutes les agences onusiennes présentes en Guinée dans l'optique de réaliser une convergence territoriale (par région) et programmatique mais en 2022, le constat est que cette convergence n'a pas été mise en œuvre.

#### **Q 6. Quels sont les facteurs (internes et en dehors de l'UNICEF et du PNACC/MATD) qui ont contribué à l'atteinte des objectifs des interventions y compris la composante de renforcement des capacités ?**

6.1 En quoi les interventions mises en œuvre par le PNACC et soutenues par l'UNICEF ont-elles ou non permis d'atteindre les objectifs au niveau des différentes communes de convergence ?

Certains facteurs ont favorisé les améliorations constatées au niveau des communes de convergence :

- La volonté politique initiale de promouvoir la décentralisation et la bonne gouvernance : PNDES, révision du CCL, création de l'ANAFIC, mise en place du PNACC ;

- La mise en œuvre d'un système d'appui à la rédaction des PDL par les services décentralisés de l'ANAFIC (ADL) qui permet d'impliquer l'ensemble des acteurs communaux, de formaliser et de prioriser les besoins ;
- L'engagement et l'appui technique et financier de l'UNICEF au sein des communes.

Durant les deux premières années de mise en œuvre de l'ICC, l'UNICEF s'est engagée à soutenir financièrement et techniquement une grande partie des réalisations et renforcements de capacités au sein des communes. L'UNICEF a notamment pris en charge la formation de 1 850 RECO et 185 ASC (Rapport intermédiaire ICC 2020) qui étaient chargés de la mise en œuvre d'un paquet d'activités intégrées. Elle a également pris en charge les salaires des ASC et RECO jusqu'en juillet 2020, date à laquelle les communes devaient prendre le relais grâce à la mobilisation conjointe de financements locaux et des financements de l'ANAFIC.

- La mise en place du dispositif ASC/RECO et l'opérationnalisation de la porte d'entrée santé communautaire a permis d'atteindre des résultats très nets en termes d'amélioration de la santé des mères et des enfants, de vaccination, d'enregistrement des naissances et de sensibilisation à la nutrition, l'hygiène, la scolarisation et la lutte contre les violences basées sur le genre ;
- L'implication manifeste de la plupart des acteurs locaux, élus et populations bénéficiaires, groupes de femmes et jeunes en particulier ;
- La formation de femmes à l'utilisation des produits locaux pour la nutrition des jeunes enfants et la mise en œuvre de démonstrations culinaires dans les communes permet de lutter efficacement contre la malnutrition des jeunes enfants ;
- L'interopérabilité fonctionne bien entre la santé et l'enregistrement des naissances.

6.2 Quels sont les facteurs externes qui ont favorisé l'atteinte de ces objectifs : contexte local (socio-économique, sécuritaire, géographique) ? ressources humaines locales ? gouvernance locale préexistante ?

Localement, le facteur qui est apparu comme le plus déterminant dans l'atteinte des objectifs est lié à la **qualité de la gouvernance locale**, au **leadership des maires** et à la **cohésion sociale**.

Ces facteurs sont les garants de l'implication des acteurs locaux dans le processus de développement de la commune, réalisations et redevabilité.

Dans ce cadre, la commune de Donghel Sigon fait figure de modèle, et montre qu'une commune peut œuvrer à son développement avec beaucoup de succès même en l'absence de l'implication de l'État ; c'est pourquoi nous avons choisi d'en décrire les résultats de façon plus détaillée dans l'encadré ci-dessous.

### **Donghel Sigon, un exemple de gouvernance locale**

Bien que, comme les autres communes Donghel Sigon pâtit de la non-effectivité de la décentralisation, cette commune parvient à faire beaucoup pour sa population et surtout, elle est parfaitement préparée à une gestion communale efficace et transparente dans le cadre de l'aboutissement du processus de décentralisation.

#### **Recouvrement des ressources locales**

« En 2021, nous avons réussi à mobiliser 3 milliards de francs guinéens pour faire face à notre PAI, ce montant vient de trois directions : plus de 60% vient des contribuables, le reste des ressortissants (26%) et des partenaires au développement. (12%) » Maire de Donghel Sigon

Donghel Sigon est la seule commune qui a réussi à percevoir 15 millions de GNF provenant de la CFU (contribution foncière unique : taxe d'habitation) sur les 17 millions prévus. Cette taxe est très impopulaire et les autres communes nous ont fait part d'une quasi-impossibilité à percevoir cette taxe par les receveurs.

#### **Quelques réalisations**

Non seulement la commune a capitalisé tout ce que l'ICC a permis de mettre en œuvre et en particulier les dispositifs ASC/RECO qui sont toujours en place malgré les difficultés de financement qui entraînent tout de même une certaine diminution d'activité.

D'autres actions de développement concernant en particulier la santé et l'enseignement, sont soutenus par les ressortissants et d'autres partenaires techniques et financiers.

Des locaux sont en construction pour agrandir le lycée et le doter d'une salle informatique.

Tous les districts ont leur école « *plus aucun élève ne marche 8km pour aller à l'école* ».

Le marché est doté de 10 latrines hommes et autant pour femmes, 1500 latrines ont été réalisées ... et la commune a été certifiée FDAL.

L'eau est vendue par les comités villageois d'assainissement, en fonction des besoins de chaque famille, afin de financer le ramassage des ordures (le matériel manque encore).

La commune a pu se doter d'une ambulance avec l'appui de l'UNFPA pour le transfert des malades référés dans les hôpitaux de district ou de région.

Un centre de santé amélioré avec bloc opératoire est en cours de construction, financé par la BID (Banque islamique de développement). Le conseil communal l'a prévu près du marché, équidistant de tous les districts.

Comme les, cette commune manque de ressources humaines dans tous les domaines, en particulier au niveau sanitaire et de l'éducation. Cependant ses représentants affirment que les fonctionnaires nommés sont tous en poste.

Par ailleurs la commune parvient à rémunérer 84 enseignants contractuels (1 million de GNF/mois)

De la même manière la commune a développé des stratégies pour maintenir en poste les RECO avec une rémunération. Même si celle-ci est insuffisante, elle les aide à poursuivre leurs missions.

*« Le jour des baptêmes, les contributions sont mobilisées pour donner au RECO avec les renseignements de l'enfant. Avant on délivrait l'acte de naissance à 5 000fg, maintenant c'est monté à 10 000fg et nous sommes tombés d'accord de laisser ces 10 000fg au RECO pour vite établir l'extrait d'acte de naissance. Au niveau des mariages, l'acte est à 30 000 fg divisé comme suit : 10 000fg pour le district, 10 000fg pour l'état civil de la commune et 10 000fg pour le RECO ».*

### **Redevabilité**

Contrairement à ce qui a été observé dans d'autres communes, cette commune dispose d'un système de suivi des données et d'archivage des documents en place.

Une réunion hebdomadaire réunit tous les acteurs communaux : élus communaux, chefs de districts, responsables de centres de santé, des COSAH, d'établissements scolaires, chefs religieux, femmes mentors et divers autres représentants de la société civile. Il est débattu des actions en cours et à venir dans le respect des PDL.

Les différentes organisations à base communautaire, en particulier le conseil des jeunes et les jeunes filles leaders tiennent à jour des registres pour en rendre compte dans leur communauté à l'occasion d'un conseil de gouvernance hebdomadaire

L'exécutif communal a basé sa stratégie sur 5 piliers :

- a. Information
- b. Sensibilisation
- c. Concertation
- d. Adhésion
- e. Participation à la mobilisation

« Nous avons expliqué aux gens c'est quoi le budget, comment les recettes sont budgétisées, comment le recouvrement s'effectue... Nous avons réussi à sensibiliser les gens et ils ont accepté sans pression. **Il n'y a pas d'autre secret que la transparence et la concertation** » Maire de Donghel Sigon

#### Éléments d'explication

Le maire est en poste depuis 1993 et nous a expliqué qu'à l'époque il ne savait pas ce qu'un maire devait faire pour diriger une commune.

Mais, en 1995 « nous avons eu la chance d'être appuyés par le projet PARC (Projet d'Appui et Renforcement des Capacités) qui nous a permis d'être formé pendant trois ans, donc à la fin de la formation j'ai été invité à la municipalité du Québec où j'ai fait deux mois. J'ai visité d'autres municipalités, j'ai assisté à des conseils et quand je suis revenu j'ai initié les séances plénières... aujourd'hui, par rapport à la gouvernance locale, la chaîne est active et cela du conseil communal au dernier village. »

Il nous apparaît notable que ce maire a bénéficié d'une formation solide, sur un temps long et suivie d'un stage en immersion.

Par ailleurs, il nous est apparu comme une personne d'une grande probité jouissant du respect de ses administrés et qui a su créer une dynamique sociale participative garante de cohésion et d'appropriation des services communaux. Autant de facteurs susceptibles de convaincre des partenaires financiers.

### Q 7 Quels sont les facteurs (internes et en dehors de l'UNICEF et du PNACC/MATD) qui ont empêché l'atteinte des objectifs des interventions y compris la composante de renforcement de capacités ? Quelles mesures correctrices, s'il y en avait, ont été adoptées pour mitiger les défis rencontrés ?

Un certain nombre de freins et de blocages ont été identifiés à tous les niveaux d'implémentation de l'ICC. La plupart avaient déjà été mentionnés dans le rapport intermédiaire de l'ICC établi par l'UNICEF en 2020 et n'ont pas été levés par la suite. Au contraire, à ces goulots d'étranglement, notamment l'insuffisance de ressources financières propres des communes, le manque de ressources humaines et de compétences techniques, ainsi que la non finalisation des textes d'application du CCL, se sont ajoutées les difficultés sur le terrain révélées par le retrait du soutien financier de l'UNICEF assurant en particulier le salaire des ASC et relais communautaires, ainsi qu'un dédommagement financier aux groupes de femmes assurant les démonstrations culinaires, un soutien à l'unité de saponification de Koba sous forme de commandes spéciales ...

#### L'une des principales causes de la non atteinte des résultats au terme de l'ICC est l'abandon du financement du dispositif pivot ASC/RECO

« Tu ne peux pas dire à quelqu'un de travailler sans aucune mesure d'accompagnement. S'il n'y a pas de mesure d'accompagnement, on ne peut jamais atteindre l'objectif même si on reste motivé » (ASC Bossou, 02 mars 2022).

« Nous avons un problème de moyen de déplacement qui nous fatigue beaucoup sur le terrain. Ensuite, un problème du non-paiement de rémunération c'est la plus grande difficulté. A un moment donné, on travaillait très bien, on rendait compte très bien, le rendement même se voyait. Mais, quand on a arrêté, je crois que ce rendement aussi a dû baisser ». (RECO/ASC, commune de Siguirini).

Les bons résultats obtenus durant les deux premières années de mise en œuvre de l'ICC sont en recul depuis 2020 car les ASC et RECO qui ne sont plus payés depuis le retrait programmé du financement par l'UNICEF ont pour certains cessé leurs activités et pour d'autres la poursuivent à minima.

### **L'autre frein important est lié à l'absence de transfert effectif de la fonction publique locale**

En cause :

#### ▶ **la faiblesse de la gouvernance nationale**

La principale cause identifiée est liée au fait que « l'État n'a pas rempli la mission à laquelle il s'était engagé » cette affirmation a été confirmée par tous les interlocuteurs interrogés, y compris les membres de du staff de l'UNICEF de tous les maires et de la plupart des représentants régionaux et préfectoraux

Une faible implication de la coordination du PNACC dans l'animation et le suivi de l'Initiative.

Il revenait en particulier au PNACC de coordonner les diverses actions de développement menées dans les communes et de faciliter l'intercommunalité afin de réaliser une véritable convergence programmatique et géographique qui aurait permis d'optimiser les résultats atteints et probablement d'en améliorer la pérennité.

Par ailleurs le comité de coordination du PNACC n'a pas assuré à l'ICC une visibilité en tant que programme de l'État guinéen et sur le terrain tous les acteurs parlent de l'ICC comme d'un programme de l'UNICEF.

Le non-versement des sommes prévues par ANAFIC (excepté en 2019) et des dotations partielles en 2021

Il ressort des entretiens avec le responsable du PNACC, le responsable de la section développement local de l'UNICEF et les divers membres des exécutifs communaux interrogés que l'ANAFIC n'a versé les montants prévus qu'une seule fois en 2019 et un reliquat pour finalisation de travaux engagés en 2021 dans certaines communes.

Les raisons invoquées sont la réaffectation des fonds pour la lutte contre la Covid 19

#### Des entraves à l'autonomie des communes

De la part de l'ANAFIC en particulier :

*« Au début ANAFIC a imposé que l'argent soit dépensé pour les infrastructures. Nous, on voulait l'utiliser pour payer les RECO. Finalement on n'a pas eu l'argent. Ça nous a beaucoup blessés ».*

Maire de Koba.

*« On a mis le paiement des ASC et des RECO dans les PAI mais l'ANAFIC a refusé ».*

Maire de Donghel Sigon

De la part des autorités décentralisées et sectorielles, notamment préfectorales, dont les réticences à déléguer la maîtrise d'ouvrage font craindre un défaut d'harmonisation/coordination/définition des missions au niveau des différentes structures de l'État et de leurs démembrements territoriaux

*« Avant, les RECO portaient déposer leurs rapports au niveau de la mairie. Les Maires ne connaissent pas les indicateurs et on dit que c'est le Maire qui doit valider le rapport et c'est lui qui les paie. Les maires ne savaient pas si c'était un rapport de qualité ou pas. Et des fois, quand les maires recevaient le paiement des RECO, eux aussi, ils grignotaient un peu dedans. Désormais, l'argent arrive directement aux RECO sans passer par les mairies dès lors que tous les indicateurs du rapport sont validés par le chef de centre de santé et validés au niveau régional ».* IRS N'Zérékoré



### ► Problèmes de gouvernance au niveau communal

#### La faiblesse de la capacité de mobilisation des ressources locales /gestion administrative

Cette faiblesse est en partie liée à la faiblesse des ressources locales mais aussi au manque de compétence et/ou de leadership des exécutifs communaux. C'est ce que démontrent certains exemples :

Au début de l'ICC, Koba a été dotée d'une unité de saponification qui permettait de fournir des emplois et d'apporter des subsides à la commune. Malheureusement, cette entreprise s'est arrêtée de fonctionner après la dernière commande de l'UNICEF, faute de valorisation de cette activité : le savon n'est pas vendu au marché, l'hôtel voisin n'a pas été démarché et va se fournir en savon à Conakry, etc.

Cet exemple pose aussi la question de la dépendance des communes aux bailleurs et en particulier à l'UNICEF. A l'inverse la commune de Donghel Sigon a réussi à percevoir la presque totalité des taxes d'habitation, prélèvement impopulaire que les autres communes ne parviennent pas à collecter.

### ► D'autres facteurs plus ponctuels ont pu entraver localement les réalisations

Des tensions entre les membres de l'exécutif communal comme à Fangamadou, la mutation de secrétaires généraux comme à Kindoye ou le fait qu'il ne soit plus rémunéré comme à Dara Labé.

Dans la région de Macenta (Sengbedou) des conflits inter-ethniques ont perturbé l'ICC.

L'enclavement de certaines communes telles que Siguirini a entravé le dispositif de renforcement des compétences et l'offre de services d'eau et d'hygiène en particulier, en raison du défaut de voies d'accès.

### ► Facteurs exogènes à prendre en compte

En 2020 et 2021, la dynamique de l'ICC a indubitablement été ralentie par l'émergence de la pandémie de la COVID-19 qui semble avoir entraîné une réaffectation de certains fonds et aggravé la crise socioéconomique.

Le climat d'insécurité politique lié d'abord à la contestation du troisième mandat de l'ancien président Alpha Condé puis au flottement et enfin aux nombreux remaniements en cours depuis le changement de gouvernement en septembre 2021 ont fortement impacté les interventions engagées.

## **Q8 Quels sont les changements positifs et/ou négatifs observés chez les bénéficiaires (*partenaires institutionnels, communautés, femmes, enfants, etc.*) auxquelles l'ICC a contribué ?**

Les changements observés concernent essentiellement deux types de population :

- Les acteurs communautaires renforcés dans leurs capacités ;
- Les communautés, en particulier les femmes et les enfants des communes concernées.

L'impact des actions menées par l'UNICEF sur le terrain dans tous les domaines sectoriels est visible. C'est-à-dire que c'est grâce à l'UNICEF que les binômes ASC/RECO ont pu remplir leur mission indispensable auprès des populations, que les centres de santé ont pu obtenir et conserver des vaccins, que 29 centres d'accueil préscolaires ont été mis en place, que la quasi-totalité des communes de convergence sont dotés de points d'eau potable, que des jeunes filles (non quantifié) ont été maintenu au collège et ont évité (ou retardé) un mariage forcé, que de nombreux groupes de femmes ont été formés à la nutrition des jeunes enfants et continuent à transmettre leur savoir aux jeunes mères etc. (cf efficacité)

Même si ces résultats sont encore à améliorer, les interventions visant le renforcement des compétences des exécutifs communaux ont permis un grand changement parmi ce personnel. Les maires en particulier affirment tous être plus conscients de leurs missions et de leurs responsabilités.

Les RECO expliquent tous qu'ils ont beaucoup appris et que ces nouvelles compétences les rendent fiers, qu'elles leur ont permis de jouer un rôle important dans leur communauté. C'est la raison pour laquelle

beaucoup d'entre eux tentent de maintenir leur activité, au moins à minima, en espérant de prochains financements. Il en va de même concernant les femmes qui participent aux démonstrations culinaires.

Pour les communautés tous les changements observés sont bénéfiques même s'ils sont encore insuffisants

« Les indicateurs de la vaccination, la couverture effective ensuite ça a augmenté la couverture CPN, le nombre d'accouchements assistés et le suivi des maladies graves telles que le paludisme, la diarrhée, la malnutrition. Les communes de convergence ont donc eu un impact positif dans les communautés c'est pourquoi dans la même lancée, le Fonds Mondial a pris les communes rurales des deux préfectures de Téliélé et de Kindia pour suivre la trajectoire des communes de convergence ». DPS Kindia

### **Q 9 Dans quelle mesure les différentes stratégies de suivi-évaluation étaient-elles adaptées pour mesurer les résultats de l'ICC ? Et Comment pourraient-elles être améliorées ?**

Il n'a pas été établi de diagnostic initial permettant de savoir ce qui se passait avant l'ICC concernant :

- l'état des lieux des processus de décentralisation en cours
- les besoins en renforcement de compétences
- les niveaux d'accès aux SSB et services publics dans les communes

Des analyses situationnelles ont été demandées aux communes au départ de l'ICC mais nous n'avons pu en retrouver que 19 sur les 40 communes et la plupart d'entre elles sont incomplètes.

Le comité de coordination du PNACC n'a pas mis en œuvre de dispositif de suivi-évaluation des différentes composantes du programme avec élaboration de rapports narratifs qui pourraient permettre de suivre pas à pas les processus mis en œuvre et les goulots d'étranglement

Les indicateurs de suivi de performance de l'ICC sont regroupés dans le cadre de résultats (cadre logique) du PNACC. Ils sont hétérogènes, trop nombreux et pour beaucoup mal adaptés ou non pertinents pour permettre le suivi des effets attendus du PNACC.

Le suivi de ces indicateurs de performance concernant les 14 domaines de compétences transférées devait être mené par la coordination intersectorielle de suivi des performances de l'ICC (CISPIC) mais il n'est pas effectif.

Un dispositif de suivi élaboré avec l'appui de l'UNICEF basé sur l'utilisation de tableaux de bord avec indicateurs de performances par commune a bien été conçu comme mentionné dans le rapport intermédiaire ICC 2020 « 40 tableaux de bord communs sont mis en place pour informer sur l'évolution des résultats clés sensibles aux enfants et aux femmes et en lien avec les compétences transférées » mais ils n'ont pas été utilisés.

Les données remontées du terrain restent donc partielles, sectorielles (tant au niveau des ministères que de l'UNICEF) et inconstantes.

Le dispositif de suivi-évaluation de la santé communautaire tel que défini dans le guide harmonisé de mise en œuvre de la santé communautaire de 2019 publié par la DNSC repose essentiellement sur les remontées de données de terrain par les RECO et les ASC. Dès lors, la mise en veille de leur activité depuis juillet 2020 faute de rémunération entrave la mise en œuvre de ce suivi.

Le même constat avait déjà été établi au moment du rapport intermédiaire de l'UNICEF de 2020 qui spécifie :

« Il ressort qu'après deux ans de mise en œuvre de l'Initiative Communes de Convergence (ICC), les acteurs territoriaux estiment que le système de suivi des performances de l'ICC, de la gouvernance et de la coordination des interventions dans les 40 Communes n'est pas opérationnel »

A noter également que l'efficacité et l'appropriation du suivi des réalisations de l'ICC appuyées par l'UNICEF a probablement pâti d'un grand changement de l'équipe à partir de 2020. Tant et si bien que rares sont les cadres encore en poste ayant été impliqués dans la genèse et le démarrage de l'ICC. Le même problème de rotation est observé dans les différents ministères, accentué à la suite du changement politique intervenu le 5 septembre 2021.

Concernant la composante 5 de l'ICC : renforcement de la redevabilité, des conseils de redevabilité communaux se réunissant chaque trimestre avaient été mis en place mais pour la plupart, ne semblent plus fonctionner plus depuis l'arrêt du financement par l'UNICEF.

**Tableau 6: Niveau d'atteinte des résultats escomptés**

| Résultats attendus au début du Programme   | Résultats atteints (sur la base des données collectées par l'équipe)   | Appréciation du Niveau d'atteinte des résultats |
|--|--|---|
| R 1- D'ici fin 2022, la CIP/LPNDDL et la Coordination Générale du PNACC assurent la coordination de la conduite des réformes liées à la décentralisation ; | La décentralisation est amorcée mais n'a pas été menée à son terme : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le financement de la part de l'État n'est pas effectif</li> <li>- La fonction publique locale n'est pas en place</li> </ul>  | <b>Niveau partiel</b>                           |
| R2- D'ici fin 2022, les conseils communaux des Communes de Convergence assurent la coordination des actions de développement local                         | Ce résultat est partiellement atteint du fait du renforcement des compétences des exécutifs communaux et du transfert des compétences mais pas complètement faute de transfert des financements nationaux et de manque de ressources locales ainsi que faute de mise en place de la fonction publique locale | <b>Niveau partiel</b>                           |
| R3- D'ici fin 2022, au moins 80 % des populations des Communes de Convergence utilisent des services sociaux de base et des services publics de qualité    | Ces résultats ne sont pas atteints car le dispositif ASC/RECO a cessé d'être financé et la fonction publique locale avait été mise en place<br>L'évaluation de leur atteinte n'est pas possible actuellement faute de complétude et centralisation des données de suivi                                      | <b>Niveau partiel</b>                           |

### Conclusions Préliminaires

#### Effica 1

Les 14 compétences ont été légalement transférées aux communes mais certains décrets d'application ne sont pas parus.

Dans les faits la décentralisation n'est pas effective car les fonds normalement alloués par l'Etat ne sont pas transférés et des réticences persistent au niveau des démembrements territoriaux de l'Etat.

Les exécutifs communaux ont été renforcés dans leurs capacités de maîtrise d'ouvrage.

Les services sociaux de base sont améliorés par l'implication communautaire et surtout la mise en place du dispositif ASC/RECO et de l'interopérabilité qui ont permis d'augmenter le taux de tous les indicateurs du PNACC même si ceux-ci ne sont pas précisément évaluables faute de dispositif de suivi adapté.

#### Effica 2

La convergence programmatique et géographique n'a pas été effective, en dehors de quelques actions ponctuelles comme l'appui à la formation des ASC par l'OMS.

#### Effica 3

Les facteurs les plus contributifs à l'atteinte des objectifs de l'ICC ont été les suivants : l'appui à la rédaction des PDL et PAI par les services décentralisés de l'ANAFIC (ADL), l'implication et l'appui technique et

financier de l'UNICEF au sein des communes, la mise en place du dispositif ASC/RECO et l'opérationnalisation de la porte d'entrée santé communautaire, la qualité de la gouvernance locale et le leadership de certains maires ainsi que la cohésion sociale et l'implication des communautés dans les réalisations et dans les processus de redevabilité

Effica 4

Les facteurs les plus limitants sont la non-effectivité de la décentralisation et de la fonction publique locale.

Effica 5

Même si beaucoup reste à faire, les changements observés chez les bénéficiaires sont nombreux et positifs : meilleur suivi des grossesses, vaccination des enfants, amélioration de la nutrition des jeunes enfants, sensibilisation à l'hygiène et à l'ATPC, augmentation du taux de scolarisation, augmentation du taux d'enregistrement des naissances, sensibilisation aux droits des enfants et à la lutte contre les VBG, les MGF et les mariages d'enfants ...

Effica6

Le dispositif de suivi-évaluation prévu a été discontinu.

### 8.3 Efficience



Figure 6: Focus group de jeunes mères à Fangamadou

**QE.10. Pour chacun des domaines d'intervention de l'ICC, dans quelle mesure les ressources financières, humaines et les biens ont été suffisantes (en termes de quantité) par rapport aux besoins identifiés et aux résultats escomptés ?**

Au titre du FNDL, l'ANAFIC a transféré un montant total de **43 milliards** aux 40 communes de convergence pour financer le PAI de 2019 soit un montant de **1 milliard 750 millions** de GNF par Commune<sup>16</sup>. Ce montant très en deçà des besoins inscrits dans les PAI <sup>17</sup>(comme le montre le tableau7) a essentiellement été consacré aux investissements dans le cadre de la réalisation des infrastructures sociales de base (écoles, postes et centres de santé, ouvrages de franchissement, place de marché etc).

<sup>16</sup> Entretien avec la Coordination Nationale du PNACC

<sup>17</sup> Les consultants n'ont pu obtenir que deux PAI de 2019, sur les 40 communes de convergence

Tableau 7 : Taux de couverture du PAI avec les ressources de l'ANAFIC<sup>18</sup>

| Region                               | Prefecture  | Communes        | Budget 2019   | Montant reçu ANAFIC | Taux de couverture des besoins |
|--------------------------------------|-------------|-----------------|---------------|---------------------|--------------------------------|
| FARANAHA                             | Dinguiyare  | Banora          | 3 577 250 591 | 1 750 000 000       | 49%                            |
| FARANAHA                             | Kissidougou | Bardou          | 7 899 100 000 | 1 750 000 000       | 22%                            |
| KANKAN                               | Kankan      | Gbérédou Barara | 5 036 526 491 | 1 750 000 000       | 35%                            |
| KANKAN                               |             | Tokonou         | 2 508 142 332 | 1 750 000 000       | 70%                            |
| KANKAN                               |             | Norassoba       | 2 387 275 544 | 1 750 000 000       | 73%                            |
| KANKAN                               | Kouroussa   | Baro            | 1 297 709 358 | 1 750 000 000       | 135%                           |
| KANKAN                               | Mandiana    | Kinieran        | 2 852 663 610 | 1 750 000 000       | 61%                            |
| KANKAN                               |             | Dialakoro       | 4 546 754 861 | 1 750 000 000       | 38%                            |
| LABE                                 | Koubia      | Fafaya          | 1 248 198 744 | 1 750 000 000       | 140%                           |
| LABE                                 |             | Gadha-Woundou   | 1 170 246 856 | 1 750 000 000       | 150%                           |
| LABE                                 |             | Parawol         | 6 280 590 164 | 1 750 000 000       | 28%                            |
| LABE                                 |             | Sannou          | 2 618 005 753 | 1 750 000 000       | 67%                            |
| LABE                                 | Mali        | Balaki          | 2 995 946 907 | 1 750 000 000       | 58%                            |
| LABE                                 |             | Donghel Sigon   | 9 105 417 440 | 1 750 000 000       | 19%                            |
| LABE                                 | Tougué      | Kollet          | 3 736 747 674 | 1 750 000 000       | 47%                            |
| LABE                                 |             | Fello Koundou   | 3 224 795 378 | 1 750 000 000       | 54%                            |
| MAMOU                                | Mamou       | Woure Kaba      | 6 386 141 009 | 1 750 000 000       | 27%                            |
| MAMOU                                |             | Dounet          | 2 963 770 497 | 1 750 000 000       | 59%                            |
| Taux moyen de couverture des besoins |             |                 |               |                     | 63%                            |

Certes les ressources financières allouées à l'ICC ont favorisé l'investissement au sein des communes mais, elles ont été insuffisantes car couvrant moins de 65 % des besoins des communes. La quasi-totalité des communes visitées pendant l'évaluation ont signalé des difficultés de fonctionnement dues à l'insuffisance de ressources financières<sup>19</sup> étant donné que les modestes ressources reçues sont destinées au financement des investissements.

**QE.11. Pour chacun des domaines d'intervention de l'ICC, dans quelle mesure les ressources financières, humaines et les biens ont été adéquates (en termes de quantité) par rapport aux besoins identifiés et aux résultats escomptés ?**

De l'entretien avec les parties prenantes et des observations de terrain, il se dégage une insuffisance de ressources financières et humaines.

En effet, sur la base des calculs effectués par la mission à partir des données budgétaires des communes, il apparaît que le budget de fonctionnement n'a jamais atteint 8% du budget global.

Tableau 8 : Part du budget de fonctionnement dans le budget des communes entre 2018 et 2021

|                       | Année 2018     | Année 2019     | Année 2020     | Année 2021     |
|-----------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| Budget total          | 22 575 125 027 | 70 012 433 587 | 60 615 924 894 | 53 719 520 314 |
| Budget fonctionnement | 1 682 733 498  | 2 831 292 409  | 3 148 797 587  | 3 387 112 591  |
| Part fonctionnement   | 7%             | 4%             | 5%             | 6%             |

Sachant que le budget de fonctionnement est supposé financer entre autres les ressources humaines, il est perceptible que les ressources humaines ne peuvent pas être suffisante.

« Parmi les difficultés que nous rencontrons, il y a les difficultés de fonctionnement. Parfois le Maire est obligé de puiser de sa propre poche pour faire face aux dépenses de fonctionnement. Nous demandons au gouvernement de subventionner notre fonctionnement » S/G Baro

<sup>18</sup> Source : reconstitué par les consultants à partir des données budgétaires de 18 communes.

<sup>19</sup> Constat de terrain des Consultants sur la base des entretiens avec l'Exécutif Communal

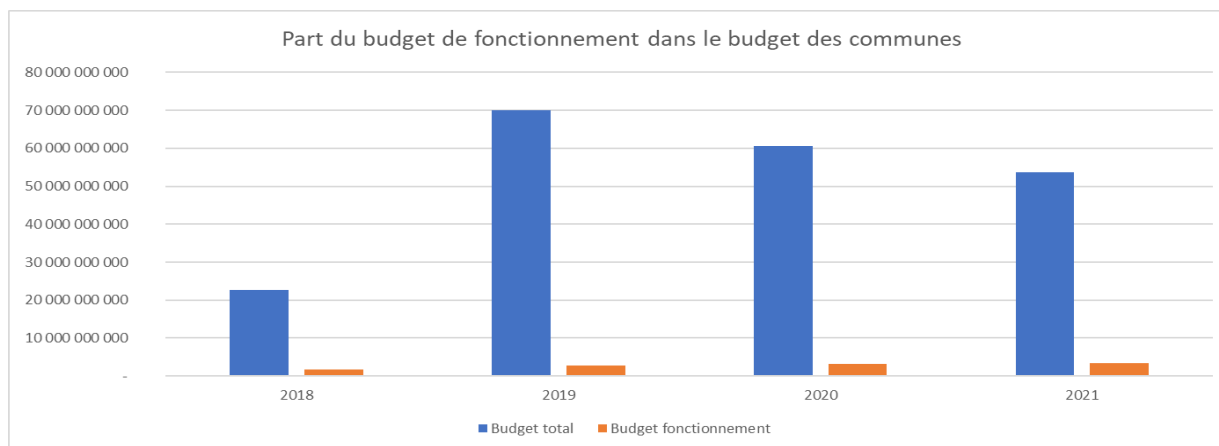


Figure 7 : Part du budget de fonctionnement dans le budget de la commune entre 2018 et 2021

Le déséquilibre constaté entre les recettes et les dépenses du budget communal et l'impossibilité pour les communes de s'endetter, constituent un véritable problème pour leur fonctionnement évalué à 40% de leur budget en moyenne<sup>20</sup>.

« Pour nous permettre de fonctionner, le Gouvernement doit subventionner les communes car, contrairement à l'Etat, les communes ne sont pas autorisées à s'endetter. » Receveur Communal de Baro

Cette insuffisance du budget de fonctionnement empêche les communes de prendre en charge les dépenses de fonctionnement liées aux salaires d'enseignants contractuels (en compensation du manque de titulaires), d'agents de santé et les relais communautaires dont certains interviennent de manière bénévole dans les communautés. La quasi-totalité des communes à l'image de Siguirini (Région de Kankan) et Sengbedou (Nzérékoré) ont eu recours aux enseignants contractuels payés par les parents d'élèves<sup>21</sup>.

« Au début ANAFIC a imposé que l'argent soit dépensé pour les infrastructures. Nous on voulait l'utiliser pour payer les RECO. Finalement on n'a pas eu l'argent. Ça nous a beaucoup blessés »

Maire de Koba

Moins de 70% des besoins des PAI sont couverts. Sur le plan des ressources humaines, l'enclavement des communes est peu attractif pour certains fonctionnaires qui préfèrent rester à Conakry.

« Pour rendre effective la fonction publique locale, il faut que la mairie gère les salaires des fonctionnaires affectés dans sa commune pour avoir la maîtrise de son personnel. Un fonctionnaire muté dans une commune qui a son salaire à Conakry, vient juste visiter et ne prend jamais fonction... »

Maire Commune Baro

« L'Etat guinéen a recruté 6000 soignants, médecins, infirmiers, sages-femmes. 80% d'entre eux ont pris l'argent et sont revenus s'asseoir à Conakry » Responsable OMS Guinée

<sup>20</sup> Source : Receveur Communal de Baro (réf. Art. 441 Code Révisé des Collectivités 2017)

<sup>21</sup> Entretien avec les bureaux des APEAE

Cela aggrave encore le manque chronique de personnel des services publics et oblige les communes à recourir à un nombre important de bénévoles et de contractuels qui n'ont généralement pas les compétences requises.

Les structures sanitaires et les écoles de toutes les communes visitées présentent un déficit de personnel qualifié.

Par ailleurs, le nombre de receveurs est également insuffisants. L'Etat affecte un receveur sur au moins deux communes pour assister l'exécutif dans la mobilisation et la gestion des ressources fiscales.

Au niveau de la Préfecture de Lola, depuis le départ à la retraite de ses collègues suite l'avènement du CNRD<sup>22</sup>, un seul receveur a en charge 9 communes,

« Notre préfecture avait trois receveurs et le nôtre s'occupait de deux communes sur neuf au total. Mais, avec la retraite des deux autres receveurs, il est l'unique receveur de la préfecture actuellement... » S/G Bossou

De même, dans le système éducatif, l'utilisation des classes multigrades est un moyen pour pallier aux difficultés d'infrastructures et de personnel dans certaines écoles<sup>23</sup>.

#### QE.12. Pour chacun des domaines d'intervention de l'ICC, dans quelle mesure les ressources financières, humaines et les biens ont été déployés à temps ?

Sur la question de **mobilisation des ressources financière** et devant l'impossibilité du dispositif de suivi évaluation à mettre à disposition la situation sur la période 2019 à 2021 et ce année par année des fonds transférés aux communes de convergences avec d'une part **les dates de demande de fonds** par les communes, les **dates d'exécution des transferts par l'ANAFIC** et les dates de réception des fonds par les communes, l'équipe d'évaluation ne peut se prononcer sur le déploiement à temps des ressources financières. Pour ce qui est du niveau d'exécution des budgets dans les communes de convergences sur la période 2018 2021 sur la base des données disponibles et communiquées par l'UNICEF<sup>24</sup>, il ressort de l'analyse ci-dessous que le meilleur niveau d'exécution (57%) a été enregistré en 2020 et le taux le plus faible (37%) l'année d'après.

| Region         | Préfecture                | Communes             | Taux d'exécution 2018 | Taux d'exécution 2019 | Taux d'exécution 2020 | Taux d'exécution 2021 |
|----------------|---------------------------|----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| FARANAH        | Dinguiyare<br>Kissidougou | 3. Banora            |                       | 32%                   | 58%                   | 31%                   |
|                |                           | 4. Bardou            | 6,7%                  | 20,6%                 | 35,5%                 | 5,7%                  |
| KANKAN         | Kankan                    | 6. Gbérédou Baranama | 37,04%                | 5,03%                 | 38%                   | 8,5%                  |
|                |                           | 7. Tokonou           | 16%                   | 80%                   | 35%                   | 11%                   |
|                | Siguiri<br>Kérouané       | 9. Norassoba         | 80%                   | 79%                   | 97%                   | 26%                   |
|                |                           | 10. Banankoro        |                       |                       |                       | 37%                   |
|                | Kouroussa                 | 12. Baro             | 58%                   | 45%                   | 39%                   | 20%                   |
|                |                           | 13. Balato           | 22%                   | 7%                    | 41%                   | ND                    |
| Mandiana       | 14. Kinieran              | 18%                  | 75%                   | 21%                   | 39%                   |                       |
|                | 15. Dialakoro             |                      | 27%                   | 39%                   | 40%                   |                       |
| LABE           | Koubia                    | 20. Fafaya           | 38%                   | 90%                   | 51%                   | 18%                   |
|                |                           | 21. Gadha-Woundou    | 68%                   | 94%                   | 97%                   | 19%                   |
|                | Lelouma<br>Labé           | 23. Parawol          |                       | 18%                   | 88%                   | 22%                   |
|                |                           | 24. Dara Labé        |                       | 32%                   | 54%                   | 70%                   |
|                | Mali                      | 26. Balaki           | 16%                   | 78%                   | 89%                   | 67%                   |
|                |                           | 27. Donghel Sigon    | 59%                   | 67%                   | 31%                   | 92%                   |
| Tougué         | 28. Kollet                | 59%                  | 35%                   | 76%                   | 43%                   |                       |
|                | 29. Fello Koundouwa       | 86%                  | 37%                   | 84%                   |                       |                       |
| MAMOU          | Mamou                     | 30. Woure Kaba       | 77%                   | 13%                   | 27%                   | 13%                   |
|                |                           | 31. Dounet           | 14%                   | 66%                   | 59%                   | 45%                   |
| <b>Moyenne</b> |                           |                      | <b>47%</b>            | <b>51%</b>            | <b>57%</b>            | <b>37%</b>            |

<sup>22</sup> Entretien avec un Secrétaire Général de Commune

<sup>23</sup> Entretien avec un Coordinateur sous-préfectoral des APEAE

<sup>24</sup> La section PME de l'UNICEF a communiqué les données budgétaires de 18 communes sur les 40

On note néanmoins que l'ANAFIC a transféré au titre du FNDL, un montant total de **43 milliards** aux 40 communes de convergence pour financer le PAI de 2019 soit un montant de **1 milliard 750 millions** de GNF par Commune<sup>25</sup>.

Pour ce qui est des **ressources humaines**, l'exploitation des données collectées permet de constater que les communes de convergences souffrent d'un déficit de personnel. Les efforts de l'état pour augmenter la quantité des ressources humaines dans les CC se heurte l'enclavement des communes qui de fait n'attirent pas le personnel de l'état affecté dans les communes qui préfèrent rester en capitale.

« L'Etat guinéen a recruté 6000 soignants, médecins, infirmiers, sages-femmes. 80% d'entre eux ont pris l'argent et sont revenus s'asseoir à Conakry » Responsable OMS Guinée

Sur la **question des biens**, et malgré la mobilisation des partenaires financiers (UNICEF, OMS, Fonds Mondial), les constats de terrain illustrent l'ampleur des besoins.

Au-delà de l'UNICEF, les fonds qui ont servi au financement de l'ICC proviennent de l'ANAFIC, des partenaires miniers et des ressources propres des communes. Sur la période 2018-2019, l'ICC a été soutenue à hauteur de 0.5 milliards GNF par le PNUD pour l'élaboration de certains textes d'application du code des collectivités locales portant essentiellement sur les compétences transférées dans les domaines de l'éducation, la santé, la coopération décentralisée, le foncier rural, l'hydraulique villageoise, la voirie communale et l'intercommunalité. De même, l'OMS a apporté une assistance technique au Ministère de la santé à travers le pipeline rural, un projet d'appui à la santé communautaire à hauteur de 4.5 milliards de francs guinéens en faveur des 40 communes de convergence<sup>26</sup>.

Au regard des difficultés de mesures signalées en termes de ressources, le ratio coût/efficacité est difficile à apprécier au sein des communes de convergence. Par ailleurs, il a été constaté que les communes visitées disposent d'un personnel technique très réduit pour faire fonctionner les différents services communaux<sup>27</sup>.

### **QE.13. Quels sont les facteurs de gestion qui ont favorisé ou empêché l'efficacité de l'ICC ?**

Plusieurs facteurs ont entravé l'efficacité au niveau de l'initiative, notamment :

- *L'enclavement de certaines communes bénéficiaires de l'ICC qui génère des coûts élevés lorsqu'il s'agit d'y fournir un service ou un bien ;*
- *L'insuffisance ou l'absence de fournisseurs locaux de certains matériaux de construction et d'équipement des infrastructures qui influence les coûts de réalisation des marchés de services, de travaux et de fournitures ;*
- *L'absence d'électricité dans les communes rurales qui ne favorise pas le fonctionnement du matériel informatique mis à la disposition des communes ;*
- *L'instabilité sociopolitique du pays qui a, à un moment donné, entraîné une inflation qui a influencé négativement la mise en œuvre des activités ;*
- *Les crises sanitaires (Covid et MVE localement) qui ont impacté la mobilisation communautaire.*

L'absence de connexion internet et la faible maîtrise des technologies de la communication et de l'information par les services d'appui communaux et services techniques déconcentrés n'a pas permis de contourner les barrières de la distance.

### **Conclusions Préliminaires**

Effic 1 : la faiblesse du dispositif de suivi de l'ICC n'a pas permis de collecter tous les éléments permettant d'évaluer son efficacité mais, les élus et acteurs des services techniques rencontrés dans

<sup>25</sup> Entretien avec la Coordination Nationale du PNACC

<sup>26</sup> Source : MATD/Secrétariat Général

<sup>27</sup> Constat des Consultants



les communes disent que l'ICC a renforcé la gouvernance locale, seulement l'insuffisance des ressources financières n'a pas toujours permis de mobiliser les ressources humaines nécessaire pour une mise en œuvre effective de la décentralisation.

Effic 2 : L'exécution de l'ICC a essentiellement reposé sur les ressources locales. Sur le plan humain le dispositif a valorisé les ASC, les RECO, les COSAH, dans la maîtrise d'ouvrage la priorité a été donnée aux entrepreneurs et prestataires locaux et la main d'œuvre (qualifiée et non qualifiée) est quasiment issue des communautés. De même la majorité des agrégats et matériaux de construction et équipements des infrastructures réalisées sous l'ICC ont été achetés localement. Cet état de fait a permis de minimiser le coût de certaines dépenses allouées aux infrastructures réalisées.

#### 8.4 Cohérence



Figure 8: Visite au centre de santé de Donghel Sigon

**Q E 14 Dans quelle mesure les activités/interventions de PNACC/MATD et l'UNICEF sur le terrain dans le cadre de l'ICC étaient complémentaires aux interventions des autres PTF dans les 40 CC ?**

Les actions de l'UNICEF sont complémentaires à d'autres actions des autres Partenaires Techniques et Financiers mais n'ont pas été menées en concertation. On constate dans les communes la présence de partenaires techniques et financiers œuvrant au renforcement des mêmes secteurs que l'UNICEF mais sans qu'il y ait de collaboration entre eux.

Des ONG locales travaillent sur les mêmes thématiques que l'ICC : comme Tinkisso dans le domaine de l'assainissement ou FMG (Fraternité Médicale Guinée) dans le domaine de la santé.

Le PAM intervient dans plusieurs localités, par exemple à Fangamadou, dans la mise en place de cantines scolaires qui clairement favorisent la scolarisation et le maintien en classe. Le Centre de santé amélioré à Donghel Sigon est financé par la Banque Islamique de Développement et l'ambulance par l'UNFPA.

A noter par ailleurs que le Fonds Mondial a mis en œuvre une réplique du dispositif ASC/ RECO dans certaines communes non convergentes comme à Molota. Malheureusement sur un temps court (moins

d'un an) et qui s'est désormais interrompu entraînant les mêmes effets de recul que dans les communes de convergence

Une coordination des interventions entre ces principaux partenaires techniques et financiers permettrait sans doute d'augmenter le paquet de services fournis aux bénéficiaires et donc une meilleure canalisation des ressources des différents bailleurs de fonds qui est une prérogative de l'ANAFIC.

## 8.5 Durabilité



Figure 9 : Visite au centre de santé de Dara Labé

### **Q E15 Dans quelle mesure les communautés bénéficiaires et les partenaires institutionnels se sont appropriés l'ICC et ses acquis ?**

L'ICC a été bâtie sur une approche participative qui a impliqué les populations à la base sur tout le cycle de programmation et d'exécution des activités en vue de favoriser l'appropriation des interventions. Cette appropriation au niveau des communes est plutôt bonne et se traduit par des changements de visions et de comportements favorables au développement des SSB et SPQ. Ainsi, les exécutifs communaux ont compris leur rôle et les dynamiques communautaires ont été renforcées. Même si ces compétences demandent à être renforcées pour certains, les élus locaux des communes de convergence visitées disposent aujourd'hui d'un socle de connaissances théoriques et de compétences pratiques dans la maîtrise d'ouvrage communale.

L'opérationnalisation de la mise en place d'un paquet de service via la porte d'entrée thématique de la santé communautaire, a généré de véritables changements de comportements dans tous les domaines thématiques grâce à l'intervention des ASC/RECO, aux actions de sensibilisation diverses, à la réalisation d'infrastructures indispensables ...

Certains constats montrent que cette appropriation reste fragile et mérite d'être renforcée sur la durée. Par exemple, dans la commune de Koba, le maire se réjouit que l'ICC ait permis l'accès à Internet mais déplore que cela ne fonctionne plus ; de même, il énumère au compte des acquis une unité de saponification qui, faute de valorisation est actuellement à l'arrêt en attente d'une hypothétique commande de l'UNICEF.

### **Q E16 Dans quelle mesure les conditions nécessaires pour une appropriation des interventions de l'ICC par la partie nationale et les communes du pays ont été mises en place par le PNACC/MATD, l'UNICEF et les autres partenaires ?**

L'ICC est une initiative gouvernementale portée par le MATD qui abrite la coordination du PNACC. L'alignement de ses activités sur les priorités du code des collectivités locales dans le cadre de la décentralisation, la mise en place d'un organisme de financement dédié (ANAFIC) et l'existence d'un

comité intersectoriel de pilotage au niveau du Ministère (CISPICC) devrait être des gages de durabilité, sous réserve que ces différents organes remplissent leurs missions, ce qui n'est pas le cas.

Le fait que l'État n'a jusqu'à présent pas tenu ses engagements en matière de financement des compétences transférées et de déconcentration des services publics menace les acquis des communes en termes d'accès aux services sociaux de base dans la presque totalité des communes. **La faiblesse de l'accompagnement de l'ICC par la coordination du PNACC impacte négativement la durabilité. La forte dépendance des activités de l'ICC vis-à-vis des partenaires techniques et financiers et en particulier de l'UNICEF met en péril les acquis de l'ICC et son passage à l'échelle comme le démontre le retour en arrière des acquis sociaux et sanitaires liés à l'efficacité du dispositif ASC et RECO depuis que leur financement dépend de l'Etat.**

« La santé communautaire n'est pas une action ponctuelle. C'est une stratégie et elle doit perdurer. Les partenaires nous aident à initier. C'est à notre niveau de nous organiser pour maintenir mais malheureusement pour pérenniser, il faut des moyens pour prendre en charge les RECO et les ASC. C'est que cette stratégie qu'on avait tant appréciée est entrain de boitiller aujourd'hui parce que nous n'avons nulle part où trouver la motivation de ces derniers. » IRS N'Zérékoré

#### **Q E17 Quelles sont les dispositions nécessaires pour l'inclusion des interventions de l'ICC dans les politiques et les priorités nationales et sectorielles de la Guinée ?**

Les interventions de l'ICC sont d'ores et déjà incluses dans les politiques et priorités nationales et sectorielles de la Guinée. Les insuffisances concernent l'application effective des dispositions légales du PNDES, en particulier de la LNPDL et du CCL par toutes les structures de l'État et leurs démembrements. Cela se matérialise par l'absence de fonds dans les communes pour le plein exercice des 14 compétences qui leur ont été transférées.

#### **Conclusions Préliminaires**

##### **Dur 1**

L'ICC a été bâtie sur une approche participative qui favorise l'appropriation par les bénéficiaires et les institutions au niveau des communes. Elle s'est traduite sur le terrain par des changements de visions et de comportements favorables au développement des SSB et SPQ.

##### **Dur 2**

Les faits que l'ICC est portée par le MATD via la coordination du PNACC, que ses activités dans les communes sont alignées sur les priorités du CCL, qu'un organisme de financement dédié a été créé (ANAFIC) et qu'un comité intersectoriel de pilotage au niveau du Ministère (CISPICC) a été mis en place...devrait être des gages de durabilité, sous réserve que ces différents organes remplissent leurs missions, ce qui n'est pas le cas à ce jour.

## 8.6 Droits humains, genre et équité



Figure 10 Discussion de groupe à Dara Labé

### QE 18 Dans quelle mesure les considérations spécifiques liées au genre, aux droits humains et à l'équité ont-elles été prises en compte lors de la conception, la planification, la mise en œuvre et le suivi des interventions de l'ICC ?

Globalement, toutes les communes de convergence bénéficient de nombreuses actions de promotion, planifiées par le programme, en faveur de l'égalité de genre, des droits de l'homme et de l'équité :

- Une attention particulière est portée à la santé des femmes et des enfants et parmi eux des plus vulnérables. Promotion de l'accès pour tous aux services sociaux de base (santé, éducation, eau, hygiène et assainissement) ;
- Des actions sont menées en faveur d'un égal accès à la scolarisation et en particulier du maintien des jeunes filles dans les collèges et contre la pratique des mariages précoces (allocation de bourses scolaires aux jeunes filles défavorisées) ;
- L'accès à la contraception est promu ;
- De nombreuses femmes sont promues et valorisées dans leurs compétences et leurs actions pour la communauté : femmes modèles au sein de certaines communautés, formation de groupes de femmes à la nutrition des enfants, soutien aux groupes de jeunes filles leaders,
- Des actions de sensibilisations sur les VBG, les mariages d'enfant et les MGF sont menées et le signalement aux autorités des contrevenants à la loi est demandé aux RECO.

D'autre part, les données concernant les différents secteurs sont systématiquement désagrégées par sexe, âge, statut matrimonial et social, afin de mieux évaluer l'accès des femmes aux SSB et aux SPQ.

Les actions prises à l'égard des mères facilitent les avancées en direction de l'atteinte des RCE en termes de santé (suivi prénatal, allaitement, nutrition du jeunes enfant, vaccination...), d'hygiène, de scolarisation et de respect des droits (accès à l'état civil, limitation de pratiques culturelles néfastes : mutilations génitales féminines, mariages d'enfants...)

Le processus d'élaboration du PDL/PAI a pris en compte les différents groupes sociaux sans discrimination de sexe et la mise en œuvre des actions a mobilisé toutes les catégories sociales notamment, les jeunes, les enfants, les femmes et certains groupes marginaux

Avec les actions de sensibilisation entreprises dans le cadre des pratiques familiales essentielles, de la prévention de la malnutrition, de la promotion des droits humains, de l'équité et du genre, on assiste à un changement de mentalités vis-à-vis des couches vulnérables au sein des communautés. Le mariage précoce, l'excision, les violences domestiques et d'autres formes de marginalisation des plus faibles se réduisent au sein des communautés<sup>28</sup>.

A cela s'ajoute le système de bourses initié pour venir en aide aux filles et autres enfants vulnérables des différentes communautés ainsi que la création des Centres d'Encadrement Communautaire. En fin, des mesures strictes ont accompagné les efforts de plaidoyer et de sensibilisation consentis par les CLEF (Conseil Local de Protection de l'Enfant et de la Famille) et les CLPE (Comité Local de Protection de l'Enfant) dans le cadre du respect de la majorité dans le mariage des jeunes filles ainsi que sur les questions d'excision.

*« L'initiative des communes de convergence nous a permis de comprendre que la jeune fille ne doit pas être dotée avant 18 ans. Actuellement, les violences perpétrées contre les enfants, filles, femmes et autres personnes vulnérables sont interdites dans notre communauté. »*  
Président de la Jeunesse Sengbedou

#### **QE19. Dans quelle mesure les interventions ont permis de s'adresser aux groupes avec le plus de besoins d'accès aux services sociaux de base et aux services publics dans les 40 Communes de Convergence ?**

Le fait d'avoir choisi la porte d'entrée thématique santé primaire pour optimiser l'accès aux SSB et SPQ et d'avoir fait du dispositif ASC/RECO le pivot opérationnel de la stratégie d'accès à ces services permet de toucher de manière privilégiée et spécifiques les populations qui d'ordinaire sont éloignées de ces services.

D'une part parce que ce dispositif permet à des personnes appréciées de leur communauté de s'adresser à tous, au besoin jusqu'à leur domicile et d'autre part parce que le recours aux soins primaires est plus courant et mieux compris a priori de ces populations que l'accès à d'autres services comme l'état civil ou l'assainissement par exemple. Par ailleurs, les soins de santé primaire sont en principe<sup>29</sup>, gratuits.

#### **QE 20. S'il y eu des obstacles d'ordre politique, pratique ou administratif, à l'intégration efficace des droits humains et de l'égalité des sexes lors de la mise en œuvre des interventions, quel a été le niveau d'efforts déployés afin de surmonter ces difficultés ?**

##### **Des obstacles d'ordre politico-administratifs et financiers**

Les défauts d'effectivité de la décentralisation et de financement des SSB sont en mesure de nuire au respect des droits humains :

- Des services normalement gratuits sont parfois délivrés de façon payante comme la revente de certains médicaments, la vaccination de routine, la prise des données anthropométriques des enfants ou d'intrants par exemple ;
- Des pratiques non contrôlées de la santé primaire par des agents de santé en rupture d'emploi peuvent apparaître ;

<sup>28</sup> Entretien Président du Comité Consultatif des Jeunes et Enfants

<sup>29</sup> En principe car le manque de financement des centres de santé et en particulier des salaires des soignants est susceptible de nuire à cette gratuité.

- L'abandon du financement des ASC/RECO de même que celui de l'aide au « recyclage » des exciseuses risque d'entraîner un rebond des pratiques de MGF.

« Les agents non payés peuvent faire plus de mal que de bien en jouant les soignants »

Directeur national de la santé communautaire

### Des obstacles culturels

Les pratiques de MGF et mariages d'enfants sont profondément ancrées en Guinée.

Mais il s'ajoute à ces facteurs culturels un facteur socio-économique, tabou, lié à la pauvreté des parents et des exciseuses qui trouvent des moyens de subsistance dans le mariage de leurs enfants en mariage ou dans la pratique de l'excision.

« Situation liées aux coutumes. Il y a certains aspects lesquels ? que les communautés n'acceptent pas que ce soit porté vers les services de sécurité ou de justice. Et pour mettre fin à ça, ce n'est pas tout de suite. Il faut un travail de longue haleine, il faut beaucoup plus de sensibilisations encore. »

IRS N'Zérékoré

### Des inégalités flagrantes à tous les niveaux de mise en œuvre de l'ICC

Il est extrêmement frappant de constater que la quasi-totalité des acteurs ayant des postes de responsabilité dans la mise en œuvre de l'ICC et au sein de celle-ci, chargés de promouvoir les droits des femmes, sont des hommes :

- La totalité des cadres de l'État guinéen rencontrés par nos équipes aux niveaux national, régional et préfectoral<sup>30</sup> ;
- La totalité des Chefs de section à l'UNICEF<sup>31</sup> (dont beaucoup sont des internationaux) à l'exception notable de la responsable de la section genre, ainsi que la totalité des cadres des trois bureaux de zone (à l'exception du bureau de Labé dont la Cheffe était absente au moment de la mission de terrain) ;
- La totalité des maires et des chefs de centres de santé ;
- La grande majorité des ASC et des RECO.

On note la présence de quelques très rares femmes au sein de certains exécutifs communaux comme la deuxième vice-maire de Donghel Sigon ou la suppléante du chef du centre de santé de Sengbedou (en l'absence du chef en titre qui est un homme).

Les femmes rencontrées lors de l'évaluation sont soit des bénéficiaires de l'ICC (femmes enceintes, groupes de femmes chargées de démonstrations culinaires), soit occupent des postes subalternes, essentiellement dans le domaine du soin : assistant sanitaire, ASC, RECO, sages-femmes où sont membres d'associations de femmes et de jeunes filles.

En 2020, une analyse des ressources humaines en santé étudiant le profil des ASC et RECO avait été envisagée par l'UNICEF mais elle n'a pas été finalisée.

<sup>30</sup> Le gouvernement en place actuellement compte six femmes parmi ses 27 ministres. Sur les 8 gouvernorats, seul celui de Conakry a une femme à sa tête et les 30 préfets du pays sont des hommes.

<sup>31</sup> Le personnel international de l'UNICEF en Guinée ne compte que 8 femmes sur 23 personnes dont 1 seule occupant un poste managérial contre 12 hommes

Le personnel national compte 30% de femmes essentiellement affectées à des fonctions de support

« Cette analyse révélait de très grandes disparités en termes de sexe et d'âge. Dans certaines communes, sur 80 RECO il n'y avait aucune femme et peu de jeunes. L'explication est culturelle : les femmes étaient peu informées, beaucoup sont illettrées, elles étaient occupées avec les enfants et les tâches ménagères. Et puis il y avait une opportunité de revenus donc cela a été en priorité pour les hommes les plus âgés » chef de la section genre UNICEF

### Conclusions Préliminaires

#### EGDH 17

L'ICC a pris en compte dès sa conception considérations spécifiques liées au genre, aux droits humains et à l'équité puisqu'elle vise en particulier l'amélioration de la santé des femmes et des enfants, la lutte contre les VBG, les MGF et les mariages d'enfants. Sur toutes ces thématiques des progrès sont observés.

#### EGDH 18

Les dispositifs communautaires en particulier les ASC/RECO et l'utilisation de la porte d'entrée thématique santé communautaire ont favorisé l'accès aux populations les plus vulnérables.

#### EGDH 19

Plusieurs obstacles menacent ou freinent l'intégration efficace des droits humains et de l'égalité des sexes :

- La non-effectivité de la décentralisation favorise des pratiques inégalitaires ;
- Des obstacles culturels ;
- Le non-respect de l'égalité de genre au niveau de tous les acteurs de l'ICC y compris à l'UNICEF.

## 9. LECONS APPRISES

**L1** : L'ICC a été pensée comme un processus très ambitieux, riche en réalisations et bien conçu, pertinent et cohérent dans le contexte guinéen et apte à favoriser et à renforcer l'inclusion dans l'accès des plus démunis aux services sociaux de base et à des services publics de qualité.

**L2** : La stratégie consistant à utiliser la santé communautaire comme porte d'entrée pour l'accès aux services sociaux de base est bien adaptée aux besoins et donne des résultats probants, toutefois l'Etat n'est pas encore parvenu à concrétiser cette appropriation en transférant les financements prévus ou en accompagnant les communes à mobiliser davantage de ressources fiscales locales.

**L3** : Le processus de décentralisation/déconcentration des services de l'État, indispensables à l'atteinte des résultats de l'ICC, ne peut aboutir sans un renforcement de la gouvernance aux niveaux national et communal, favorisant l'implication des responsables à tous les niveaux de la pyramide et la transparence des processus mis en œuvre.

**L4** : La faiblesse du dispositif de coordination du PNACC ne facilite pas l'appropriation de l'ICC par les acteurs de la décentralisation et de la déconcentration des services et à la coordination intersectorielle à tous les niveaux.

**L5** : La convergence programmatique et géographique est un mécanisme propre qui permet d'optimiser l'efficacité et l'efficacités de l'ICC en vue de la réalisation des résultats, en revanche, elle n'a pas été mise



en œuvre probablement faute de coordination et de leadership au niveau du PNACC (qui invoque le défaut des moyens financiers).

**L6 :** La performance de la mise en œuvre des compétences transférées aux communes est fortement dépendante du leadership des exécutifs communaux et de la cohésion de la communauté autour des objectifs communs de développement.

**L7 :** Les bons résultats enregistrés dans toutes les communes de la mise en place du dispositif ASC/RECO, ainsi que la baisse de résultat à l'arrêt de financement de ce dispositif et les moins bons résultats dans les communes n'ayant pas bénéficié de l'ICC, plaident pour le maintien et l'extension de ce dispositif, pivot de la stratégie de renforcement de l'accès aux SSB et point fort du système mis en place. C'est un dispositif polyvalent, pertinent, efficace et efficient, à fort impact sur le terrain.

**L8 :** L'interopérabilité entre le processus d'enregistrement des naissances et le dispositif de santé primaire crée des synergies programmatiques propres à optimiser l'atteinte des résultats.

**L9 :** L'alignement des activités de l'ICC sur les priorités locales constitue un élément essentiel de durabilité qui doit être appuyé par des approches participatives favorisant l'appropriation du processus par les élus locaux, les acteurs non étatiques et les bénéficiaires finaux. L'implication à tous les niveaux de la communauté en particulier des femmes et des jeunes, en particulier en matière de redevabilité, fournit un terreau favorable à l'évolution des communes vers une gouvernance sans cesse meilleure et plus participative.

**L10 :** La participation des citoyens et acteurs locaux au diagnostic participatif communautaire (processus d'élaboration des PDL et PAI) et la mise en place de structures locales d'appui à la redevabilité permettent de restaurer la confiance entre les populations et les décideurs et booste le développement local.

**L11 :** La durabilité du fonctionnement des structures communautaires (RECO, ASC, COSAH) à la base est fonction de la résilience socioéconomique des membres qui la compose et ne saurait reposer sur les salaires ou primes ponctuels pendant la durée de la mise en œuvre du projet.

**L12 :** La complexité du montage institutionnel et du champ programmatique de l'ICC nécessite la mise en place d'un dispositif de suivi-évaluation au niveau national, capable de centraliser les données sur les activités et le budget de l'initiative.

**L13 :** L'absence quasi-totale des femmes à tous les postes clés et de responsabilité au niveau des instances de prise de décision et de mise en œuvre de l'ICC tranche avec les intentions déclarées de lutte contre les discriminations et pour l'égalité de genre et signe une limite dans la lutte pour l'égalité des droits.

## 10. CONCLUSIONS FINALES

### Pertinence et Cohérence

L'initiative des communes de convergence telle que définie par le Programme national d'appui aux communes de convergence revêt une grande pertinence et cohérence dans le contexte de l'opérationnalisation des processus de décentralisation et déconcentration des services de l'État, devant aboutir à rendre les communes maîtres d'ouvrage des services sociaux de base et de services publics locaux de qualité.

L'ICC tire sa pertinence globale du fait qu'elle est une expérimentation (phase pilote) de ce processus à l'échelle d'un échantillon de communes, en préfiguration du passage à l'échelle sur l'ensemble du pays et que sa conception se base sur une réponse adaptée au contexte guinéen et aux besoins des populations locales, en particulier de leurs membres les plus vulnérables.

Pour parvenir à satisfaire ces besoins l'ICC entendait établir une coordination des différentes actions menées par tous les partenaires du développement selon un principe de convergence programmatique et géographique, destiné à lutter contre la dispersion des efforts de développement et la faiblesse de coordination entre les intervenants au sein des communes. Cette vision de la convergence est d'une grande pertinence car elle est essentielle dans une optique de mutualisation des moyens et d'efficacité maximum des actions entreprises au bénéfice des communautés.

L'ICC est une initiative pertinente et cohérente dans le contexte politique de la Guinée car elle est en adéquation avec les priorités gouvernementales (PNDES/LNPD/CCL) au sein desquelles elle inscrit son action et elle est totalement alignée sur les priorités communales (PDL, PAI...) qui répondent elles-mêmes aux priorités des bénéficiaires.

Les activités de l'ICC mises en œuvre dans les communes en particulier la stratégie basée sur la porte d'entrée santé primaire qui s'appuie sur un vaste dispositif communautaire, notamment le dispositif ASC/RECO, ainsi que la mobilisation de groupes de femmes (nutrition, VBG...), de jeunes, en particulier jeunes filles leaders... ainsi que le renforcement de capacité des chefs de centres de santé et directeurs d'écoles pour la gestion de ces services et l'interopérabilité mise en œuvre pour l'enregistrement des naissances, sont à même d'apporter des réponses adaptées aux besoins des populations.

Le soutien de l'UNICEF (partenaire privilégié du développement en Guinée depuis plus de trois décennies) à l'élaboration et la mise en œuvre du PNACC est pertinent et cohérent car l'Initiative des Communes de Convergence permet de tester un dispositif communautaire apte à favoriser l'atteinte de plusieurs résultats clés pour les enfants.

### **Efficacité**

L'efficacité de la mise en œuvre de l'ICC est réelle et observable au niveau des communes de convergence, matérialisée par de nombreux changements positifs pour les bénéficiaires : meilleur suivi des grossesses, meilleure couverture vaccinale des enfants, amélioration de la nutrition des jeunes enfants, sensibilisation à l'hygiène et à l'ATPC, augmentation du taux de scolarisation, augmentation du taux d'enregistrement des naissances, sensibilisation au droits des enfants et à la lutte contre les VBG, les MGF et les mariages d'enfants ...

Cependant, cette efficacité n'est pas à la hauteur des résultats attendus essentiellement parce que les processus de décentralisation en cours ne sont pas finalisés. Les 14 compétences qui devaient être transférées par l'État aux communes l'ont été dans la loi mais ce transfert n'est pas effectif.

Les renforcements de capacités entrepris dans les communes avec l'appui de l'UNICEF (Partenaire principal de mise en œuvre) ont bien été menés et les résultats sont notables. De nombreuses compétences ont été développées au sein de la société civile favorisant l'implication des membres des communautés dans l'amélioration de la qualité de vie (dans le domaine de la nutrition des jeunes enfants par exemple, grâce à la formation des groupements de femmes) ainsi qu'une meilleure redevabilité des exécutifs communaux (renforcement des APEAE, COSAH, création de conseils des jeunes...)

Les services sociaux de base ont été renforcés et leur accès par les populations vulnérables a été amélioré grâce à de nombreuses réalisations notamment la rénovation/construction d'infrastructures essentielle et à l'implication communautaire, en particulier la mise en place du dispositif ASC/RECO et de l'interopérabilité qui ont permis d'augmenter le taux de tous les indicateurs du PNACC même si ceux-ci ne sont pas précisément évaluables faute de dispositif de suivi adapté.

### **Efficience**

Les besoins des communes extériorisés dans les budgets n'ont pas été toujours couverts. Si l'ANAFIC a alloué des financements aux 40 communes de convergence en 2019, ce montant n'a pas été suffisant pour couvrir les besoins inscrits dans les PAI de 2019. Cette situation a une conséquence sur la

mobilisation du budget de fonctionnement, très modeste (moins de 8% du budget) qui impacte sur les ressources humaines étant donné que les ressources humaines sont prises en charge par le budget de fonctionnement. Dans ce contexte de pénurie des ressources, les communes doivent envisager d'autres mécanismes de mobilisation des ressources pour le financement de leur développement et dans ce registre, la commune de Donghel Sigon peut être citée comme un modèle de réussite à copier par les autres communes.

### **Durabilité**

Les faits que l'ICC soit portée par le MATD via la coordination du PNACC, que ses activités dans les communes soient alignées sur les priorités du CCL, qu'un organisme de financement dédié (ANAFIC) et un comité intersectoriel de pilotage au niveau du Ministère (CISPICC) aient été mis en place devraient être les garants de la durabilité des processus mis en place. Et ce d'autant plus que l'ICC a été bâtie sur une approche participative qui favorise l'appropriation des processus et des réalisations par les bénéficiaires et les institutions au niveau des communes.

Cependant, bien que l'Initiative se soit traduite sur le terrain par de réels changements de visions et de comportements favorables au développement des SSB et SPQ, l'absence d'effectivité de la décentralisation entrave l'autonomie des communes et l'absence de financement de la part de l'État ne permet pas le maintien en poste de nombreux agents communautaires, en particulier les ASC et RECO. L'abandon total ou partiel de ce dispositif dans les communes depuis juillet 2020 est en train de faire chuter les principaux indicateurs du PNACC, en particulier au niveau de la santé communautaire, et menace sérieusement la pérennité des actions mises en œuvre.

Dans certaines communes, le leadership des maires et/ou le soutien financier de divers partenaires internationaux ou locaux comme le FM ou FMG (Fraternité médicale Guinée) par exemple, permettent de soutenir « à bout de bras » un dispositif qui s'essouffle.

### **Égalité de genre et droits humains**

L'ICC a pris en compte dès sa conception un certain nombre de considérations spécifiques liées au genre, aux droits humains et à l'équité. Ces considérations visent le respect des droits des femmes et des enfants au sein des communautés dans les domaines de la santé, de l'éducation, de la nutrition, de l'accès à l'eau et à un environnement sain ainsi qu'à lutter contre les violences basées sur le genre en particulier les mutilations génitales féminines et les mariages d'enfants.

Concernant toutes ces thématiques des progrès sont observés.

Cependant, plusieurs facteurs sont susceptibles de freiner l'efficacité et l'impact des actions menées en faveur des droits humains et de l'égalité des sexes.

Le non-respect des engagements de l'État favorise des pratiques inégalitaires, par exemple des demandes de paiement indues pour certains actes médicaux censés être gratuits et l'abandon des enfants perdus de vue pour les vaccinations, la scolarisation ou l'enregistrement à l'État civil...

Certains obstacles culturels entraînent des difficultés à rendre aussi effective que souhaité la lutte contre les violences basées sur le genre. Par exemple certaines excisions se font désormais de façon cachée et demander aux RECO de dénoncer des pratiques ancrées dans leur communauté les place parfois en position délicate.

Le non-respect flagrant de l'égalité de genre au niveau de tous les acteurs de l'ICC, y compris de l'UNICEF, ne crée pas l'environnement favorable à la mise en œuvre d'une bonne politique de lutte pour l'égalité de genre et les droits humains.

## 11. RECOMMANDATIONS

Les conclusions et recommandations de l'évaluation visent l'objectif de poursuivre l'ICC (qui est une très bonne initiative cf. conclusions) et son passage à l'échelle. Sous réserve que l'ICC soit appliquée comme prévu dans le document du PNACC :

- Avec convergence programmatique et géographique effective
- Transfert effectif des compétences aux communes
- Financements étatiques reversés aux communes comme prévu par l'ICC
- Ressources humaines dédiées : secrétaire général, receveur communal, enseignants qualifiés, agents d'état civil, soignants ...

L'ICC doit donc être implémentée comme initialement prévue mais avec un organe de coordination solide, doté d'outils de suivi-évaluation élaborés et vraiment actif dans le suivi des avancées opérées dans les communes pour chaque composante de l'ICC.

Le passage à l'échelle devrait se faire avec le même paquet de services essentiels et selon les mêmes principes mais il ne sera efficace que si les conditions ci-dessus sont respectées.

La réussite de ce passage à l'échelle ne sera assurée que si l'État Guinéen s'implique réellement et tient ses engagements. La première dotation de l'Etat en contribution au financement des partenaires n'a été mobilisée qu'en 2022 au moment où l'expérience pilote est en phase terminale qui coïncide avec la fin du cycle du programme-pays de l'UNICEF qui est le principal partenaire de l'ICC.

A défaut, les différents PTF, dont UNICEF, pourront continuer de soutenir l'implémentation des principes de l'ICC au niveau des communes comme l'a fait UNICEF en payant plus longtemps que prévu les ASC et les RECOS, cela rendra service aux populations mais ne sera pas pérenne.

Une autre voie « palliative » et permettant de pérenniser une partie des acquis consisterait à mettre en place une stratégie de formation-accompagnement des exécutifs communaux, solide, sur au moins deux ans, basée sur le modèle de gouvernance exercé à Donghel Sigon et qu'il convient de capitaliser pour le mettre au service des autres communes.

Les recommandations ci-dessous sont structurées de façon à distinguer les Recommandations Stratégiques (RS) de celles plus opérationnelles (RO) et adressées de façon distincte aux parties prenantes clés de l'ICC.

| Recommandations  | Actions à prendre   | Responsable                                 | Partenaires associés   |
|--|---|---|--|
| <b>Recommandations stratégiques (RS)</b>   |   |   |  |
| RS1 : Restructurer la coordination nationale du PNACC après analyse des ressources humaines et financières nécessaires au renforcement de ses capacités opérationnelles. Cette réorganisation évitera tout risque de dévier l'initiative de ses objectifs et de ses missions tout en contribuant à renforcer la convergence programmatique et territoriale | <ul style="list-style-type: none"> <li>Faire l'état des lieux de la coordination du PNACC afin d'optimiser sa performance ;</li> <li>Elaborer et mettre en œuvre un manuel de procédure de gestion du PNACC, avec proposition d'un cadre organique opérationnel</li> <li>Réactiver/ responsabiliser la CIP/LPNDDL autour de l'initiative commune de convergence</li> </ul>  | MATD/PNACC                                  | – CIP/ LPNDDL -<br>Tous PTF  |
| RS2 : Rendre effective l'approche 2D « Décentralisation/déconcentration » des services publics assortis du transfert effectif de compétences et des ressources vers les collectivités locales  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Créer et maintenir une véritable dynamique de collaboration intersectorielle pour l'effectivité du transfert des compétences et des ressources aux CL</li> <li>Faire le plaidoyer auprès des PTF pour un accompagnement ;</li> <li>Placer les collectivités locales au centre des actions de développement appuyées par les PTF en les confiant des rôles de responsabilité (validation, contrôles, vérification, suivi, évaluation, compte rendus)</li> </ul> | MATD/Secrétariat Technique de la CIP/LPNDDL | – PNACC<br>– DGCL<br>– DG/AASSB<br>– DG/AT<br>– ANAFIC<br>– CIP/ LPNDDL<br>– PTF |
| RS3 : Relancer la plateforme de convergence comme véritable cadre de concertation des partenaires financiers. Ceci pourra se faire par la conception d'un projet conjoint porté par le MATD auquel pourraient participer tous les bailleurs intéressés par la convergence des interventions.   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Organiser un atelier de restitution des résultats de l'évaluation avec les partenaires concernées par cette plateforme pour recueillir leurs propositions d'amélioration des interventions ainsi que leur avis de participation de convergence</li> </ul>  | MATD /PNACC                                 | – CIP/ LPNDDL<br>– PTF   |

|   |   |            |  |
|---|---|------------|--|
|   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Faire un état des lieux (points forts/points à améliorer) de la plateforme, assorti de proposition de bon fonctionnement</li> <li>• Organiser des réunions de concertation périodiques élargies à tous les intervenants ;</li> </ul>   |            |  |
| RS 4 : Amener les collectivités locales à inscrire dans les PDL/PAI, la prise en charge à travers l'ANAFIC, (salaires et capacitation), des ASC/RECO.                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Faire un état des lieux des 40 CC sur le niveau de prise en compte des ASC/RECO dans les outils de planification locale (PDL/PAI)</li> <li>• Partager cet état des lieux des 40 CC sur le niveau de prise en compte des ASC/RECO dans les outils de planification locale (PDL/PAI) à l'effet d'une information sensibilisante</li> <li>• Organiser une mission conjointe d'information et de sensibilisation des conseils communaux pour la prise en charge des RECO dans le PAI ;</li> <li>• Assurer le suivi de l'application correcte de la lettre circulaire 051/MATD/CAB/2020 en date du 05 Juin 2020, relative à l'inscription dans les PAI, la prise en charge des salaires des RECO ;</li> <li>• Accentuer le plaidoyer auprès de l'Etat pour le recrutement des ASC à la fonction publique</li> </ul> | MATD/PNACC | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Conseils C.</li> <li>– ANAFIC</li> <li>– DG/AASSB</li> <li>– MSHP</li> <li>– MEF Plan</li> <li>– MTF</li> <li>– Min. Budget</li> <li>– PTF</li> </ul> |
| RS 5 : Mettre en place un véritable processus de dialogue intercommunal dans le but de mutualiser les moyens et les expériences pour la réalisation d'actions communes. | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mettre/soutenir les cadres de concertation au niveau communal ;</li> <li>• Appuyer les CC dans l'identification des actions favorables capables de Promouvoir l'esprit d'intercommunalité ;</li> <li>• Veiller à l'application des textes relatifs à l'intercommunalité.</li> </ul>  | MATD/DGCL  | <ul style="list-style-type: none"> <li>– PNACC</li> <li>– Conseils C.</li> <li>– DG/AASSB</li> <li>– ANCG</li> <li>– PTF</li> </ul>  |

|  |  |                   |  |
|--|--|-------------------|--|
| <p>RS6 : Développer un système de suivi-évaluation de l'ICC opérationnel et fiable</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Appuyer le MATD dans l'élaboration d'<b>une théorie du changement</b>, argumentée, adossée à la mise en œuvre de mécanismes transparents de redevabilité envers les partenaires financiers à tous les niveaux</li> <li>- Concevoir un cadre logique avec <b>des indicateurs clairs et simplifiés</b> permettant d'évaluer les résultats obtenus tout au long de la chaîne de mise en œuvre</li> <li>- Proposer <b>un système de suivi-évaluation participatif adapté</b>, y compris au niveau des différentes entités gouvernementales et de la coordination du PNACC, permettant de repérer au plus vite les dysfonctionnements             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Étude diagnostique de base</li> <li>- Nombre restreint d'indicateurs clés simplifiés</li> <li>- Visites plus fréquentes sur le terrain (à tous les niveaux)</li> <li>- Centralisation des données</li> </ul> </li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Poser un diagnostic simplifié sur le fonctionnement Dispositif Institutionnel du Suivi Evaluation (DISE) assorti de proposition d'actions prioritaires d'amélioration</li> <li>• Proposer un plan d'action issu des propositions d'amélioration du diagnostic pour opérationnaliser le Dispositif Institutionnel du Suivi Evaluation (DISE) à tous les niveaux (communal, préfectoral, régional et central).</li> </ul> | <p>MATD/BSO</p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Primature</li> <li>- PNACC</li> <li>- DGCL</li> <li>- DG/AASSB</li> <li>- DG/AT</li> <li>- ANCG</li> <li>- MEF Plan</li> <li>- Tous Ministères</li> <li>- Tous PTF</li> </ul> |
| <p>RS7 : Sensibiliser les partenaires à s'engager dans la mise en œuvre de la convergence programmatique dans leur planification en vue d'une meilleure coordination des actions menées sur le terrain. A ce sujet, l'Etat doit fortement encourager, la mise en œuvre des plans de travail conjoints des Agences des Nations Unies qui sont élaborés sur la base de</p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tenir une réunion entre les différentes Agences du Système des Nations Unies à l'effet de partager les résultats et les propositions d'actions d'amélioration des CC</li> <li>• Recueillir leur avis, amendements et engagement à participer aux actions prévues dans les CC sur la base de l'approche « One UN » ou le « Delivery as one » (Unis dans l'action).</li> </ul>  | <p>MATD/PNACC</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- ANCG</li> <li>- Tous Ministères</li> <li>- Tous PTF</li> </ul>  |

|   |  |           |   |
|---|--|-----------|---|
| l'approche « One UN » ou le « Delivery as one » (Unis dans l'action).   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Organiser des tables rondes périodiques avec tous les intervenants et à tous les niveaux (communal, préfectoral, régional et central).</li> </ul>   |           |   |
| RS8 : Mobiliser les ressources du Budget National de Développement (BND) pour garantir la contrepartie gouvernementale du financement des PAI telle que prévue afin de rendre la décentralisation effective   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Maximiser les efforts de mobilisation de la contrepartie gouvernementale pour le financement des PAI.</li> </ul>  | MATD/DGCL | <ul style="list-style-type: none"> <li>– CNT</li> <li>– PNACC</li> <li>– DG/AASSB</li> <li>– ANCG</li> <li>– MEF Plan</li> <li>– Min Budget</li> </ul>  |
| RS9 : Transférer les ressources financières au niveau communal afin que les fonctionnaires territoriaux soient nommés et rémunérés par les communes. A ce sujet, veiller à la signature des différents textes réglementaires déjà préparés en accord avec les ministères sectoriels concernés et favoriser la mise en place et l'opérationnalisation de cadres de concertations sectorielles à tous les échelons territoriaux. En priorité ces cadres de concertations pourraient concerner la sante, l'action sociale, l'eau/hygiène/assainissement, l'éducation | <ul style="list-style-type: none"> <li>Vérifier et analyser le niveau d'évolution des différentes réformes dans les différents départements allant dans le sens de transfert des ressources (Humaines et financières) aux collectivités.</li> <li>Proposer des actions conjointes pour Opérationnaliser le transfert des compétences et des ressources financières au niveau communal ;</li> <li>Mettre en place un mécanisme de transfert des salaires des fonctionnaires des services déconcentrés dans les comptes bancaires des communes bénéficiaires ;</li> <li>Encourager la mise en place de la fonction publique locale ;</li> <li>Poursuivre le processus de signature des différents textes réglementaires déjà préparés en accord avec les ministères sectoriels concernés ;</li> <li>Favoriser la mise en place et l'opérationnalisation de cadres de concertations sectorielles à tous les échelons territoriaux, dans les secteurs de la santé, de</li> </ul> | MATD/DGCL | <ul style="list-style-type: none"> <li>– CNT</li> <li>– Primature</li> <li>– PNACC</li> <li>– DG/ASSB</li> <li>– DG/AT</li> <li>– CIP/LPNDDL</li> <li>– ANCG</li> <li>– MEF Plan</li> <li>– MTFP</li> <li>– MEPUA</li> <li>– MSH</li> <li>– Min Budget</li> </ul> |



|   |   |                 |   |
|---|---|-----------------|---|
|   | l'action sociale, de l'eau/hygiène/assainissement, l'éducation  |                 |   |
| <b>Recommandations opérationnelles (RO)</b>   |   |                 |   |
| RO1 : Développer et mettre en œuvre des modules de formation continue en particulier des fonctionnaires mis à disposition des communes : Secrétaires généraux, Receveurs, agents de santé, d'état civil, et enseignants.  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Analyser (diagnostic) les différents dispositifs de formation des collectivités consacrés par les lois et textes légaux</li> <li>Proposer un plan d'appui à la formation continue en particulier des fonctionnaires mis à disposition des communes</li> <li>Organiser des ateliers régionaux de renforcement des capacités des fonctionnaires mis à disposition des Communes.</li> </ul> | MATD/CNFPCE     | <ul style="list-style-type: none"> <li>– PNACC</li> <li>– DGCL</li> <li>– DG/AASSB</li> <li>– ANAFIC</li> <li>– ANCG</li> <li>– MEF Plan</li> <li>– MSHP</li> <li>– MEPUA</li> <li>– PTF</li> </ul> |
| RO2 : Mettre en œuvre un système d'accompagnement/coaching des exécutifs communaux afin de renforcer les capacités des communes en maîtrise d'ouvrage, notamment dans le cadre de la gestion des déchets solides et de l'eau qui restent inaccessibles pour les communautés | <ul style="list-style-type: none"> <li>Promouvoir le marketing de l'Assainissement Totale Piloté par la Communauté (ATPC) ;</li> <li>Mettre dans les PAI la prise en charge de la gestion des déchets solides et de l'eau.</li> </ul>   | MATD/PNACC      | <ul style="list-style-type: none"> <li>– DG/CL</li> <li>– DG/ASSB</li> <li>– SNAPE</li> <li>– ANCG</li> <li>– MEDD</li> <li>– SPD</li> <li>– PTF</li> <li>–</li> </ul>                              |
| RO3 : appuyer la mise en œuvre des plans de mobilisation des ressources fiscales et non fiscales disponibles dans les 40 communes de convergence et soutenir les autres communes à élaborer leurs plans de mobilisation de ces ressources                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Appuyer les communes dans la mise en place des outils d'identification des ressources locales</li> <li>Appuyer la collecte des informations sur les ressources locales dans les CC</li> <li>Elaborer et doter les communes d'un plan de mobilisation des ressources locales.</li> </ul>  | MATD/DGCL/PNACC | <ul style="list-style-type: none"> <li>– DG/AASSB</li> <li>– DG/CL</li> <li>– ANCG</li> <li>– MEF Plan</li> <li>– M. Budget</li> <li>– Préfecture</li> </ul>  |

|  |  |                        |  |
|--|--|------------------------|--|
|  |  |                        | – PTF  |
| RO4 : Renforcer les mécanismes de redevabilité par la construction d'un dispositif de suivi-évaluation solide pour susciter l'appropriation par les communautés, des services sociaux de base (santé, éducation, WASH, voirie, etc.).  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mettre en place des plateformes de suivi de la durabilité des interventions (communal, préfectoral, régional et central) ;</li> <li>• Promouvoir l'inter opérabilité entre les secteurs.</li> </ul> | MATD/DG/ASSB/PN<br>ACC | <ul style="list-style-type: none"> <li>– DG/CL</li> <li>– SNAPE</li> <li>– ANCG</li> <li>– MEF Plan</li> <li>– MSHP</li> <li>– MEPUA</li> <li>– MEDD</li> <li>– Gouvernorat</li> <li>– Préfecture</li> </ul>             |
| RO5 : Renforcer les capacités des exécutifs communaux, des établissements publics locaux (APEAE, COSAH) et les organisations communautaires de base (groupes de femmes, des jeunes...) en gouvernance interne, gestion simplifiée et esprit d'entreprise (capacité de valorisation des AGR ex : saponification). | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Organiser des ateliers de formation/action des exécutifs communaux, des agents des établissements publics locaux et des agents des organisations communautaires de base.</li> </ul>                 | MATD/CNFPCE/PNA<br>CC  | <ul style="list-style-type: none"> <li>– DGCL</li> <li>– DG/ASSB</li> <li>– ANAFIC</li> <li>– MEF Plan</li> <li>– MPFEPV</li> <li>– MSHP</li> <li>– M Jeunesse</li> <li>– MEPUA</li> <li>– SPD</li> <li>– PTF</li> </ul> |
|  |  |                        |  |
| RO6 : Valoriser les bonnes pratiques à travers une capitalisation afin d'appuyer les communes dans l'expérimentation de nouvelles approches. Cette   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Organiser des ateliers/réunions de capitalisation ;</li> <li>• Organiser des séances d'information et de sensibilisation dans le cadre de la lutte contre des</li> </ul>                            | MATD/PNACC             | <ul style="list-style-type: none"> <li>– ANCG</li> <li>– Conseil C.</li> <li>– DGCL</li> </ul>   |

|  |  |                   |   |
|--|--|-------------------|---|
| <p>capitalisation pourrait concerner certaines pratiques de développement local déjà éprouvées dans les communes de convergence notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la gouvernance locale à travers les conseils consultatifs et les cadres de redevabilité sociale,</li> <li>- La lutte contre les violences faites aux jeunes, aux femmes et, plus généralement aux personnes vulnérables,</li> <li>- La santé communautaire en tant que stratégie de développement territorial,</li> <li>- L'approche « Préfectures FDAL »,</li> <li>- La mobilisation des ressources fiscales et non fiscales locales,</li> <li>- Le processus d'élaboration des PDL et des PAI basé sur le cadre de résultats qui permet d'avoir un meilleur suivi des performances des communes</li> <li>- L'interopérabilité entre l'état civil et la santé</li> </ul> | <p>violences faites aux femmes, aux enfants et aux personnes vulnérables ;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Faire le contrôle de durabilité des interventions de l'approche FDAL ;</li> <li>• Organiser des missions de supervision conjointe.</li> </ul>  |                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- SNAPE</li> <li>- DG/AASSB</li> <li>- ANAFIC</li> <li>- CIP/ LPNDDL</li> <li>- Préfecture</li> <li>- PTF</li> </ul>                             |
| <p>R0 7 développer l'émulation et l'esprit de saine compétition entre les Communes</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Instaurer un système de compétition entre les communes – cf. modèle des guichets de performance (primes à la meilleure gouvernance)</li> <li>- Médiatiser les pratiques vertueuses telles que la gouvernance de Donghel Sigon par exemple</li> <li>- Organiser des échanges d'expériences etc.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Appuyer l'élaboration d'une grille d'évaluation de la gouvernance des collectivités (Gestion, exécution, transparence etc.)</li> <li>• Faire des évaluations par les paires à l'effet d'apprécier les évolutions</li> <li>• Proposer des prix d'excellence aux meilleures communes ;</li> <li>• Organiser des journées de célébration de la gouvernance vertueuse.</li> </ul> | <p>MATD/PNACC</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Conseils C</li> <li>- ANCG</li> <li>- DGCL</li> <li>- DG/ASSB</li> <li>- SPD</li> <li>- ANAFIC</li> <li>- Min Budget</li> <li>- PTF</li> </ul> |



## 12. ANNEXES

### Annexe 1 : Termes de référence ;



TdR



TdR

Evaluation\_Initiative (Evaluation\_Initiative (

## Annexe 2 : Matrice d'évaluation

| Critères   | QE  | SQE   | Indicateurs   | Méthode de collecte des données      | Sources de données  | Approche pour l'analyse des données                                |
|------------|---|---|---|--------------------------------------|---|--|
| Pertinence | 1 Dans quelle mesure la stratégie et les modalités de partenariat de l'ICC développées par le PNACC/MATD et l'UNICEF sont-elles en cohérence avec les résultats et les objectifs attendus en fonction du contexte guinéen (enjeux sécuritaires, politiques et mesures d'adaptation y compris) ? | Les stratégies et modalités de partenariat développées sont-elles en mesure de répondre aux objectifs de décentralisation/déconcentration, en particulier, prennent-elles en compte l'ensemble des besoins en matière de renforcement des capacités humaines et organisationnelles à tous les niveaux (national, régional, local) pour permettre aux collectivités locales d'être en situation d'assurer l'ensemble des missions qui leur sont dévolues ? | Taux d'exécution financière des PAI des communes de convergences  | Revue documentaire<br><br>Entretiens | PDL<br>PAI<br>Rapport de mise en œuvre des PDL<br>Suivi des PAI<br><br>ANAFIC                                   | Analyse du contenu<br>Analyse quantitative                         |
|            |   | Dans quelle mesure le PNACC et son partenariat avec l'UNICEF permettent-ils d'envisager une réelle autonomie des communes pour la mise en place et la gestion de services sociaux de base et de services publics de qualité ?   | Niveau d'autonomie des communes dans la mise en place et la gestion de services sociaux de base et de services publics de qualité | Entretiens                           | Maires des communes<br>Secrétaires Généraux de communes<br>Receveurs communaux                                  | Analyse qualitative<br>Analyse quantitative                        |
|            |   | Dans quelle mesure UNICEF est-il un partenaire cohérent pour soutenir le PNACC ?  | Niveau de concordance entre les priorités de l'UNICEF (RCE) et les priorités du PNACC (SSB)                                       | Revue documentaire<br><br>Entretiens | Documentation PNACC + missions de l'UNICEF dans le monde et en Guinée<br><br>Coordination PNACC<br>Staff UNICEF | A Analyse de contenu<br>Analyse comparative                        |
|            |   | Les stratégies et modalités de partenariat sont-elles adaptées à la réponse aux besoins des populations des communes de convergence en termes de services sociaux de base (santé, Wash, nutrition,  | Niveau d'adéquation entre les réponses du PNACC et les besoins des  | Revue documentaire<br>Entretiens     | Document stratégique PNACC<br>Documents de suivi<br><br>Comités locaux<br>APEAE                                 | Analyse documentaire<br>Analyse qualitative<br>Observation directe |

|   |   |   |   |   |  |   |
|---|---|---|---|---|--|---|
|   |   | éducation) et services publics de qualité (centres de santé, état civil...) | populations en termes de services sociaux de base (santé, wash, nutrition, éducation) et les services publics de qualité (centres de santé, état civil...)        |   | COSAH<br>Exécutif communal   |   |
| Dans quelle mesure les activités/interventions de PNACC/MATD et l'UNICEF prévues sur le terrain dans le cadre de l'ICC sont-elles en mesure de répondre aux besoins identifiés des populations cibles ? | 2.1 Les modalités de renforcement de la gouvernance/transparence envisagées au niveau local sont-elles pertinentes pour l'atteinte des résultats ?  |   | Niveau d'atteinte des résultats liés aux initiatives de gouvernance et de transparence au sein des CL   | Entretiens avec les acteurs communaux<br>Analyse documentaire | Maires des communes<br>Secrétaires Généraux de communes<br>Receveurs communaux   | Analyse descriptive<br>Analyse qualitative<br>Analyse quantitative<br>Analyse comparative |
|   | 2.2 Les renforcements de capacités envisagés au niveau communal semblent-ils pertinents/cohérents et suffisants pour parvenir à la mise en place des SSB et SPQ ?   |   | Niveau de mise en place des SSB et SPQ<br>Formation des agents communaux ?<br>Nombre d'ASC et de RECO formés<br>Formation des CS et directeurs d'écoles ?<br>'ASC | Revue documentaire<br>Entretiens<br>e suivi                   | PDL et documents de suivi<br>documents de su<br>Maires des communes<br>Secrétaires Généraux de communes<br>Receveurs communaux | Analyse descriptive<br>Analyse qualitative<br>Analyse quantitative<br>Analyse comparative |
|   | 2.3 Les réalités économiques (financements propres des communes), culturelles (en particulier vis-à-vis des femmes) et les contextes (accessibilité, risque épidémique : MVE, Covid...) dans les différentes communes sont-ils compatibles/cohérents avec les interventions prévues ? |   | Niveau de compatibilité des financements locaux avec les priorités courantes et les interventions du PNACC  | Analyse documentaire<br>Entretiens<br>Observation directe     | Maires des communes<br>Secrétaires Généraux de communes<br>Receveurs communaux   | Analyse descriptive<br>Analyse qualitative<br>Analyse quantitative                        |
|   |   |   | Niveau de prise en compte des   | Analyse documentaire<br>Entretiens                            | Coordination du PNACC<br>Staff de l'UNICEF   | Analyse de contenu<br>Analyse qualitative<br>Analyse quantitative                         |

|            |  |   |   |   |   |  |
|------------|--|---|---|---|---|--|
|            | Dans quelle mesure les activités/interventions de l'ICC sur le terrain sont alignées avec le PNDES 2016-2020, la Lettre de Politique Nationale de Décentralisation et de Développement Local (LPNDDL), le Code révisé des Collectivités Locales (CCL) de 2017, et les objectifs envisagés du Programme de Coopération 2018-2022 de l'UNICEF en Guinée ?  | 3.1 Dans quelle mesure les activités de l'ICC s'inscrivent-elles bien dans l'arsenal législatif du pays en cohérence avec le programme de coopération Guinée-UNICEF et ses objectifs en Guinée ?<br>3.1.1 Comment l'ICC s'aligne-t-elle sur les axes prioritaires de la LPNDDL ?<br>3.1.2 Comment l'ICC contribue-t-elle à la mise en œuvre des 14 compétences de CCL au sein des collectivités locales ? | priorités nationales par l'ICC<br>Niveau de prise en compte des priorités de la LPNDDL<br><br>Nombre de compétences du CCL exécutées au sein de l'ICC     |   | Exécutif communal   |  |
|            |  | 3.2 Quelle pertinence dans le choix des communes bénéficiaires de l'ICC et la taille de l'échantillonnage (40 communes) ?   | Niveau de vulnérabilité des communes de convergence vis-à-vis des autres communes   | Analyse documentaire<br>Entretien   | Coordination PNACC<br>Staff de l'UNICEF   | Analyse des critères de choix de l'échantillon des communes de convergence                                   |
| Efficacité | 4. Dans quelle mesure les interventions ont produit les résultats escomptés conformément aux plans du PNACC/MATD et de l'UNICEF (au niveau des enfants, du financement effectif et durable des communes sur la base des ressources locales, du renforcement de la gouvernance locale, du renforcement de l'exercice effectif des 14 compétences transférées, de l'amélioration de la disponibilité de l'accessibilité et de la fréquentation des services sociaux de base et des services publics) | 4.1 La décentralisation administrative est-elle fonctionnelle en ce qui concerne le transfert des 14 compétences, des ressources humaines et des ressources financières correspondantes et la mobilisation des ressources locales<br>La capacité des CL et des administrations déconcentrées à assurer leurs missions et fonctions<br>La gouvernance locale ?   | Niveau de transfert de compétences et pratique de la fonction publique locale au sein des CL (planification, maîtrise d'ouvrage, gestion des contrats...) | Analyse documentaire<br>Entretien   | Coordination PNACC<br>Exécutif Communal (Maire, Secrétaire Général, receveur...)                                    | Analyse qualitative<br>Observation<br>Analyse des stratégies d'acteurs autour de la fonction publique locale |
|            |  | La décentralisation se traduit-elle sur le terrain par l'amélioration de l'accès aux services sociaux de base et l'amélioration de la qualité des services publics ?  | Au moins 80 % des populations des Communes de Convergence utilisent des services sociaux de base et des services publics de qualité.                      | Revue documentaire<br><br>Questionnaire communes<br><br>Observation<br>Entretiens | Documents de suivi du PNACC<br><br>Réponses au questionnaire<br><br>Exécutifs communaux<br>COSAH<br>DNSC/DRS et DPS | Analyse mixte : quantitative et qualitative  |



|   |  |   | Indicateurs spécifiques du PNACC                      |  | Chefs de CS<br>ASC/RECO<br>Bénéficiaires   |   |
|---|--|---|---|--|--|---|
|   |  | Quels sont les freins/blocages qui ont entravé l'atteinte des résultats escomptés ? | Niveau de résistance des CL vis-à-vis des contraintes | Revue documentaire<br><br>Entretiens   | Documents de suivi du PNACC<br><br>DRS et DPS Exécutifs communaux<br>COSAH<br>Chefs de CS ASC/RECO Bénéficiaires | Analyse quantitative<br>Analyse qualitative |
| Dans quelle mesure la convergence géographique et programmatique a contribué à l'atteinte des Résultats Clés pour les Enfants (RCE) et des ODD dans les 40 Communes de Convergence ?                | Dans quelle mesure l'intercommunalité et la mutualisation des moyens ont-elles été mises en œuvre et ont contribué à l'atteinte des RCE ?  | Niveau de collaboration entre les Communes autour de certaines compétences          | Analyse documentaire<br>Entretien<br>Observation      | Comité de pilotage du PNACC<br>Exécutifs communaux<br>Staff UNICEF                 | Analyse quantitative<br>Analyse qualitative  |   |
|   | Dans quelle mesure la collaboration des différents PTF et du PNACC dans le cadre de l'ICC a-t-elle été effective et a-t-elle contribué à l'atteinte des RCE ?                      | Niveau de collaboration entre les différents PTF et le PNACC dans le cadre de l'ICC | Entretiens  | Staff UNICEF<br>Staff PTF<br>Direction Nationale de l'Enfance                      | Analyse qualitative  |   |
| Quels sont les facteurs (internes et en dehors de l'UNICEF et du PNACC/MATD) qui ont contribué à l'atteinte des objectifs des interventions y compris la composante de renforcement des capacités ? | 6.1 En quoi les interventions mises en œuvre par le PNACC et soutenues par l'UNICEF ont-elles permis d'atteindre les objectifs au niveau des différentes communes de convergence ? | Niveau d'atteinte des résultats au sein des communes de convergence                 | Revue documentaire<br><br>Entretiens                  | Documents de suivi du PNACC et de l'UNICEF<br><br>Staff UNICEF Exécutifs communaux | Analyse quantitative<br>Analyse qualitative  |   |
|   | 6.2 Quels sont les facteurs externes qui ont favorisé l'atteinte de ces objectifs ?  | Niveau d'influence facteurs extérieurs  | Revue documentaire                                    |  | Analyse descriptive du contexte<br>Analyse quantitative  |   |

|  |   |  |   |  |  |                                    |
|--|---|--|---|--|--|------------------------------------|
|  |   | contexte local (socio-économique, sécuritaire, géographique) ? ressources humaines locales ? gouvernance locale préexistante ?   | sur le contexte local, les ressources humaines locales et la gouvernance locale préexistante            | Entretiens                                       | Rapports de suivi PNACC et UNICEF<br><br>Staff UNICEF<br>Coordination PNACC<br>Exécutifs communaux<br>ASC/RECO | Analyse qualitative                |
| Quels sont les facteurs (internes et en dehors de l'UNICEF et du PNACC/MATD) qui ont empêché l'atteinte des objectifs des interventions y compris la composante de renforcement de capacités ? Quelles mesures correctrices, s'il y en avait, ont été adoptées pour mitiger les défis rencontrés ? | 7.1 Quelles ont été les entraves à l'atteinte des objectifs attendus au niveau des communes de convergence des interventions mises en œuvre par le PNACC et soutenues par l'UNICEF ? Défis rencontrés, points de blocage ?  |  | Niveau d'atteinte des objectifs du PNACC  | Revue documentaire<br><br>Entretiens             | Rapports de suivi PNACC et UNICEF<br><br>Staff UNICEF<br>Coordination PNACC<br>Exécutifs communaux             | Analyse descriptive et qualitative |
|  | 7.2 Quels sont les facteurs externes qui ont entravé l'atteinte des objectifs au niveau de chaque région/préfecture/commune : contexte local (socio-économique, sécuritaire, culturel, géographique, tensions intercommunautaires) ? ressources humaines locales ? gouvernance locale préexistante ? flambée épidémique (MVE, Covid19...) |  | Niveau d'atteinte des objectifs du PNACC  | Revue documentaire<br><br>Entretiens             | Rapports de suivi PNACC et UNICEF<br><br>Staff UNICEF<br>Exécutifs communaux<br>ASC/RECO                       | Analyse descriptive et qualitative |
|  | 7.3 Quelles ont-été les stratégies mises en œuvre pour limiter l'impact de ces obstacles ?  |  | Nombre d'obstacles/défis relevés pendant la mise en œuvre   | Entretiens                                       | Staff UNICEF<br>Exécutifs communaux<br>ASC/RECO  | Analyse qualitative                |
|  | Quels sont les changements positifs et/ou négatifs observés chez les bénéficiaires (partenaires institutionnels, communautés, femmes, enfants, etc.) auxquelles l'ICC a contribué ?   | Quels sont les changements liés à l'ICC observés sur le terrain au niveau du fonctionnement des services publics : Les centres de santé sont-ils équipés de façon satisfaisante en ressources humaines ? en matériel ? | Au moins 80 % des populations des Communes de Convergence utilisent des services sociaux de base et des | Revue documentaire<br><br>Questionnaire communes | Rapports d'activité du PNACC<br>Documents de suivi-évaluation sectoriels                                       | Analyse mixte                      |

|   |  |   |  |   |   |  |
|---|--|---|--|---|---|--|
|   |  | <p>Fournissent-ils le paquet de services de base minimum ? les femmes enceintes ont-elles accès à la CPN ? les enfants ont-ils accès à la vaccination ?..</p> <p>L'enregistrement des nouveau-nés à l'état civil est-il effectif et performant (cf. Registres )... ?</p> <p>Ces centres accueillent-ils de façon satisfaisante et fournissent-ils les soins de base nécessaires gratuitement aux personnes les plus pauvres/vulnérables ?</p> <p>Autres</p> <p>Quels changements au niveau des équipements scolaires et de la scolarisation des enfants, notamment des filles ?</p> <p>Quels changements au niveau de l'accès à l'hygiène des populations : lavage des mains, latrines...</p> <p>Quels changements concernant l'accès à une nutrition satisfaisante pour tous les enfants ?</p> <p>Pour l'accès à l'eau potable ?</p> <p>Quelles nouvelles mesures de protection sociale ? lutte contre les VBG ?</p> | <p>services publics de qualité</p> <p>Les Communes de Convergence disposent des services sociaux de base et des services publics fonctionnels et de qualité (indicateurs PNACC)</p> <p>Les populations des Communes de Convergence ont les connaissances et les compétences pour l'adoption des Pratiques Familiales Essentielles (indicateurs PNACC)</p> <p>Les populations vulnérables des CC bénéficient de mesures de protection sociale</p> | <p>Observation</p> <p>Entretiens</p> <p>Discussion de groupe</p>                    | <p>Visite des CS</p> <p>exécutifs communaux COSAH</p> <p>Chefs de CS ASC/RECO</p> <p>Groupe de femmes enceintes</p> |  |
| <p>Dans quelle mesure les différentes stratégies de suivi-évaluation étaient-elles adaptées pour mesurer les résultats de l'ICC ? Et Comment pourraient-elles être améliorées ?</p> | <p>Pertinence et qualité des indicateurs ?</p> | <p>Niveau de suivi des indicateurs</p>  | <p>Revue documentaire</p> <p>Entretiens</p>  | <p>PNACC et ses Rapports de suivi</p> <p>Staff suivi-évaluation PNACC et UNICEF</p> | <p>Analyse documentaire</p> <p>Analyse mixte (quantitative et qualitative)</p>                                      |  |
|   | <p>Qualité du recueil des informations ?</p>   | <p>Niveau de disponibilité des informations collectées</p>  | <p>Revue documentaire</p> <p>Entretiens</p>  | <p>PNACC et ses Rapports de suivi</p> <p>Staff suivi-évaluation PNACC et UNICEF</p> | <p>Analyse documentaire</p> <p>Analyse mixte (quantitative et qualitative)</p>                                      |  |

|            |  |   |  |  |  |   |
|------------|--|---|--|--|--|---|
|            |  | 9.3 Qualité de la stratégie du suivi et de l'analyse des données collectées ?   | Système de rapportage et de visualisation des données de suivi                                       | Revue documentaire<br>Entretiens                 | PNACC et ses Rapports de suivi<br>Staff suivi-évaluation PNACC et UNICEF | Analyse documentaire<br>Analyse mixte (quantitative et qualitative) |
| Efficience | Pour chacun des domaines d'intervention de l'ICC, dans quelle mesure les ressources financières, humaines et les biens ont été :<br>Suffisantes (en termes de quantité) par rapport aux besoins identifiés et aux résultats escomptés ?<br>Adéquates (en termes de qualité) par rapport aux résultats escomptés ?<br>Déployées à temps ? | 10.1 Les ressources financières allouées permettent-elles le fonctionnement satisfaisant des différents services publics ?  | Pourcentage des ressources financières transférées aux communes par l'ANAFIC                         | Analyse documentaire<br>Entretiens               | Staff ANAFIC<br>Exécutif communal  | Analyse documentaire<br>Analyse budgétaire                          |
|            |  | 10.2 Les services administratifs, les centres de santé, les écoles etc. bénéficient-ils de personnel suffisant en nombre et qualifié en fonction des besoins requis par chacun des services dans chaque commune ? | Effectif du personnel affecté et en poste dans les services administratifs                           | Entretien<br>Observation                         | Services des Ressources Humaines des Ecoles & DPS etc                    | Analyse mixte   |
|            |  | 10.3 Les ressources (humaines, matérielles et financières) ont-elles été gérées en tenant compte du raisonnement de l'efficience ?  | Ratio coût/efficacités des ressources allouées aux interventions ICC                                 | Analyse documentaire<br>Entretien<br>Observation | Services Techniques Administratifs et Financiers Ecoles & DPS etc        | Analyse budgétaire (coût/efficacités)                               |
|            |  | 10.4 le ratio intrant-extrant est-il bon (correspondance entre les dépenses engagées) et les résultats obtenus ?  | Niveau d'atteinte des résultats  | Analyse documentaire<br>Entretien<br>Observation | Services Techniques Administratifs et Financiers Ecoles & DPS etc        | Analyse budgétaire (coût/efficacités)                               |
|            | 11. Dans quelle mesure les mêmes résultats auraient-ils pu être atteints par d'autres alternatives moins coûteuses ?   | 11.1 Les modalités d'exécution encouragent-elles un usage efficace des moyens dont dispose le PNACC ?   | Niveau d'efficacité des solutions alternatives   | Analyse documentaire<br>Entretien<br>Observation | Services des Ressources Humaines des Ecoles & DPS etc                    | Analyse qualitative   |
|            | 12 Quels sont les facteurs de gestion qui ont favorisé ou empêché l'efficience de l'ICC ?  | Existe-t-il des facteurs de gestion qui ont empêché l'efficience de l'ICC   | Niveau des dépenses de l'ICC   | Entretien<br>Analyse documentaire                | Exécutif communal<br>Staff<br>PNACC/UNICEF                               | Analyse mixte   |
|            | Cohérence  | Dans quelle mesure les activités/interventions de PNACC/MATD et l'UNICEF sur le terrain   | Quel est le niveau de complémentarité des activités/interventions de PNACC/MATD et l'UNICEF avec les | Taux d'exécution du PTA de la                    | Revue documentaire<br>Entretiens   | Exécutif communal<br>Staff<br>PNACC/UNICEF                          |

|            |  |   |  |   |  |  |
|------------|--|---|--|---|--|--|
|            | dans le cadre de l'ICC étaient complémentaires aux interventions des autres PTF dans les 40 CC ?   | interventions des autres PTF dans les 40 CC sur le terrain dans le cadre de l'ICC ?   | Coordination Générale (CIP)  |   |  |  |
| Durabilité | Dans quelle mesure les communautés bénéficiaires et les partenaires institutionnels se sont appropriés l'ICC et ses acquis ?   | <p>Les collectivités locales ont-elles acquis l'autonomie technique et financière requise pour assurer leurs missions statutaires ?</p> <p>Les autorités locales et leurs partenaires institutionnels sont-ils en mesure de maintenir les acquis, notamment au niveau de l'accès aux services sociaux de base, de les consolider et de poursuivre les réformes en cours ?</p> <p>Les bénéficiaires finaux se sont-ils appropriés les acquis : les personnes vulnérables fréquentent-elles le centre de santé ? les familles envoient-elles les enfants et en particulier les filles à l'école ? les enfants sont-ils vaccinés ? les pratiques de défécation à l'air libre ont-elles diminué ? le lavage des mains est-il entré dans les mœurs (sous réserve de disponibilité de kits de lavage et de savon) ? etc</p> | <p>Niveau de durabilité de l'ICC</p> <p>Niveau d'appropriation des acquis du PNACC par les autorités locales et partenaires institutionnels</p> <p>Niveau d'appropriation des acquis du PNACC par les bénéficiaires finaux</p> | <p>Entretiens</p> <p>Entretiens<br/>Observation</p> <p>Entretiens<br/>observation</p> | <p>Exécutif Communal<br/>Staff<br/>PNACC/UNICEF</p> <p>Exécutif Communal<br/>Staff<br/>PNACC/UNICEF<br/>Agents des services techniques déconcentrés</p> <p>Bénéficiaires des services du PNACC</p> | <p>Analyse qualitative</p> <p>Analyse qualitative</p> <p>Analyse qualitative et quantitative</p> |
|            | Dans quelle mesure les conditions nécessaires pour une appropriation des interventions de l'ICC par la partie nationale et les communes du pays ont été mises en place par le PNACC/MATD, l'UNICEF et les autres partenaires ? | 15.1 Qu'est-ce qui a été mis en place pour favoriser l'appropriation en termes d'information et d'éducation des populations ? afin de faciliter l'accès des populations vulnérables aux services (exemple : transport, horaires d'ouvertures etc.)  | Nombre d'initiatives de pérennisation en place pour l'accès aux services sociaux de base   | Analyse documentaire<br>Entretiens  | Staff PNACC<br>Staff UNICEF<br>Bénéficiaires   | Analyse mixte  |
|            | Quelles sont les dispositions nécessaires pour l'inclusion des interventions de l'ICC dans les politiques et les priorités nationales et sectorielles de la Guinée ?   | 16.1 Quels sont les facteurs favorisant un passage à l'échelle aux niveaux national et régional ? (Pré-requis au niveau des communes : RC, gouvernance, infrastructures ...)  |  |   |  | Analyse qualitative  |

|                                 |   |   |  |                                      |  |   |
|---------------------------------|---|---|--|--------------------------------------|--|---|
| Droits humains, genre et équité | Dans quelle mesure les considérations spécifiques liées au genre, aux droits humains et à l'équité ont-elles été prises en compte lors de la conception, la planification, la mise en œuvre et le suivi des interventions de l'ICC ?                                |   | Niveau de sensibilité de l'initiative ICC au genre                   | Revue documentaire<br><br>Entretiens | PNACC<br>Documents de stratégie santé communautaire<br><br>COFIL PNACC<br>DRS/DPS<br>Exécutifs communaux<br>ASC/RECO | Analyse mixte   |
|                                 | Dans quelle mesure les interventions ont permis de s'adresser aux groupes avec le plus de besoins d'accès aux services sociaux de base et aux services publics dans les 40 Communes de Convergence ?  |   | Niveau d'accès des groupes marginalisés aux services sociaux de base | Revue documentaire<br><br>Entretiens | Rapports d'activité ASC/RECO<br>Documents de suivi PNACC<br><br>Exécutifs communaux<br>ASC/RECO<br>Bénéficiaires     | Analyse qualitative   |
|                                 | S'il y eu des obstacles d'ordre politique, pratique ou administratif, à l'intégration efficace des droits humains et de l'égalité des sexes lors de la mise en œuvre des interventions, quel a été le niveau d'efforts déployés afin de surmonter ces difficultés ? | 19.1 Quels sont les obstacles rencontrés dans chacune des communes par rapport à l'intégration efficace des droits humains et de l'égalité des sexes et qu'est-ce qui a été mis en œuvre pour les surmonter ? avec un point d'attention particulier concernant les violences basées sur le genre, l'excision et les mariages précoces qui sont très fréquents en Guinée (taux d'excision supérieur à 90%) | Difficultés rapportées<br><br>Actions de contournement               | Revue documentaire<br><br>Entretiens | Rapports d'activité ASC/RECO<br>Documents de suivi PNACC<br><br>Exécutifs communaux<br>ASC/RECO<br>Bénéficiaires     | Analyse qualitative<br>Analyse comparative entre les différentes communes |

## Annexe 3 : Outils de collecte des données



Outils de collecte de données - Evaluation

## Annexe 4 : Liste des sites visités

| N°                      | Région    | Préfecture | Commune       |
|-------------------------|-----------|------------|---------------|
| <b>A-SITE PNACC</b>     |           |            |               |
| 1                       | Boké      | Boffa      | Koba          |
| 3                       | Kankan    | Kouroussa  | Baro          |
| 4                       | Kankan    | Siguiri    | Siguirini     |
| 5                       | Faranah   | Dabola     | Kindoye       |
| 6                       | Nzérékoré | Macenta    | Sengbedou     |
| 7                       | Nzérékoré | Guéckédou  | Fangamadou    |
| 8                       | Nzérékoré | Lola       | Bossou        |
| 9                       | Labé      | Mali       | Donghel Sigon |
| 10                      | Mamou     | Mamou      | Wouré Kaba    |
| 11                      | Labé      | Labé       | Dara Labé     |
| <b>B- SITES TEMOINS</b> |           |            |               |
| 11                      | Kindia    | Kindia     | Molota        |
| 12                      | Nzérékoré | Beyla      | Diaraguéréla  |

## Annexe 5 : Liste des personnes rencontrées

| Nom Personne de contact       | Genre<br>(Feminin/Masculin) | Téléphone                 | Localité     | Région    |
|-------------------------------|-----------------------------|---------------------------|--------------|-----------|
| DR KEITA Mory                 | Homme                       | 624089932                 | Baro         | Kankan    |
| SOW Thierno Issatou Bella     | Femme                       | 628505240                 | Baro         | Kankan    |
| KPOMY Hippolite               | Homme                       | 624475748                 | Bossou       | Nzérékoré |
| Cyrille Lizo DORE             | Homme                       | 625 68 81 33              | Bossou       | Nzérékoré |
| Delphine TRAORE               | Femme                       | 623 34 12 82              | Bossou       | Nzérékoré |
| Jean MAMY                     | Homme                       | 621 10 55 87              | Bossou       | Nzérékoré |
| Lakpo TRAORE                  | Homme                       | 610 67 13 01              | Bossou       | Nzérékoré |
| Laurent CAMARA                | Homme                       | 623 55 87 69              | Bossou       | Nzérékoré |
| Nasser BONIMY                 | Homme                       | 621 06 15 99              | Bossou       | Nzérékoré |
| Robert KONE                   | Homme                       | 624 40 99 96              | Bossou       | Nzérékoré |
| Sany GUELE                    | Femme                       | 622 85 37 51              | Bossou       | Nzérékoré |
| Sékou ZOGBILA                 | Homme                       | 621 93 24 19              | Bossou       | Nzérékoré |
| Simon Pierre KOLIE            | Homme                       | 620 90 98 39              | Bossou       | Nzérékoré |
| Tiakpa ZOGBILA                | Homme                       | 624 61 82 92              | Bossou       | Nzérékoré |
| Zogbé SOUA                    | Homme                       | 625 47 22 48              | Bossou       | Nzérékoré |
| Abdoul Gadiry Barry           | Homme                       | agbarry@unicef.org        | Conakry      | Conakry   |
| Adama Ouedraogo               | Homme                       | adouedraogo@unicef.org    | Conakry      | Conakry   |
| Aliou Maiga                   | Homme                       | almaiga@unicef.org        | Conakry      | Conakry   |
| Ephraim Bahogwerhe            | Homme                       | ebahogwerhe@unicef.org    | Conakry      | Conakry   |
| Hamidou Maiga                 | Homme                       | hmaiga@unicef.org         | Conakry      | Conakry   |
| Claude Ngabu                  | Homme                       | cngabu@unicef.org         | Conakry      | Conakry   |
| Hady Camara pour Madina Athie | Homme                       | mathie@unicef.org         | Conakry      | Conakry   |
| Sekou Sidibe                  | Homme                       | sesidibe@unicef.org       | Conakry      | Conakry   |
| Abdoulaye Diallo              | Homme                       | adiallo@unicef.org        | Conakry      | Conakry   |
| André Moussa                  | Homme                       | amoussa@unicef.org        | Conakry      | Conakry   |
| Liliana Liz C. Pardo Guerrero | Femme                       | lpardoguerrero@unicef.org | Conakry      | Conakry   |
| Demba Niang                   | Homme                       | ndemba@unicef.org         | Conakry      | Conakry   |
| Mamadouba Bangoura            | Homme                       | mbangoura@unicef.org      | Conakry      | Conakry   |
| Dr Konan Kouame               | Homme                       |                           | Conakry      | Conakry   |
| Aboubacar KABA                | Homme                       |                           | Conakry      | Conakry   |
| Yamori CONDE                  | Homme                       |                           | Conakry      | Conakry   |
| Mamadi KOUROUMA               | Homme                       |                           | Conakry      | Conakry   |
| FARA Alain Kamassaou          | Homme                       | 621067666                 | Djaraguerela | Nzérékoré |
| ZOGBELEMU                     | Femme                       | 620659629                 | Djaraguerela | Nzérékoré |
| Bangaly SAGNO                 | Homme                       | 624 62 11 56              | Djaraguerela | Nzérékoré |
| Kamba CAMARA                  | Homme                       | 620 64 65 86              | Djaraguerela | Nzérékoré |
| Louceny CONDE                 | Homme                       | 620 77 13 07              | Djaraguerela | Nzérékoré |
| Mamadi SOUMAORO               | Homme                       | 621 60 72 26              | Djaraguerela | Nzérékoré |
| N'Gofing CAMARA               | Homme                       | 621 82 64 07              | Djaraguerela | Nzérékoré |
| Nfassouma CAMARA              | Homme                       | 655 24 19 85              | Djaraguerela | Nzérékoré |



|                            |       |              |               |           |
|----------------------------|-------|--------------|---------------|-----------|
| Ousmane SOUMAORO           | Homme | 620 77 36 01 | Djaraguerela  | Nzérékoré |
| Siaka CAMARA               | Homme | 620 12 18 08 | Djaraguerela  | Nzérékoré |
| Sindia SAGNO               | Homme | 620 19 36 41 | Djaraguerela  | Nzérékoré |
| Kerfala KONE               | Homme | 628 46 92 83 | Djaraguerela  | Nzérékoré |
| Kaba CHERIF                | Homme | 621 60 91 59 | Djaraguerela  | Nzérékoré |
| Amadou CAMARA              | Homme | 622 45 65 94 | Djaraguerela  | Nzérékoré |
| Ibrahima                   | Homme | 623 41 02 75 | Djaraguerela  | Nzérékoré |
| Mamadi KOUROUMA            | Homme | 626 26 07 75 | Djaraguerela  | Nzérékoré |
| Massagbè CAMARA            | Femme | 622 89 69 99 | Djaraguerela  | Nzérékoré |
| Magna CAMARA               | Homme | 621 60 59 62 | Djaraguerela  | Nzérékoré |
| Bangaly CONDE              | Homme | 620 96 41 13 | Djaraguerela  | Nzérékoré |
| Adama SAGNO                | Homme | 623 35 61 43 | Djaraguerela  | Nzérékoré |
| Louceny SAGNO              | Homme | 620 16 01 47 | Djaraguerela  | Nzérékoré |
| Bintou CHERIF              | Femme | 628 60 34 73 | Djaraguerela  | Nzérékoré |
| Fanta SAGNO                | Femme |              | Djaraguerela  | Nzérékoré |
| Maiba SAGNO                | Femme | 626 85 88 39 | Djaraguerela  | Nzérékoré |
| Makissian SAGNO            | Femme | 629 56 96 35 | Djaraguerela  | Nzérékoré |
| Mama CAMARA                | Femme |              | Djaraguerela  | Nzérékoré |
| Massa CAMARA               | Femme |              | Djaraguerela  | Nzérékoré |
| Mawa CAMARA                | Femme |              | Djaraguerela  | Nzérékoré |
| Amadou Oury Moussa Diallo  | Homme | 623 09 48 09 | Donghel Sigon | Labe      |
| mamadou celou DIALLO       | Homme |              | Donghel Sigon | Labe      |
| elhadj mamadou koré DIALLO | Homme |              | Donghel Sigon | Labe      |
| mamoudou SIDIBE            | Homme |              | Donghel Sigon | Labe      |
| Souleymane SYLLA           | Homme |              | Donghel Sigon | Labe      |
| mamadou saliou Diallo      | Homme |              | Donghel Sigon | Labe      |
| Saidou BAH                 | Homme |              | Donghel Sigon | Labe      |
| Abdourhamane BAH           | Homme |              | Donghel Sigon | Labe      |
| Halimatou DIALLO           | Femme |              | Donghel Sigon | Labe      |
| Mamadou Dian Diallo        | Homme |              | Donghel Sigon | Labe      |
| Mamadou Djouldé DIALLO     | Homme |              | Donghel Sigon | Labe      |
| Mamadou Tidiane DIALLO     | Homme |              | Donghel Sigon | Labe      |
| Adama HAWA SOW             | Femme |              | Donghel Sigon | Labe      |
| Fatoumata Lamarana SOW     | Femme |              | Donghel Sigon | Labe      |
| Rouguiatou DIALLO          | Femme |              | Donghel Sigon | Labe      |
| Ibrahima Sory DIALLO       | Homme |              | Donghel Sigon | Labe      |
| Hasmiou DIALLO             | Homme |              | Donghel Sigon | Labe      |
| Assiatou SOW               | Femme |              | Donghel Sigon | Labe      |
| Kadiatou DIALLO            | Femme |              | Donghel Sigon | Labe      |
| kadiatou SOW               | Femme |              | Donghel Sigon | Labe      |
| mamadou Alpha SOW          | Homme |              | Donghel Sigon | Labe      |
| Bernard LENO               | Homme |              | FANGAMADOU    | Nzérékoré |
| Boubacar Diaby             | Homme |              | KINDIA        | Kindia    |
| Boubacar Moumini DIALLO    | Homme |              | KINDIA        | Kindia    |

|                              |       |                       |           |           |
|------------------------------|-------|-----------------------|-----------|-----------|
| Souleymane MOUMINATOU DIALLO | Homme |                       | LABE      | Labe      |
| Yero Boye CAMARA             | Homme |                       | LABE      | Labe      |
| Kassie FANGAMOU              | Homme |                       | LABE      | Labe      |
| Aliou BAH                    | Homme |                       | LABE      | Labe      |
| Dr Pépé BILIVOGUI            | Homme | 625 99 71 99          | Nzérékoré | Nzérékoré |
| BAMBA Jean                   | Homme | 621125990             | Nzérékoré | Nzérékoré |
| Alseny DIOUBATE              | Homme | 628 84 97 29          | Nzérékoré | Nzérékoré |
| Emile tamba TOLNO            | Homme | 621 74 94 70          | Nzérékoré | Nzérékoré |
| KABA Etienne                 | Homme | 621014119 / 626966195 | Ouré Kaba | Manou     |
| Alpha Mamoudou DIAKITE       | Homme |                       | Ouré Kaba | Manou     |
| Baba CAMARA                  | Homme | 621 43 58 05          | Ouré Kaba | Manou     |
| Baba CISSE                   | Homme | 623 93 17 34          | Ouré Kaba | Manou     |
| Idrissa DIALLO               | Homme | 622 05 79 16          | Ouré Kaba | Manou     |
| Kadiatou BAH                 | Femme | 621 47 86 86          | Ouré Kaba | Manou     |
| Mamoudou CAMARA              | Homme | 621 32 01 83          | Ouré Kaba | Manou     |
| Mohamed CISSE                | Homme | 621 34 42 01          | Ouré Kaba | Manou     |
| BONA Christophe              | Homme | 623078257             | Sengbdou  | Nzérékoré |
| Morigbè CAMARA               | Homme | 628 75 91 25          | Sengbdou  | Nzérékoré |
| Kémo CONDE                   | Homme | 624 90 96 17          | Sengbdou  | Nzérékoré |
| Oumar Touraman DIOUBATE      | Homme | 623 42 82 44          | Sengbdou  | Nzérékoré |
| Sékou KOMARA                 | Homme | 622 37 60 79          | Sengbdou  | Nzérékoré |
| Dr BANGOURA Bousitouraby     | Homme | 622263729             | Siguirini | Kankan    |
| CAMARA Koulako               | Femme | 6222024169            | Siguirini | Kankan    |
| Bandjougou CAMARA            | Homme | 621 84 86 50          | Siguirini | Kankan    |
| facinè CAMARA                | Homme | 628 57 39 23          | Siguirini | Kankan    |
| Felix Sory OUEDENO           | Homme | 622 93 06 36          | Siguirini | Kankan    |
| Lansan CAMARA                | Homme | 623 79 00 30          | Siguirini | Kankan    |
| Makan CAMARA                 | Homme | 628 38 53 12          | Siguirini | Kankan    |
| Mamadou BAH                  | Homme | 622 40 96 73          | Siguirini | Kankan    |
| Satigui DIAKITE              | Homme | 628 51 72 77          | Siguirini | Kankan    |
| Sekou KEITA                  | Homme | 622 90 92 19          | Siguirini | Kankan    |
| RECO                         | Homme |                       | Koba      | Boke      |
| RECO                         | Homme |                       | Koba      | Boke      |
| RECO                         | Homme |                       | Koba      | Boke      |
| RECO                         | Homme |                       | Koba      | Boke      |

## Annexe 6 : Données financières obtenues des communes pour l'analyse de l'efficience

| Région    | Communes de convergence |                       | Franc GNF                       |               |                |               |                                  |             |             |             |               |               |                |               |                            |        |        |        |  |
|-----------|-------------------------|-----------------------|---------------------------------|---------------|----------------|---------------|----------------------------------|-------------|-------------|-------------|---------------|---------------|----------------|---------------|----------------------------|--------|--------|--------|--|
|           | Préfectures             | Communes              | Part du Budget d'investissement |               |                |               | Part du Budget de fonctionnement |             |             |             | Total Budget  |               |                |               | Taux d'exécution du budget |        |        |        |  |
|           |                         |                       | 2018                            | 2019          | 2020           | 2021          | 2018                             | 2019        | 2020        | 2021        | 2018          | 2019          | 2020           | 2021          | 2018                       | 2019   | 2020   | 2021   |  |
| BOKE      | Boffa                   | 1. Koba               |                                 |               |                |               |                                  |             |             |             |               |               |                |               |                            |        |        |        |  |
|           | Boké                    | 2. Kamsar             |                                 |               |                |               |                                  |             |             |             |               |               |                |               |                            |        |        |        |  |
| FARANAH   | Dinguiyare              | 3. Banora             | ND                              | 3 345 370 591 | 5 589 629 420  | 9 348 407 482 | ND                               | 231 880 000 | 200 200 036 | 88 400 381  | ND            | 3 577 250 591 | 5 789 829 456  | 9 436 807 863 | ND                         | 32%    | 58%    | 31%    |  |
|           | Kissidougou             | 4. Bardou             | 2 655 000 000                   | 7 599 350 000 | 4 075 869 638  | 4 295 850 000 | 218 300 000                      | 299 750 000 | 287 600 000 | 305 400 000 | 2 873 300 000 | 7 899 100 000 | 4 190 909 638  | 4 601 250 000 | 6,7%                       | 20,6%  | 35,5%  | 5,7%   |  |
|           | Dabola                  | 5. Kindoye            |                                 |               |                |               |                                  |             |             |             |               |               |                |               |                            |        |        |        |  |
| KANKAN    | Kankan                  | 6. Gbérédrou Baranama | 1 319 842 936                   | 1 319 842 936 | 3 551 759 375  | 3 551 759 375 | 54 394 160                       | 47 120 000  | 54          | 317 281 427 | 3 553 734 424 | 5 036 526 491 | 36 304 779     | 3 748 553 536 | 37,04%                     | 5,03%  | 38%    | 8,5%   |  |
|           |                         | 7. Tokonou            | 31 470 000                      | 2 044 090 995 | 1 015 154 076  | 512 102 959   | 33 970 000                       | 95 933 545  | 70 490 000  | 83 340 730  | 505 083 600   | 2 508 142 332 | 2 869 939 973  | 4 805 574 287 | 16%                        | 80%    | 35%    | 11%    |  |
|           |                         | 8. Siguirini          |                                 |               |                |               |                                  |             |             |             |               |               |                |               |                            |        |        |        |  |
|           |                         | 9. Norassoba          | 460 219 054                     | 2 208 795 554 | 2 208 795 554  | 1 596 755 211 | 1 330 400                        | 178 480 000 | 446 200 000 | 411 686 942 | 793 719 054   | 2 387 275 544 | 2 387 275 544  | 1 596 755 211 | 80%                        | 79%    | 97%    | 26%    |  |
|           |                         | 10. Banankoro         |                                 |               |                | 76 821 220    |                                  |             |             | 143 300 000 |               |               |                | 1 034 141 220 |                            |        |        | 37%    |  |
|           |                         | 11. Damaro            |                                 |               |                |               |                                  |             |             |             |               |               |                |               |                            |        |        |        |  |
|           |                         | 12. Baro              | 395 420 050                     | 1 229 258 037 | 984 259 911    | 473 860 938   | 49 462 916                       | 68 451 321  | 47 601 563  | 81 915 079  | 444 882 966   | 1 297 709 358 | 1 031 861 474  | 555 776 017   | 57,64%                     | 44,75% | 39,19% | 20,39% |  |
|           |                         | 13. Balato            | 83 438                          | 3 351 438     | 849 627 944    | ND            | 144 409 500                      | 42 345 500  | 32 057 050  | ND          | 144 492 938   | 45 696 938    | 881 644 994    | ND            | 21,91%                     | 6,80%  | 41,47% | ND     |  |
|           |                         | 14. Kimieran          | 118 061 152                     | 2 400 623 610 | 1 196 320 251  | 1 268 963 249 | 72.040.768                       | 452.040.000 | 458.354.000 | 146.515.998 | 190.101.920   | 2 852 663 610 | 1 654 674 251  | 1 415 379 247 | 17,65%                     | 75,41% | 21,12% | 38,74% |  |
|           |                         | 15. Dialakoro         | ND                              | 4 442 894 861 | 6 692 024 902  | 1 928 601 219 | ND                               | 259 650 000 | 390 100 000 | 419 800 000 | 1 153 547 490 | 4 546 754 861 | 6 848 064 902  | 2 096 521 219 | ND                         | 27%    | 39%    | 40%    |  |
| KINDIA    | Télimélé                | 16. Daragnagnaki      |                                 |               |                |               |                                  |             |             |             |               |               |                |               |                            |        |        |        |  |
|           |                         | 17. Saré Kaly         |                                 |               |                |               |                                  |             |             |             |               |               |                |               |                            |        |        |        |  |
|           | Kindia                  | 18. Bangouyah         |                                 |               |                |               |                                  |             |             |             |               |               |                |               |                            |        |        |        |  |
|           |                         | 19. Samaya            |                                 |               |                |               |                                  |             |             |             |               |               |                |               |                            |        |        |        |  |
| LABE      | Koubia                  | 20. Fafaya            | 104 762 599                     | 1 222 781 666 | 1 262 990 134  | 228 695 376   | 11 238 450                       | 25 417 078  | 12 953 983  | 10 790 000  | 116 001 049   | 1 248 198 744 | 1 275 944 117  | 239 485 376   | 38%                        | 90%    | 51%    | 18%    |  |
|           |                         | 21. Gatha-Woundou     | 362 998 400                     | 1 160 395 389 | 760 811 181    | 183 753 333   | 4 720 091                        | 9 851 467   | 5 357 670   | 6 743 800   | 367 718 491   | 1 170 246 856 | 766 168 851    | 190 497 133   | 68%                        | 94%    | 97%    | 19%    |  |
|           | Lelouma                 | 22. Diountou          |                                 |               |                |               |                                  |             |             |             |               |               |                |               |                            |        |        |        |  |
|           |                         | 23. Parawol           | ND                              | 6 187 887 564 | 1 165 017 834  | 4 937 829 363 | ND                               | 156 756 500 | 185 493 000 | 389 993 000 | ND            | 6 280 590 164 | 1 239 415 034  | 5 093 826 563 | ND                         | 18,3   | 88,3   | 21,5   |  |
|           |                         | 24. Dara Labé         | ND                              | 121 213 440   | 1 140 055 479  | 1 472 692 385 | ND                               | 10 240 000  | 13 930 000  | 26 442 910  | ND            | 131 453 440   | 1 152 485 479  | 1 499 135 295 | ND                         | 31,63% | 54,05% | 69,58% |  |
|           |                         | 25. Samou             | 2 622 044 153                   | 2 483 431 753 | 2 001 535 649  | 1 135 070 219 | 216 090 000                      | 224 290 000 | 96 955 000  | 96 035 000  | 1 751 698 153 | 2 618 005 753 | 2 059 708 649  | 1 192 991 219 | 40                         | 95     | 60     | 70     |  |
|           |                         | 26. Balaki            | 1 386 709 500                   | 4 240 270 605 | 2 673 233 511  | 1 762 440 509 | 212 015 000                      | 286 129 976 | 445 000 000 | 264 500 000 | 4 417 581 555 | 2 995 946 907 | 1 925 333 735  | 1 762 440 509 | 16%                        | 78%    | 89%    | 67%    |  |
|           |                         | 27. Donghel Stigon    | 2 130 984 408                   | 8 989 277 814 | 12 612 018 157 | 3 227 363 221 | 107 740 906                      | 116 139 626 | 116 444 797 | 109 866 400 | 2 238 725 314 | 9 105 417 440 | 12 728 462 954 | 3 337 229 621 | 59%                        | 67%    | 31%    | 92%    |  |
|           |                         | 28. Kollet            | 213 820 966                     | 3 633 647 674 | 1 609 221 409  | 3 067 345 000 | 181 483 514                      | 103 100 000 | 138 626 146 | 273 700 000 | 395 404 480   | 3 736 747 674 | 1 747 847 555  | 3 089 846 413 | 59,01%                     | 35,23% | 75,94% | 43,20% |  |
|           |                         | 29. Fello Koundouwa   | 829 841 624                     | 3 063 631 389 | 2 001 855 083  | 1 908 726 535 | 167 372 000                      | 161 163 999 | 34 372 015  | 30 533 294  | 997 213 624   | 3 224 795 378 | 2 036 227 098  | 1 939 259 829 | 86,09%                     | 37,45% | 83,52% |        |  |
| MAMOU     | Mamou                   | 30. Woure Kaba        | 144 746 000                     | 632 397 363   | 1 880 908 258  | 530 572 677   | 156 904 503                      | 215 878 057 | 77 989 207  | 52 466 720  | 392 040 000   | 6 386 141 009 | 7 179 868 066  | 4 423 354 634 | 77                         | 13     | 27     | 13     |  |
|           |                         | 31. Dounet            | 259 306 925                     | 1 812 334 662 | 1 569 768 149  | 619 660 998   | 51 261 290                       | 132 805 316 | 89 073 066  | 128 400 910 | 2 239 879 969 | 2 963 770 497 | 2 813 958 345  | 1 660 695 122 | 14                         | 66     | 59     | 45     |  |
| NZEREKORE | Yomou                   | 32. Bignamou          |                                 |               |                |               |                                  |             |             |             |               |               |                |               |                            |        |        |        |  |
|           | Macenta                 | 33. Sengbedou         |                                 |               |                |               |                                  |             |             |             |               |               |                |               |                            |        |        |        |  |
|           | Lola                    | 34. Bossou            |                                 |               |                |               |                                  |             |             |             |               |               |                |               |                            |        |        |        |  |
|           | Bela                    | 35. Gbakédou          |                                 |               |                |               |                                  |             |             |             |               |               |                |               |                            |        |        |        |  |
|           |                         | 36. Nionsomoridou     |                                 |               |                |               |                                  |             |             |             |               |               |                |               |                            |        |        |        |  |
|           |                         | 37. Womey             |                                 |               |                |               |                                  |             |             |             |               |               |                |               |                            |        |        |        |  |
|           |                         | 38. Kobéla            |                                 |               |                |               |                                  |             |             |             |               |               |                |               |                            |        |        |        |  |
|           |                         | 39. Bolodou           |                                 |               |                |               |                                  |             |             |             |               |               |                |               |                            |        |        |        |  |
|           | Guéckédou               | 40. Fangamadou        |                                 |               |                |               |                                  |             |             |             |               |               |                |               |                            |        |        |        |  |

**Oversee Advising Group**  
Think Smart

