



unicef 



# Évaluation des Stratégies du Programme de Coopération

## Selon une Approche Basée sur l'Équité

# **Évaluation des stratégies du programme de coopération selon une approche Basée sur l'Équité**

Raymond Gervais : Consultant principal. Groupe-conseil Baastel  
Elhadji Dagobi Abdoua : Consultant national, Cabinet BOA-Environnement  
Hamani Oumarou : Consultant national, Cabinet BOA-Environnement

Cette évaluation a été réalisée en collaboration avec l'Institut National de la Statistique.

**Octobre 2013**

## Table des matières

Table des matières.....	3
Liste des tableaux.....	5
Liste des abréviations et acronymes.....	6
Remerciements.....	7
Résumé analytique.....	8
Contexte.....	8
Objectifs de l'évaluation.....	8
Méthodologie.....	8
Principaux résultats attendus.....	9
Les constats.....	9
Leçons.....	11
Recommandations.....	12
1. L'évaluation : approche, méthodologie et questions.....	14
1.1. Contexte de l'évaluation, justification et objectifs.....	14
1.2. Critères de l'évaluation et questions principales.....	14
2. Profil du programme UNICEF-Niger.....	15
2.1. Description sommaire du programme UNICEF Niger.....	15
2.2. Composantes, objectifs, résultats attendus du CPAP.....	16
3. Méthodes et limites de l'évaluation.....	17
3.1. Approche évaluative : évaluation selon l'équité.....	17
3.2. Mise en œuvre de l'évaluation.....	18
3.3. Défis de l'évaluation et limites.....	20
4. Constats principaux autour des critères et des questions.....	20
4.1. Évolution des indicateurs d'accès aux services sociaux de base et de changements de comportements.....	20
4.1.1. Survie de l'enfant.....	20
4.1.2. Santé maternelle.....	22
4.1.3. Santé de l'enfant.....	23
4.1.4. Éducation.....	26
4.1.5. Protection de l'enfant et promotion des droits.....	28
4.2. Constats sur l'efficacité des interventions.....	29
4.2.1. Constat 1 : Le ciblage et les stratégies à base communautaire et de protection sociale des enfants et des femmes en situation de vulnérabilité : des résultats positifs mais comparables aux résultats nationaux.....	29
4.2.2. Constat 2 : Un dispositif fonctionnel de gestion et de suivi communautaire mis en place : un atout pour améliorer la gouvernance.....	33

4.2.3.	Constat 3 : Les obstacles à la mise en œuvre des stratégies à base communautaire et des initiatives de protection sociale des enfants et des femmes ont limité quelque peu les résultats .	34
4.2.4.	Constat 4 : Le rôle du plaidoyer, du dialogue sur les politiques et du partenariat stratégique dans un meilleur positionnement des droits de l'enfant et de l'équité dans les politiques, et programmes nationaux ainsi que les budgets et les lois ainsi que la création d'un environnement favorable au passage à l'échelle des interventions .....	35
4.3.	Constats dans l'analyse des impacts.....	36
4.3.1.	Constat 1 : Le ciblage des interventions a contribué à la réduction des disparités socio-économiques et de genre et à l'amélioration de l'utilisation adéquate des services par les populations défavorisées et de la réalisation des droits de l'enfant à la survie et au développement, à l'éducation et à la protection .....	36
4.3.2.	Constat 2 : Les initiatives de protection sociale des enfants et des femmes rendus vulnérables par l'insécurité alimentaire et nutritionnelle ont contribué à l'amélioration de la résilience des communautés bénéficiaires.....	37
4.3.3.	Constat 3 : Les effets inattendus engendrés par les stratégies à base communautaire et de protection sociale des enfants et des femmes en situation de vulnérabilité au sein des communautés bénéficiaires.....	39
4.4.	Constats sur la durabilité des interventions .....	39
4.4.1.	Constat 1 : La mise en œuvre des stratégies à base communautaire et des initiatives de protection sociale des enfants et des femmes en situation de vulnérabilité a engendré une dynamique et des initiatives favorables à la pérennisation des acquis au niveau communautaire et dans les différents secteurs sociaux concernés.....	39
4.4.2.	Constat 2 : Le positionnement des droits de l'enfant et de l'équité a connu un développement significatif dans les politiques publiques, les lois, les programmes nationaux et les budgets	40
4.4.3.	Constat 3 : Les alliances et le partenariat stratégiques développés dans le cadre de la mise en œuvre du programme ont contribué à la consolidation et à la pérennisation des acquis en ce qui concerne la réalisation des droits des enfants et des femmes les plus défavorisés.....	40
5.	Conclusions, leçons et recommandations .....	42
5.1.	Conclusions .....	42
5.2.	Leçons .....	43
5.3.	Recommandations .....	44
5.3.1.	Recommandations visant une meilleure prise en charge des droits des plus défavorisés	44
5.3.2.	Recommandations visant la réduction des goulots d'étranglement.....	45
	Annexe 1 : Termes de Référence .....	47
	Annexe 2 : Grilles et outils d'entretiens.....	52
	A. Version préliminaire des questionnaires.....	52
1.	Communication pour le développement.....	52
2.	Éducation .....	53
3.	Nutrition.....	54
4.	Planification, Suivi-Évaluation et Politiques Sociales.....	55
5.	Protection .....	56

6. Survie de l'enfant .....	57
B. Version finale des outils d'entretiens utilisés sur le terrain .....	60
1. Ciblage des bénéficiaires au sein des communautés.....	60
2. Actions réalisées par secteur .....	60
3. Dispositif d'intervention de l'UNICEF (niveaux régional, départemental et communautaire).....	60
4. Changements induits par l'intervention .....	61
5. Les dynamiques de pérennisation des acquis.....	61
6. Perceptions du processus par les acteurs et les bénéficiaires.....	61
Annexe 3 : Liste des personnes rencontrées .....	62
1. Mission du Consultant international .....	62
2. Missions des consultants nationaux .....	64
Annexe 4: Les recommandations de la Revue mi-parcours.....	68
Annexe 5: Bibliographie .....	69

## Liste des tableaux

Tableau 1 : Nombre et types d'entretiens réalisés par site.....	19
---	----

## Liste des abréviations et acronymes

ANSITEF :	Analyse de la situation de l'enfant et de la femme
ATPC:	Assainissement total piloté par les communautés
BM :	Banque mondiale
COGES :	Comité de gestion scolaire
CPAP	Plan d'action du programme de pays (abréviation anglaise)
CPN :	Consultation prénatale
CSI :	Centres de santé intégrés
DREN :	Directions Régionales de l'Éducation Nationale
DTC-3 :	Coqueluche, diphtérie, tétanos : administration de troisième dose.
DTCP :	Coqueluche, diphtérie, tétanos, polio
EAE :	Écoles amies des enfants
EAF :	Écoles amies des filles
EDSN :	Enquête démographique et de santé du Niger
ERI :	Enseignantes en milieu rural isolé
FACOM :	Facilitateurs communautaires
INS :	Institut national de la statistique
LASDEL :	Laboratoire d'Études et de Recherches sur les dynamiques Sociales et le Développement Local
MICS:	Enquête à indicateurs multiples (abréviation anglaise)
MSF :	Médecin sans frontières
PAM :	Programme alimentaire mondial
PCIME :	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
PDC :	Programme de développement communal
PEV:	Programme élargi de vaccination
PFE :	Pratiques familiales essentielles
PSE-PS :	Planification, suivi évaluation et politiques sociales
PTME :	Prévention de la transmission mère-enfant
RMP :	Revue à mi-parcours du Plan d'action du programme de pays
SEJUP :	Services éducatif, judiciaire et préventif
SNV :	Société néerlandaise des volontaires
TdR :	Termes de référence
TPI :	Traitement Préventif Intermittent
UNICEF :	Organisation des Nations Unies pour l'enfance (abréviation anglaise)

## Remerciements

Ce rapport résulte du travail conjoint d'un consultant international et de consultant nationaux; ces remerciements s'adressent à ceux et celles qui ont bien voulu les rencontrer. Nos remerciements vont d'abord aux responsables de l'Unicef qui ont consacré une part de leur temps à nos questions et qui n'ont pas hésité à mettre à disposition les ressources documentaires dont ils disposent.

Nous remercions également les points focaux Unicef en service aussi bien à Niamey qu'au niveau déconcentré de l'administration (régions et départements). Ceux-ci ont été disponibles à nous recevoir en dépit de leurs agendas souvent très serrés, à nous accorder du temps pour discuter ouvertement, et rassembler la documentation pertinente.

Dans la même perspective, nous tenons également à exprimer notre gratitude aux autorités communales et aux autorités coutumières (chefs de canton ou de groupement, chefs de village) pour avoir facilité nos contacts avec les communautés à la base.

Enfin, nous tenons à exprimer notre reconnaissance aux acteurs communautaires qui occupent des responsabilités variées dans le dispositif d'intervention de l'Unicef : membres des structures communautaires (COGES et autres), relais communautaires, facilitateurs communautaires, et bénéficiaires.

## Résumé analytique

### Contexte

L'actuel programme de coopération entre la République du Niger et l'UNICEF couvre la période 2009 à 2013. Le Niger est un pays enclavé ayant des taux très élevés de pauvreté et de vulnérabilité surtout en milieu rural et une croissance démographique rapide estimée à 3% par an. Les populations du Niger sont confrontées à un accès insuffisant aux services sociaux de base. Les stratégies à base communautaire ont constitué l'approche privilégiée choisie dans le cadre du programme de coopération pour contribuer à la réduction des obstacles à l'accès des populations les plus défavorisées aux services sociaux de base de qualité. Les objectifs du Plan d'action du programme de pays (CPAP) de l'UNICEF étaient :

- la réduction de la mortalité des enfants âgés de moins de 5 ans ;
- la lutte contre la malnutrition des enfants ;
- l'amélioration de la scolarisation surtout pour les filles ;
- la prévention de la négligence, de la maltraitance et de l'exploitation des enfants ainsi que de la violence à leur égard.

Il a combiné une dimension stratégique fondée sur le plaidoyer, le dialogue sur les politiques, le développement de partenariat stratégique et une dimension opérationnelle orientée vers l'appui à la mise en œuvre des politiques et programmes nationaux de développement à travers un paquet d'interventions visant à élargir l'accès des femmes et des enfants, particulièrement les plus défavorisés, aux services essentiels.

### Objectifs de l'évaluation

Le présent exercice d'évaluation fait suite à une revue à mi-parcours et vise deux objectifs complémentaires : réaliser une analyse de la performance du programme selon des critères définis dans les termes de référence et définir à partir des conclusions de l'évaluation les orientations stratégiques du programme en préparation. L'évaluation des programmes est une priorité pour l'UNICEF, elle s'inscrit comme une étape essentielle dans un cycle de programmation. Intervenant à la fin du cycle, l'évaluation des stratégies du programme selon une approche basée sur l'équité couvre l'ensemble des interventions de l'UNICEF au Niger.

### Méthodologie

Les critères d'évaluation des stratégies du programme de coopération sont de trois ordres :

- L'efficacité;
- L'impact des stratégies à base communautaire ;
- La durabilité des acquis.

La perspective d'équité ajoute une dimension importante à l'analyse des informations produites par la collecte; elle oblige l'évaluateur à pondérer les constats de résultats et d'impacts selon leurs effets positifs ou potentiellement négatifs sur les enfants les plus défavorisés.

L'exercice d'évaluation a exigé la mobilisation de ressources nationales et internationales. Des équipes de consultants nationaux ont pris en charge la production des données quantitatives (Institut national de statistiques) et des données qualitatives (Cabinet BOA-Environnement). Le consultant international a assuré une collecte préliminaire, la coordination technique de l'exercice et la rédaction du rapport d'évaluation. Les sources de données privilégiées pour l'évaluation sont :

- Les données quantitatives de l'enquête EDSN-MICS (2006 et 2012) et quelques données de routine notamment ;

- Des données qualitatives portant sur : les opinions des gestionnaires du programme de coopération de l'UNICEF au Niger, les perceptions des communautés bénéficiaires et des prestataires de services sur les réalisations du programme, les histoires de vie des populations bénéficiaires du programme et les observations;
- Une revue documentaire.

## Principaux résultats attendus

Selon le CPAP, des interventions du programme UNICEF au Niger devraient contribuer à trois principaux résultats :

- L'élargissement de l'offre de services d'éducation, de santé, de nutrition et de protection de l'enfant au niveau décentralisé;
- L'amélioration de la prévention et de la prise en charge communautaire des maladies, de la malnutrition, de l'éducation et de la protection des enfants;
- La gestion participative et le suivi communautaire de ces initiatives avec l'implication effective des communautés bénéficiaires aux différentes étapes du processus.

Les interventions de l'UNICEF, dans le domaine de l'éducation, visaient à (1) réduire les disparités d'accès à l'école et (2) améliorer la qualité de l'enseignement.

Les interventions souvent indirectes de l'UNICEF dans le secteur eau et assainissement ont été inspirées par l'approche dite « Assainissement total piloté par les communautés ». Le ciblage devait permettre la mobilisation des communautés pour la réalisation de latrines de même qu'un effet d'émulation au sein des zones.

Les efforts dans le domaine de la promotion des droits et de la protection de l'enfant ont porté sur des secteurs comme l'état-civil et la mobilisation des structures de l'État autour de la thématique de la protection. Dans ce secteur, les interventions de l'UNICEF ont été orientées vers les responsables des services d'état-civil. Ces interventions ont été focalisées sur la formation des agents chargés de l'enregistrement des naissances au niveau des centres de déclaration.

## Les constats

### Évolution des indicateurs d'accès aux services sociaux de base et de changements de comportements

*Survie de l'enfant:* une baisse importante de la mortalité des enfants âgés de moins de cinq ans avec des performances dans la zone d'intervention légèrement supérieures à celles réalisées au niveau national (-0,6% annuel). Le taux moyen annuel de baisse de la mortalité infanto-juvénile varie de 6,6% dans la zone d'intervention à 6% au niveau national. De plus ils illustrent la réduction de la mortalité néonatale, secteur de la mortalité des enfants où les progrès réalisés ont été plus significatifs.

*Santé maternelle:* Dans la zone d'intervention du programme, le pourcentage de femmes enceintes ayant recours aux consultations prénatales a quasiment doublé en passant de 41% à 80% entre 2006 et 2012. Le pourcentage de femmes enceintes immunisées contre le tétanos a plus que triplé variant de 21% en 2006 à 69% en 2012. Par contre, les zones d'intervention sont restées en retrait quelque peu (-5% par rapport aux résultats nationaux) pour les accouchements assistés en 2012.

*Santé de l'enfant:* L'allaitement maternel exclusif peut à juste titre être cité en exemple d'un changement de comportement : dans les zones d'intervention les taux se sont accrus de 7% en 2006 à 26% en 2012, se comparant avantageusement à l'évolution moins marquée de l'ensemble du pays

(de 14% à 23%). Les progrès en matière d'immunisation des enfants contre les principales maladies tueuses se sont matérialisés par un doublement du pourcentage d'enfants complètement vaccinés dans la zone d'intervention du programme entre 2006 et 2012 et une réduction des écarts entre les taux de vaccination au niveau national et dans la zone d'intervention de moitié. L'évolution des taux de vaccination dans la zone d'intervention est notablement positive mais sans qu'il se soit produit d'écarts marqués entre ces zones et le niveau national.

*Éducation:* L'intervention du programme UNICEF semble avoir porté des fruits entre 2006 et 2013 dans le secteur de l'éducation du moins dans la majorité des départements non affectés par l'insécurité<sup>1</sup>. Entre 2006 et 2012 par département montre la majorité des départements ciblés ont connu une tendance à la hausse du pourcentage d'enfant admis au primaire. Il en est de même des taux nets de scolarisation primaire mais sans que les régions d'intervention se démarquent du niveau national. Les indices de parité de genre se sont améliorés au primaire avec l'arrivée de cohortes plus nombreuse de filles, par contre dans les régions d'intervention la baisse de ce ratio au secondaire est demeuré marqué mais s'est détérioré de 2006 à 2012.

*Protection de l'enfant et promotion des droits:* Dans le secteur d'intervention, le taux d'enregistrement des naissances parmi les enfants âgés de moins de cinq ans a en effet plus que doublé entre 2006 et 2012 dans la zone d'intervention du programme. Concernant l'excision, la croissance des dénonciations indique un changement de comportement qu'aucune statistique ne peut encore mesurer. La justice s'intéresse à des approches moins punitives envers les enfants. La formation des juges est un facteur de plus grande confiance des communautés dans le système judiciaire.

### **Constats sur l'efficacité des interventions**

Le ciblage et les stratégies à base communautaire et de protection sociale des enfants et des femmes en situation de vulnérabilité : des résultats positifs mais comparables aux résultats nationaux ont été atteints.

Le dispositif fonctionnel de gestion et de suivi communautaire mis en place fut un atout pour améliorer la gouvernance. L'existence de comités à base communautaire a constitué un atout indéniable pour la mise en œuvre des interventions de l'UNICEF.

Les obstacles à la mise en œuvre des stratégies à base communautaire et des initiatives de protection sociale des enfants et des femmes ont limité quelque peu les résultats. Spécifiques à chaque secteur, des goulots d'étranglement ont émergé pendant la durée du programme parmi ceux-ci l'évaluation a retenu:

- La perception qu'ont les communautés de la qualité des services et des prestataires de service
- L'existence des comités de gestion communautaire n'a pu empêcher l'émergence d'une structure hiérarchique des relations entre les soignant(e)s et les soigné(e)s
- Dans le secteur de la protection, l'instabilité des cadres en poste est considérée comme une contrainte à la mise en œuvre et à la maîtrise des activités en matière de protection des enfants.
- La contrainte majeure liée à la politique d'intervention de l'Unicef est le bénévolat. Le bénévolat cache bien souvent des attentes fortes de rémunération.

---

<sup>1</sup> La zone Nord du Niger et la région d'Agadez en particulier ont été frappées par un

- Les changements de premier ordre recherchés touchent à l'adoption de nouvelles pratiques sanitaires et la construction de latrines familiales. La contrainte majeure vient du modèle de latrine adopté à faible coût mais peu pérenne en saison de pluie.

Le plaidoyer et les dialogues sur les politiques ont abouti entre autres à l'institutionnalisation des gouvernements scolaires par arrêté n° 165/MEN/A/PLN/SG du 21 octobre 2011. Concernant les gouvernements scolaires, l'expérience a été initiée par Plan Niger à Dosso et à Tillabéri.

### **Constats dans l'analyse des impacts**

Le ciblage des interventions a contribué à la réduction des disparités socio-économiques et de genre et à l'amélioration de l'utilisation adéquate des services par les populations défavorisées pour la réalisation des droits de l'enfant à la survie et au développement, à l'éducation et à la protection.

Les initiatives de protection sociale des enfants et des femmes rendus vulnérables par l'insécurité alimentaire et nutritionnelle ont contribué à l'amélioration de la résilience des communautés bénéficiaires.

Les effets inattendus engendrés par les stratégies à base communautaire et de protection sociale des enfants et des femmes en situation de vulnérabilité au sein des communautés bénéficiaires:

- Éducation : Une demande croissante de création d'écoles
- Ciblage : dans le même secteur le ciblage a provoqué une montée des attentes qui ne pourront jamais être satisfaites.
- Initiatives de protection sociale : des tensions semblent avoir émergées au sein de certains ménages du fait des transferts sociaux monétaires aux femmes.

### **Constats sur la durabilité des interventions**

La mise en œuvre des stratégies à base communautaire et des initiatives de protection sociale des enfants et des femmes en situation de vulnérabilité a engendré une dynamique et des initiatives favorables à la pérennisation des acquis au niveau communautaire et dans les différents secteurs sociaux concernés.

Le positionnement des droits de l'enfant et de l'équité a connu un développement significatif dans les politiques publiques, les lois, les programmes nationaux et les budgets.

Les alliances et le partenariat stratégiques développés dans le cadre de la mise en œuvre du programme ont contribué à la consolidation et à la pérennisation des acquis en ce qui concerne la réalisation des droits des enfants et des femmes les plus défavorisés

## **Leçons**

Les partenariats triangulaires (UNICEF, État et ONG) dans les domaines de la nutrition et de la promotion des droits des enfants offrent des leçons sur leurs bienfaits pour les prestataires de service mais surtout pour les bénéficiaires. Ces coordinations réussies facilitent la mise en synergie des acteurs pour la mise en œuvre des interventions, le développement des capacités, la responsabilisation des communautés et une probabilité plus grande de transfert de compétences.

Ces partenariats triangulaires comportent des défis importants à surmonter. Il est toujours souhaitable de développer des modalités de coordination basées sur l'intégration permettant à chaque partie intéressée d'atteindre ses objectifs en harmonie avec les priorités des sociétés bénéficiaires.

La mesure de la réussite des uns ou des autres devra toujours être faite à travers les changements qu'apportent les interventions.

La mise en réseau des différents partenaires impliqués dans la prise en charge des droits des enfants est un moyen d'améliorer la remontée de l'information et la qualité de la prise en charge des cas.

Les services techniques jouent un rôle essentiel dans le dispositif de mise en œuvre des interventions. Leur implication dans la mise en œuvre du programme accélère l'appropriation des interventions pour ensuite amener de promptes résolutions de problèmes. Finalement, l'implication des services techniques de l'État constitue en soi une réelle source de durabilité des interventions.

L'engagement et la participation des acteurs communautaires est un garant de succès de par le potentiel de mobilisation qu'ils apportent. La mobilisation en retour influence le changement de comportements et la diffusion des changements au sein de la communauté ciblée, tout en provoquant l'émulation au sein des villages voisins. Cela s'est traduit par l'émergence de « modèles » (villages certifiés et primés, femmes modèles, écoles-modèles, etc.) au sein des différentes composantes du programme.

Cette mobilisation des communautés pourrait lever l'hypothèque (et le malentendu) entourant l'utilisation du bénévolat. En tant que principe organisateur de nombreuses interventions de développement, le bénévolat est porteur de malentendus. Derrière le désintéressement apparent, il y a bien souvent des attentes implicites de rémunération.

Il ne suffit pas qu'un service soit disponible pour qu'il soit automatiquement utilisé par les populations. Si cette offre de services est une condition nécessaire, elle est loin d'être suffisante. Pour qu'un service soit véritablement utilisé, il faut, tout d'abord, qu'il réponde à un besoin bien identifié préalablement, et que les obstacles économiques, sociaux et culturels qui en déterminent l'accès soient levés.

Les contraintes qu'impose une pauvreté extrême rendent difficiles la participation des communautés au financement de l'offre de services dans les secteurs de l'éducation et la santé; pourtant le risque d'une dépendance nocive vis-à-vis de l'aide extérieure est réel et mérite d'être analysé. Il faut donc trouver des mécanismes favorisant les contributions de contrepartie en nature aux services offerts ou des transferts monétaires visant la constitution ou la reconstitution des capacités de production de revenus domestiques autonomes pour l'amélioration de la résilience des populations vulnérables.

## **Recommandations**

### **Recommandations visant une meilleure prise en charge des droits des plus défavorisés**

Que des recherches et plaidoyers soient engagés par l'Unicef et ses partenaires nationaux et internationaux afin d'étendre l'offre de services en matière de santé de la mère et de l'enfant.

Que les parties prenantes incluant UNICEF dotent les services en charge de la protection de l'enfant des ressources (humaines, financières et matérielles) adéquates.

Que l'UNICEF et ses partenaires nationaux déploient des outils de communication plus performants qui affineront les messages et les informations pertinentes aux populations vulnérables.

### **Recommandations visant la réduction des goulots d'étranglement**

Qu'UNICEF et ses partenaires mettent en œuvre des stratégies dans le secteur de la santé afin de réduire les obstacles à l'accès à des soins de qualité qui limitent les relations inégalitaires entre soignant(e)s et soigné(e)s.

Que des efforts particuliers soient investis dans la concertation et la collaboration entre UNICEF et ses partenaires afin de lever les équivoques pour mieux tirer les leçons des succès et des échecs.

Qu'un processus de révision de l'ATPC soit engagé afin de mieux rencontrer la demande croissante d'installations sanitaires permanentes.

Que la scolarisation des enfants des groupes vulnérables et tout particulièrement les filles fasse l'objet de concertation au niveau central et régional afin de lever les derniers obstacles à une entrée dans le système scolaire et à une transition du primaire au secondaire.

# 1. L'évaluation : approche, méthodologie et questions

## 1.1. Contexte de l'évaluation, justification et objectifs

L'actuel programme de coopération entre la République du Niger et l'UNICEF couvre la période 2009 à 2013. Le présent exercice d'évaluation fait suite à une revue à mi-parcours<sup>2</sup> et vise deux objectifs complémentaires : réaliser une analyse de la performance du programme selon des critères définis dans les termes de référence<sup>3</sup> et dégager sur cette base des orientations du programme en préparation. L'évaluation des programmes nationaux est une priorité d'UNICEF, elle s'inscrit comme une étape essentielle dans un cycle de programmation. Cette évaluation selon une approche basée sur l'équité vise à rendre compte des résultats et impacts du programme de coopération entre le gouvernement du Niger et l'UNICEF pour la période 2009-2013. Elle couvre l'ensemble des interventions de l'organisation au Niger. Se conformant aux principes de l'évaluation selon une approche basée sur l'équité<sup>4</sup> et des normes de qualité requises par l'UNICEF en matière d'évaluation<sup>5</sup>, elle s'est penchée sur les stratégies de mise en œuvre du programme. Le processus d'évaluation a été conduit de manière à contribuer au renforcement des capacités nationales en matière d'évaluation.

## 1.2. Critères de l'évaluation et questions principales

Les termes de référence (Annexe 1) ont souligné les divers éléments de cette évaluation. Les critères d'évaluation de l'exercice sont de trois ordres :

- L'efficacité;
- L'impact des stratégies à base communautaire ;
- La durabilité des acquis.

La perspective d'équité (section 3.1) ajoute une dimension importante à l'analyse des informations produites par la collecte; elle oblige l'évaluateur à pondérer les constats de résultats et d'impacts selon leur degré d'effets positifs, ou potentiellement négatifs, sur les enfants les plus défavorisés<sup>6</sup>. L'analyse remet ensuite en perspective ces informations pour en dégager des constats pertinents sur les mesures d'élargissement de l'accès aux services sociaux de base, sur l'identification des barrières et goulots d'étranglement à l'accès et à l'utilisation de ces services, et finalement sur la consolidation de la demande des services dans une perspective complémentaire de droits humains. L'analyse de la situation de l'enfant et de la femme (ANSITEF) a fourni des analyses supplémentaires à cet effet.

Les questions principales d'évaluation spécifiées dans les termes de référence ont orienté la structure de ce rapport d'évaluation (section 4) malgré les limites inhérentes à l'organisation de la collecte (section 3.3) :

### 1. Efficacité :

- En quoi le ciblage des interventions, les stratégies à base communautaire et de protection sociale ont-elles contribué à la réduction des obstacles à l'accès des enfants et des femmes aux services sociaux de base de qualité, à l'amorce d'une dynamique

---

<sup>2</sup> . UNICEF et République du Niger. 2011. Rapport de la revue à mi-parcours du programme de coopération Niger-UNICEF 2009-2013. Niamey: UNICEF.

<sup>3</sup> . UNICEF Niger. 2012. Termes de référence. Évaluation des stratégies du programme de coopération selon une approche basée sur l'équité. Niamey: UNICEF. Voir Annexe 1.

<sup>4</sup> . Bamberger, M. et Segone, M. 2012. Comment concevoir et gérer des évaluations axées sur l'équité. New York: Unicef. Voir section 1.3.

<sup>5</sup> . UNICEF. Bureau régional de l'UNICEF pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre. 2009. Guide. Normes de qualité du rapport d'évaluation. Dakar: UNICEF.

<sup>6</sup> . Bamberger et Segone, op. cit.: « Cela signifie que les interventions pro-équité devraient privilégier les groupes les plus défavorisés en vue de la réalisation des droits universels de tous les enfants. » p. 3.

de changement de comportements et à l'élargissement de l'accès des enfants et des femmes aux services?

- Le dispositif de gestion et de suivi communautaire a-t-il été fonctionnel?
- Quels sont les principaux obstacles à la mise en œuvre des diverses stratégies?
- Le plaidoyer, le dialogue sur les politiques et le partenariat stratégique ont-ils contribué à un meilleur positionnement des droits de l'enfant et la création d'un environnement favorable au passage à l'échelle des interventions réussies?

2. Impact :

- Le ciblage des interventions du programme et les stratégies à base communautaire ont-ils contribué à la réduction des disparités socio-économiques et de genre, à l'amélioration de l'utilisation adéquate des services et la réalisation des droits de l'enfant?
- Les initiatives de protection sociale des enfants et des femmes ont-elles contribué à l'amélioration de la résilience des communautés bénéficiaires? et ? Quels sont les effets inattendus?

3. Durabilité :

- La mise en œuvre des stratégies à base communautaire et des initiatives de protection sociale a-t-elle engendré une dynamique et des initiatives favorables à la pérennisation?
- En quoi cela a-t-il affecté le positionnement des droits de l'enfant et de l'équité?
- Les alliances et le partenariat stratégiques ont-ils contribué à la consolidation et à la pérennisation des acquis?

## 2. Profil du programme UNICEF-Niger

### 2.1. Description sommaire du programme UNICEF Niger

Population d'un pays enclavé ayant des taux très élevés de pauvreté et de vulnérabilité surtout en milieu rural et une croissance démographique rapide, les communautés du Niger souffrent d'un accès insuffisant aux services sociaux de base. Les stratégies à base communautaire ont constitué l'approche privilégiée. Les objectifs du Plan d'action du programme de pays (CPAP) de l'UNICEF étaient :

- la réduction de la mortalité des enfants âgés de moins de 5 ans ;
- la lutte contre la malnutrition des enfants ;
- l'amélioration de la scolarisation surtout pour les filles ;
- la prévention de la négligence, de la maltraitance et de l'exploitation des enfants ainsi que de la violence à leur égard.

Le programme de coopération a combiné une dimension *stratégique* fondée sur le plaidoyer, le dialogue sur les politiques et le développement de partenariat stratégique et une dimension *opérationnelle* orientée vers l'appui à la mise en œuvre des politiques et programmes nationaux de développement à travers un paquet d'interventions visant à élargir l'accès des femmes et des enfants, particulièrement les plus défavorisés, aux services essentiels.

Les stratégies à base communautaire ont concerné:

- la santé de la mère et de l'enfant;
- la prévention et la prise en charge de la malnutrition;
- l'assainissement total piloté par les communautés;
- l'éducation;
- la protection de l'enfant ;
- la promotion des pratiques familiales essentielles (PFE).

Le programme de coopération a ciblé en priorité les localités suivantes :

- la commune urbaine d'Agadez;
- la commune de Tchirozérine de la région d'Agadez;
- les communes de Madarounfa, Aguié, Mayahi et Tessaoua de la région de Maradi;
- les communes de Mirriah, Magaria, Matameye et Tanout de la région de Zinder;
- les communes d'Abalak et de Tchintabaraden de la région de Tahoua.

À noter que les interventions en faveur de la santé de la mère et de l'enfant se sont inscrites dans une politique nationale visant tout le territoire du Niger.

## 2.2. Composantes, objectifs, résultats attendus du CPAP

Les composantes du programme apparaissent dans le schéma 1 ci-dessous. Elles sont alignées sur les priorités nationales et contribuent aux effets attendus du Plan Cadre des Nations Unies pour le Développement au Niger (PNUAD)<sup>7</sup>.

Le programme pays devait contribuer à :

- la réduction du taux de mortalité des moins de 5 ans à 113 pour 1000 et la mortalité maternelle à 490 par 100 000 naissances;
- la réduction de la prévalence de l'insuffisance pondérale de 25% et la réduction de la prévalence de la malnutrition aigüe d'environ 30% du niveau atteint en 2007 suivant en cela les objectifs nationaux;
- l'éradication de la polio;
- l'accès à des points d'eau améliorés accrus de 64%
- l'inscription de 100% des enfants (garçons et filles) en première année du primaire;
- l'atteinte de la sixième année du primaire pour 79% des enfants de 12 ans, et 70% pour les filles;
- la prévalence du HIVVIH-SIDA chez les jeunes plafonnée au niveau actuelle de 0,4%;
- la réduction de la transmission de la mère à l'enfant du HIV de 30%;
- l'âge moyen au mariage des filles accru à 18 ans;
- la déclaration des naissances accrue à 50%.

La matrice des résultats offre un tableau plus complet en dénombrant les résultats très spécifiques de chaque secteur.

En somme de ces interventions devraient découler trois principaux résultats :

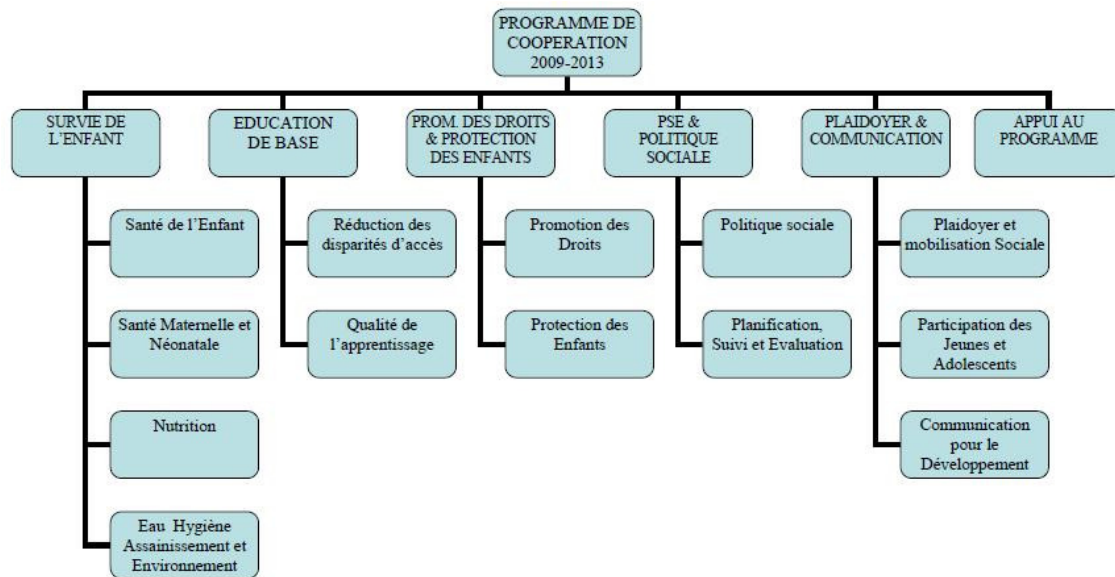
- L'élargissement de l'offre de services d'éducation, de santé, de nutrition et de protection de l'enfant au niveau décentralisé;
- L'amélioration de la prévention et de la prise en charge communautaire des maladies, de la malnutrition, de l'éducation et de la protection des enfants;
- La gestion participative et le suivi communautaire de ces initiatives avec l'implication effective des communautés bénéficiaires aux différentes étapes du processus.

Les recommandations de la Revue mi-parcours (Annexe 4) visaient à affiner ces composantes et améliorer les performances du CPAP.

---

<sup>7</sup>. Gouvernement de la République du Niger et Programme des Nations Unies pour le Développement. 2008. Niger. Plan d'actions du Programme de Pays. 2009-2013. Niamey: PNUD; Système des Nations Unies. 2008. Système des Nations Unies au Niger. Plan cadre des Nations Unies pour l'aide au développement. UNDAF 2009-2013. Niamey: ONU.

Schéma 1 : La structure du CPAP



### 3. Méthodes et limites de l'évaluation

#### 3.1. Approche évaluative : évaluation selon l'équité

Le récent manuel<sup>8</sup> publié par UNICEF a largement inspiré la rédaction des termes de référence et la mise en œuvre de la méthodologie (section 3.2). Cette section vise à en faire ressortir les grandes lignes aux fins de contextualisation des prémisses de l'exercice.

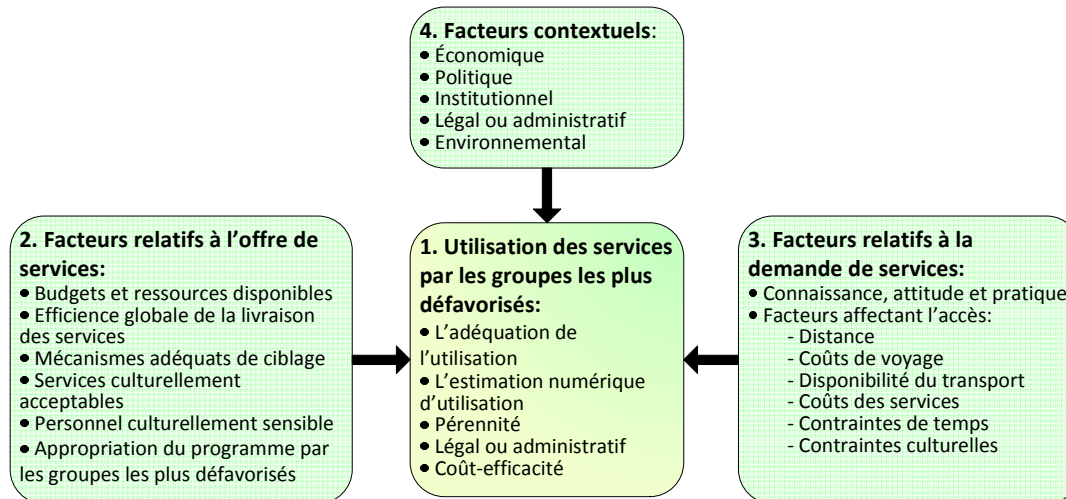
Aux yeux des auteurs, une évaluation selon une approche basée sur l'équité<sup>9</sup>, comme les autres modèles d'évaluation, doit se fonder sur des preuves fournies par des approches robustes et fiables; les constats validés sont réinvestis dans les processus décisionnels au niveau de la programmation et des énoncés de politiques nationales le système de suivi-évaluation s'approprie l'ensemble des informations produites.

L'évaluation selon l'équité si elle ressemble à bien des égards aux autres formes, introduit néanmoins des raffinements et surtout accentue la focalisation de l'analyse sur des segments précis des bénéficiaires pour s'assurer de leur intégration dans la couverture planifiée du programme-pays. Il faut donc qu'à toutes les étapes cruciales du processus de planification et de mise en œuvre d'une évaluation de programme (Schéma 2), la prise en compte de l'équité (ou son absence) soit identifiée, intégrée (dans les termes de référence et des questions d'évaluation par exemple), analysée, pour finalement relever au niveau des conclusions des constats positifs ou négatifs sur le niveau de prise en compte de l'équité et proposer sur cette base des recommandations pour affiner les stratégies de mise en œuvre et alimenter le plaidoyer en conséquence.

<sup>8</sup>. Bamberger et Segone, op. cit. voir section 2.3, p. 11-16. Le schéma 2 en page suivante se trouve dans la version anglaise du manuel, How to design and manage. Equity-focused evaluations, p. 48. Il ne figure pas dans la version française.

<sup>9</sup>. Pour l'UNICEF, « l'équité signifie que tous les enfants ont la possibilité de survivre, de se développer et d'atteindre leur plein potentiel, sans discrimination, partialité ou favoritisme » in UNICEF (2010). Re-focusing on Equity : Questions and Answers.

## Schéma 2 : Le cadre d'analyse des goulots d'étranglement de l'offre et la demande des services aux groupes les plus défavorisés



### 3.2. Mise en œuvre de l'évaluation

L'exercice d'évaluation a exigé la mobilisation de ressources nationales et internationales. Des équipes de consultants nationaux ont pris en charge la production des données quantitatives (Institut national de statistiques) et des données qualitatives (Cabinet BOA-Environnement). Le consultant international a conduit des entretiens préliminaires avec les gestionnaires de programme, assuré la coordination de l'exercice, l'assistance technique aux différentes étapes du processus et la rédaction du rapport d'évaluation. De plus ces trois expertises externes ont pu bénéficier de l'appui des gestionnaires et techniciens d'UNICEF-Niger.

Les sources privilégiées dans les termes de référence sont :

- Les données quantitatives de l'enquête EDSN-MICS (2006 et 2012) et les données de routine notamment dans le secteur de l'éducation (annuaires statistiques publiées par le Ministère de l'Éducation Nationale) pour apprécier les performances réalisées dans la mise en œuvre du programme. Les données de l'enquête EDSN-MICS<sup>10</sup> (2006) ont été considérées comme les données de base pour le programme de coopération ;
- Des données qualitatives portant sur : les opinions des gestionnaires de programme du bureau de l'UNICEF, les perceptions des communautés bénéficiaires et des prestataires de services sur les réalisations du programme, les histoires de vie des populations bénéficiaires du programme et les observations pour : (i) identifier et analyser les goulots d'étranglement à l'utilisation des services sociaux de base et les obstacles au changement de comportements en faveur de la survie et du développement de l'enfant et (ii) analyser le fonctionnement des dispositifs communautaires mis en place pour accompagner la mise en œuvre des interventions du programme. Les données qualitatives ont été utilisées pour comprendre les logiques sous-tendant les comportements des communautés bénéficiaires d'une part et iden-

<sup>10</sup> . République du Niger. 2007. Enquête démographique et de la santé et à indicateurs multiples 2006. Niamey et Calverton: Macro International et INS. Au moment de rédiger ce rapport d'évaluation, l'enquête 2012 n'avait pas encore été rendue publique dans sa totalité mais avait néanmoins fait l'objet d'un rapport préliminaire et du traitement des données des zones ciblées, faites à la demande d'UNICEF-Niger. Tous les graphiques comparant ces deux enquêtes sont donc le fruit de cette mise en perspective préliminaire.

tifier et analyser les goulots d'étranglement à l'utilisation des services sociaux de base de qualité par les plus défavorisés;

- Une revue documentaire portant entre autres sur le document de plan d'action pour la mise en œuvre du programme, le rapport de revue à mi-parcours et les rapports d'études et d'évaluation sur les pratiques familiales essentielles, le cash transfert, la prise en charge communautaire du nouveau-né, la distribution des fournitures scolaires, les besoins en soins obstétricaux et néonataux d'urgence et les Services Éducatifs et Juridiques Publics (SEJUP) a été réalisée.

La collecte des informations qualitatives a été l'œuvre complémentaire du consultant international pour les gestionnaires de programme (août 2012) et le bureau d'étude BOA-Environnement qui a mobilisé des consultants et enquêteurs pour une collecte en septembre 2012 et une en janvier 2013. L'annexe 2 (sections A et B) reproduit tous les instruments de collecte de données développés par les consultants.

Les entretiens avec les gestionnaires et experts sectoriels dans le bureau UNICEF ont été réalisés en utilisant des versions légères des questionnaires en Annexe 2 (section A). Les enquêtes de terrain ont été réalisées avec des outils développés par les consultants nationaux (section B). Une présentation de fin de mission a été réalisée avec des éléments de synthèse. Par ailleurs l'Annexe 3 offre les listes de personnes rencontrées lors des missions au bureau UNICEF et sur le terrain.

Les enquêtes sur le terrain de septembre et janvier ont privilégié les entretiens individuels (enregistrés et non enregistrés), des entretiens focalisés (focus-groups) et des observations. Les entretiens ont été réalisés à Niamey, au niveau des chefs-lieux de régions, de départements et des communes. Les villages/quartiers ont constitué le niveau « communautaire » de la collecte des données. Au total 103 entretiens individuels, 55 entretiens de groupe et 6 focus group ont été réalisés dans les communes de Sarkin Yama (région de Maradi), Dungass (région de Zinder) et Abalak (région de Tahoua). A ces villages, s'ajoutent deux sites urbains à savoir Bagalam (Maradi) et Kara-Kara (Zinder).

**Tableau 1 : Nombre et types d'entretiens réalisés par site**

	Niamey	Abalak	Madarounfa	Magaria	Total
Entretiens individuels	14	26	35	28	103
Entretiens de groupe	-	9	23	23	55
Focus groups	-	6	-	-	6
Total	14	41	58	51	

Le tableau 1 ci-dessus récapitule le nombre et les types d'entretiens réalisés sur l'ensemble des quatre sites d'enquête.

Les deux enquêtes démographiques et de santé et à indicateurs multiples (MICS) du Niger sont une source importante de statistiques sociales. Celle de 2006 considérée comme enquête de base pour le programme de coopération (2009-2013) peut donc être comparée aux résultats préliminaires de 2012. Les thèmes inclus dans l'ensemble de données soumises par l'Institut de Statistique (INS) couvrent tous les secteurs de la programmation UNICEF au Niger; elles ont servi de contexte et d'outil de validation. La liste des documents en annexe complète cet examen.

En aval de cet exercice, un comité de pilotage regroupant tous les ministères impliqués dans la mise en œuvre du programme présidé par le Ministère du Plan a été mis en place pour accompagner les différentes étapes du processus de préparation du nouveau programme y compris l'évaluation des stratégies du programme de coopération.

L'atelier de validation de février 2013 fut un des temps forts de la mise en œuvre de l'évaluation puisqu'il a regroupé toutes les parties prenantes pour examiner en toute transparence l'ensemble du processus d'évaluation et la version préliminaire du rapport

### 3.3. Défis de l'évaluation et limites

Au plan de l'approche qualitative quelques écueils ont surgi lors des missions terrain des consultants nationaux. L'instabilité des agents de l'État impliqués dans la mise en œuvre du programme, interlocuteurs privilégiés est apparue comme pouvant limiter la richesse des données collectées. Nombre d'entre eux ont une faible maîtrise du partenariat avec l'UNICEF. Cette collecte de données qualitatives s'est échelonnée sur plusieurs mois; dès lors des efforts de validation et d'harmonisation ont dû être investis pour dégager le portrait le plus fidèle. La région d'Agadez n'a pas fait l'objet d'une mission sur le terrain pour des raisons de sécurité.

L'approche mise en œuvre par les consultants locaux n'a couvert que bien imparfaitement les questions d'évaluation identifiées lors de la mission préliminaire et de la rédaction du plan de travail. Des ajustements ont été faits ainsi que des recours à des sources complémentaires aux fins de triangulation. En effet la disponibilité des données de l'EDSN-MICS (2012) et la capacité de les comparer avec celles de l'EDSN-MICS (2006) a facilité l'appréciation des performances du programme dans les zones de concentration des interventions (les douze départements). Le sur-échantillonnage commandité par l'UNICEF dans ces départements a permis de disposer d'informations statistiques représentatives à l'échelle des zones d'intervention du programme.

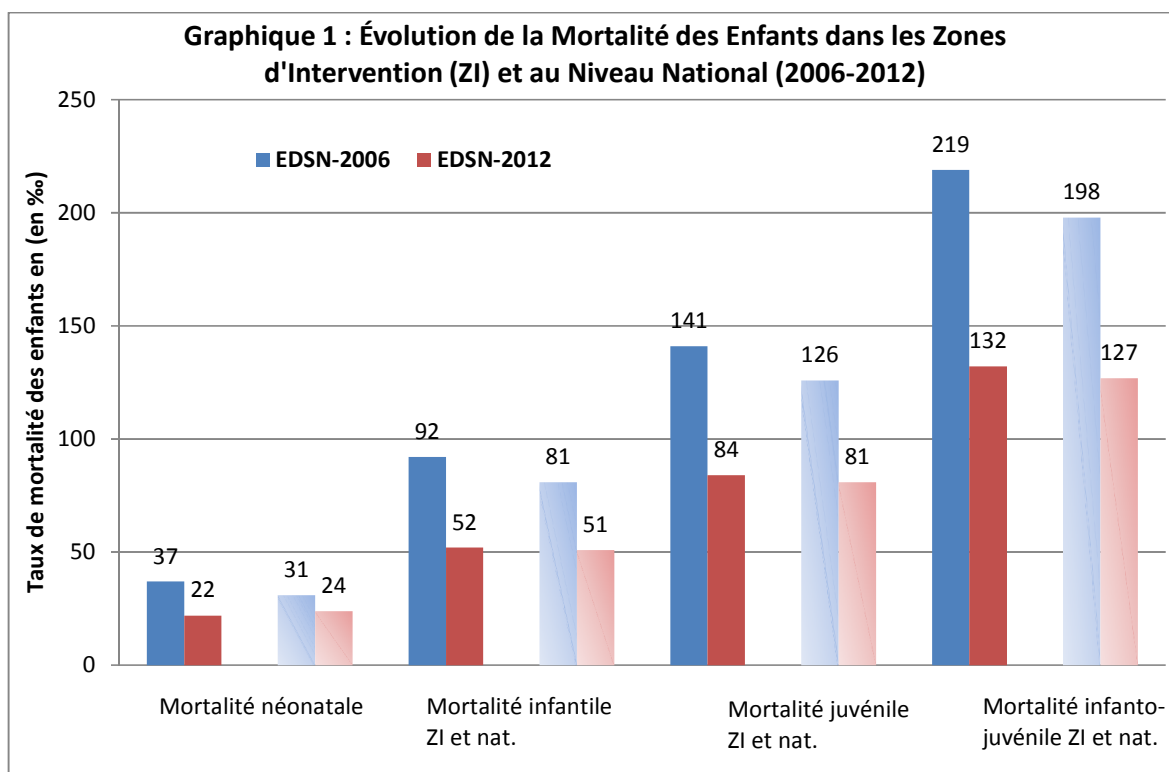
## 4. Constats principaux autour des critères et des questions

### 4.1. Évolution des indicateurs d'accès aux services sociaux de base et de changements de comportements.

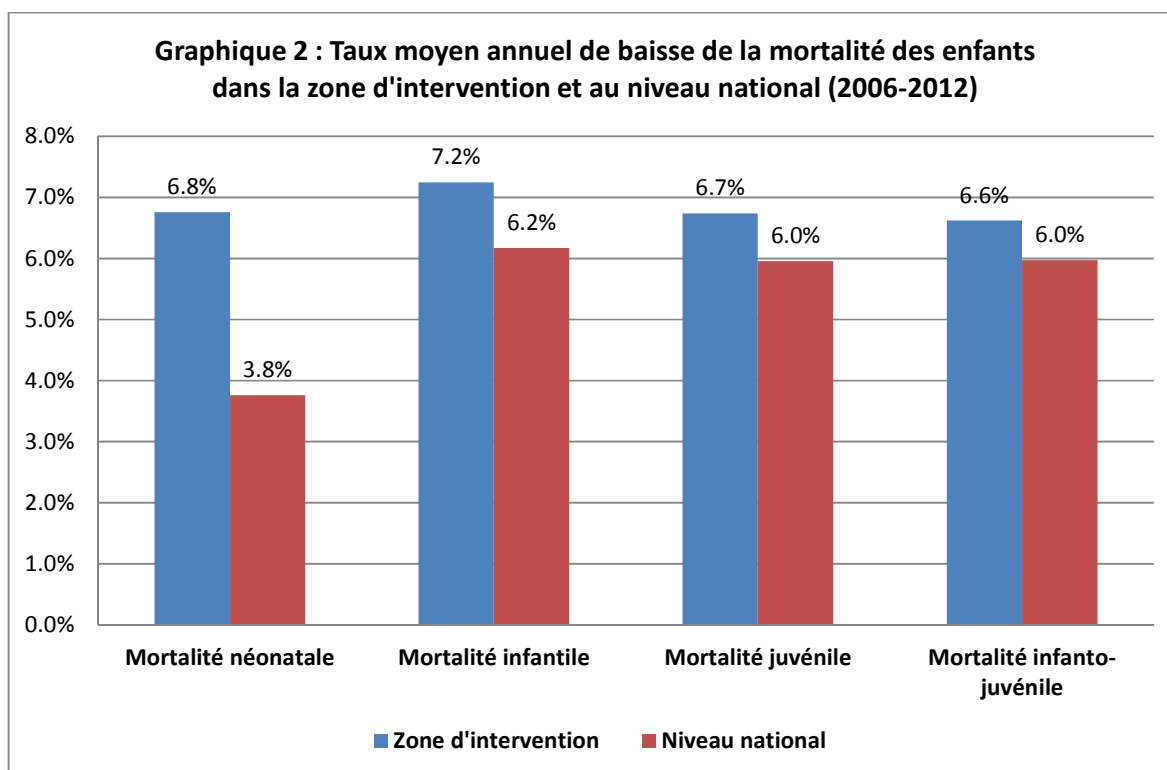
Le sur-échantillonnage des douze départements de la zone d'intervention du programme de coopération de l'UNICEF a rendu possible non seulement la planification ciblée des interventions, mais aussi facilité l'évaluation du programme à travers la comparaison des deux situations, pré- et post-intervention. Cette section introductive aux constats proprement dits vise à illustrer l'évolution des indicateurs fondamentaux dans les secteurs prioritaires du programme UNICEF-Niger.

#### 4.1.1. Survie de l'enfant

Les graphiques 1 et 2 illustrent une baisse importante de la mortalité des enfants âgés de moins de cinq ans avec des performances dans la zone d'intervention légèrement supérieures à celles réalisées au niveau national (-0,6% annuel). Le taux moyen annuel de baisse de la mortalité infantile varie de 6,6% dans la zone d'intervention à 6% au niveau national. De plus ils illustrent la réduction de la **mortalité néonatale**, secteur de la mortalité des enfants où les progrès réalisés ont été plus significatifs. Le taux annuel moyen de baisse de la mortalité néonatale est en effet près de deux fois plus élevé dans la zone d'intervention du programme qu'au niveau national.



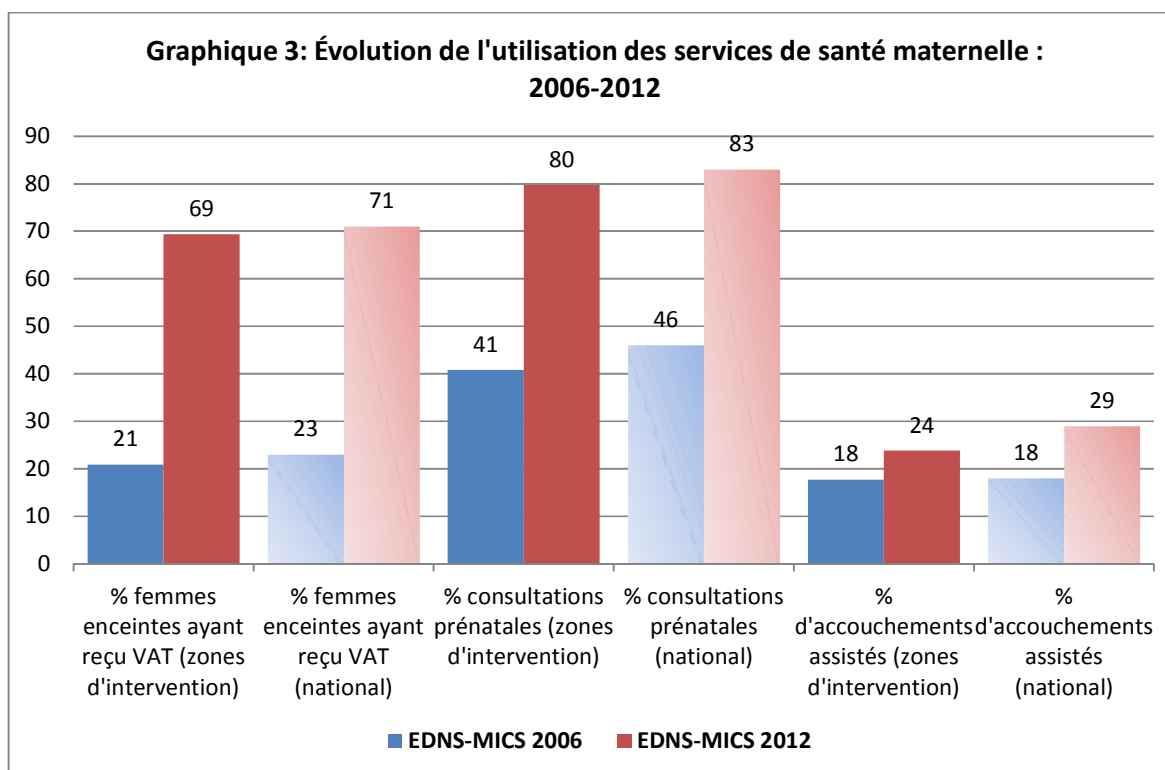
Il apparaît ainsi que les stratégies mises en œuvre dans le domaine de la survie de l'enfant, telles que l'amélioration de l'accessibilité des services de santé au niveau décentralisé à travers l'accroissement du réseau de centres de santé intégrés et de cases de santé et la gratuité des soins pour les enfants âgés de cinq ans et les femmes enceintes ainsi que la promotion des pratiques familiales essentielles, ont toutes non seulement contribué à l'amélioration de la survie de l'enfant mais également à la réduction des disparités entre le niveau national et la zone d'intervention. L'écart entre les taux de mortalité infanto-juvénile au niveau national et dans la zone d'intervention varie en effet de 21 pour mille en 2006 à 5 pour mille en 2012 soit une réduction des disparités de plus d'un quart.



#### 4.1.2. Santé maternelle

Au Niger entre 2006 et 2012, le recours et l'accès aux services de santé maternelle ont connu un développement remarquable que le graphique 3 met en lumière sans équivoque. Dans la zone d'intervention du programme, le pourcentage de femmes enceintes ayant recours aux consultations prénatales a quasiment doublé en passant de 41% à 80% entre 2006 et 2012.

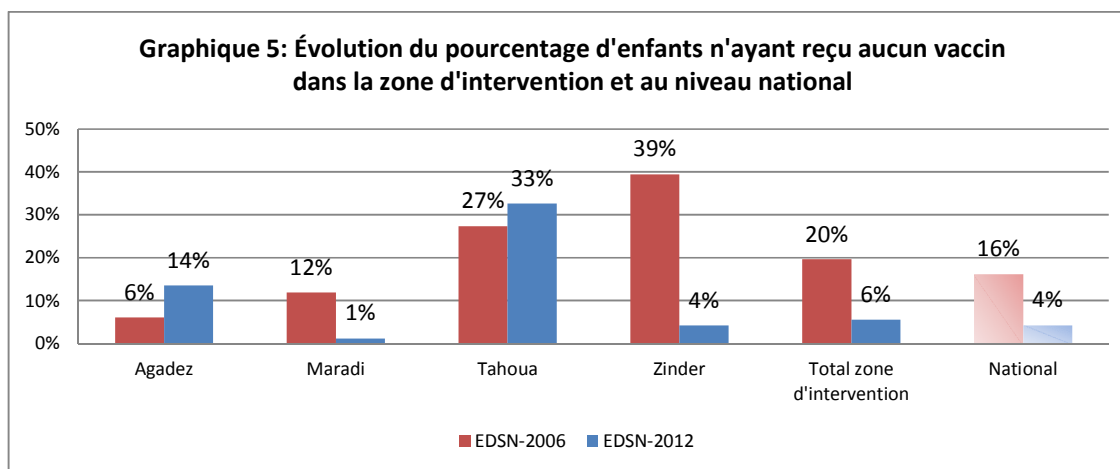
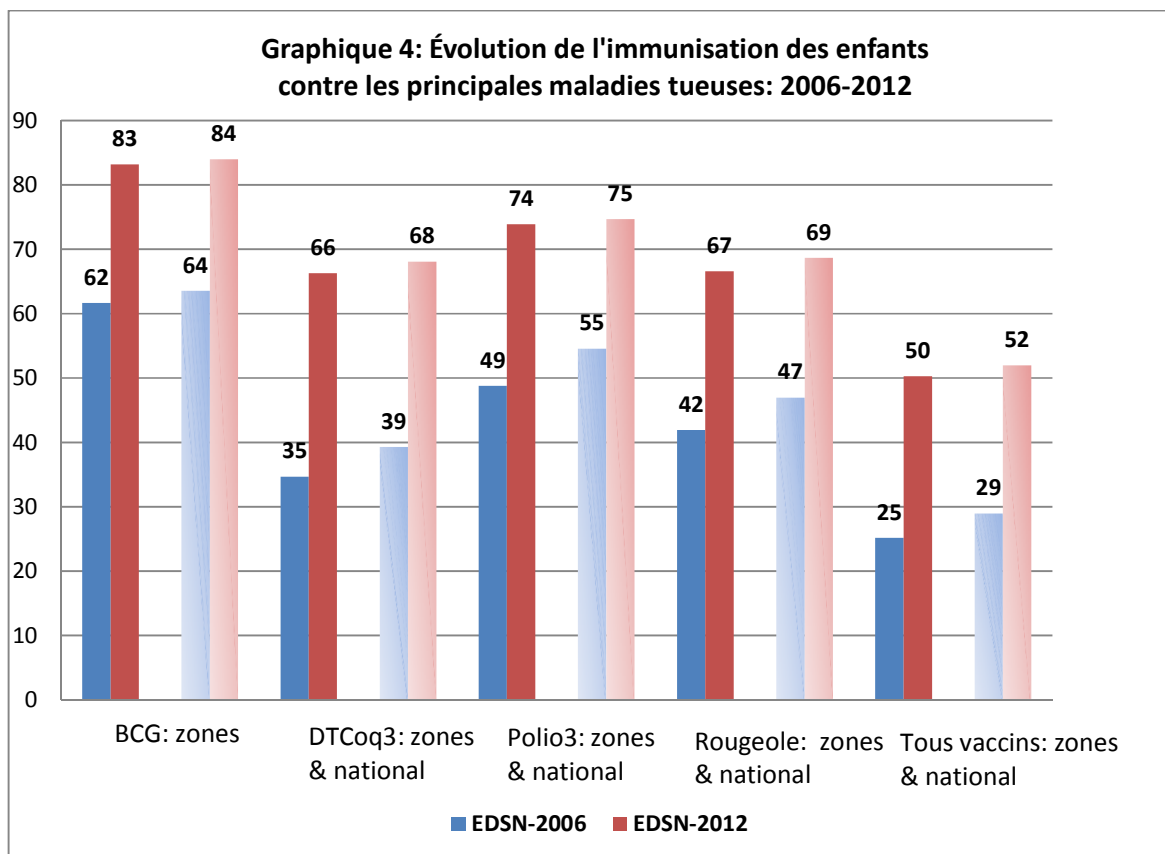
Cette forte tendance s'avère parallèle entre niveaux nationaux et niveaux des zones d'intervention sans différences marquées pour le recours au vaccin antitétanique (VAT) et les consultations prénatales. De fait donc des progrès substantiels ont été réalisés en matière de lutte contre le tétanos néonatal partout. Plus spécifiquement, dans la zone d'intervention du programme, le pourcentage de femmes enceintes immunisées contre le tétanos a plus que triplé variant de 21% en 2006 à 69% en 2012. Par contre, les zones d'intervention sont restées en retrait quelque peu (-5% par rapport aux résultats nationaux) pour les accouchements assistés en 2012.



### 4.1.3. Santé de l'enfant

L'allaitement maternel exclusif peut à juste titre être cité en exemple d'un changement de comportement : dans les zones d'intervention les taux passent de 7% en 2006 à 26% en 2012, se comparant avantageusement à l'évolution moins marquée dans l'ensemble du pays (de 14% à 23%).

Les progrès en matière d'immunisation des enfants contre les principales maladies tueuses se sont matérialisés par un doublement du pourcentage d'enfants complètement vaccinés dans la zone d'intervention du programme entre 2006 et 2012 et une réduction des écarts entre les taux de vaccination au niveau national et dans la zone d'intervention de moitié. L'évolution des taux de vaccination (Graphique 4) des zones d'intervention est notablement positive mais sans qu'il se soit produit d'écarts marqués entre ces zones et le niveau national.

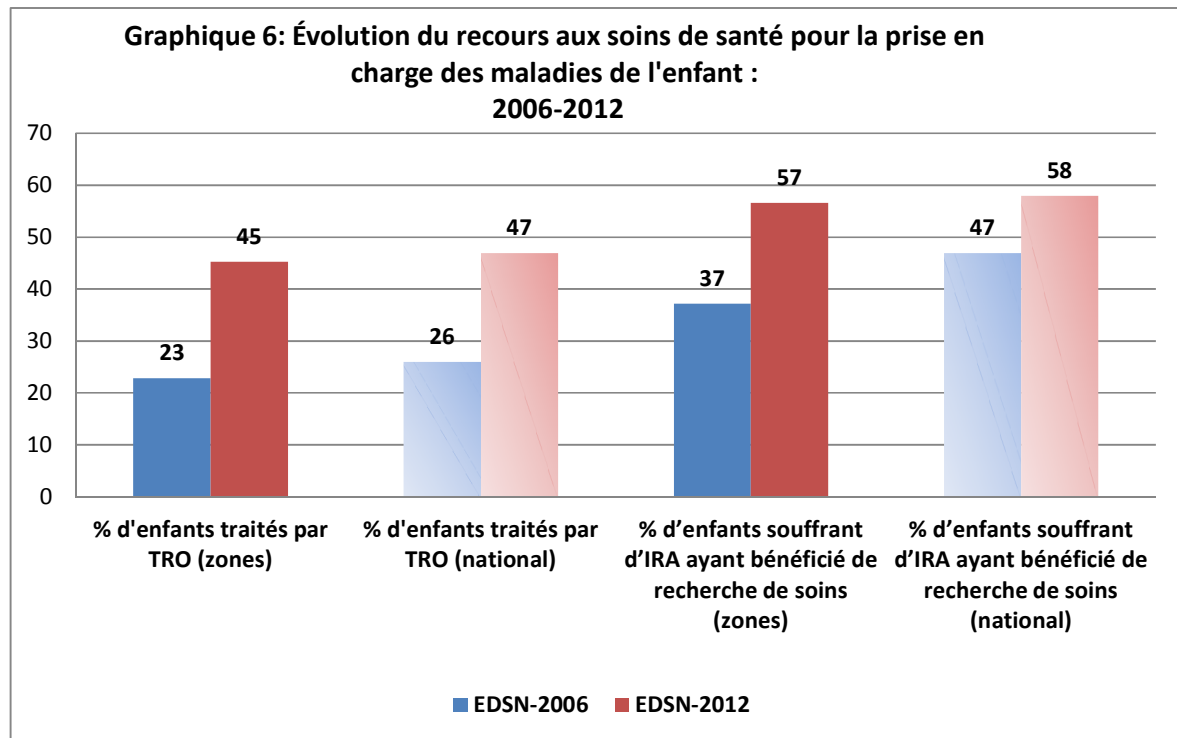


L'analyse des disparités régionales (Graphique 5) révèle des contre-performances à Tahoua et Agadez. À Agadez, le pourcentage d'enfants n'ayant reçu aucun vaccin y a plus que doublé. Évolution moins dramatique à Tahoua, mais les pourcentages indiquent des foyers de résistance importants puisque le tiers des enfants en 2012 n'a aucun vaccin. L'un de ces foyers se trouve à Tchirozérine où plus d'un enfant (37%) sur trois n'a reçu aucun vaccin. Les progrès réalisés ont été en revanche considérables au niveau de la zone d'intervention du programme dans les régions de Zinder et Maradi.

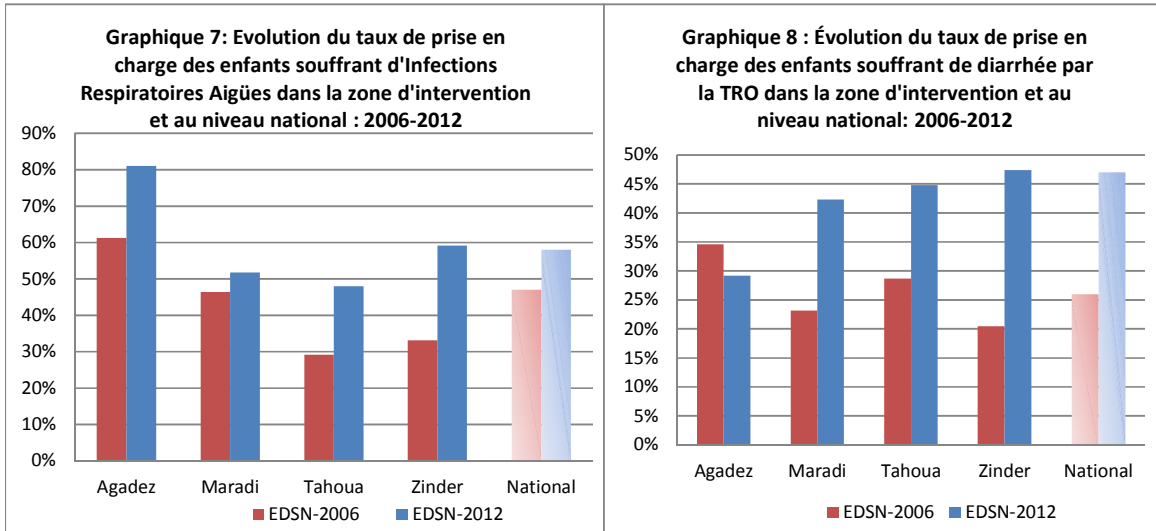
Si la comparaison est poussée entre les résultats des zones d'intervention dans leur ensemble et la moyenne nationale, il s'avère que les zones restent légèrement au-dessus du niveau national mais

ont connu une baisse significative de 70% du pourcentage d'enfants n'ayant reçu aucun vaccin, néanmoins inférieure à celle du Niger (75%).

Une amélioration du recours aux formations sanitaires pour la prise en charge de la morbidité des enfants a été constatée dans la zone d'intervention du programme (Graphique 6). Le pourcentage d'enfants souffrant d'infections respiratoires aiguës (IRA) ayant bénéficié de recherche de soins auprès des formations sanitaires varie de 37% en 2006 à 57% en 2012, soit un taux d'accroissement moyen annuel dans la zone d'intervention (9%) deux fois plus élevé que la moyenne nationale (4%). Les performances les plus faibles (Graphique 7) ont été enregistrées à Maradi du fait de la baisse du recours aux soins pour la prise en charge des IRA constatée à Madarounfa (72.5% en 2006 à 63.1% en 2012) et à Aguié (60.8% en 2006 à 50.5% en 2012).



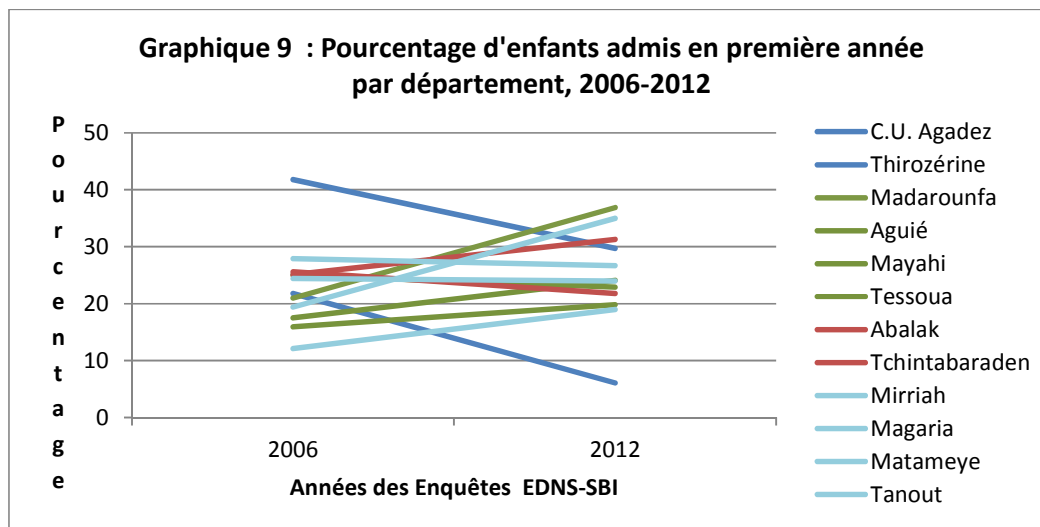
Le recours à la Thérapie de Réhydratation par voie Orale (TRO) pour la prise en charge de la diarrhée a par ailleurs quasiment doublé (Graphique 8) dans la zone d'intervention du programme (23% en 2006 et 45% en 2012).



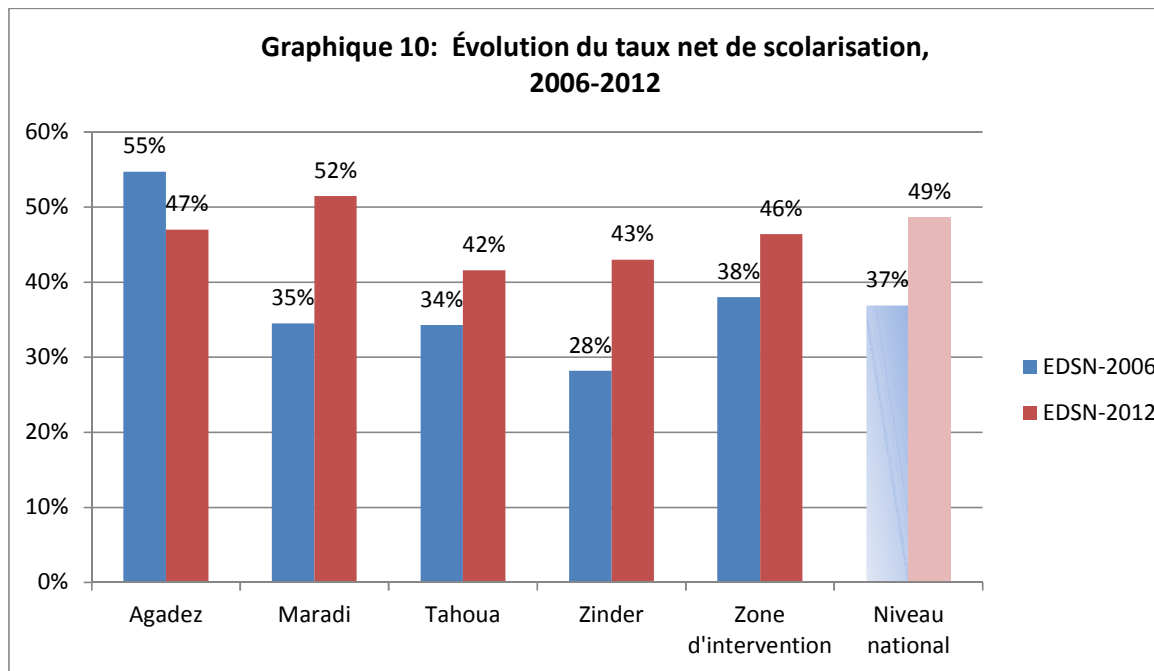
C'est à Maradi que les performances réalisées ont été les plus faibles. Cela est dû aux contre-performances relevées dans le département de Madarounfa où une baisse du recours à la TRO a été constatée. Le pourcentage d'enfants souffrant de diarrhée ayant bénéficié de TRO varie en effet de 43,4% en 2006 à 37,4% en 2012 à Madarounfa.

#### 4.1.4. Éducation

L'intervention du programme UNICEF semble avoir porté des fruits entre 2006 et 2013 dans le secteur de l'éducation. Il convient toutefois que les départements de la zone Nord (qui ont été affecté l'insécurité induite par la rébellion armée au cours de la mise en œuvre du programme ont enregistré de faibles performances voire des contre-performances dans le domaine de la scolarisation primaire.



Le graphique 10 confirme l'hypothèse d'une amélioration de l'accès à l'éducation dans la zone d'intervention du programme puisque les taux nets de scolarisation primaire<sup>11</sup> sont en hausse, là aussi partout sauf dans la région d'Agadez.



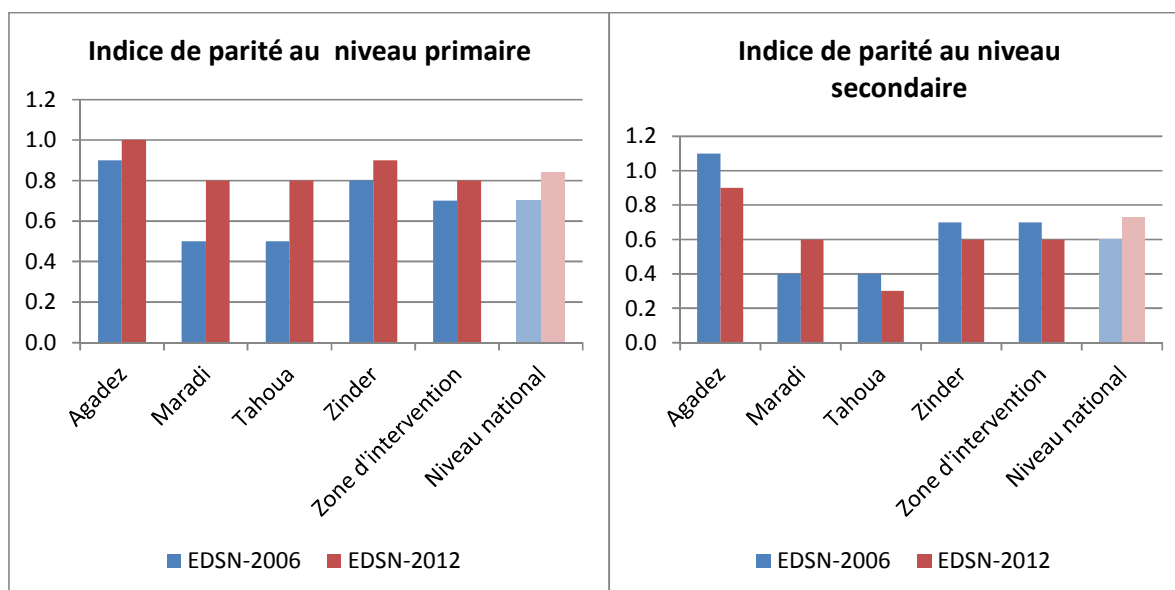
Les régions de Maradi et Zinder ont connu une forte hausse de ce taux tandis qu'à Tahoua la hausse a été plus modérée. Il faut néanmoins noter comme dans d'autres secteurs que cette hausse pour toute la zone d'intervention ne se démarque pas de la moyenne nationale au cours de la même période.

Les indices de parité de genre mesurent le ratio entre les taux de scolarisation filles/garçons<sup>12</sup>. Deux indicateurs sont très importants : l'évolution entre 2006 et 2012 afin de mieux saisir la tendance durant la période d'observation et d'intervention tout en continuant à examiner les relations entre la zone d'intervention et le niveau national, mais aussi l'évolution de ce ratio du primaire au secondaire. Une relative égalité apparaît et s'est même confirmée de 2006 à 2012 comme on peut le voir au graphique 11.

#### **Graphique 11: Évolution des indices de parité du genre, 2006-2012**

<sup>11</sup> . « Le taux net de scolarisation primaire est le pourcentage des enfants ayant l'âge officiel de scolarisation du niveau primaire qui fréquentent l'école primaire. Les enfants ayant l'âge de l'école primaire qui fréquentent actuellement l'école primaire sont inclus au numérateur. Tous les enfants ayant l'âge de l'école primaire sont inclus au dénominateur. » EDSN-SBI, 2006, p. 78.

<sup>12</sup> . Ratio des taux de scolarisation des filles et des garçons aux niveaux primaire et secondaire.

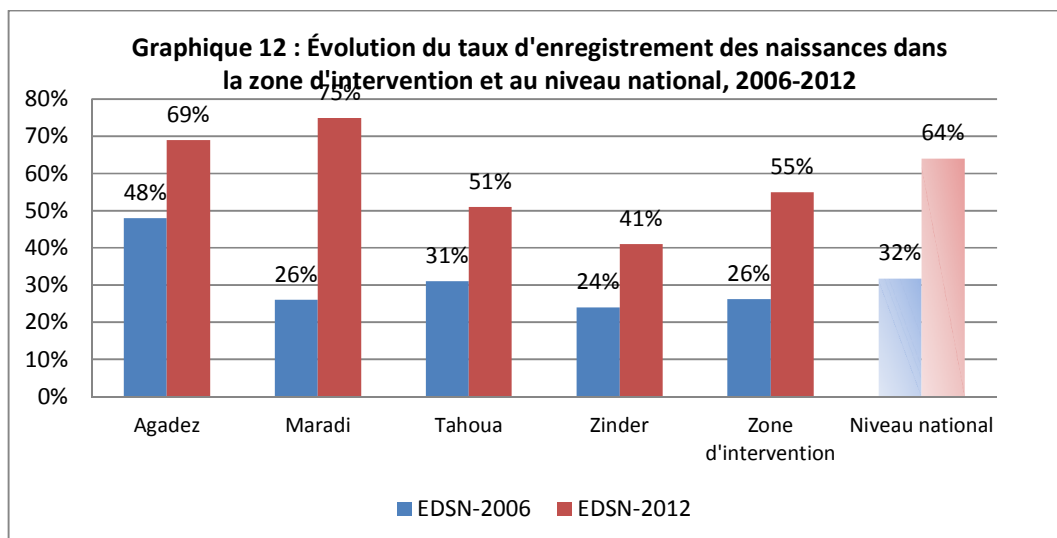


Il est évident que de 2006 à 2012 l'arrivée de cohortes plus nombreuses de filles au primaire a fait se rapprocher le ratio du niveau idéal de 1. Dans toute la zone d'intervention, avec des régions de grande amélioration (Maradi et Tahoua), le ratio s'est rapproché de l'idéal ; Agadez étant la seule à l'atteindre. Au niveau primaire la zone d'intervention a suivi la même tendance que le niveau national. Il n'en est pas de même du niveau secondaire. La zone d'intervention est à l'inverse du niveau national. Au niveau national le ratio s'améliore mais a décliné dans la zone d'intervention. Toutes les régions, sauf Maradi, ont subi des baisses du ratio.

Un dernier mot s'impose toutefois, les niveaux du ratio baissent beaucoup lorsque la jeune fille passe du primaire au secondaire. Pour ce secondaire, dans la zone d'intervention on ne peut que souligner la stagnation à des bas niveaux dans certaines régions (Maradi et Tahoua) et la détérioration dans la plupart entre 2006 et 2012.

#### 4.1.5. Protection de l'enfant et promotion des droits

Les efforts déployés pour l'amélioration du taux d'enregistrement des naissances ont été une des pièces centrales de l'intervention du programme en matière de protection des droits de l'enfant; les faits d'état civil ont fait l'objet de démarches auprès des Centres de santé intégrés (CSI), des imams et des matrones aboutissant à la création de comités ainsi 800 villages avaient leur comité. Ils ont permis d'enregistrer des résultats probants dans la zone d'intervention du programme, malgré encore là un décalage persistant par rapport aux résultats nationaux (Graphique 11). Dans le secteur d'intervention, le taux d'enregistrement des naissances parmi les enfants âgés de moins de cinq ans a en effet plus que doublé entre 2006 et 2012 dans la zone d'intervention du programme. Maradi apparaît comme la zone d'intervention du programme où des performances exceptionnelles ont été réalisées avec un taux d'enregistrement des naissances qui a presque triplé. En revanche les performances sont restées relativement faibles à Zinder, particulièrement dans les départements de Matameye et de Tanout où plus de deux tiers des naissances des enfants âgés de moins de cinq ans n'ont pas été enregistrées, ainsi qu'à Tahoua.



Outre l'amélioration de l'enregistrement des naissances, d'autres axes d'intervention dans le secteur ont été mis en œuvre :

- **Excision** : Dans les communautés pratiquant l'excision par exemple, une approche ciblée a encouragé les dénonciations et un seuil de tolérance pour ces pratiques moins grande. La croissance des dénonciations indique un changement de comportement qu'aucune statistique ne peut encore mesurer;
- **Violence** : Grâce à un dialogue entre parents, enseignants et autorités locales il a été possible de faire des expériences dans 10 écoles de Maradi et 10 de Zinder mais l'évaluation n'est pas encore faite;
- **Justice juvénile** : La justice s'intéresse à des approches moins punitives envers les enfants. La formation des juges est un facteur de plus grande confiance des communautés dans le système judiciaire. Il y a eu beaucoup de travail sur les normes sociales; des espaces de discussion ont été créés sur celles qui touchent aux enfants. L'approche préconise que les communautés identifient les normes sociales néfastes aux enfants et s'engagent à changer leurs comportements.

**Encadré 1 : Violences faites aux enfants:**

« Les violences sur les femmes et les enfants, c'est un domaine très compliqué. Elles interviennent souvent dans les foyers ; il y a des cas de viol, d'inceste, mais c'est des choses cachées. On ne les connaît que quand ça devient ingérable ou quand ça fait dégâts. Ce sont des violences qui existent, mais on a des difficultés à les éradiquer, elles ne sont pas connues » (Moussa Adamou, directeur régional de la promotion de la femme et de la protection de l'enfant, Zinder).

Ce témoignage illustre le constat de déphasage entre le réflexe de dénonciation prôné par certaines ONG et le traitement familial des violences.

## 4.2. Constats sur l'efficacité des interventions

### 4.2.1. Constat 1 : Le ciblage et les stratégies à base communautaire et de protection sociale des enfants et des femmes en situation de vulnérabilité : des résultats positifs mais comparables aux résultats nationaux

Deux types principaux de ciblage ont orienté la planification et la mise en œuvre du programme UNICEF-Niger :

- Un ciblage **catégoriel** visant à donner aux femmes et aux enfants des zones défavorisées au regard de leurs performances en matière d'offre de services sociaux de base des opportuni-

tés d'améliorer l'accessibilité et l'utilisation des services sociaux de base de qualité. Ce ciblage catégoriel a été fait à partir des statistiques de routine;

- Un ciblage **communautaire** pour l'ATPC, les PFE et la protection à base communautaire guidé par la recherche de communautés au sein desquelles la mobilisation sociale en faveur du changement de comportements et de normes sociales s'avère plus aisée. Le ciblage de ces interventions a été fait à l'échelle des villages avec des interventions dont la portée est relativement réduite en termes de nombre de villages enrôlés.

L'analyse des critères de ciblage atteste de la diversité des zones ciblées par le programme variant du milieu rural défavorisé nomade (Tchirozérine et Tchintabaraden dans les régions d'Agadez et Tahoua) au milieu rural défavorisé sédentaire (Madarounfa, Aguié, Mayahi et Tessaoua dans la région de Maradi et Mirriah, Magaria, Matameye et Tanout de la région de Zinder), au milieu urbain nomade présentant des densités démographiques plus importantes (commune urbaine d'Agadez et d'Abalak) ; au milieu périurbain sédentaire se distinguant par de fortes concentrations humaines et une grande précarité des conditions de vie (Kara-Kara à Zinder et Bagalam à Maradi).

Si les statistiques de l'EDSN-MICS (section 4.1) présentent un tableau mitigé<sup>13</sup> des résultats des stratégies de ciblage, les données qualitatives elles, plus proches des réalités de terrain, offrent un point de vue plus catégorique sur leurs effets positifs. À quelques exceptions près (par exemple l'évolution de la mortalité néo-natale et la couverture vaccinale), les résultats des zones d'intervention sont très comparables à l'évolution des indicateurs nationaux entre 2006 et 2012. Deux remarques peuvent tempérer ce constat : dans bien des cas les interventions ont permis un rattrapage salutaire de zones défavorisées ciblées et, lorsque mises dans une perspective plus large, les interventions ont évidemment *contribué* à l'atteinte des résultats nationaux notablement améliorés.

La baisse tendancielle de la mortalité infanto-juvénile semble avoir été l'une des évolutions les plus significatives dans le secteur de la **survie** de l'enfant au Niger ces dernières années, en grande partie due à la baisse de la mortalité néonatale. Dans ses zones d'intervention, UNICEF a appuyé les services de santé locaux dans leurs efforts d'améliorer l'offre et la qualité des services fournis, souvent gratuitement, aux populations à risques : la mère et l'enfant. La mise en œuvre de la gratuité pour les femmes et les enfants depuis 2006 a engendré l'abolition du paiement des soins de santé pour les enfants âgés de moins de 5 ans et les femmes enceintes. Selon une analyse<sup>14</sup> des enquêtes récentes, par la section Survie de l'enfant: « La promotion de la case de santé, conjuguée avec d'autres facteurs tels que la gratuité des soins, a facilité l'accès des femmes et des enfants des zones les plus isolées aux soins médicaux, conduisant à une baisse importante du taux de la mortalité infantile. » La note souligne la contribution d'UNICEF à cet effort. S'ajoutent à ces améliorations de la proximité des services, le travail de sensibilisation effectué par les relais communautaires dans le cadre de la promotion des pratiques familiales essentielles (PFE) et la lutte contre la malnutrition dans les villages à travers la recherche active des cas au niveau communautaire et leur référence aux structures de santé.

**Encadré 2: Obstacles à l'utilisation des services de santé: un regard du terrain**

- **L'exiguïté de la salle d'accouchement du CSI** : « Elle est très petite, c'est comme un poulailler, on peut à peine s'y tenir debout, et trois femmes peuvent difficilement cohabiter » (Focus group, femmes adultes, Sarkin Yamma).

<sup>13</sup> . Cette remarque mérite d'être expliquée: s'il est incontestable qu'il y a eu des avancées quantitativement mesurables, donc notables, dans les zones d'intervention entre 2006 et 2012, l'évaluateur se doit de considérer l'autre dimension de la réalité en répondant à une question essentielle (parmi d'autres) : les zones d'intervention ont-elles connu une évolution notablement plus positive que les zones hors intervention ? La section 4.1 a tenté de dessiner un portrait équilibré et fidèle aux résultats des deux enquêtes (2006-2012).

<sup>14</sup> . Bensaïd, K. et Mistycki, V. 2011. Les indicateurs de survie au Niger progressent avec équité, in Bulletin d'information UNICEF Niger, Mai, p. 4.

- **L'inconfort des lieux** : « *Le toit est envahi par les termites. Il n'y a pas d'électricité, on accouche dans l'obscurité, sauf si on a une lampe.* » Focus group, femmes adultes, Sarkin Yamma).

- **Le manque d'eau au CSI** : [avant il y avait de l'eau devant le CSI] « *Maintenant, toute femme qu'on amène au CSI doit emporter avec elle un bidon d'eau, qu'elle soit de Sarkin Yamma ou des environs* » (Focus group, femmes adultes, Sarkin Yamma).

- **Les habitudes gynécologiques**: « *...les femmes n'accouchent pas au CSI à cause de la position gynécologique. Elles préfèrent s'accroupir pour accoucher plutôt que de monter sur la table d'accouchement* », (13 janv.2013)

- **Divers traits culturels**: "« *...dans les campagnes, il y a des maris qui refusent que le major touche à leurs femmes ou à leurs filles....Mais en ville, les accouchements se font vraiment dans les maternités* », (B., président de la fédération des commissions éducatives, entretien du 10 janv. 2013); Il y a, chez les femmes de la campagne, une psychose qui fait qu'elles ont « *peur d'accoucher à l'hôpital à cause de « l'indifférence des agents de santé* ». Certaines patientes estiment qu'elles ne sont pas bien accueillies ou ne sont pas prises en charge à temps.

Dans le secteur de la **santé maternelle**, les données disponibles (graphique 3) illustrent bien le décalage important existant entre l'évolution positive des taux d'utilisation des services de santé pour les consultations prénatales et la vaccination antitétanique, contrastant avec une faible évolution du recours à l'assistance d'un personnel médical qualifié pour l'accouchement. Les interventions du programme n'ont que marginalement induit des changements de comportements (+ 6% dans la zone d'intervention versus +11% au plan national) dans le domaine de l'utilisation des services de santé pour l'accouchement. Les obstacles à l'utilisation des services de santé pour l'accouchement ont été mis en évidence par les résultats des entretiens menés sur le terrain (Encadré 2). Il s'agit entre autres de la configuration inadéquate des CSI qui ne favorise pas la discrétion, de la promiscuité des locaux et l'absence d'espaces réservés aux femmes en travail. Les entretiens ont souligné qu'il y a chez les femmes du milieu rural une « peur d'accoucher à l'hôpital » à cause de « l'indifférence des agents de santé ». Le « manque de moyens » est également une des raisons de la faible fréquentation des formations sanitaires pour l'accouchement; les femmes « doivent payer 300F CFA » pour le lit. De plus, tout accouchement à domicile<sup>15</sup> est frappé d'une amende de 3000 FCFA. En raison de ces amendes, les femmes qui accouchent à domicile, évitent les consultations post-natales se contentant des vaccinations de masse. Elles ne se rendent à l'hôpital qu'en cas de complications limitant ainsi la prévention et la prise en charge des maladies de l'enfant. Dès lors, on peut conclure que les interventions ont contribué à l'amélioration de l'accès aux consultations prénatales à travers l'initiative de gratuité des soins de santé pour les femmes enceintes et les enfants âgés de moins de cinq ans, mais que des inégalités d'accès aux soins de santé liées pour l'accouchement et la phase post-partum subsistent. L'accès aux soins de santé pour l'accouchement impose des coûts financiers que les ménages économiquement fragiles peinent à supporter.

La **santé des enfants** a connu un important développement, tout particulièrement dans les zones d'intervention car les taux globaux de vaccination (graphique 5) y ont doublé donc dans une proportion plus importante que la moyenne nationale. Par ailleurs, le pourcentage d'enfants n'ayant reçu aucun vaccin a décliné, encore là de manière plus significative dans la zone d'intervention du programme (graphique 6). Cette tendance des actions préventives a eu un écho favorable en matière de recours curatifs (graphiques 7 à 9). Les parents en zones d'intervention ont marqué une plus grande sensibilité aux traitements d'infections respiratoires de leurs enfants puisque l'évolution y est plus

<sup>15</sup> . Focus group avec des femmes de 15 à 25 ans, 12 Janv. 2013.

visible. Les goulots d'étranglement demeurent nombreux: en zone nomade l'éloignement des structures de santé<sup>16</sup>, l'impraticabilité des routes liée aux obstacles naturels et la mobilité des populations en zone nomade qui rend difficile la gestion des besoins de santé; les ruptures fréquentes de médicament, l'exiguïté des locaux, l'insuffisance du matériel roulant pour les évacuations sanitaires et la supervision des CSI. Tous ces facteurs constituent aujourd'hui encore des contraintes majeures à l'accès aux soins de santé.

Les interventions de l'UNICEF, dans le domaine de l'éducation, visent à (1) réduire les disparités

**Encadré 3: Ciblage en éducation: prise en compte de l'équité dans le choix des zones d'intervention :**

« *Dungass est l'une des zones où l'école n'a gagné les villages que dans les années 2000. Pour avoir quelqu'un qui sait lire et écrire, c'est un problème... C'est pour ça qu'on a privilégié Dungass. Le choix a été effectué par tous les maires* » (H. H., DDAT, Magaria)

d'accès à l'école et (2) améliorer la qualité de l'enseignement. Ces deux indicateurs servent de repères pour l'évaluation des interventions de l'UNICEF dans le secteur de l'éducation. Le rattrapage des zones d'intervention par rapport aux résultats nationaux semble avoir été atteint (graphique 10) mais les disparités entre sexes demeurent (graphique 11). Dans les zones ciblées, la distribution de kits scolaires par l'UNICEF est considérée par les communautés bénéficiaires comme une source d'incitation des parents à scolariser leurs enfants. Elle a contribué ainsi à accroître la demande d'éducation. L'absence d'indicateurs statistiques sur le second objectif oblige à recourir à des informations qualitatives. La formation des enseignants a été jugée satisfaisante comme en atteste les propos suivants :

**Encadré 4 : Formation des enseignants :** « *La formation contribue à renforcer les compétences des enseignants, mais aussi c'est une source de motivation et une stimulation* ». KM, école quartier 1, Abalak, Janv. 2013

Comme dans tous les autres secteurs, les goulots d'étranglement perdurent. En zone pastorale le maintien des enfants à l'école pose problème du fait de la transhumance qui les oblige à suivre leurs parents transhumants. Le maintien des enfants à l'école pose de sérieux problèmes surtout pour les filles du fait du mariage précoce qui survient souvent après le CM2. S'ajoutent à ce facteur les perceptions négatives de l'influence de l'école pour les filles surtout parmi les personnes âgées. Les inégalités entre filles et garçons en matière de scolarisation sont également sous-tendues par l'absence de collège de proximité entravant le maintien des enfants et particulièrement des filles à l'école. Malgré les interventions menées en matière de formation des enseignants, la faible qualité de l'éducation figure également parmi les contraintes et a été citée à maintes reprises. Certains enseignants étant recrutés avec un très bas niveau et sans avoir la vocation d'enseigner ont déserté leurs postes rapidement. L'absence de modèle de réussite est aussi identifiée par beaucoup de responsables de l'éducation comme étant un réel obstacle à la scolarisation des enfants et de la jeune fille en particulier.

<sup>16</sup> . « Ici, il y a des villages qui sont à 40km des CSI et souvent on attend le jour de marché pour pouvoir acheminer le malade. » Entretien réalisé à Abalak.

#### **Encadré 5: Éducation: Réussites et contraintes**

« Dans les écoles Unicef, les besoins sont couverts, on peut dire, à 100% », (DREN, Tahoua,)

« Si vous prenez Abalak ou intervient l'Unicef et Tabalak à 50km, vous allez voir que pour tous ces indicateurs la différence est nette. » (DREN Tahoua, 09-2012)

« En 2011, nous avons enregistré 920 abandons [d'enseignants] ; certains avaient des faux diplômes, d'autres ont fait des concours et sont partis. Pour l'année 2012, nous avons un besoin de plus de 1000 enseignants, mais nous n'avons enregistré que 600 candidatures environ pour le concours. » (DREN, Zinder).

« J'ai deux filles qui vont à l'école occidentale et qui fréquentent l'école coranique lorsqu'elles ne vont pas en classe. De mon point de vue, l'école apporte un savoir. C'est donc un plus dans la vie d'une personne, qu'il s'agisse de l'homme ou de la femme. Mais lorsqu'une fille atteint l'âge de mariage et qu'un candidat se présente, il est plus indiqué de mettre fin à sa scolarité pour célébrer le mariage. » M. A. A.Kara Kara, Zinder

À l'instar de l'évaluation des efforts en matière de formation des enseignants, les interventions dans le domaine de la **protection de l'enfant et de la promotion des droits** des enfants se prêtent difficilement à des mesures; néanmoins un précieux indicateur approximatif est le taux d'enregistrement des naissances (graphique 12). Le doublement de ce taux dans la zone d'intervention, comparable aux résultats nationaux, donne la preuve de l'intérêt que portent les parents à l'affirmation des droits de leurs enfants.

#### **4.2.2. Constat 2 : Un dispositif fonctionnel de gestion et de suivi communautaire mis en place : un atout pour améliorer la gouvernance**

L'existence de comités à base communautaire a constitué un atout indéniable pour la mise en œuvre des interventions de l'UNICEF. En tant que structures de participation communautaire, les comités devaient appuyer les structures étatiques dans la mise en œuvre des activités au niveau des communautés. L'UNICEF a contribué au renforcement des capacités de certaines structures communautaires, à savoir les comités de gestion des établissements scolaires (Coges) en vue de leur participation active à la gestion des services sociaux de base en **éducation**. Dans le cadre de l'intervention de l'UNICEF, les membres des comités de gestion des écoles ont reçu des formations en matière de gestion des infrastructures. Ces formations leur permettent d'avoir une relative bonne maîtrise de leurs rôles et responsabilités. L'implication des structures communautaires dans la gestion des établissements scolaires apparaît sous la forme d'investissements financiers ou en nature.

Par contre, il s'avère que des structures communautaires sont peu fonctionnelles dans le domaine de la **santé** sur certains sites, comme à Tahoua.

Une mise en réseau des comités de **protection** de l'enfant a montré des résultats encourageants, notamment en matière de signalement des cas de violences faites aux enfants. En effet, ce dispositif d'intervention de l'UNICEF opère à travers un réseau de comités de protection de l'enfant qui se déploie aux niveaux national (comité national), régional (comités locaux), départemental (comités relais) et communal (comités communaux). Ce dispositif d'intervention est prolongé par un réseau d'ONGs et associations qui œuvrent dans le domaine de la protection de l'enfant.

Dans le domaine de **l'eau, hygiène et assainissement** et, précisément, concernant l'ATPC, le dispositif est constitué des relais qui en constituent le noyau dur. Ces relais communautaires sont chargés d'effectuer des visites à domicile, d'organiser des séances de sensibilisation dans les quartiers (et parfois au niveau des Centre de Santé Intégrés), et de collecter des données sur la grossesse, les consultations prénatales et les autres pratiques familiales essentielles. Ils ont constitué un précieux mécanisme d'action de proximité.

### 4.2.3. Constat 3 : Les obstacles à la mise en œuvre des stratégies à base communautaire et des initiatives de protection sociale des enfants et des femmes ont limité quelque peu les résultats

Spécifiques à chaque secteur, des goulots d'étranglement ont émergé pendant la durée du programme ayant pour résultat de limiter les impacts positifs potentiels des interventions :

- La perception qu'ont les communautés de la qualité des services et des prestataires de service a été un facteur significatif dans le choix d'envoyer ou pas les enfants à l'école. Dans toutes les zones visitées par l'équipe, l'instabilité des effectifs d'enseignants, la perception fondée (ou pas) que leur niveau professionnel ne rencontrait pas les attentes et finalement le manque d'infrastructures ont joué sur la décision de fréquentation scolaire des enfants en général. Le cas des jeunes filles mérite d'être mis à part pour examen car le facteur des coutumes et des rapports de pouvoir au sein des unités domestiques influe sur les décisions. La peur de l'ostracisme d'une grossesse socialement inacceptable avec en contrepartie l'absence de modèles de réussite de jeunes filles ayant surmonté ce risque se renforcent mutuellement. Dès lors en associant les autres facteurs, la motivation de permettre la fréquentation au-delà du primaire est faible et certains ont affirmé : « *Plutôt que de laisser la fille tomber enceinte, nous préférons la marier.* » (Commune de Dungass)
- L'existence des comités de gestion communautaire n'a pu empêcher l'émergence d'une structure hiérarchique des relations entre les soignant(e)s et les soigné(e)s. Les relations de pouvoir entre soignants et patients semblent constituer un obstacle majeur à l'utilisation des services de santé de la mère et de l'enfant selon les témoignages recueillis. Elles affectent également les séances de sensibilisation qui sont bien souvent pauvres par leur contenu et prennent la forme d'un véritable réquisitoire contre la culture locale.
- Dans le secteur de la protection, on retrouve, sans signes d'amélioration, les symptômes diagnostiqués en 2011 lors de la revue à mi-parcours. D'abord l'instabilité des cadres en poste est considérée comme une contrainte à la mise en œuvre et à la maîtrise des activités en matière de protection des enfants. Le traitement familial traditionnel des cas de violences domestiques se heurte aux modes opératoires de « réflexe de dénonciation » que certaines ONG tentent de mettre en place pour favoriser la protection des enfants contre toutes formes d'abus et de violences. Dans les structures décentralisées, les responsables se sentent désarmés par la complexité des facteurs influant sur le destin des jeunes filles (violence domestique, mariage précoce, éducation non-complétée). L'état-civil tarde à entrer dans les "mœurs" administratives des populations. Si les audiences foraines de 2010 ont pu susciter l'intérêt, l'adhésion n'est pas encore acquise comme le prouvent certaines statistiques partielles récoltées par l'équipe d'évaluation (Maradi). La cause est d'autant moins entendue que des équipements non fonctionnels, par manque d'électricité, ne permettent pas l'enregistrement des naissances en temps opportun (Sarkin Yamma, Maradi). Ces constats émanant des visites de terrain confirment l'inventaire établi lors de l'entretien de démarrage de l'évaluation<sup>17</sup>.

---

<sup>17</sup> . Entretien du 14 août 2012 avec l'équipe Protection.

- La contrainte majeure liée à la politique d'intervention de l'Unicef est le bénévolat. En effet dans les villages le fait d'accepter de travailler n'est pas synonyme de désintéressement; le bénévolat cache bien souvent des attentes fortes de rémunération. On a relevé que les bénévoles de l'état civil, qui avaient travaillé sans rémunération depuis 2004, ont fini par arrêter en 2011. La conséquence a été une baisse de l'enregistrement des naissances dans certaines communes comme Dungass. Le bénévolat est porteur de malentendus. Si les intervenants extérieurs le tiennent presque toujours pour acquis, les communautés et les bénévoles, eux, espèrent presque toujours des rémunérations, qu'elles soient d'ordre financier ou symboliques (en nature).
- Les changements de premier ordre recherchés touchent à l'adoption de nouvelles pratiques sanitaires et la construction de latrines familiales. Les visites de terrain ont fait apparaître que la contrainte majeure vient du modèle de latrine adopté à faible coût mais peu pérenne en saison de pluie. L'origine locale des matériaux utilisés dans la construction des latrines, banco et bois, ne résistant pas aux fortes précipitations, la plupart de ces latrines se sont effondrées avec la saison des pluies.

#### 4.2.4. Constat 4 : Le rôle du plaidoyer, du dialogue sur les politiques et du partenariat stratégique dans un meilleur positionnement des droits de l'enfant et de l'équité dans les politiques, et programmes nationaux ainsi que les budgets et les lois ainsi que la création d'un environnement favorable au passage à l'échelle des interventions

Le plaidoyer et le dialogue sur les politiques ont abouti à l'institutionnalisation des gouvernements scolaires par arrêté n° 165/MEN/A/PLN/SG du 21 octobre 2011. Concernant les gouvernements scolaires, l'expérience a été initiée par Plan Niger à Dosso et à Tillabéri. L'Unicef l'a élargie à ses zones d'intervention, ce qui a débouché sur la mise à l'échelle avec l'arrêté de 2011.

D'une manière générale, on peut noter qu'il y a une continuité évidente entre le programme Unicef-Niger dans ses différentes composantes et les politiques nationales en la matière. En effet, le propre de tout programme est de poursuivre des objectifs nationaux à une échelle réduite. Quant aux politiques nationales, elles ont pour vocation de créer les conditions institutionnelles nécessaires pour les atteindre et de tirer parti des résultats pour faire évoluer les orientations ou permettre la mise à l'échelle des expériences réussies.

Le changement majeur enregistré à ce niveau a trait à l'évolution des perceptions enregistrées en quelques années sur les droits de la femme et de l'enfant (voir Encadré 6).

#### **Encadré 6: Plaidoyer et perceptions des droit de la femme et de l'enfant :**

*« Jusqu'en 2009, beaucoup de personnes et de structures ne voulaient pas nous laisser parler des droits de la femme et de l'enfant. Les gens n'avaient compris ce que l'Etat voulait faire. Pour eux, tout ce qui vient de l'administration est satanique. On a changé de stratégie, on a cherché à impliquer ces acteurs. Notre objectif est que les gens respectent les préceptes qu'ils défendent. On a fait beaucoup d'activités qu'ils mettent en œuvre eux-mêmes sur le terrain. On leur a dit : « allez faire. Notre objectif est que les gens comprennent, utilisez tous les moyens que vous voulez ». On a actuellement beaucoup de marabouts avec lesquels on travaille, ils vont jusque dans les villages pour faire les prêches » (M. A., Promotion de la femme et de la protection de l'enfant, Zinder).*

*« Cette année, un marabout appelé Malan Amadou est venu de Zinder pour faire des prêches ici à Tinkim. Il était accompagné du représentant de l'imam de Magaria un vendredi vers 16 heures. On a rassemblé les gens à la grande mosquée, et dans ses prêches, il a abordé la questions de mariage précoce et la nécessité de respecter les droits de la femme et de l'enfant. » (I. I., Tinkim).*

### 4.3.Constats dans l'analyse des impacts

#### 4.3.1. Constat 1 : Le ciblage des interventions a contribué à la réduction des disparités socio-économiques et de genre et à l'amélioration de l'utilisation adéquate des services par les populations défavorisées et de la réalisation des droits de l'enfant à la survie et au développement, à l'éducation et à la protection

Les impacts ont été multiformes, certains peuvent être qualifiés d'impacts transversaux que l'on retrouve au niveau de tous les secteurs. Il s'agit entre autres du renforcement des dispositifs d'intervention, du renforcement des capacités des structures étatiques et de l'alignement des ONG sur les priorités nationales. D'autres interventions ont eu des impacts variables selon leur nature. Certaines interventions apportent des services aux communautés, d'autres offrent de « nouvelles normes » prônant induisant un changement de comportement au niveau des communautés. De façon générale, les interventions visaient le changement de comportement des populations bénéficiaires, comme l'avaient souligné tous les responsables de section lors des entretiens préliminaires. Plus spécifiquement, il s'agissait d'épouser de nouveaux types de normes associées au service offert.

L'évolution de la mortalité a marqué une claire amélioration de la **survie des enfants** (Graphique 1). Les zones d'intervention ont connu une baisse de la mortalité des enfants âgés de moins de cinq ans et de la mortalité néonatale en particulier.

Les consultations prénatales indiquent des résultats probants en termes de changements de comportements dans la phase initiale de la maternité (Graphique 4). La **santé maternelle** s'est améliorée globalement dans le pays, mais le ciblage semble avoir facilité un rattrapage relatif particulièrement à Zinder et Maradi. Les visites terrains ont permis aux femmes et leur entourage d'exprimer leurs réticences à passer des visites prénatales à l'accouchement assisté, qui demeure plus faible dans la zone d'intervention comparativement à la moyenne nationale relativement faible (inférieur à 30%).

Ce sont les infections respiratoires aiguës dans les zones d'interventions qui ont été les maladies les plus affectées positivement par le ciblage en matière de **santé de l'enfant** puisque les zones y ont assisté à un accroissement marqué du recours aux soins (Graphique 7). La croissance de la couverture vaccinale (Graphiques 5 et 6) a été comparable dans la zone d'intervention et au niveau national.

#### Encadré 7: Les ERI

En vue d'encourager la scolarisation des filles, en zone rurale, l'initiative ERI (enseignantes en milieu rural isolé) a été mise en œuvre. La présence d'enseignantes en milieu rural a contribué à atténuer les réticences des mères à scolariser leurs filles. Relatant sa propre expérience d'ERI à Kijgari, village d'Abalak, Mme I., raconte : « *J'ai trouvé uniquement des hommes, à mon arrivée. Les gens du village étaient contents de voir une femme enseignante. Les femmes du village venaient régulièrement chez moi et on causait...au bout des trois ans que je suis restée à Kijgari, même au niveau des hommes on observe quelques changements de comportement. En voyant les enseignantes, les pères ont le courage d'envoyer leurs filles à l'école* ».

Durant leur temps libre, les enseignantes font de la sensibilisation sur l'importance de la scolarisation de la jeune fille. La présence des ERI dans les villages a modifié les perceptions vis-à-vis de l'école. Les nouveaux rapports à l'école s'expriment à travers les modèles d'ascension sociale projetés par les élèves-filles.

Malgré des efforts considérables et les effets bénéfiques perçus des enseignantes en milieu rural isolé (voir Encadré 3), les impacts du programme sur l'accessibilité à l'**éducation** par genre sont notables mais limités. Néanmoins la gouvernance et les conditions matérielles ont connu une nette amélioration. Les améliorations de l'offre de services éducatifs, par la construction d'écoles, ou de la qualité de cette même offre, par l'attribution de fournitures et matériel ou la formation des enseignants, ont eu des répercussions positives. L'équipement des classes fut un des aspects les plus appréciés par les partenaires de

l'UNICEF dans le domaine de l'éducation. Le programme de coopération a également contribué au renforcement des capacités de certaines structures communautaires, à savoir les comités de gestion des établissements scolaires (Coges).

L'enregistrement des enfants à l'état civil a connu un essor considérable (Graphique 12) dans les zones d'intervention mais elles restent en retrait par rapport au niveau atteint dans l'ensemble du pays. La **protection** des enfants et la promotion de leurs droits ont été inscrites dans d'autres types d'interventions telles que la création de comités de surveillance et l'incitation à dénoncer les violences faites aux enfants.

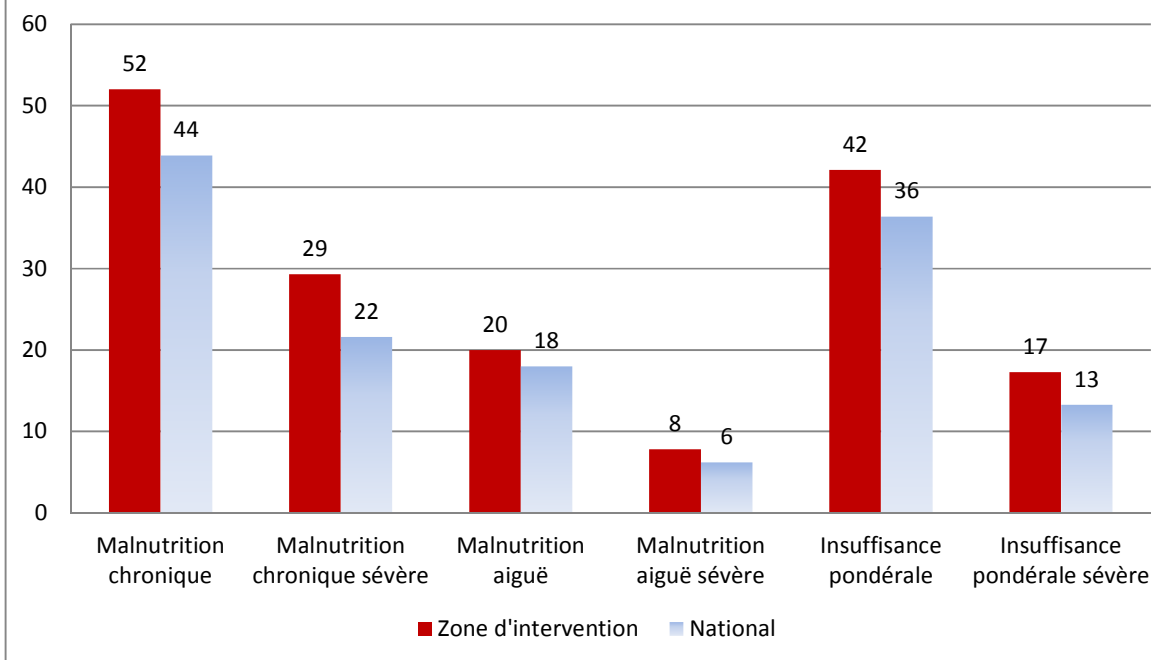
#### 4.3.2. Constat 2 : Les initiatives de protection sociale des enfants et des femmes rendus vulnérables par l'insécurité alimentaire et nutritionnelle ont contribué à l'amélioration de la résilience des communautés bénéficiaires

Le constat majeur illustré par le Graphique 13 est que la zone d'intervention du programme UNICEF continue de souffrir d'un déficit nutritionnel supérieur à la moyenne nationale.

Parmi les changements majeurs impulsés par le programme il y a l'étatisation de la prise en charge de la malnutrition. Il a été à ce propos constaté que si en 2005, on dénombrait une quarantaine d'ONG intervenant dans le domaine de la nutrition, en 2011, seulement 4 continuent à accomplir cette mission de service public, l'État ayant pris entièrement le relais.

Cette politique d'intégration de la prise en charge nutritionnelle rend les personnels de santé capables de prendre en charge les enfants malnutris. Initialement structuré autour des ONG urgentistes, le dispositif de prise en charge nutritionnel s'est progressivement « étatisé ». Cette « stratégie » contribue à renforcer les capacités d'exécution des structures de l'État qui s'impose comme l'acteur central de la gestion des questions nutritionnelles. Le dispositif d'intervention de type « intégré » est toutefois constamment perturbé par les crises alimentaires chroniques.

**Graphique 13: La Malnutrition des enfants dans la Zone d'Intervention du programme de coopération et au plan national, EDNS-MICS**



De plus on note une stratégie de gratification des mères dont les enfants ont une bonne croissance relevée à travers les propos de l'infirmier major du CSI de Dungass<sup>18</sup> : « Tout enfant qui a suivi régulièrement ses consultations nourrisson et qui progresse dans la prise de poids est encouragé. Il reçoit une moustiquaire imprégnée ».

La stratégie d'intervention de l'UNICEF articulée autour de trois principaux axes à savoir la création de centres de récupération nutritionnelle, la mise en place des intrants et la formation des agents de santé communautaire en matière de prise en charge de la malnutrition semble porteuse de résultats probants.

**Encadré 8: Perceptions de transfert monétaire**

« Le cash transfert, c'est une aide (taymako) pour les vulnérables, mais ce sont les femmes qui sont inscrites. Mais si la femme a une coépouse, on leur dit que c'est pour toute la famille, il faut donner au mari pour vous acheter à manger » (Entretien de groupe, hommes adultes, Tinkim).

« Rien ne vaut le cash transfert si ce n'est la miséricorde divine. On vous donne 20 000 FCFA par mois pour acheter la nourriture. Il n'est pas question d'acheter des habits ou autre, mais si l'enfant est malade, on doit utiliser cet argent pour le soigner » (Entretien de groupe, hommes adultes, Sabongari)

« Si tu n'as pas de nourriture, tu es obligé soit de t'endetter en promettant de payer après les récoltes, soit d'abandonner ton champ en hivernage pour aller travailler pour quelqu'un. Avec le cash transfert, tu as de quoi t'approvisionner, et ça te permet de rester dans ton propre champ pour travailler » (Entretien de groupe, hommes adultes, Tinkim).

Le transfert monétaire (*cash transfer*) cible plus directement l'appui à l'amélioration de la résilience des ménages en crise. Complémentaire aux interventions stratégiques dans le domaine de la nutrition, il apporte de l'argent frais aux familles afin de leur permettre d'acquérir de la nourriture sur place (voir Encadré 8). Certains acteurs ont postulé que le transfert monétaire renforçait le pouvoir des femmes et créait une certaine instabilité au sein des ménages bénéficiaires.

<sup>18</sup> . A. I., Infirmier major, CSI Dungass

### 4.3.3. Constat 3 : Les effets inattendus engendrés par les stratégies à base communautaire et de protection sociale des enfants et des femmes en situation de vulnérabilité au sein des communautés bénéficiaires

L'équipe d'évaluation a pu identifier quelques effets inattendus dans les divers secteurs du programme :

- Éducation : Une demande croissante de création d'écoles, traduisant un possible engouement pour l'éducation. Cette demande traduit également le besoin pour les communautés de bénéficier d'un meilleur accès à l'eau à partir des points d'eau mis en place dans les écoles.
- Ciblage : dans le même secteur le ciblage a provoqué une montée des attentes qui ne pourront jamais être satisfaites.
- Initiatives de protection sociale, en particulier les transferts monétaires : Des tensions semblent avoir émergées au sein des ménages. Afin de contrer de tels effets certaines communautés ont pris la décision de mutualiser l'aide aux familles vulnérables.

## 4.4. Constats sur la durabilité des interventions

### 4.4.1. Constat 1 : La mise en œuvre des stratégies à base communautaire et des initiatives de protection sociale des enfants et des femmes en situation de vulnérabilité a engendré une dynamique et des initiatives favorables à la pérennisation des acquis au niveau communautaire et dans les différents secteurs sociaux concernés

L'existence de comités à base communautaire constitue dans les sites examinés un atout indéniable pour la pérennisation des interventions de l'UNICEF. En tant que structures de participation communautaire, les comités sont censés appuyer les structures étatiques dans la mise en œuvre des activités au niveau des communautés. On a souligné la contribution de l'UNICEF au renforcement des capacités de certaines structures communautaires, à savoir les comités de gestion des établissements scolaires (Coges) et dans une moindre mesure les Cosan, ayant connu moins de succès.

Un des enjeux de la pérennisation réside dans l'intégration des structures communautaires aux dispositifs communaux. En effet tel qu'elles fonctionnent actuellement, certaines structures communautaires n'ont pas toujours de liens visibles avec les communes. Cette situation observée dans d'autres secteurs contraste avec le secteur assainissement où l'implication des communes a été très active dans la mise en œuvre de l'ATPC. Selon le directeur départemental de l'hydraulique à Magaria, la réussite de l'ATPC dépend de l'engagement des leaders. Le travail conjoint de sa direction (formation), des autorités communales et les leaders (de retour dans leur communauté) a permis la mobilisation des populations autour des objectifs d'assainissement.

Il est clair que le dispositif communautaire comporte des forces et des faiblesses. Le principal point fort est l'ancrage local du dispositif. En effet, les acteurs de base sont des relais issus des communautés. Ils y résident en permanence et sont au courant de la situation des individus et des familles, mais également de leurs motivations. Ils sont donc mieux placés que quiconque pour amener ces derniers à changer. Par ailleurs, la présence de leaders d'opinion (chefs de village, imam, etc.) donne plus de poids à ce dispositif en raison de l'autorité morale qu'ils exercent. Quant aux ONG qui ont pris part à la mise en œuvre des pratiques familiales essentielles (PFE) dans le cadre du partenariat entre l'UNICEF et la SNV, elles ont sans doute acquis une expertise qu'elles pourront capitaliser pour renforcer les compétences du niveau local. Tous ces facteurs constituent autant d'atouts pour une

prise en mains du changement au niveau local à la fin du projet. Par contre le point faible vient d'une prise en charge imparfaite des coûts récurrents des services offerts par le programme. Le défi pour l'avenir viendra lors de la fin de ces prises en charge et le transfert de responsabilité aux communautés.

D'une manière générale, les services techniques occupent une place centrale dans le dispositif du programme. En dehors des services de santé, quelque peu en retrait dans la mise en œuvre des pratiques familiales essentielles, ces services sont, pour ainsi dire, la locomotive du programme. Ainsi il faut relever une faible connexion entre les pratiques familiales essentielles et les services de santé. Autant le dispositif de lutte contre la malnutrition est adossé à ces services, autant celui des pratiques familiales essentielles en est éloigné, ce qui, a priori, peut paraître surprenant pour des interventions dont le contenu concerne la santé. Dans le discours des relais communautaires sur les PFE, il est presque toujours question de l'UNICEF et des ONG de mise en œuvre, et rarement des services de santé. L'appropriation de ces pratiques n'est pas évidente pour beaucoup d'agents; elle semble pour plusieurs agents plutôt l'apanage de quelques initiés.

En somme, le processus de mise en œuvre du programme Niger-UNICEF a été en grande partie géré par les services techniques, donc par les représentants de l'État. Cette forte présence est, en soi, un gage de succès. Elle garantit le respect des normes nationales, mais elle permet également, de tirer parti de l'expérience capitalisée par ces services dans la mise en œuvre d'autres programmes. Un suivi par les services technique est donc, en soi, une bonne opportunité ou, si l'on veut, un gage de pérennisation.

#### 4.4.2. Constat 2 : Le positionnement des droits de l'enfant et de l'équité a connu un développement significatif dans les politiques publiques, les lois, les programmes nationaux et les budgets

Dans le secteur de la protection, le programme a, globalement, favorisé deux réformes significatives:

- La mise en réseau des acteurs de la protection déjà notée. Ainsi le programme de coopération a favorisé une structuration interne de certains corps d'État autour de la protection.
- La seconde influence est que ce même programme a favorisé une meilleure structuration de la politique nationale de promotion des droits et de protection de l'enfant :
  - En 2009, la politique sectorielle de la protection de l'enfant adoptée en 1999 a été révisée ; au cours de la même année, un avant-projet de code de l'enfant a été élaboré ;
  - En février 2010, un forum national sur la protection des enfants a été organisé ;
  - En 2011, une cartographie du système de protection des enfants a été élaborée. Cette cartographie a permis d'identifier les points forts et les insuffisances des composantes de la protection de l'enfant au Niger;
  - Enfin, en juin de la même année, le processus d'élaboration d'un document cadre et de son plan d'action a été officiellement lancé à Niamey.

#### 4.4.3. Constat 3 : Les alliances et le partenariat stratégiques développés dans le cadre de la mise en œuvre du programme ont contribué à la consolidation et à la pérennisation des acquis en ce qui concerne la réalisation des droits des enfants et des femmes les plus défavorisés

Le secteur de l'éducation de base a donné lieu à quelques partenariats positifs. L'appui que l'ONG «ASEC Mungané » apporte à la scolarisation à travers l'école communautaire de Kara Kara (Zinder) en est un exemple probant. Créée en 1999, elle vise à contribuer à l'accès, à l'équité et à la qualité

dans le domaine de l'éducation, à promouvoir l'éducation environnementale et la santé scolaire. Elle a appuyé la création d'une école communautaire dans ce quartier défavorisé en 2005. En 2012, l'effectif des élèves suivi était de 312 pour le primaire. Selon les chiffres fournis par l'ONG, le taux d'admission aux examens d'entrée en 6ème pour cette école était de 100% en 2011.

Les exemples identifiés de partenariat ont permis de mieux prendre en compte l'équité pour les groupes vulnérables que sont les femmes et les enfants; ils concernent surtout le secteur de la **survie de l'enfant**. L'un lie l'État, l'UNICEF, la Croix rouge française et Médecins sans frontière autour de la prise en charge de la malnutrition à Dungass (Zinder). L'État fournit les locaux qui abritent les CRENAM et CRENAS ; l'UNICEF fournit les intrants pour la prise en charge, la Croix Rouge et Médecins Sans Frontières pour leurs parts, recrutent des agents qui font fonctionner le dispositif. Le résultat est l'amélioration de la prise en charge de la malnutrition infantile. Ainsi, au cours de la semaine qui a précédé l'enquête à Dungass, 42 enfants de 0-3 ans souffrant de malnutrition ont été admis au CRENAS. Selon les agents qui y travaillent, environ 15 enfants fréquentent chaque jour ce centre à Dungass. La région de Maradi illustre un cas de partenariat autour de la prise en charge de la malnutrition. Il réunit autour de la direction régionale de la santé publique des intervenants comme l'UNICEF, le Programme alimentaire mondial (PAM), l'ONG Action contre la Faim (ACF) et Médecins sans frontières (MSF). L'UNICEF en assure la coordination. Ce partenariat met surtout l'accent sur la formation des agents afin de renforcer les capacités du personnel des structures de santé à mieux assurer la prise en charge des cas modérés ou sévères de malnutrition.

Dans le domaine de **l'eau, hygiène et assainissement**, il n'y a pas de cas de partenariat, mais plusieurs autres acteurs interviennent dans la construction des latrines. Ainsi, en est-il, par exemple, du Centre Carter qui a construit 925 latrines au chef-lieu de la commune, ou de « Aide & Action » qui en a construit 21 à Ga Allah, au sein de la commune de Dungass. Le fait que ces acteurs et bien d'autres interviennent sur le même terrain autour des mêmes enjeux apparaît, de notre point de vue, comme une opportunité de partenariat.

En matière de **protection** des enfants, au moins une voix s'est élevée pour inviter UNICEF à concevoir des formes différentes de coopération. Au ministère en charge de la protection de l'enfant, par la voix autorisée du DEP, l'on a exprimé une préférence pour l'approche-programme, pour eux il s'agit de mieux responsabiliser le ministère et de travailler sur la base d'un dispositif de contrôle consensuel.

Le partenariat avec le Ministère de la Justice a permis la mise en place de juridictions pour mineurs. Le partenariat avec le ministère de l'Intérieur se décline sous deux aspects : un premier niveau de partenariat concerne la création de brigades des mineurs et le second aspect du partenariat s'exprime à travers l'appui aux services d'état-civil dans le cadre de l'enregistrement des enfants à la naissance.

On peut conclure que si l'intervention de l'UNICEF dans le secteur de la protection de l'enfant est efficace, c'est sans nul doute à cause du caractère global de la prise en charge. Ce caractère « global » fait interagir entre elles plusieurs structures de l'État et la composante protection de l'enfant de l'UNICEF.

Outre ces effets positifs, le travail avec des agences d'exécution sur la base de contrats comporte des risques. Ces contrats sont des accords dont les termes sont interprétables. Lorsqu'il y a des malentendus autour des attentes respectives ou des procédures, le partenariat stratégique débouche sur des incompréhensions qui rendent difficile la collaboration, mais surtout peuvent provoquer l'interruption de la mise en place et de prestations de services, comme ce fut le cas à Zinder avec les ONG Al'oumma et SNV.

## 5. Conclusions, leçons et recommandations

### 5.1. Conclusions

La combinaison du ciblage géographique au ciblage sociodémographique est une dimension de l'efficacité du programme. La démarche limite les risques d'exclusion des communautés ainsi que des catégories bénéficiaires au sein des communautés. Dans les différentes composantes, on observe qu'il y a un souci de cibler les catégories les plus vulnérables de la population. Dans certaines composantes, le ciblage de l'Unicef renforce la politique nationale en matière d'équité.

Les interventions de l'UNICEF, dans le domaine de l'éducation, visaient à (1) réduire les disparités d'accès à l'école et (2) améliorer la qualité de l'enseignement. Les graphiques, issus des données sectorielles, illustrent une croissance des taux bruts dans toutes les zones sur la période observée et montrent que l'accroissement est un peu plus marqué chez les filles que chez les garçons dans la zone d'intervention.

Dans ses zones d'intervention, UNICEF a appuyé les services de santé locaux dans leurs efforts d'améliorer l'offre et la qualité des services fournis, souvent gratuitement, aux populations à risques : la mère et l'enfant. La réduction de la mortalité néonatale est le secteur de la mortalité des enfants où les progrès réalisés ont été plus significatifs. Le taux annuel moyen de baisse de la mortalité néonatale est en effet près de deux fois plus élevé dans les zones d'intervention du programme qu'au niveau national. Il apparaît ainsi que les stratégies mises en œuvre dans le domaine de la survie de l'enfant ont non seulement contribué à l'amélioration de la survie de l'enfant mais également à la réduction des disparités entre le niveau national et la zone d'intervention.

Les interventions souvent indirectes de l'UNICEF dans le secteur eau et assainissement ont été inspirées par l'approche dite « Assainissement total piloté par les communautés ». Le ciblage a permis la mobilisation des communautés pour réaliser des latrines, améliorer les pratiques d'hygiène et d'assainissement et suscité un effet d'émulation au sein des villages voisins de la zone d'intervention.

L'accès des enfants et des femmes demeure difficile à mesurer à l'échelle d'une zone. Néanmoins les enquêtes ont fait apparaître quelques constats. Les améliorations de l'offre de services éducatifs, par la construction d'écoles, ou de la qualité de cette même offre, par l'attribution de fournitures et matériel ou la formation des enseignants, ont eu des répercussions positives. L'équipement des classes fut un des aspects les plus appréciés par les partenaires de l'UNICEF dans le domaine de l'éducation.

Si la situation des communes visitées est caractéristique des autres zones, la dynamique créée entre les interventions d'UNICEF et les réponses offertes par l'État a produit des effets positifs sur l'accès aux services de santé. Entre autres, la distribution de nouveaux intrants par UNICEF s'est trouvée renforcée par l'attribution par l'État de nouvelles ressources humaines dans les CSI ciblés, améliorant la régularité des prestations de services et la tendance à la hausse des fréquentations. L'appui aux CSI a encouragé la création de nouveaux CSI, réduisant les distances à parcourir et accroissant la demande par des populations relativement défavorisées auparavant.

En eau et assainissement, Si l'on fait fi des problèmes liés à la question de l'entretien et donc aux coûts récurrents, la dissémination de nouveaux modèles d'installations sanitaires, les preuves faites que l'on peut se doter à bon coût d'infrastructures pour concrétiser ces modèles et finalement la

responsabilisation des communautés dans ces processus sont à mettre à l'actif des interventions du programme.

Les actions les plus visibles réalisées autour de la promotion des droits concernent l'amélioration de l'état-civil. Dans ce secteur, les interventions de l'UNICEF ont été orientées vers les responsables des services d'état-civil. Ces interventions ont été focalisées sur la formation des agents chargés de l'enregistrement au niveau des centres de déclaration des naissances. Du point de vue institutionnel, l'UNICEF a contribué au renforcement du dispositif institutionnel en matière de protection de l'enfant à travers la création de directions départementales de l'État civil, la mise en place de juges des mineurs et la création de brigades spéciales des mineurs.

Les changements de comportements présentent des défis particuliers. Divers indices laissent apparaître des changements de comportement dans les domaines d'intervention du programme : la prise de conscience en faveur de l'importance de l'éducation; dans le domaine de la santé et nutrition, on peut relever une évolution non négligeable de l'allaitement maternel exclusif et de la vaccination des enfants dans le domaine de la prévention. Ces changements ont engendré un effet d'entraînement dans les villages voisins notamment dans les domaines de l'éducation et de la construction de latrines.

Les interventions du programme de coopération s'articulent avec les dispositifs de l'État, condition de leur durabilité institutionnelle. Au niveau communautaire, un ensemble de facteurs peut contribuer à pérenniser les actions de l'Unicef. Parmi ces facteurs, il y a les organisations appuyées par les interventions de l'Unicef, à savoir le réseau des relais communautaires, les comités de gestion et les comités de protection des enfants.

## 5.2. Leçons

Les partenariats triangulaires (UNICEF, État et ONG) dans les domaines de la nutrition et de la promotion des droits des enfants offrent des leçons sur leurs bienfaits pour les prestataires de service mais surtout pour les bénéficiaires. Ces coordinations réussies facilitent la mise en synergie des acteurs pour la mise en œuvre des interventions, le développement des capacités, la responsabilisation des communautés et une probabilité plus grande de transfert de compétences.

Ces partenariats triangulaires comportent des défis importants à surmonter. Il est toujours souhaitable de développer des modalités de coordination basées sur l'intégration permettant à chaque partie intéressée d'atteindre ses objectifs en harmonie avec les priorités des sociétés bénéficiaires. La mesure de la réussite des uns ou des autres devra toujours être faite à travers les changements qu'apportent les interventions.

La mise en réseau des différents partenaires impliqués dans la prise en charge des droits des enfants est un moyen d'améliorer la remontée de l'information et la qualité de la prise en charge des cas.

Les services techniques jouent un rôle essentiel dans le dispositif de mise en œuvre des interventions. Leur implication dans la mise en œuvre du programme accélère l'appropriation des interventions pour ensuite amener de promptes résolutions de problèmes. Finalement, l'implication des services techniques de l'État constitue en soi une réelle source de durabilité des interventions.

L'engagement et la participation des acteurs communautaires est un garant de succès de par le potentiel de mobilisation qu'ils apportent. La mobilisation en retour influence le changement de comportements et la diffusion des changements au sein de la communauté ciblée, tout en provoquant l'émulation au sein des villages voisins. Cela s'est traduit par l'émergence de « modèles » (villages

certifiés et primés, femmes modèles, écoles-modèles, etc.) au sein des différentes composantes du programme.

Cette mobilisation des communautés pourrait lever l'hypothèque (et le malentendu) entourant l'utilisation du bénévolat. En tant que principe organisateur de nombreuses interventions de développement, le bénévolat est porteur de malentendus. Derrière le désintéressement apparent, il y a bien souvent des attentes implicites de rémunération.

Il ne suffit pas qu'un service soit disponible pour qu'il soit automatiquement utilisé par les populations. Si cette offre de services est une condition nécessaire, elle est loin d'être suffisante. Pour qu'un service soit véritablement utilisé, il faut, tout d'abord, qu'il réponde à un besoin bien identifié préalablement, et que les obstacles économiques, sociaux et culturels qui en déterminent l'accès soient levés.

Les contraintes qu'impose une pauvreté extrême rendent difficiles la participation des communautés au financement de l'offre de services dans les secteurs de l'éducation et la santé; pourtant le risque d'une dépendance nocive vis-à-vis de l'aide extérieure est réel et mérite d'être analysé. Il faut donc trouver des mécanismes favorisant les contributions de contrepartie en nature aux services offerts ou des transferts monétaires visant la constitution ou la reconstitution des capacités de production de revenus domestiques autonomes pour l'amélioration de la résilience des populations vulnérables.

## 5.3.Recommandations

### 5.3.1. Recommandations visant une meilleure prise en charge des droits des plus défavorisés

- *Que des recherches et plaidoyers soient engagés par l'Unicef et ses partenaires nationaux et internationaux afin d'étendre l'offre de services en matière de santé de la mère et de l'enfant.*

Au moyen des résultats de recherches-actions et de stratégies de suivi, un plaidoyer en faveur de la gratuité des accouchements et du développement de stratégies mobiles décentralisées, foraines et avancées pour un meilleur accès entre autres des populations nomades aux services de santé.

- *Que les parties prenantes incluant l'UNICEF dotent les services en charge de la protection de l'enfant des ressources (humaines, financières et matérielles) adéquates.*

Il est impératif d'amener les collectivités à allouer des budgets conséquents à la protection de l'enfant. Par ailleurs, afin d'améliorer l'offre, il faut assurer la mise à l'échelle progressive des expériences à base communautaire en cours dans le cadre de la protection de l'enfant et recruter un personnel en qualité et en quantité pour assurer l'offre de services. Finalement créer des services sociaux au niveau des tribunaux et renforcer la synergie entre les services de protection et la justice consolideraient les effets de proximité recherchés.

- *Que l'UNICEF et ses partenaires nationaux déploient des outils de communication plus performants qui affinaient les messages et les informations pertinentes aux populations vulnérables.*

Parmi les moyens à mettre en œuvre on peut noter : le renforcement de la communication sur l'élaboration, la vulgarisation des lois et des documents de politique avant leur adoption; l'adaptation des outils de communication au mode de vie des populations cibles (nomades, sédentaires, insulaires, etc.); la participation systématique des enfants dans les activités programmatiques pour une meilleure prise en compte et la réalisation de leurs droits.

### 5.3.2. Recommandations visant la réduction des goulots d'étranglement

- *Que l'UNICEF et ses partenaires mettent en œuvre des stratégies dans le secteur de la santé afin de réduire les obstacles à l'accès à des soins de qualité qui limitent les relations inégales soignant(e)s et soigné(e)s.*

Parmi les facteurs de succès mitigé dans le secteur santé les enquêtes terrain ont fait ressortir les réticences traditionnelles mais aussi le facteur d'une relation inégale entre soigné(e)s et soignant(e)s. L'accroissement de la fréquentation des centres de santé ou des salles d'accouchement, ainsi que l'amélioration de la qualité de l'offre, passent par la résolution de ces blocages. A cet effet il serait opportun de renforcer les capacités des prestataires de santé en communication interpersonnelle et en assurance qualité et de redynamiser les comités de santé et les réseaux de relais communautaires.

- *Que des efforts particuliers soient investis en faveur de la concertation et de la collaboration entre l'UNICEF et ses partenaires afin de lever les équivoques et capitaliser les leçons apprises des succès et des échecs.*

Concertation, coordination et collaboration ont émergé comme approches de prédilection au niveau central et régional. Les équipes sectorielles et les prestataires de service bénéficieraient d'une systématisation que procureraient des exercices d'auto-évaluation et la documentation des leçons apprises des réussites et des échecs en matière de concertation en faveur de la programmation basée sur l'équité. L'approche selon l'équité mérite que les résultats soient valorisés et intégrés dans les dispositifs d'intervention à base communautaire.

- *Qu'un processus de révision de l'APTC soit engagé afin de mieux rencontrer la demande croissante de structures sanitaires permanentes.*

Au bilan des succès du programme il faut mettre l'appropriation par les communautés, guidées par les principes de l'APTC, de l'urgence de construire des latrines et d'en assurer la pérennisation. Il existe un obstacle de taille : la fragilité des modèles proposés. Deux défis doivent donc être surmontés dans ce domaine : l'identification d'un protocole de mise en œuvre facilitant la pérennisation et la maximisation des effets d'émulation au-delà des communautés ciblées. Ces objectifs se réaliseraient grâce à : l'amélioration de la qualité des ouvrages ATPC et de l'accessibilité de l'eau potable.

- *Que la scolarisation des enfants issus des groupes vulnérables et tout particulièrement les filles fasse l'objet de concertation au niveau central et régional afin de lever les derniers obstacles à la scolarisation et au maintien des enfants.*

L'amélioration de la communication et la circulation de l'information entre les différents intervenants et en particulier avec les élus locaux (Communes et conseils régionaux) et l'appui aux communes, conseils régionaux, aux autorités religieuses et traditionnelles pour mener des actions de sensibilisation pour la scolarisation des enfants devraient figurer parmi les priorités. En zone d'insécurité, il s'avère important de développer des stratégies adaptées pour pallier à toutes chutes des indicateurs comme dans la région d'Agadez entre 2006 et 2012.



## Annexe 1 : Termes de Référence

---

### Évaluation des stratégies du programme de coopération selon une approche Basée sur l'Équité

---

#### 1- Contexte et Justification

Le niveau élevé de pauvreté et de vulnérabilité au Niger et l'insuffisante accessibilité des services sociaux de base, surtout en milieu rural, ont contribué au positionnement des approches communautaires comme une des principales stratégies permettant de rapprocher les services des bénéficiaires et d'en améliorer les performances. C'est dans cette perspective que le soutien à la mise en œuvre des stratégies à base communautaire a été considéré comme un axe prioritaire du programme de coopération entre le gouvernement du Niger et l'UNICEF pour la période 2009-2013. Ledit programme a pour objectif de contribuer à : **(i)** la réduction de la mortalité des enfants âgés de moins de 5 ans ; **(ii)** la lutte contre la malnutrition des enfants ; **(iii)** l'amélioration de la scolarisation surtout pour les filles ; **(iv)** la prévention de la négligence, de la maltraitance et de l'exploitation des enfants ainsi que de la violence à leur égard.

Le programme a une portée nationale et combine une dimension stratégique et une dimension opérationnelle. La **dimension stratégique** est fondée sur le plaidoyer, le dialogue sur les politiques et le développement de partenariat stratégique pour une meilleure prise en compte des droits de l'enfant et de la femme dans les politiques publiques, les programmes nationaux, les lois et les budgets. La **dimension opérationnelle** est en revanche orientée vers l'appui à la mise en œuvre des politiques et programmes nationaux de développement à travers un paquet d'interventions visant à élargir l'accès des femmes et des enfants, particulièrement les plus défavorisés, aux services essentiels pour la réalisation de leurs droits. L'articulation entre ces deux dimensions du programme devrait permettre au programme de contribuer à l'amélioration de la situation des enfants et des femmes tout en veillant à la pérennisation des acquis à travers un meilleur positionnement de leurs droits dans les politiques, les programmes, les lois et les budgets d'une part et au passage à l'échelle des interventions réussies d'autre part.

Les stratégies à base communautaire ont été initiées dans les domaines de la santé de la mère et de l'enfant, de la prévention et de la prise en charge de la malnutrition, de l'assainissement total piloté par les communautés, de l'éducation, de la protection de l'enfant et de la promotion des pratiques familiales essentielles. Elles incluent outre la mise en œuvre d'un paquet d'interventions à haut impact sur les conditions de vie des enfants, le renforcement des capacités des acteurs locaux pour la gestion participative et le suivi communautaire ainsi que la recherche-action en vue de documenter les leçons apprises et de promouvoir le passage à l'échelle des interventions réussies. Elles ont été mises en œuvre principalement dans la commune urbaine d'Agadez et la commune de Tchirozérine de la région d'Agadez, les communes de Madarounfa, Aguié, Mayahi et Tessaoua de la région de Maradi, les communes de Mirriah, Magaria, Matameye et Tanout de la région de Zinder ainsi que les communes d'Abalak et de Tchintabaraden de la région de Tahoua. De ces interventions devraient découler trois principaux résultats :

- L'élargissement de l'offre de services d'éducation, de santé, de nutrition et de protection de l'enfant au niveau décentralisé;
- L'amélioration de la prévention et de la prise en charge communautaire des maladies, de la malnutrition, de l'éducation et de la protection des enfants;
- La gestion participative et le suivi communautaire de ces initiatives avec l'implication effective des communautés bénéficiaires aux différentes étapes du processus.

Ont été impliqués dans la mise en œuvre de ces approches communautaires, les collectivités territoriales, les services techniques déconcentrés, les ONGs internationales et locales ainsi que les organisations communautaires de base. La supervision et le suivi technique de proximité ont été assurés par les services techniques des ministères impliqués dans la mise en œuvre du programme, le bureau de l'UNICEF/Niamey et les bureaux de zone de Maradi et d'Agadez.

Notons en outre que dans le cadre de la mise en œuvre du programme de coopération diverses interventions ont été menées en réponse aux situations d'urgence nutritionnelle et alimentaire et pour la prise en charge des enfants et des familles rendus vulnérables par la pauvreté, les inondations et les situations de conflit dans les pays de la sous-région. Il s'agit essentiellement de l'appui à la mise en œuvre de l'initiative de gratuité des soins de santé pour les enfants âgés de moins de 5 ans, du cash transfert, du blanket-feeding, de la distribution des fournitures scolaires et de l'accès des enfants en situation de vulnérabilité aux Services Educatifs Judiciaires et Préventifs (SEJUP).

Les orientations stratégiques du prochain programme devant être définies selon une approche basée sur l'équité, il importe d'apprécier l'efficacité des stratégies mises en œuvre dans le cadre du programme de coopération, d'identifier les bonnes pratiques et de documenter les leçons apprises de ces initiatives en vue d'améliorer la prise en charge des enfants et des femmes en situation de vulnérabilité. C'est dans cette perspective que s'inscrit la présente évaluation.

## **2- Objectifs de l'évaluation**

L'évaluation des stratégies de mise en œuvre du programme selon une approche basée sur l'équité vise principalement à apprécier :

- L'efficacité : (i) du ciblage des interventions du programme ; (ii) des stratégies à base communautaire ; (iii) des initiatives de protection sociale des enfants et des femmes en situation de vulnérabilité et (iv) du dispositif de suivi communautaire pour la réduction des barrières et goulots d'étranglement à l'accès des plus défavorisés aux services sociaux de base de qualité ;
- L'impact des stratégies à base communautaire et des initiatives de protection sociale des enfants et des femmes en situation de vulnérabilité sur la résilience des communautés bénéficiaires et l'élargissement de l'accès et de l'utilisation des services sociaux de base de qualité par les plus défavorisés ;
- La durabilité des acquis.

Les évidences et les leçons apprises générées par l'évaluation seront utilisées pour :

- La définition des orientations stratégiques du prochain programme de coopération selon une approche basée sur l'équité ;
- L'identification de perspectives pour le renforcement du dispositif de suivi communautaire des programmes nationaux dans les domaines de la santé, de la nutrition, de l'éducation et de la protection de l'enfant ;
- Le plaidoyer et le partenariat en faveur d'une meilleure prise en compte de l'équité dans les programmes nationaux notamment dans les domaines de la santé, de la nutrition, de l'éducation et de la protection de l'enfant.

## **3- Questions d'évaluation**

Au regard de l'utilisation prévue des résultats de l'évaluation, notamment pour la définition des orientations stratégiques du prochain programme, les critères d'évaluation suivants ont été retenus : l'efficacité, l'impact et la durabilité. La pertinence des interventions a été déjà appréciée à tra-

vers les études et évaluations réalisées en appui à la mise en œuvre des stratégies à base communautaire et la revue à mi-parcours du programme de coopération.

Pour apprécier **l'efficacité, l'impact** des interventions menées dans le cadre du programme de coopération en vue de la prise en charge des besoins des femmes et des enfants en situation de vulnérabilité ainsi que la **pérennité** des acquis, référence sera faite aux questions d'évaluation suivantes :

#### **Analyse de l'efficacité**

- En quoi le **ciblage** des interventions du programme, les **stratégies à base communautaire** et de **protection sociale des enfants et des femmes en situation de vulnérabilité** mises en œuvre dans le cadre du programme ont-elles contribué à :
  - la réduction des obstacles à l'accès des enfants en situation de vulnérabilité aux services sociaux de base de qualité au niveau du contexte, de l'offre, de la demande et de la qualité des services ;
  - l'amorce d'une dynamique de changement de comportements en matière de prévention et de prise en charge communautaire de la santé, de la nutrition, de l'éducation et de la protection des enfants;
  - l'élargissement de l'accès des enfants et des femmes en situation de vulnérabilité aux services sociaux de base de qualité.
- Dans quelle mesure le **dispositif de gestion et de suivi communautaire** mis en place a-t-il été fonctionnel ? Quels en sont les forces et faiblesses ?
- Quels sont les principaux obstacles à la mise en œuvre des stratégies à base communautaire et des initiatives de protection sociale des enfants et des femmes en situation de vulnérabilité relevant notamment des facteurs liés au contexte, à l'offre, à la demande et à la qualité des services ?
- En quoi le **plaidoyer, le dialogue sur les politiques et le partenariat stratégique** menés dans le cadre de la mise en œuvre du programme ont-ils contribué à :
  - un meilleur positionnement des droits de l'enfant et de l'équité dans les politiques, et programmes nationaux ainsi que les budgets et les lois ;
  - la création d'un environnement favorable au passage à l'échelle des interventions réussies.

#### **Analyse de l'impact**

- Dans quelle mesure le ciblage des interventions du programme et les stratégies à base communautaire mises en œuvre dans le cadre du programme ont-ils contribué :
  - à la **réduction des disparités socio-économiques et de genre** ;
  - à l'amélioration de **l'utilisation adéquate des services** par les populations défavorisées et de **la réalisation des droits de l'enfant** à la survie et au développement, à l'éducation et à la protection.
- En quoi les initiatives de protection sociale des enfants et des femmes rendus vulnérables par l'insécurité alimentaire et nutritionnelle ont-elles contribué à l'amélioration de la résilience des communautés bénéficiaires ?
- Quels sont les effets inattendus engendrés par les stratégies à base communautaire et de protection sociale des enfants et des femmes en situation de vulnérabilité au sein des communautés bénéficiaires ?

#### **Analyse de la durabilité**

- En quoi la mise en œuvre des stratégies à base communautaire et des initiatives de protection sociale des enfants et des femmes en situation de vulnérabilité a-t-elle engendré une

dynamique et des initiatives favorables à la pérennisation des acquis au niveau communautaire et dans les différents secteurs sociaux concernés?

- En quoi cela a-t-il affecté le positionnement des droits de l'enfant et de l'équité dans les politiques publiques, les lois, les programmes nationaux et les budgets ?
- Dans quelle mesure les alliances et le partenariat stratégiques développés dans le cadre de la mise en œuvre du programme ont-ils contribué à la consolidation et à la pérennisation des acquis en ce qui concerne la réalisation des droits des enfants et des femmes les plus défavorisés?

#### 4- Méthodologie

L'évaluation portera essentiellement sur les interventions à base communautaire et les initiatives de protection sociale des enfants et des femmes en situation de vulnérabilité dans les douze communes d'intervention du programme de coopération. Pour apporter des réponses aux principales questions d'évaluation, seront utilisées :

- Les données quantitatives de l'enquête EDSN-MICS (2006 et 2012) et de l'enquête sur la vulnérabilité à l'insécurité alimentaire pour apprécier les progrès réalisés vers l'atteinte des résultats attendus du programme ;
- Des données qualitatives portant sur : les perceptions des communautés bénéficiaires et des prestataires de services à propos des réalisations du programme et les histoires de vie des populations bénéficiaires du programme ;
- Une revue **documentaire** portant entre autres sur le document de plan d'action pour la mise en œuvre du programme, le rapport de revue à mi-parcours et les rapports d'études et d'évaluation sur les pratiques familiales essentielles, le cash transfert, la prise en charge communautaire du nouveau-né, la distribution des fournitures scolaires, les besoins en soins obstétricaux et néonataux d'urgence et les Services Educatifs et Juridiques Publics (SEJUP).

L'évaluation sera réalisée par une **équipe de consultants nationaux et internationaux** qui procéderont à l'affinement de la méthodologie et des questions d'évaluation à partir des entretiens avec les parties prenantes principales et de l'analyse de l'évaluabilité. L'analyse des critères d'évaluation retenus permettra de faire ressortir à partir des leçons apprises les acquis à consolider et les défis à relever en termes de : **(i)** ciblage des interventions ; **(ii)** définition du paquet d'interventions communautaires ; **(iii)** définition des modalités pratiques de gestion participative des interventions ; **(iv)** renforcement du dispositif de suivi communautaire.

**Le comité intersectoriel de pilotage** du processus de préparation du prochain programme assurera l'accompagnement technique du travail des consultants ainsi que la validation des différents produits générés par l'évaluation. La participation des enfants et des populations défavorisées aux différentes étapes du processus d'évaluation sera assurée.

#### 5- Profil et mission des consultants

L'évaluation sera réalisée par une **équipe multidisciplinaire de consultants nationaux et internationaux**.

##### 5-1 Profil et mission du consultant international

Le consultant international sera chargé de coordonner et d'orienter les travaux des consultants nationaux. Il procédera à la définition de l'approche méthodologique pour l'évaluation. Il veillera à la prise en compte des objectifs visés par l'évaluation dans la définition des orientations méthodologiques, dans la collecte et l'analyse des données et dans la présentation des résultats. Il procédera à la rédaction du rapport d'évaluation et du rapport de synthèse. Elle devra avoir le profil suivant :

- Avoir au moins un niveau DEA/DESS en évaluation, en gestion de programme, en démographie, en économie, en sociologie ou dans un domaine connexe des sciences sociales ;
- Avoir une bonne connaissance des méthodes d'évaluation et d'analyse des données quantitatives et qualitatives;
- Avoir une expérience d'au moins 10 ans dans la conduite d'évaluation des programmes ;
- Avoir une bonne connaissance des domaines d'intervention de l'UNICEF ;
- Avoir une bonne capacité de communication, de travail en équipe et de facilitation des processus participatifs ;
- Avoir une parfaite maîtrise de la langue française ;
- Avoir une bonne capacité d'analyse, de rédaction et de synthèse.

## **5-2 Profil et mission de l'équipe de consultants nationaux**

Les consultants nationaux sont chargés de la collecte et de l'analyse des données quantitatives et qualitatives nécessaires pour la réponse aux questions d'évaluation. Ils devront avoir le profil suivant :

- Avoir au moins un niveau DESS/DEA en statistiques, en économie, en sociologie, en démographie ou dans un domaine connexe des sciences sociales ;
- Avoir une parfaite maîtrise des méthodes quantitatives et qualitatives de collecte et d'analyse des données ;
- Disposer d'une bonne connaissance et d'une expérience d'au moins 5 ans dans la conduite des activités de recherche et d'évaluation ;
- Avoir une bonne connaissance des domaines d'intervention de l'UNICEF et du contexte national ;
- Avoir une bonne capacité de travail en équipe, d'analyse, de rédaction et de synthèse.

## Annexe 2 : Grilles et outils d'entretiens

### A. Version préliminaire des questionnaires<sup>19</sup>

#### 1. Communication pour le développement

##### 1. Efficacité

- Comment s'est effectué le ciblage de vos interventions ?
- Peut-on établir un lien entre le ciblage des interventions du programme et la réduction des obstacles à l'accès des enfants et des femmes les plus défavorisés aux services ?
- Quels comportements spécifiques visiez-vous à modifier ?
- Le ciblage ainsi que les interventions menées ont-ils permis et facilité ces changements de comportements ?
- Quelle a été la stratégie de communication la plus porteuse dans le cadre de votre programme pour élargir l'accès des enfants et des femmes aux services ?
- Quels sont les obstacles auxquels vous avez été confrontés dans la mise en œuvre des interventions ?
- Ces obstacles étaient-ils reliés à la demande de services ? Ou à l'offre de services ?
- Avez-vous procédé à des ajustements de vos interventions sur le terrain ? Si oui lesquels ?
- Y a-t-il eu des synergies entre composantes du programme ? Si oui ont-elles permis de surmonter certains obstacles ?
- Peut-on établir un lien entre le plaidoyer, le dialogue sur les politiques et le partenariat stratégique et la création d'un environnement favorable au passage à l'échelle ? Peut-on dire la même chose pour les interventions en situation d'urgence ?

##### 2. Impacts

- Le ciblage et le paquet d'interventions mis en œuvre ont-t-il permis de réduire les disparités de tous types ?
- Ont-ils permis de réduire les disparités dans la participation des femmes aux mécanismes de gestion communautaire, en particulier en situation d'urgence ?
- Peut-on établir un lien entre le ciblage et les stratégies à base communautaire mises en œuvre et la réduction des disparités de tous types ?
- Le ciblage des interventions a-t-il eu un impact sur l'amélioration de l'utilisation des services offerts par le programme ?
- Avez-vous constaté des différences entre zones bénéficiaires et zones non-bénéficiaires en nutrition ?
- Quelles réponses aux situations d'urgence alimentaire et nutritionnelle ont été mises en œuvre par la composante communication ?
- Comment ont-elles été perçues par les communautés ?
- Comment ces réponses ont-elles améliorées la capacité des communautés bénéficiaires à faire face dans l'immédiat et le futur aux urgences alimentaires et nutritionnelles ?
- Quels effets inattendus a engendré le programme ? Comment avez-vous essayé de contrer certains effets négatifs ?

##### 3. Durabilité

---

<sup>19</sup> . Ces questionnaires ont principalement été utilisés par le consultant international lors des rencontres avec les gestionnaires sectoriels mais ont été partagés avec les consultants nationaux aux fins d'adaptation (voir section suivante).

- La mise en œuvre des stratégies du programme a-t-elle engendré des dynamiques de pérennisation dans le secteur de la nutrition?
- Peut-on identifier des exemples de diffusions de changements au sein des familles et de la communauté non-directement bénéficiaires?
- Quelle influence la mise en œuvre de la stratégie a-t-elle eu sur les politiques et programmes nationaux visés par le programme?

## 2. Éducation

### 1. Efficacité

- Comment s'est effectué le ciblage de vos interventions ?
- Le ciblage géographique mis en œuvre a-t-il permis de réduire dans ces communes les obstacles à l'accès aux services offerts par les interventions?
- Peut-on établir un lien entre le ciblage des interventions en matière d'éducation et la réduction des obstacles à l'accès des enfants les plus défavorisés à l'éducation?
- Quels comportements spécifiques visiez-vous à modifier?
- Le ciblage ainsi que les interventions menées ont-ils permis et facilité ces changements de comportements ?
- L'intervention visait-elle à élargir les services touchant à l'éducation dans les communes? Lesquels ?
- Peut-on établir un lien entre le ciblage et l'élargissement de l'accès des enfants, en particulier en situation d'urgence?
- Quelle a été la stratégie la plus porteuse dans le cadre de votre programme pour élargir l'accès des enfants aux services touchant à l'éducation?
- Quels dispositifs de gestion et de suivi communautaire ont été mis en place?
- Lesquels se sont avérés les plus efficaces? Les moins efficaces? Pourquoi?
- Quels sont les obstacles auxquels vous avez été confrontés dans la mise en œuvre des interventions ?
- Ces obstacles étaient-ils reliés à la demande de services? Ou à l'offre de services?
- Avez-vous procédé à des ajustements de vos interventions sur le terrain? Si oui lesquels?
- Y a-t-il eu des synergies entre composantes du programme? Si oui ont-elles permis de surmonter certains obstacles?
- Le plaidoyer et la communication ont-ils joué un rôle dans la mise en œuvre de l'intervention en éducation? Si oui lequel?
- Peut-on établir un lien entre le plaidoyer, le dialogue sur les politiques et le partenariat stratégique et la création d'un environnement favorable au passage à l'échelle? Peut-on dire la même chose pour les interventions en situation d'urgence?

### 2. Impacts

- Le ciblage et le paquet d'interventions mis en œuvre ont-t-il permis de réduire les disparités de tous types en éducation?
- Peut-on établir un lien entre le ciblage et les stratégies à base communautaire mises en œuvre et la réduction des disparités de tous types?
- Le ciblage des interventions a-t-il eu un impact sur l'amélioration de l'utilisation des services d'éducation?
- Avez-vous constaté des différences entre zones bénéficiaires et zones non-bénéficiaires en éducation?

- Quelles réponses aux situations d'urgence alimentaire et nutritionnelle ont été mises en œuvre par la composante éducation?
- Comment ont-elles été perçues par les communautés?
- Comment ces réponses ont-elles améliorées la capacité des communautés bénéficiaires à faire face dans l'immédiat et le futur aux urgences?
- Quels effets inattendus a engendré le programme? Comment avez-vous essayé de contrer certains effets négatifs?

### 3. Durabilité

- La mise en œuvre des stratégies du programme a-t-elle engendré des dynamiques de pérennisation dans le secteur de l'éducation?
- Peut-on identifier des exemples de diffusions de changements au sein des familles et de la communauté non-directement bénéficiaires?
- Quelle influence la mise en œuvre de la stratégie a-t-elle eu sur les politiques et programmes nationaux dans le domaine de l'éducation, en particulier en situation d'urgence?

## 3. Nutrition

### 1. Efficacité

- Comment s'est effectué le ciblage de vos interventions ?
- Le ciblage géographique mis en œuvre a-t-il permis de réduire dans ces communes les obstacles à l'accès aux services offerts par les interventions?
- Peut-on établir un lien entre le ciblage des interventions en matière de nutrition et la réduction des obstacles à l'accès des enfants et des femmes les plus défavorisés aux services ?
- Quels comportements spécifiques en nutrition visiez-vous à modifier?
- Le ciblage ainsi que les interventions menées ont-ils permis et facilité ces changements de comportements ?
- L'intervention visait-elle à élargir les services touchant à la nutrition dans les communes? Lesquels ?
- Peut-on établir un lien entre le ciblage et l'élargissement de l'accès des enfants et des femmes?
- Quelle a été la stratégie la plus porteuse dans le cadre de votre programme pour élargir l'accès des enfants et des femmes aux services touchant à la nutrition?
- Quels dispositifs de gestion et de suivi communautaire ont été mis en place?
- Lesquels se sont avérés les plus efficaces? Les moins efficaces? Pourquoi?
- Quels sont les obstacles auxquels vous avez été confrontés dans la mise en œuvre des interventions ?
- Ces obstacles étaient-ils reliés à la demande de services? Ou à l'offre de services?
- Avez-vous procédé à des ajustements de vos interventions sur le terrain? Si oui lesquels?
- Y a-t-il eu des synergies entre composantes du programme? Si oui ont-elles permis de surmonter certains obstacles?
- Le plaidoyer et la communication ont-ils joué un rôle dans la mise en œuvre de l'intervention en nutrition? Si oui lequel?
- Peut-on établir un lien entre le plaidoyer, le dialogue sur les politiques et le partenariat stratégique et la création d'un environnement favorable au passage à l'échelle? Peut-on dire la même chose pour les interventions en situation d'urgence?

### 2. Impacts

- Le ciblage et le paquet d'interventions mis en œuvre ont-ils permis de réduire les disparités de tous types en nutrition?
- Ont-ils permis de réduire les disparités dans la participation des femmes aux mécanismes de gestion communautaire, en particulier en situation d'urgence?
- Peut-on établir un lien entre le ciblage et les stratégies à base communautaire mises en œuvre et la réduction des disparités de tous types?
- Le ciblage des interventions a-t-il eu un impact sur l'amélioration de l'utilisation des services de nutrition?
- Avez-vous constaté des différences entre zones bénéficiaires et zones non-bénéficiaires en nutrition?
- Quelles réponses aux situations d'urgence alimentaire et nutritionnelle ont été mises en œuvre par la composante nutrition?
- Comment ont-elles été perçues par les communautés?
- Comment ces réponses ont-elles améliorées la capacité des communautés bénéficiaires à faire face dans l'immédiat et le futur aux urgences alimentaires et nutritionnelles?
- Quels effets inattendus a engendré le programme? Comment avez-vous essayé de contrer certains effets négatifs?

### 3. Durabilité

- La mise en œuvre des stratégies du programme a-t-elle engendré des dynamiques de pérennisation dans le secteur de la nutrition?
- Peut-on identifier des exemples de diffusions de changements au sein des familles et de la communauté non-directement bénéficiaires?
- Quelle influence la mise en œuvre de la stratégie a-t-elle eu sur les politiques et programmes nationaux dans le domaine de la nutrition, en particulier en situation d'urgence?

## 4. Planification, Suivi-Évaluation et Politiques Sociales

### 1. Efficacité

- Le ciblage géographique avec son choix de douze communes a-t-il eu des effets sur le travail de cette section Politiques sociales, suivi et évaluation?
- Quels dispositifs de gestion et de suivi communautaire ont été mis en place dans les différentes sections du programme?
- Lesquels se sont avérés les plus efficaces? Les moins efficaces? Pourquoi?
- Quels obstacles liés aux politiques et programmes nationaux, aux lois, aux budgets et aux normes sociales ont pu influencer la performance du programme?
- Ces obstacles étaient-ils reliés à la demande de services? Ou à l'offre et la qualité de services?
- Y a-t-il eu des synergies entre composantes du programme? Si oui ont-elles permis de surmonter certains obstacles?
- Le plaidoyer, le dialogue sur les politiques et le partenariat stratégique ont-ils permis une meilleure prise en compte :
  - des droits de l'enfant dans les politiques nationales dans les domaines d'intervention du programme?
  - de l'équité dans les politiques nationales dans les domaines d'intervention du programme?
- Peut-on établir un lien entre le plaidoyer, le dialogue sur les politiques et le partenariat stratégique et l'évolution des budgets et les modifications de lois dans le secteur?

- Quelles interventions sont classées comme réussies par les parties intéressées?
- Quelles modalités de passage à l'échelle avaient été prévues dans le programme selon les secteurs?
- Peut-on établir un lien entre le plaidoyer, le dialogue sur les politiques et le partenariat stratégique et la création d'un environnement favorable au passage à l'échelle des interventions à base communautaire considérées réussies?
- Peut-on établir un lien entre le plaidoyer, le dialogue sur les politiques et le partenariat stratégique et la création d'un environnement favorable au passage à l'échelle des interventions d'urgence considérées réussies?

## 2. Impacts

- Le ciblage des interventions a-t-il permis de réduire les disparités de tous types?
- Le ciblage des interventions a-t-il permis de réduire les disparités dans la participation des femmes aux mécanismes de gestion communautaire, en particulier en situation d'urgence?
- Peut-on établir un lien entre le ciblage et les stratégies à base communautaire mises en œuvre et la réduction des disparités de tous types?
- Le ciblage des interventions a-t-il eu un impact sur les secteurs couverts par le programme?
- Le système de suivi-évaluation permet-il de constater des différences entre zones bénéficiaires et zones non-bénéficiaires?
- Quelles réponses aux situations d'urgence alimentaire et nutritionnelle ont été mises en œuvre par la section politiques sociales?
- Comment ont-elles été perçues par les communautés?
- Comment ces réponses ont-elles améliorées la capacité des communautés bénéficiaires à faire face l'immédiat et le futur aux urgences alimentaires et nutritionnelles?
- Quels effets inattendus a engendré le programme? Comment avez-vous essayé de contrer certains effets négatifs?

## 3. Durabilité

- La mise en œuvre des stratégies du programme a-t-elle engendré des dynamiques de pérennisation dans le secteur de la santé?
- Peut-on identifier des exemples de diffusions de changements au sein des familles et de la communauté non-directement bénéficiaires?
- Quelle influence la mise en œuvre de la stratégie a-t-elle eu sur les politiques et programmes nationaux dans le domaine de la santé et la nutrition, en particulier en situation d'urgence?

## 5. Protection

### 1. Efficacité

- Comment s'est effectué le ciblage de vos interventions ?
- Le ciblage géographique mis en œuvre a-t-il permis de réduire dans ces communes les obstacles à l'accès aux services offerts par les interventions?
- Peut-on établir un lien entre le ciblage des interventions de protection et la réduction des obstacles à l'accès des enfants et des femmes les plus défavorisés aux services ?
- Quels comportements spécifiques visiez-vous à modifier?
- Le ciblage ainsi que les interventions menées ont-ils permis et facilité ces changements de comportements ?

- L'intervention visait-elle à élargir les services touchant à la protection dans les communes? Lesquels ?
- Peut-on établir un lien entre le ciblage et l'élargissement de l'accès des enfants et des femmes?
- Quelle a été la stratégie la plus porteuse dans le cadre de votre programme pour élargir l'accès des enfants aux services touchant à la protection?
- Quels dispositifs de gestion et de suivi communautaire ont été mis en place?
- Lesquels se sont avérés les plus efficaces? Les moins efficaces? Pourquoi?
- Quels sont les obstacles auxquels vous avez été confrontés dans la mise en œuvre des interventions ?
- Ces obstacles étaient-ils reliés à la demande de services? Ou à l'offre de services?
- Avez-vous procédé à des ajustements de vos interventions sur le terrain? Si oui lesquels?
- Y a-t-il eu des synergies entre composantes du programme? Si oui ont-elles permis de surmonter certains obstacles?
- Le plaidoyer et la communication ont-ils joué un rôle dans la mise en œuvre de l'intervention en protection? Si oui lequel?
- Peut-on établir un lien entre le plaidoyer, le dialogue sur les politiques et le partenariat stratégique et la création d'un environnement favorable au passage à l'échelle? Peut-on dire la même chose pour les interventions en situation d'urgence?

## 2. Impacts

- Le ciblage et le paquet d'interventions mis en œuvre ont-t-il permis de réduire les disparités de tous types en protection?
- Ont-ils permis de réduire les disparités dans la participation des femmes aux mécanismes de gestion communautaire, en particulier en situation d'urgence?
- Peut-on établir un lien entre le ciblage et les stratégies à base communautaire mises en œuvre et la réduction des disparités de tous types?
- Avez-vous constaté des différences entre zones bénéficiaires et zones non-bénéficiaires en protection?
- Quelles réponses aux situations d'urgence alimentaire et nutritionnelle ont été mises en œuvre par la composante protection?
- Comment ont-elles été perçues par les communautés?
- Comment ces réponses ont-elles améliorées la capacité des communautés bénéficiaires à faire face dans l'immédiat et le futur aux urgences alimentaires et nutritionnelles?
- Quels effets inattendus a engendré le programme? Comment avez-vous essayé de contrer certains effets négatifs?

## 3. Durabilité

- La mise en œuvre des stratégies du programme a-t-elle engendré des dynamiques de pérennisation dans le secteur de la protection?
- Peut-on identifier des exemples de diffusions de changements au sein des familles et de la communauté non-directement bénéficiaires?
- Quelle influence la mise en œuvre de la stratégie a-t-elle eu sur les politiques et programmes nationaux dans le domaine de la protection?

## 6. Survie de l'enfant

### 1. Efficacité

- Comment s'est effectué le ciblage de vos interventions ?
- Le ciblage géographique mis en œuvre a-t-il permis de réduire dans ces communes les obstacles à l'accès à des services de santé de qualité pour les enfants?
- Peut-on établir un lien entre le ciblage des interventions en matière de survie de l'enfant et la réduction des obstacles à l'accès des enfants et des femmes les plus défavorisés aux services de santé ?
- Quels comportements spécifiques en santé visiez-vous à modifier?
- Le ciblage ainsi que les interventions menées ont-ils permis et facilité ces changements de comportements ?
- Peut-on établir un lien entre le ciblage et des changements de comportements en matière de prévention et de prise en charge communautaire de la santé?
- L'intervention visait-elle à élargir les services de santé dans les communes? Lesquels ?
- Peut-on établir un lien entre le ciblage et l'élargissement de l'accès des enfants et des femmes?
- Quelle a été la stratégie la plus porteuse dans le cadre de votre programme pour élargir l'accès des enfants et des femmes aux services de santé de qualité?
- Quels dispositifs de gestion et de suivi communautaire ont été mis en place en santé?
- Lesquels se sont avérés les plus efficaces? Les moins efficaces? Pourquoi?
- Quels sont les obstacles auxquels vous avez été confrontés dans la mise en œuvre des interventions ?
- Ces obstacles étaient-ils reliés à la demande de services? Ou à l'offre de services?
- Avez-vous procédé à des ajustements de vos interventions sur le terrain? Si oui lesquels?
- Y a-t-il eu des synergies entre composantes du programme? Si oui ont-elles permis de surmonter certains obstacles?
- Le plaidoyer et la communication ont-ils joué un rôle dans la mise en œuvre de l'intervention en santé? Si oui lequel?

## 2. Impacts

- Le ciblage et le paquet d'interventions mis en œuvre ont-t-il permis de réduire les disparités de tous types en santé?
- Ont-ils permis de réduire les disparités dans la participation des femmes aux mécanismes de gestion communautaire, en particulier en situation d'urgence?
- Peut-on établir un lien entre le ciblage et les stratégies à base communautaire mises en œuvre et la réduction des disparités de tous types?
- Le ciblage des interventions a-t-il eu un impact sur l'amélioration de l'utilisation des services de santé?
- Avez-vous constaté des différences entre zones bénéficiaires et zones non-bénéficiaires en santé?
- Quelles réponses aux situations d'urgence alimentaire et nutritionnelle ont été mises en œuvre par la composante survie de l'enfant?
- Comment ont-elles été perçues par les communautés?
- Comment ces réponses ont-elles améliorées la capacité des communautés bénéficiaires à faire face dans l'immédiat et le futur aux urgences alimentaires et nutritionnelles?
- Quels effets inattendus a engendré le programme? Comment avez-vous essayé de contrer certains effets négatifs?

## 3. Durabilité

- La mise en œuvre des stratégies du programme a-t-elle engendré des dynamiques de pérennisation dans le secteur de la santé?
- Peut-on identifier des exemples de diffusions de changements au sein des familles et de la communauté non-directement bénéficiaires?
- Quelle influence la mise en œuvre de la stratégie a-t-elle eu sur les politiques et programmes nationaux dans le domaine de la santé et la nutrition, en particulier en situation d'urgence?

## B. Version finale des outils d'entretiens utilisés sur le terrain<sup>20</sup>

### 1. Ciblage des bénéficiaires au sein des communautés

- Méthode de ciblage des bénéficiaires;
- Les acteurs impliqués dans le processus de ciblage ;
- Les catégories et/ou profils des bénéficiaires (ruraux/urbains, agriculteurs/éleveurs, riches/pauvres, taille de ménages, instruits/non instruits, ménages dirigés par un homme/ ménages dirigés par une femme, activités) ;
- Qui sont les exclus dans les communautés bénéficiaires ?
- Les liens entre le ciblage et la réduction des disparités socio-économiques

### 2. Actions réalisées par secteur

- Les interventions réalisées par l'UNICEF dans les secteurs de la santé, de l'éducation et de la protection de l'enfant ;
- Selon quels processus ces actions ont-elles été ciblées ?
- Quelle est votre implication dans le processus de ciblage ?
- Quels types de comportements ces interventions visaient-elles à modifier ?
- Les bénéficiaires étaient-ils un groupe pertinent en matière de changement de comportement ?
- Les actions ciblées étaient-elles pertinentes pour les groupes bénéficiaires ?
- Quels sont les types de services offerts et leur accessibilité pour les populations défavorisées ?
- Quels secteurs ont été touchés par les interventions ?
- Quels sont les acquis à préserver ?
- Quels sont les effets inattendus des interventions ?
- Comment ont-ils été analysés par l'UNICEF et ses partenaires ?
- Quelles sont les leçons apprises ?
- Quelles sont les suggestions pour l'avenir ?

### 3. Dispositif d'intervention de l'UNICEF (niveaux régional, départemental et communautaire)

- Identification des acteurs du dispositif d'intervention et leurs interactions;
- Choix des acteurs communautaires de l'intervention ;
- Stratégies de mise en œuvre de l'intervention (à base communautaire) et élargissement de l'accès des femmes et des enfants aux services de base ;
- Dispositif de suivi communautaire et son fonctionnement;
- Dans quels domaines ce dispositif a-t-il été plus efficace ;
- La participation des femmes aux mécanismes de gestion communautaire ?
- Les obstacles à la mise en œuvre de la stratégie
- Les obstacles (politique, budgétaire, juridique, normes sociales) à la mise en œuvre de l'intervention à base communautaire;
- Liens entre ces obstacles et la dynamique de l'offre de services sociaux ;
- Liens entre ces obstacles et la dynamique de la demande de services sociaux ;
- Liens entre les obstacles et la dynamique de la qualité des services offerts ;

---

<sup>20</sup> . Ces outils ont été mis au point par les consultants nationaux pour leurs missions de collecte sur le terrain (septembre 2012 et janvier 2013).

- Quels types de partenariats stratégiques sont efficaces ;
- Comment le plaidoyer a-t-il amélioré la situation de la femme et des enfants ?;

#### **4. Changements induits par l'intervention**

- Comment la stratégie de mise en œuvre s'intègre-t-elle aux politiques et programmes éditoriaux en matière de droit de la femme et de l'enfant ?
- Quels changements sont observables au sein des familles et des communautés ?

#### **5. Les dynamiques de pérennisation des acquis**

- Les dynamiques de pérennisation des actions au niveau communautaire et au niveau des alliances et partenariats stratégiques ;
- Influence de la mise en œuvre de la stratégie sur les politiques et programmes nationaux dans les situations d'urgence alimentaire et nutritionnelle ;
- Ces alliances et partenariats stratégiques ont-ils contribué au renforcement de la résilience des communautés en situation d'urgence ;
- Les réponses individuelles (au sein des ménages) et communautaires (au sein de la communauté) face aux situations d'urgence.

#### **6. Perceptions du processus par les acteurs et les bénéficiaires**

- Les interventions sont-elles considérées comme une réussite ou comme un échec ? Les indicateurs « éditoriaux » d'appréciation de cette réussite ou cet échec ;
- Normes sociales en matière de participation des femmes à la gestion communautaire ;
- Ces normes sont-elles en adéquation ou en conflit avec le mode d'implication des femmes dans le dispositif d'intervention de l'UNICEF ;
- Les aspects du processus les plus appréciés et les aspects les plus critiqués ; les propositions de solutions et les attentes (des détenteurs de droits et des porteurs d'obligation)

## Annexe 3 : Liste des personnes rencontrées<sup>21</sup>

### 1. Mission du Consultant international

#### 1. Représentant :

Guido Cornale

#### 2. Équipe Communication<sup>22</sup>

Rocio Berzal  
Kotoudi Idimama  
Adamou Matti

#### 3. Équipe Éducation

Abdel Kader René Joly  
Kokou Amelewonou  
Sharmila Pillai

#### 4. Équipe Nutrition

Fatimata Sabo  
Angèle Razafinombana  
Hamado Boureïma

#### 5. Équipe Planification, suivi & évaluation

Ousmane Niang  
Soukeynatou Fall  
Moutari Zezi Dade  
Ousmane Souleymane

#### 6. Équipe Protection

Djanabou Mahondé  
Saley Bebert  
Boureïma Ouedraogo

#### 7. Équipe Survie de l'enfant

Khaled Bensaid  
Aïssa Mamadoultaibou  
Fatimata Sabo  
Malam Souradji  
Hamadou Boureïma  
Hamissou Maoudé

---

<sup>21</sup> Dans un cas il s'est agi d'une conversation téléphonique.

<sup>22</sup> Toutes les sections Communications sont incluses.

## **8. Équipe terrain au Bureau de Zone de Maradi**

Mohameden Fall

## **9. Équipes de mise en œuvre des opérations<sup>23</sup>**

Robert Tindjou (Analyse de la situation)

*Institut National de la Statistique*

Abou Maina

Kemil Halimata Amadou

Oumarou Sami

Ibrahim Maazou

Modiéli Amadou Djibrilla

*BOA*

Abdua Dagobi

Oumarou Hamani

---

<sup>23</sup> Il s'agit ici de l'analyse de la situation et de l'évaluation.

## 2. Missions des consultants nationaux

1. Kalla Laouali, responsable Eau, hygiène, assainissement, UNICEF Maradi
2. Hamidine Hassane, responsable Santé/nutrition, UNICEF Maradi
3. Moussa Yahaya, responsable protection, UNICEF Maradi
4. Dr Amadou Oumarou, Programme Santé Madarounfa, UNICEF Maradi
5. Maty Malan Adamou, Programme Communication, UNICEF Maradi
6. Dr Alfari Daouda, responsable antenne régionale par intérim, UNICEF Maradi
7. Mme Rabiou Haoua, responsable éducation, UNICEF Maradi
8. Secrétaire général adjoint du Gouvernorat, Maradi
9. Paté Balla, président du Conseil régional, Maradi
10. Dr Mamoudou Idrissa, directeur régional de la santé, Maradi
11. Jariri Salissou, directeur régional du développement communautaire, Maradi
12. Mamoudou Adamou, directeur régional de l'hydraulique, Maradi
13. Boukar Kolimi, directeur régional de l'éducation, Maradi
14. M. Bakasso, point focal UNICEF, Maradi
15. Sanoussi Mahamane, ingénieur bâtiments, Maradi
16. Moussa Gamatié, directeur régional adjoint de l'hydraulique, Maradi
17. Laouali Maroussa, directeur départemental de l'hydraulique, Aguié
18. Mme Gani Hadjia Salamatou, directrice par intérim de la promotion de la femme et de la protection de l'enfant
19. Elhadji Taweye Dan Dossa, Sejour Maradi
20. Mahadamdou Bagalam, chef de quartier par intérim, Bagalam
21. Rabiou Abdou, président COGES Bagalam I
22. Issaka Abdou, président COGES Bagalam II
23. Oumarou Illiassou, président ONG Sared, Maradi
24. Abass Harou, Préfet Madarounfa
25. Kadri Amadou, directeur départemental du développement communautaire, Madarounfa
26. Mahaman Nouri Sanoussi, directeur régional de l'hydraulique, départemental, Madarounfa
27. Dr Hassane Boureima, médecin-chef district sanitaire, Madarounfa
28. Maazou Gaouta, cellule de surveillance épidémiologique, district sanitaire, Madarounfa
29. Ibahim Adamou, gestionnaire, district sanitaire, Madarounfa
30. Abdou Moussa, technicien d'hygiène et assainissement, Madarounfa
31. Saadou Ali, chargé de la statistique, inspection de l'enseignement de base, Madarounfa
32. Ousmane Moumouni, inspection de l'éducation non formelle, Madarounfa
33. Seybou Oumarou, directeur départemental de la promotion de la femme et de la protection de l'enfant, Madarounfa
34. Adamou Rachid, juge d'instance, Madarounfa
35. Maman Gaya, chef de canton, Sarkin Yamma
36. Ousmane Aboubacar, chef de village, Sarkin Yamma
37. Hama Gado, chef secteur pédagogique, commune de Sarkin Yamma
38. Dr Ismaïla Ibrahim Maman Sani, médecin-chef, CSI de Sarkin Yamma
39. Mahaman Chamsoudine, agent de santé communautaire, CSI de Sarkin Yamma
40. Oumarou Abdou, vice-président COGES, CSI de Sarkin Yamma
41. Issaka Kané, trésorier CSI de Sarkin Yamma
42. Sani Salifou, percepteur CSI de Sarkin Yamma
43. Ali Adamou, maire, commune de Sarkin Yamma
44. Moutari Gado, vice-maire, commune de Sarkin Yamma
45. Maman Zabo, état civil, commune de Sarkin Yamma
46. Aï Ali, matrone, Sarkin Yamma
47. Baraka Sani, matrone, Sarkin Yamma

48. Issaka Abdou, animateur jardin d'enfants communautaires, Sarkin Yamma
49. Indo Ibarhim, responsable comité attribution des chèvres filles scolarisées, Srakin Yamma
50. Oumarou Issaka, ex-relais communautaire, Sarkin Yamma
51. Hamidou Abdou, relais communautaire, Guidan Bawa
52. Amina Maazou, responsable comité attribution des chèvres mères d'enfants malnutris, Guidan Bawa
53. Abou Mahazou Hassane, animateur, ONG Lucap, Guidan Bawa
54. Hamidou Iro, directeur régional du développement communautaire, Zinder
55. Dr Elicha Sanoussi, directeur régional adjoint de la santé publique, Zinder
56. Saïdou Mato, directeur régional adjoint de l'hydraulique, Zinder
57. Moussa Adamou, directeur régional de la promotion de la femme et de la protection de l'enfant, Zinder
58. Chékaraou Barou, directeur régional de l'éducation, Zinder
59. Abdou Djibo, point focal UNICEF, DREN Zinder
60. Goni Abdoulaye, chargé des COGES, DREN Zinder
61. Idrissa Mahaman Laouali, coordonnateur per intermim portefeuille SNV, Zinder
62. Moutari Ousmane, président du conseil régional, Zinder
63. Abdou Issa, maire, commune II Zinder
64. Moustapha Abba, chef de quartier Kara Kara, Zinder
65. Adamou Ilou, ONG Al'oumma, Zinder
66. Salissou Zakari, secrétaire général ONG SOS femmes et enfants victimes de violences, Zinder
67. Kollo Aboubacar, trésorier ONG ASEC Mungane, Zinder
68. Moussa Salha, membre ONG ASEC Mungane, Zinder
69. Daoudouka Moutari, Sejud, Zinder
70. Tidjani Brah, Sejud, Zinder
71. Souleymane Malan Moussa, Préfet de Magaria
72. Habou Halilou, directeur départemental du développement communautaire, Magaria
73. Moustapha Alassan Maman Sani, directeur départemental de l'hydraulique, Magaria
74. Dr Souna Hama, médecin-chef, district sanitaire de Magaria
75. Salissou Issa, épidémiologiste, district sanitaire de Magaria
76. Issoufou Amadou Maïfada, Maire de la commune de Dungass
77. Ali Sabo, agent d'état civil, commune de Dungass
78. Sani Kané, inspecteur de l'éducation de base, Dungass
79. Laouali Nomaou, chargé de la statistique, inspection de l'éducation de base, Dungass
80. Mme Mamane Fouréra, chargée de la scolarisation de la jeune fille, inspection de l'éducation de base, Dungass
81. Hachimou Djero, magasinier, inspection de l'éducation de base, Dungass
82. Alassane Ibrah, major CSI Dungass
83. Abdou Brah, relais communautaire, Dungass
84. Elhadji sOusmane Mango, président COGES CSI Dungass
85. Laouali Moumouni Waziri, agent de santé communautaire, case de santé Ga Allah

#### Liste des personnes rencontrées à Niamey et à Tahoua

N°	Date	Nom & Prénom	Structure	Nature entretien	Contact
Région de Niamey					
1	04/09 /12	Mme Bébert Salmey	Cellule Protection de	Individuel	

			l'Enfant/UNICEF		
2	04/09 /12	Mr ERIC Alain Atégbo	Cellule Nutrition/UNICEF	Individuel	
3	04/09 /12	Mr Adama Ouédraogo	Cellule SME/UNICEF	Individuel	
4	05/09 /12	Mr Mamadou Lamine Sow	Cellule Educa-tion/UNICEF	Individuel	
5	05/09 /12	Mr Togoba Sogoba	Cellule Wash/UNICEF	Individuel	
6	05/09 /12	Me Odile Bulten	Cellule Urgence/UNICEF	Individuel	
7	06/09 /12	Mr Moussa Saley	PF UNICEF MP/DC	Individuel	
8	06/09 /12	Mr Hamza Dodo	PF/DEP MSP	Individuel	
9	07/09 /12	Mr Maman Sani Abdou	PF UNICEF MC	Individuel	
10	08/09/12	Mr <i>Batouré</i> Mamane	Chef de la division Sur-veillance alimentaire et Nutritionnelle à la DN	Individuel	
11	10/09/12	Mr Abdoulaye SOUMANA	MCD de l'Hôpital Gaweye	Individuel	
12	10/09/12	Mr IBRAHIM Harouna	DEP / MP/PF/PE	Individuel	
13	12/09/12	Me Aliou Zainabou	DPSF	Individuel	98 69 77 70
14	10/09/12	Mr Boureima H. Seydou	IEB1 Niamey IV	Individuel	96 99 26 26
Région de Tahoua					
15	17/09/12	Me Boubacar Tagadi	DR/P/PF/PE		96 53 36 39
16	17/09/12	Mr TIENDREBEOGO Stanislas	Consultant Nutrition UNICEF		96 31 70 27
17	17/09/12	Mr ARIMA Chégou/	DREN/PLN		96 28 31 17
18	18/09/12	Mr SOULEY Ibrah	Coord. ONG Monde des Enfants		
19	18/09/12	Mr NABA Malam Adamou	PF UNICEF/DRAT/DC		
20	18/09/12	Mr IBRAHIM Andillo	DRHy		96 97 0134
21	19/09/12	Mr MINIT Abdou Iatif	SG Préfecture ABK		98 18 64 34
22	20/09/12	Mr Hamed Billou	Maire Abalak		90 12 44 67
23	20/09/12	Mr Mahamadou Lamine Abdou	DD/P/PF/ PE		96 29 63 89
24	21/09/12	Hamidoune Mohamed	Resp. Centre princ. Etat civil et recensement		
25	21/09/12	Mr Moussa ALI	PF UNICEF DDAT /DC		
26	21/09/12	Mr Tanko Tchiwaké	DDJS		96 57 51 96
27	22/09/12	Mr ABDOU ZARAF I Souleymane	MCD ABK		97 89 68 30
28	22/09/12	Mr ASSOUMANE Mahamadou	IEB1 Abalak		96 28 34 85
29	22/09/12	Me IBRAHIM Hamsatou	ERI Abalak/ kijigari		
30	22/09/12	Mr AMADOU Maman	Juge des Mineurs		

		Makada	ABK		
31	22/09/12	Village de Chinfangalan	Président COGES	Entretien de Groupe	
32	24/09/12	Hamid Mohamed Haïdara	I.D.A.E.N.F		96 76 61 80
33	24/09/12	Jeunes du quartier « Sal-lama »	Communauté	Focus group	
34	24/09/12	Jeunes du quartier « At-tis 1 »	Communauté	Focus group	
35	25/09/12	Jeunes du quartier « Attis 2 »	Communauté	Focus group	
36	25/09/12	Jeunes du quartier « Ta-glat »	Communauté	Focus group	
37	26/09/12	Mr ABDOU ZARAF I Souleymane	MCD ABK	2ème entretien Individuel	97 89 68 30

## Annexe 4: Les recommandations de la Revue mi-parcours

Les recommandations de la Revue à mi-parcours<sup>24</sup> du Programme de Coopération Niger-UNICEF, 2009-2013 :

### Au Gouvernement:

- Lutter contre l'insécurité dans certaines parties du territoire en vue de favoriser le développement économique et social ;
- Disposer d'un plan opérationnel de préparation et de réponse aux urgences et catastrophes ;
- Poursuivre et accélérer la mise en œuvre de la décentralisation en vue de favoriser l'équité sociale ;
- Accroître les allocations de ressources en faveur des secteurs sociaux et améliorer leur niveau d'utilisation ;
- Renforcer les capacités des partenaires gouvernementaux et de la société civile pour un meilleur leadership, accompagnement et mise en œuvre des interventions du programme ;
- Poursuivre le renforcement de l'approche programme dans les secteurs de la santé et de l'éducation en mettant l'accent sur l'efficacité de la gestion du fond commun et accélérer la mise en place de l'approche systémique dans le secteur de la protection.
- Poursuivre la mise en place d'un cadre propice à la liberté d'expression et à l'indépendance financière des media.
- Accélérer la mise en œuvre et assurer le suivi-évaluation des réformes des finances publiques en vue de permettre une libération à temps des crédits délégués.

### A l'UNICEF:

- Renforcer le partenariat stratégique avec les, ONG nationales et internationales et les associations et communautés religieuses sur la mise en œuvre des activités à base communautaire ciblant les changements de comportement ;
- Conduire des évaluations thématiques pour mesurer l'impact des interventions du programme de coopération en ciblant les groupes marginalisés dans les domaines de la santé, nutrition, éducation et protection ;
- Renforcer les interventions de type communautaire dans les domaines du changement social et de comportement en vue d'accélérer l'atteinte des objectifs du programme.

---

<sup>24</sup> UNICEF et République du Niger. 2011. Rapport de la revue à mi-parcours du programme de coopération Niger-UNICEF 2009-2013. Niamey: UNICEF, p. 39.

## Annexe 5: Bibliographie

- Adji, S. 2009. Synthèse de rapport: Évaluation de l'impact sur les familles des émissions de sensibilisation produites et diffusées par les radios rurales. Niamey: UNICEF
- Bamberger, M. et Segone, M. 2012. Comment concevoir et gérer des évaluations axées sur l'équité. New York: UNICEF
- Banque mondiale. 2012. Mission de supervision du projet filets sociaux du 2 au 12 avril 2012. Aide-mémoire. Washington: Banque mondiale
- Bensaid, K. 2009. Évolution des indicateurs survie. Ce que l'enquête survie de 2009 nous enseigne. Niamey: UNICEF
- Bensaid, K. et Hachimou, F. 2012. L'UNICEF et la lutte contre le ver de Guinée au Niger. Niamey: UNICEF
- Bensaid, K. et Mistycki, V. 2011. Les indicateurs de survie au Niger progressent avec équité.
- Child Frontiers. 2010. Cartographie et analyse du système de protection de l'enfant au Niger. Rapport préliminaire. Hong Kong: Child Frontiers
- Gouvernement de la République du Niger et Programme des Nations Unies pour le Développement. 2008. Niger. Plan d'actions du Programme de Pays. 2009-2013. Niamey: PNUD
- Institut National de la Statistique et ICF International. 2012. Enquête démographique et de santé et à indicateurs multiples du Niger EDSN-MICS-IV 2012. Rapport préliminaire. Calverton (US): ICF International
- Institut National de la Statistique et Macro International. 2007. *Enquête démographique et de santé et à indicateurs multiples 2006*. Calverton: INS et Macro.
- Institut National de la Statistique et UNICEF Niger. 2012. Bulletin sur la situation de la femme et de l'enfant au Niger. Niamey: INS & UNICEF
- Institut National de la Statistique, UNICEF et Macro International. 2007. Enquête de base du programme. Services de base intégrés Niger 2006. Calverton: INS, UNICEF et Macro International
- Institut National de la Statistique. 2011. Rapport d'enquête nationale. Nutrition. Niger, mai/juin 211. Niamey: Commission Européenne, PAM, UNICEF
- Institut National de la Statistique. 2012. Enquête quantitative relative à la recherche action sur les pratiques familiales essentielles, la nutrition et les dépenses de consommation des ménages. Rapport d'analyse. Niamey: INS
- Jourdain, C.-A. 2012. État des lieux des services éducatifs, judiciaires et préventifs de Zinder et Matameye. Niamey: UNICEF
- Jourdain, C.-A. 2012. État des lieux des services éducatifs, judiciaires et préventifs de Maradi. Niamey: UNICEF

- Jourdain, C.-A. 2012. État des lieux des services éducatifs, judiciaires et préventifs d'Agadez. Niamey: UNICEF
- Kambamba, S.-A. 2008. Résultats de la recherche formative sur la communication PEV/Niger. Niamey: UNICEF
- Kambamba, S.-A. 2009. Rapport final de la consultation sur l'élaboration des messages et des supports promotionnels pour la vaccination. Niamey: UNICEF
- Kone, M. 2008. Recensement et analyse des facteurs structurels et comportementaux relatifs à l'adoption de quatre pratiques familiales essentielles. Niamey: UNICEF
- Laboratoire d'Études et de Recherche sur les Dynamiques Sociales et le Développement Local (LASDEL). 2012. Enquête quantitative relative à la recherche action sur les pratiques familiales essentielles, la nutrition et les dépenses de consommation des ménages. Rapport qualitatif. Niamey: LASDEL
- Maxwell, D., Watkins, B., Wheeler, R. et Collins, G. 2003. *The Coping Strategies Index. A Tool for Rapide Measurement of Household Food Security and the Impact of Food Aid Programs in Humanitarian Emergencies. Field Methods Manual., WFP and Care.*: Rome.
- O'Donnell, M. 2012. *The Practitioners' Guide to the Household Economy Approach. Summary.* London: RHVA, FEG, Save the Children.
- Pencheon, D., Guest, C., Melzer, D. et Muir Gray, J. A. 2001. Oxford Handbook of Public Health Practice. Oxford: Oxford University Press
- Poulsen, L. et Fabre, D. 2011. Synthèse du rapport: Transferts monétaires pour la sécurisation de la distribution ciblée de vivres pour les enfants de moins de 2 ans (blank feeding). Évaluation finale du projet de transferts sociaux monétaires en situation d'urgence. Bruxelles: Channel Research
- Poulsen, L. et Fabre, D. 2011. Transferts monétaires pour la sécurisation de la distribution ciblée de vivres pour les enfants de moins de 2 ans (blank feeding). Évaluation finale du projet de transferts sociaux monétaires en situation d'urgence. Bruxelles: Channel Research
- République du Niger. 2006. Politique nationale en matière d'alimentation et de nutrition. Projet. Niamey: République du Niger
- République du Niger. 2012. Politique nationale de nutrition. 2012-2021. Niamey: République du Niger
- République du Niger. Cabinet du Premier Ministre. Secrétariat Permanent de la SRP. 2007. Stratégie de développement accéléré et de réduction de la pauvreté. 2008-2012. Niamey: Cabinet du Premier Ministre
- République du Niger. Ministère de la Promotion de la Femme et de la Protection de l'Enfant, Institut National de la Statistique, and UNICEF. 2009. Analyse de la situation de l'enfant et de la femme au Niger - 2008. Niamey: UNICEF
- République du Niger. Ministère de la Santé Publique. Institut National de la Statistique. 2011. Rapport de l'évaluation des besoins en soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) au Niger. Niamey: Ministère de Santé Publique

- République du Niger. Ministère de l'Intérieur, de la Sécurité Publique de la Décentralisation et des Affaires Religieuses. 2012. Document-cadre de politique nationale de la décentralisation. Niamey: Ministère de l'Intérieur
- République du Niger. Ministère du Plan, de l'Aménagement du Territoire et du Développement Économique. 2012. Plan de développement économique et social (PDES). 2012-2015. Niamey: Ministère du Plan
- Réseau d'Expertise en Développement Économique et Social. 2011. Synthèse du rapport: Étude sur la contribution du budget de l'État en faveur des droits des enfants et des femmes au Niger. Niamey: UNICEF
- Save the Children. 2009. Comprendre l'économie des ménages ruraux au Niger. London: Save the Children
- Segone, M. (ed.) 2005. *From Policies to Results. Developing Capacities for Country Monitoring and Evaluation Systems*. New York: UNICEF.
- Segone, M. (ed.) 2008. *Bridging the Gap. The Role of Monitoring and Evaluation in Evidence-Based Policy Making*. M. New York: UNICEF .
- Système des Nations Unies. 2008. Système des Nations Unies au Niger. Plan cadre des Nations Unies pour l'aide au développement. UNDAF 2009-2013. Niamey: ONU
- UNICEF et République du Niger. 2011. Rapport de la revue à mi-parcours du programme de coopération Niger-UNICEF 2009-2013. Niamey: UNICEF
- UNICEF et UN. 2012. Project Proposal: Cash Transfer to Support the Nutrition Emergency Response in Niger. Niamey: UNICEF
- UNICEF Niger. 2008. Summary Results Matrix: Government of Niger - UNICEF Country Programme 2009-2013. New York: UNICEF
- UNICEF Niger. 2009. Résultats de l'évaluation de la coopération ACTN-UNICEF. Niamey: UNICEF
- UNICEF Niger. 2010. Rapport annuel 2010. Section 6: Innovations et leçons apprises. Niamey: UNICEF
- UNICEF Niger. 2010. UNICEF Niger. Rapport annuel 2009. Niamey: UNICEF
- UNICEF Niger. 2011. Cahier de suivi communautaire de la promotion des pratiques familiales essentielles. Niamey: UNICEF
- UNICEF Niger. 2011. Documentation de la réponse à la crise nutritionnelle du Niger 2010. Comment la catastrophe a été évitée. Niamey: UNICEF
- UNICEF Niger. 2011. Rapport annuel 2010. Niamey: UNICEF
- UNICEF Niger. 2011. Santé et développement de l'enfant. Récit d'une recherche en communication pour le changement social et de comportement dans cinq communes de Maradi et Zinder, Niger. Niamey: UNICEF
- UNICEF Niger. 2012. Analyse de la situation comportementale sur le PEV-Niger. Niamey: Niger

- UNICEF Niger. 2012. Country Office Annual Report for: Niger, WCARO. Niamey: UNICEF
- UNICEF Niger. 2012. Modèle de communication pour le changement social et de comportement en faveur de la santé et du développement de la mère et l'enfant au Niger. Niamey: UNICEF
- UNICEF Niger. 2012. Termes de référence. Collecte et analyse de données qualitatives complémentaires pour l'analyse de la situation de l'enfant et de la femme au Niger et l'évaluation des stratégies du programme. Niamey: UNICEF
- UNICEF Niger. 2012. Termes de référence. Évaluation des stratégies du programme de coopération selon une approche basée sur l'équité. Niamey: UNICEF
- UNICEF. 2008. Niger Country Programme Document. 2009-2013. New York: UNICEF
- UNICEF. 2011. *Guidance on Conducting a Situation Analysis of Children's and Women's Rights. Taking a Rights-Based, Equity-Focused Approach to Situation Analysis*. New York: UNICEF.
- UNICEF. Bureau régional de l'UNICEF pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre. 2009. Guide. Normes de qualité du rapport d'évaluation. Dakar: UNICEF
- UNICEF. Evaluation Office. 2006. *New Trends in Development Evaluation*. New York: UNICEF
- World Bank. 2011. Project Appraisal Document on a Proposed Credit in the Amount of SDR (US\$70.0 Million Equivalent) to the Republic on Niger for the Safety Net Project. Washington: World Bank
- World Food Program. 2010. Chocs et vulnérabilité au Niger: Analyse des données secondaires. Rapport global. Rome: WFP