

Madagascar

Évaluation de l'appui du FNUAP à la santé maternelle Évaluation à mi-parcours du Fonds Thématique pour la Santé Maternelle



Service de l'Évaluation
Division des Services de Contrôle Interne

New York
Octobre 2012

Évaluation de l'appui du FNUAP à la santé maternelle

Évaluation à mi-parcours du Fonds Thématique pour la Santé Maternelle

Bureau de pays: **Madagascar**

Cheikh Tidiane Cisse Représentant

Équipe De Terrain

AGEG Consultants eG	
Chef d'équipe de terrain	Dr. Corinna Reinicke
Évaluateur en santé de la reproduction	Gisele Maynard-Tucker
Appui de terrain	Dr. Julio Rakotonirina
Coordonnateurs de l'évaluation	Martina Jacobson Miriam Amine

Pour toute demande d'informations complémentaires merci de prendre contact avec le:
Service de l'Évaluation, Division des Services de Contrôle Interne, FNUAP
Courriel: evb@unfpa.org
Téléphone: +1 212 297 2620
Les rapports d'évaluation sont disponibles sur le site internet du Service de l'Évaluation

Table des matières

Liste des abréviations.....	v
1. Objectifs et champ de l'évaluation	1
1.1 Champ de l'évaluation thématique sur la santé maternelle (MHTE).....	1
1.2 Champ de l'évaluation à mi-parcours du Fonds Thématique pour la Santé Maternelle (MHTF).....	2
1.3 Portée géographique de l'évaluation.....	2
1.4 Objectif et structure de la présente note d'étude de cas par pays	2
2. Méthodologie utilisée.....	4
2.1 La sélection des pays pour les études de cas.....	4
2.1.1 Le processus et les critères pour le choix des pays pour les études de cas	4
2.1.2 Justification pour la sélection de Madagascar	5
2.2 Portée de l'analyse de cas par pays	5
2.3 Préparation de l'étude de cas	6
2.4 Collecte des données et analyse lors de l'étude de cas de Madagascar.....	7
2.5 Limites et contraintes.....	8
3. Courte description du secteur de la santé reproductive	10
3.1 Données générales.....	10
3.2 La situation de la santé maternelle à Madagascar	10
3.3 Les indicateurs de la santé maternelle à Madagascar	11
3.4 Les solutions de l'UNFPA à la problématique de la santé maternelle dans le pays...	13
4. Résultats de l'étude de cas par pays.....	15
4.1 Résultats de l'Évaluation Thématique sur la Santé Maternelle.....	15
4.1.1 Question d'évaluation 1: Pertinence / Cohérence.....	15
4.1.2 Question d'évaluation 2: Harmonisation et coordination de l'appui en santé maternelle et partenariats.....	17
4.1.3 Question d'évaluation 3: Participation communautaire / création de la demande et partenariat avec la société civile	21
4.1.4 Question d'évaluation 4: Développement des capacités – ressources humaines pour la santé.....	23
4.1.5 Question d'évaluation 5: La santé maternelle dans les contextes humanitaires (réponse, urgences/ crises, post urgences/crises).....	26
4.1.6 Question d'évaluation 6: Services de santé sexuelle et reproductive - planification familiale	28
4.1.7 Question d'évaluation 7: Services de santé sexuelle et reproductive - SONU	32
4.1.8 Question d'évaluation 8: Résultats / soutien de l'UNFPA à la santé maternelle basé sur des données pertinentes	33
4.1.9 Question d'évaluation 9: Intégration de la santé maternelle dans les politiques nationales et les cadres de développement.....	35
4.1.10 Question d'évaluation 10: Cohérence des programmes de santé sexuelle et reproductive et santé maternelle avec les programmes genre et population et développement.....	38

4.1.11	Question d'évaluation 11: Cohérence entre les programmes régionaux et globaux	40
4.1.12	Question d'évaluation 12: Visibilité	41
4.2	Résultats de l'évaluation à mi-parcours du Fonds Thématique pour la Santé Maternelle.....	43
4.2.1	Question d'évaluation 1: Pertinence	43
4.2.2	Question d'évaluation 2: Développement des capacités - ressources humaines pour la santé	46
4.2.3	Question d'évaluation 3: Services de santé sexuelle et reproductive - planification familiale	50
4.2.4	Question d'évaluation 4: Services de santé sexuelle et reproductive - SONU	51
4.2.5	Question d'évaluation 5: Appui à la planification, à la programmation et au suivi.....	54
4.2.6	Question d'évaluation 6: Gestion du MHTF	56
4.2.7	Question d'évaluation 7: Coordination / cohérence	59
4.2.8	Question d'évaluation 8: Influence et visibilité	61
5.	Conclusions.....	63
5.1	Conclusions sur le portefeuille de santé maternelle globale de l'UNFPA - Madagascar.....	63
5.2	Conclusions sur la Valeur Ajoutée du Fonds Thématique Pour la Santé Maternelle (MHTF).....	65
6.	Annexes	67
6.1	Informations clés sur Madagascar	67
6.2	Triangulation des données.....	70
6.3	Matrice des résultats de la collecte de données.....	72
6.4	Modèle de rapport du groupe focus	77
6.5	Liste des documents consultés	78
6.6	Liste des personnes interviewées	79
6.7	Les interventions de l'UNFPA à Madagascar.....	81
6.8	Équipe de terrain	83

Liste des tableaux

Tableau 1: Difficultés rencontrées durant la phase de recherche documentaire, et les réponses apportées.....	8
Tableau 2: Principales données économiques du Madagascar	10
Tableau 3: Indicateurs de santé maternelle. Le rapport de Santé Démographique de Madagascar 2008/09.....	12

Liste des graphiques

Figure 1: Proportion de la mortalité maternelle au Madagascar 1995-2008 et objectif à atteindre de l'OMD 5 en 2015.....	12
Figure 2: Carte de Madagascar.....	69

Liste des abréviations

ASC	Agents de Santé Communautaires
BNGRC	Bureau National de Gestion des Risques et des Catastrophes
CAD	Comité d'Aide au Développement
CARMMA	Campagne pour l'Accélération de la Réduction de la Mortalité Maternelle en Afrique
CCA	<i>Common Country Assessment</i>
CCC	Communication pour le Changement de Comportement
CERF	<i>Central Emergency Response Fund</i>
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CIPD	Conférence Internationale sur la Population et le Développement
CIS	Confédération Internationale des Sages-Femmes
COAR	<i>Country Office Annual Report</i>
DMU	Dispositif Minimum d' Urgence
EDS	Enquête Démographique et de Santé
FANOME	Fonds d'Approvisionnement Non-Stop en Médicaments Essentiels
FISA	Fianakaviana Sambatra
GPRHCS ¹	<i>Global Programme to Enhance Reproductive Health Commodity Security</i>
H4+	UNFPA, UNICEF, Banque Mondiale, Organisation mondiale de la santé, ONUSIDA
IEC	Information, Education et Communication
JICA	<i>Japan International Cooperation Agency</i>
MAP	<i>Madagascar Action Plan</i>
MHTE ²	<i>Maternal Health Thematic Evaluation</i>
MHTF ³	<i>Maternal Health Thematic Fund</i>
MMR ⁴	<i>Maternal Mortality Ratio</i>
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS/ WHO	Organisation Mondiale de la Santé/ <i>World Health Organization</i>
ONG	Organisme Non Gouvernemental
ONU	Organisation des Nations Unies
PAM	Programme Alimentaire Mondial
PAPP	Plan d'Action de Programme Pays
PDSSPS	Plan de Développement du Secteur de la Santé et de la Promotion Sociale
PIB/ GDP	Produit Intérieur Brut/ <i>Gross Domestic Product</i>
PNS	Politique Nationale de Santé
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PTA	Plan de Travail Annuel
PTME	Prévention de la Transmission Mère-Enfant
RDC	République Démocratique du Congo
RHS	Ressources Humaines pour la Santé
RNB/ GNI	Revenu National Brut par Habitant/ <i>Gross National Income per Capita</i>
SAF	Sampan'asa fampandrosoana (Département/ONG de développement de l'Église)

¹ A été utilisé dans le plus de documents en relation avec l'évaluation, donc la version anglaise est conservée.

² A été utilisé dans le plus de documents en relation avec l'évaluation, donc la version anglaise est conservée.

³ A été utilisé dans le plus de documents en relation avec l'évaluation, donc la version anglaise est conservée.

⁴ A été utilisé dans le plus de documents en relation avec l'évaluation, donc la version anglaise est conservée.

	de Jésus Christ à Madagascar)
SALAMA	Centrale d'Achats de Médicaments Essentiels et de Matériels Médicaux de Madagascar
SALFA	Sampan'asa loterana momba ny fahasalamana (Département/ONG de santé de l'Église luthérienne malagasy)
SAPSP	Sécurité d'Approvisionnement en Produits de Santé Procréative
SIDA	Syndrome de l'Immunodéficience Acquise
SNU	Système des Nations Unies
SONU	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
SONUB	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de Base
SWAp	<i>Sector Wide Approach</i>
TELMA	Télécommunication Malagasy (Société)
UNDAF	<i>United Nations Development Assistance Framework</i>
UNFPA ⁵	<i>United Nations Fund for Population Activities</i>
UNICEF ⁶	<i>United Nations Children Fund</i>
US\$	<i>Dollar des États-Unis/ US-Dollar</i>
USAID ⁷	Agence des États-Unis pour le Développement International
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

⁵ A été utilisé dans le plus documents lié, donc nous gardons la version anglaise.

⁶ A été utilisé dans le plus documents lié, donc nous gardons la version anglaise.

⁷ A été utilisé dans le plus documents lié, donc nous gardons la version anglaise.

1. Objectifs et champ de l'évaluation

La santé maternelle demeure un défi majeur des systèmes de santé dans le monde. Nous sommes en passe de remplir plusieurs des objectifs du millénaire pour le développement (OMD) d'ici à 2015, mais échouons pour d'autres. Parmi ces derniers, la santé maternelle est celui qui a le moins de chance de remplir les objectifs fixés pour 2015. Une analyse récente a conclu à une réduction de 1.3% sur la période 1990-2008, bien en deçà de l'objectif de réduction de 5.5% à atteindre d'ici à 2015. Au rythme actuel, il faudrait 188 années pour atteindre l'objectif de 100 morts pour 100 000 naissances.

Étant donné l'insuffisance de progrès visant à diminuer la mortalité maternelle, il est indispensable que des solutions efficaces soient adoptées. Une évaluation attentive de ces interventions est essentielle pour déterminer ce qui fonctionne et pour s'assurer que le peu de ressources disponibles soient allouées efficacement. Ceci est particulièrement important dans les pays en développement où la mortalité maternelle est la plus élevée et l'accès aux soins de santé maternelle est limité. Pour cette raison, l'UNFPA a lancé une évaluation relative à l'appui et aux interventions mis en œuvre au cours des dix dernières années pour l'amélioration de la santé maternelle, ainsi que l'évaluation à mi-parcours du Fonds Thématique pour la Santé Maternelle (MHTF).

Le but consistant à mener les deux évaluations en parallèle, c'est-à-dire, l'évaluation thématique sur la santé maternelle (MHTE) et l'évaluation à mi-parcours du Fonds Thématique pour la Santé Maternelle (MHTF), est d'utiliser les possibles synergies entre les évaluations de l'UNFPA et d'obtenir des informations plus précises sur les domaines thématiques de la santé maternelle et reproductive dans son ensemble, ainsi que sur le Fonds Thématique pour la Santé Maternelle en tant que tel.

1.1 Champ de l'évaluation thématique sur la santé maternelle (MHTE)

L'évaluation thématique sur la santé maternelle vise à évaluer la pertinence, l'efficacité, l'efficience et la durabilité de l'appui de l'UNFPA pour l'amélioration de la santé maternelle, en prenant en compte toutes les sources de financement. L'évaluation couvre toutes les interventions programmatiques considérées comme directement liées aux problématiques de mortalité et de morbidité dans le mandat de l'UNFPA, y compris les ressources de base, les cofinancements et les fonds thématiques⁸. A travers ces interventions et ces instruments, l'évaluation thématique sur la santé maternelle se concentre sur les éléments clés de la santé reproductive, y compris la planification familiale, l'accouchement assisté et les soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU), c'est-à-dire les trois piliers pour réduire la mortalité maternelle.

Le champ thématique spécifique de l'évaluation thématique sur la santé maternelle est défini par une liste de douze questions d'évaluation (un tableau avec toutes les questions d'évaluation et leurs critères respectifs est présenté dans l'Annexe 6.3).

⁸ P.ex. Le Fonds Thématique pour la Santé Maternelle, le Programme Mondial pour l'amélioration de la Santé Reproductive, et le Programme commun UNFPA- UNICEF contre les mutilations génitales féminines.

1.2 Champ de l'évaluation à mi-parcours du Fonds Thématique pour la Santé Maternelle (MHTF)

L'évaluation à mi-parcours du Fonds Thématique pour la Santé Maternelle vise à apprécier dans quelle mesure l'appui du MHTF a été pertinent, efficace, efficient et durable en ce qui concerne l'amélioration de la santé maternelle. L'évaluation à mi-parcours s'est concentrée sur les domaines techniques (sages-femmes, planification familiale et SONU) et sur le potentiel du MHTF pour jouer un rôle de catalyseur dans ces domaines. L'évaluation couvre aussi les processus de coordination interne et de gestion du MHTF (appui à la programmation, à la planification et au suivi, aux mécanismes de coordination et de gestion et le rôle dans l'intégration et l'utilisation des synergies). De plus, des aspects concernant l'influence sur l'accroissement des ressources et la visibilité ont été examinés.

Le cadre stratégique du Fonds Thématique pour la Santé Maternelle (business plan) établit un cadre de référence clair pour l'évaluation à mi-parcours. Le champ thématique spécifique de l'évaluation à mi-parcours du MHTF est défini par une liste de huit questions d'évaluation (un tableau avec toutes les questions d'évaluation et leurs critères respectifs est présenté dans l'Annexe 6.3).

1.3 Portée géographique de l'évaluation

Le champ géographique de cette évaluation est limité aux 55 pays dont la mortalité maternelle en l'an 2000 dépassait les 300 décès pour 100,000 naissances vivantes. La principale raison pour cette délimitation est qu'elle permettra à l'évaluation de :

- a) déterminer si ces pays ont fait quelques progrès en matière de santé maternelle depuis 2000;
- b) de se concentrer sur l'analyse des pays dont le défi concernant l'amélioration de la santé maternelle a été le plus grand selon le 5^{ème} objectif du millénaire pour le développement.

1.4 Objectif et structure de la présente note d'étude de cas par pays

Ce rapport a été préparé après avoir effectué l'étude de cas à Madagascar et résume les constats et les conclusions.

Les résultats présentés dans ce rapport, ainsi que neuf autres études de cas, permettront d'alimenter les deux rapports d'évaluation finaux pour l'évaluation thématique sur la santé maternelle et l'évaluation à mi-parcours du MHTF⁹.

Le rapport est structuré comme suit:

- Le chapitre 2 explique la méthodologie de l'étude de cas. Il couvre:
 - Le processus et les critères de sélection des pays pour l'étude de cas dans son ensemble, et les raisons précises du choix de Madagascar comme étude de cas
 - La préparation et la mise en œuvre de l'étude de cas

⁹ Les rapports finaux d'évaluation pour la MHTF et le MHTF sont disponibles sur la page web suivante: <http://www.unfpa.org/public/home/about/Evaluation/EBIER/TE/pid/10094>.

- Les limites et les contraintes rencontrées par l'équipe d'évaluation
- Le chapitre 3 fournit une courte description du secteur de la santé reproductive au Madagascar, et décrit l'approche globale de l'UNFPA pour le soutien à la santé maternelle dans le pays.
- Le chapitre 4 présente les constats de l'équipe d'évaluation dans le cadre de l'étude de cas.
- Le chapitre 5, présente les conclusions sur l'appui de l'UNFPA en matière de santé maternelle à Madagascar sur la base des constats pour chacune des questions d'évaluation. Alors que le chapitre 5.1 présente des conclusions pour l'appui de l'UNFPA en matière de santé maternelle en général dans le pays, le chapitre 5.2 se concentre sur la valeur ajoutée du Fonds Thématique de la Santé Maternelle.
- Le chapitre 6 présente les annexes avec une liste de tous les documents qui ont été consultés ainsi qu'une liste des personnes interviewées. Les annexes contiennent également les instruments méthodologiques utilisés pour cette étude de cas et présentent une liste des interventions de l'UNFPA et des activités qui ont été considérées à Madagascar. Les annexes contiennent également une présentation de l'équipe d'évaluateurs.

2. Méthodologie utilisée

La méthodologie des études de cas a été développée sur la base de la méthodologie générale de l'Évaluation Thématique sur la Santé Maternelle, et de l'évaluation à mi-parcours du Fonds Thématique pour la Santé Maternelle (voir les rapports finaux de la MHTE et du MHTF). Le but de l'étude de cas pays était d'utiliser les visites de terrain pour réunir des données et des informations afin de vérifier les hypothèses développées lors de la phase de recherche documentaire, et de compléter les réponses aux questions de l'évaluation.

2.1 La sélection des pays pour les études de cas

2.1.1 Le processus et les critères pour le choix des pays pour les études de cas

Les évaluateurs ont effectué un processus complet d'échantillonnage réalisé au cours de la phase de recherche documentaire pour sélectionner les pays à inclure dans la phase de terrain des deux évaluations.

Un premier niveau d'échantillonnage a abouti à la sélection de 55 pays de programme de l'UNFPA dont le taux de mortalité maternelle est supérieur à 300 décès pour 100,000 naissances vivantes en l'an 2000. Sur ces 55 pays, les évaluateurs ont sélectionné 22 pays pour l'étude documentaire. Afin de s'assurer que tous les différents types de contexte soient inclus dans le second niveau d'échantillonnage, les pays ont été groupés et sélectionnés en fonction des critères suivants (voir la table ci-dessous):

Critères utilisés pour créer une typologie de pays pour la révision documentaire

Critères de sélection

Succès relatifs des pays en ce qui concerne l'amélioration de la santé maternelle (pays performants et pays avec des performances moindres);

Niveau moyen de revenu dans les différents pays (pays avec des niveaux de pauvreté différents comme étant un des critères déterminants de la santé maternelle);

Qualité de l'administration publique (pays ayant des capacités administratives différentes pour développer et administrer des programmes de santé maternelle); et

Relative prévalence du Virus de l'immunodéficience humaine (VIH) (pays dont la situation en santé maternelle est liée à une incidence VIH élevée)

Dans le troisième niveau d'échantillonnage, dix pays parmi les 22 choisis, ont été sélectionnés pour la réalisation d'études de cas approfondies (phase de terrain)¹⁰ dont huit de ces pays bénéficiaient du MHTF. Les pays concernés ont ensuite été sélectionnés de telle sorte que chaque groupe fut représenté par deux cas: un pays qui avait fait preuve de grandes améliorations, et un pays similaire (selon les critères de sélection ci-dessus) qui n'a connu que de faibles améliorations dans la réduction de la mortalité maternelle.

¹⁰ Le critère échantillonnage a été sélectionné pour établir un lien étroit avec les indicateurs de l'OMD5. Les données proviennent du rapport H4 "Trends in Maternal Mortality: 1990-2008" en accord avec l'UNFPA.

Dans l'ensemble, cette approche systématique pour la sélection des pays pour la phase de terrain a été faite dans le but de veiller à ce que les différents types de contextes nationaux soient couverts de façon égale par cette évaluation.

2.1.2 Justification pour la sélection de Madagascar

Parmi l'échantillon de dix pays qui ont été sélectionnés pour la phase de terrain de cette évaluation, Madagascar est l'un des six pays qui a réalisé des progrès relativement importants pour la réduction de la mortalité maternelle. Alors qu'en l'an 2000, le taux de mortalité maternelle était de 580 décès pour 100,000 naissances vivantes, Madagascar a réussi à abaisser ce ratio d'environ 24% à 440 décès pour 100,000 naissances vivantes en 2008¹¹.

En comparaison avec les autres études de cas - pays, tels que le Ghana, le Cambodge, le Burkina Faso ou la Zambie, Madagascar a un revenu national brut (RNB) par habitant relativement faible de 953 US\$¹². L'hypothèse était que ce RNB relativement faible aurait réduit la disponibilité des ressources nationales pour s'attaquer aux blocages dans la fourniture de services de santé maternelle sans aide extérieure, ce qui aurait également mis des exigences plus élevées sur l'UNFPA et d'autres partenaires au développement pour soutenir les efforts du gouvernement dans la réduction de la mortalité maternelle.

Basé sur un indice de gouvernance¹³ de 2009, Madagascar avait également marqué des points dans la catégorie de la «qualité de l'administration publique». Encore une fois, cela a été interprété comme signifiant que le pays aurait dû avoir une plus grande capacité que les autres pays choisis pour l'étude de cas, à prendre en charge ses propres défis avec une plus grande indépendance des partenaires au développement. Il est à noter, cependant, que cet indice ne tient pas compte de la chute du gouvernement en 2009 qui a entraîné le départ de nombreux donateurs, et le défi pour l'UNFPA de fournir de l'aide dans un pays sans gouvernement reconnu internationalement.

Enfin, la prévalence du VIH et du Syndrome de l'immunodéficience acquise (SIDA) à Madagascar est relativement faible, en particulier en comparaison avec des pays comme la Zambie ou le Kenya qui avaient également été sélectionnés pour la phase de terrain. Il a été supposé que cette faible prévalence du VIH et du SIDA à Madagascar rendrait le défi de la réduction de la mortalité maternelle moins complexe et donc moins difficile pour le gouvernement ainsi que pour l'UNFPA en comparaison aux pays avec une forte prévalence du VIH.

2.2 Portée de l'analyse de cas par pays

Cette étude de cas par pays est l'un des éléments d'évaluation utilisés pour recueillir des informations pour répondre aux questions d'évaluation et critères de jugement¹⁴ généraux des deux évaluations¹⁵.

¹¹ Basé sur les données provenant de l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA, et la Banque Mondiale, 2010).

¹² Madagascar fait partie du groupe de pays avec un RNB par habitant inférieur à 1,000 US\$, comme la République Démocratique du Congo RDC, et l'Éthiopie, qui ont fait des progrès relativement satisfaisants dans la réduction de leur taux de mortalité maternelle.

¹³ Voir «Évaluation du pays et de la politique institutionnelle», 2009 Questionnaire d'évaluation, Politique opérationnelle et services du pays, la Banque Mondiale, Washington DC; Source: La Banque Mondiale CPIA; <http://data.worldbank.org/indicator/IQ.CPA.PUBS.XQ>.

¹⁴ Durant la phase initiale de cette mission, l'objet de chacune de ces questions globales d'évaluation avait été déterminé par la définition d'un ensemble de critères de jugement qui placent les aspects du soutien lié à l'UNFPA pour la santé maternelle

Comme ces évaluations s'appuient de fait sur un certain nombre de différentes sources d'information, cette étude de cas par pays fournit seulement une partie des informations nécessaires pour répondre aux questions d'évaluation générales de manière exhaustive¹⁶. La portée de cette étude de cas est définie par les «enjeux à évaluer» qui sont répertoriés au début de la section des constants pour chaque question d'évaluation, avec les critères de jugement auxquels elles correspondent¹⁷.

Ces «enjeux à évaluer» ont été définis après avoir analysé la stratégie globale sur la santé maternelle de l'UNFPA et sa théorie sous-jacente du changement. Sur la base de cette analyse, l'équipe d'évaluation a déterminé quelles parties de cette théorie du changement étaient les plus importantes pour le succès global de la stratégie de la santé maternelle de l'UNFPA. La liste globale des «enjeux à évaluer» a ensuite été adaptée au contexte respectif de chacun des pays étudiés.

Chaque étude de cas s'est donc concentrée sur la collecte d'informations concernant ces questions spécifiques, ce qui signifie que les constats présentés dans ce contexte ne fournissent pas les réponses complètes aux questions d'évaluation globales¹⁸. Aucune recommandation n'a été élaborée à ce stade étant donné que les conclusions générales aux questions d'évaluation ne seront développées que dans les deux rapports finaux de la MHTE et du MHTF.

Puisque les 20 questions d'évaluation des deux évaluations¹⁹ avaient été conçues pour évaluer les aspects spécifiques en terme de pertinence, efficience, efficacité, et durabilité de l'appui de l'UNFPA pour la santé maternelle, les « enjeux à évaluer » qui en ont dérivés sont également liés à ces quatre critères d'évaluation du comité d'aide au développement (CAD) de l'OCDE standard.

2.3 Préparation de l'étude de cas

L'équipe d'évaluation a préparé la visite de pays en coopération avec le bureau de pays de l'UNFPA. L'équipe d'évaluation a identifié les parties prenantes, sélectionné les personnes à interroger, les sources d'informations et les méthodes de collecte de données afin de veiller à ce que l'équipe ait accès aux informations dont elle a besoin pour chaque question:

- 1) Provenant de différentes sources, comme des diverses parties prenantes, afin de refléter des perspectives potentiellement différentes et les intérêts sur les enjeux évalués au cours de la visite dans le pays, ou à partir de documents variés. Cette approche est généralement dénommée «triangulation des données» et est utilisée pour confirmer la validité des conclusions tirées sur la base des données recueillies;

au centre de l'attention pour chaque question d'évaluation. Ces critères de jugement consistant à définir plus en détail les conditions spécifiques de succès de l'appui de l'UNFPA dans chacun des domaines thématiques couverts par les questions d'évaluation.

¹⁵ C'est-à-dire, l'évaluation à mi-parcours de la santé maternelle et de la thématique du MHTF, voir les chapitres 1.1 et 1.2 ci-dessus.

¹⁶ Douze questions d'évaluation pour l'évaluation thématique de la santé maternelle et huit questions d'évaluation pour l'évaluation à mi-parcours du MHTF.

¹⁷ Une liste complète des questions à évaluer pour ce pays est également contenue dans l'annexe 6.3.

¹⁸ Donc les enjeux à évaluer peuvent varier d'un pays sélectionné comme un cas d'étude à l'autre.

¹⁹ La MHTE et l'évaluation à mi-parcours du MHTF.

- 2) Utilisation de méthodes de collecte de données complémentaires, à savoir, un mélange de méthodes quantitatives et qualitatives, telles que d'une part l'utilisation de données issues des résultats secondaires sur la santé maternelle, à partir des Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS) et d'autres sources; et d'autre part l'utilisation des commentaires récoltés lors des entretiens et groupes de travail. Cette approche est généralement appelée «triangulation méthodologique».

Un aperçu de la triangulation pour chaque question d'évaluation de la MHTE et l'évaluation à mi-parcours du MHTF est présenté dans l'annexe 6.2.

2.4 Collecte des données et analyse lors de l'étude de cas de Madagascar

Au Madagascar, l'équipe d'évaluation a utilisé des approches différentes pour collecter les données:

- Interviews à Antananarivo avec les membres du personnel du bureau pays, les représentants des principaux partenaires de l'UNFPA dans le pays (partenaires du gouvernement, Organisme non gouvernemental (ONG), partenaires techniques et financier et autres).
- De plus, au cours des premiers jours dans le pays, l'équipe a recueilli et examiné des documents supplémentaires qui, soit n'étaient pas disponibles au cours de la phase de recherche documentaire de l'évaluation globale, ou qui devaient être réétudiés afin de vérifier les informations qui avaient été notamment reçues au cours des entretiens. Les évaluateurs ont notamment porté leur attention sur les types de documents suivants au cours de cette phase:
 - Les plans de travail annuels (PTA), en particulier les plans de travail annuels qui n'avaient pas été à la disposition de l'équipe d'évaluation au cours de la phase de recherche documentaire. L'équipe a également discuté chaque PTS avec le personnel local de pays afin de mieux comprendre leur importance stratégique pour l'ensemble du portefeuille de soutien à la santé maternelle.
 - Les documents gouvernementaux stratégiques pertinents mis en œuvre grâce au soutien de l'UNFPA, comprenant les politiques et les cadres stratégiques pour les politiques de santé sexuelle et reproductive, les politiques de santé maternelle, planification familiale, soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) et d'autres sujets pertinents.
 - L'évaluation des besoins et autres apports dans le processus d'élaboration des politiques que l'UNFPA avait appuyé ou même mis en place, couvrant tous les sujets pertinents de la santé maternelle.
 - Tous les documents décrivant et définissant la relation entre l'UNFPA et ses partenaires dans le pays, tels que des protocoles d'entente avec des partenaires de développement ou avec le gouvernement.

- Toutes les évaluations ou des évaluations de l'appui en santé maternelle de l'UNFPA dans le pays qui n'était pas disponible pour l'équipe d'évaluation au cours de la phase de recherche documentaire de cette évaluation.
- Visite de terrain dans une région, Toliaria, afin de rencontrer les autorités sanitaires au niveau régional et district, pour visiter des structures sanitaires, et pour rencontrer les autres partenaires d'exécution.
- Discussion de groupe avec les femmes opérées de fistule obstétrique.
- Tout au long de la préparation et la conduite de l'étude de cas, les évaluateurs ont veillé à ce qu'ils distinguent entre le soutien à la santé maternelle financé par les fonds de base de l'UNFPA, et le soutien financé par le MHTF.

À la fin de la visite sur le terrain, l'équipe d'évaluation a mené une séance de travail interne d'une journée pour effectuer une première analyse de ses résultats et aussi pour préparer la séance d'information avec le personnel du bureau pays avant de quitter le pays. Les discussions lors de cette réunion ont également permis de renseigner l'analyse des résultats de la visite de pays qui en découlerait. Encore une fois, les évaluateurs ont établi une distinction entre les constatations relatives à des fonds de base de l'UNFPA et les résultats liés au MHTF.

En outre, l'équipe a formulé des conclusions sur un certain nombre de sujets qui recourent les domaines thématiques couverts par les questions d'évaluation de l'évaluation générale. Ces conclusions constituent une évaluation de certains aspects de l'appui de l'UNFPA pour la santé maternelle à Madagascar et sur la valeur ajoutée du MHTF. Toutefois, en raison de la nature sélective de l'étude de cas, ces conclusions ne constituent pas nécessairement une évaluation complète et détaillée de l'appui de l'UNFPA sur la santé sexuelle et reproductive dans le pays, comme cela aurait été le cas d'une évaluation du programme pays de Madagascar. Ces conclusions sont présentées dans le chapitre 5. Plus de détails sur l'approche comparant le soutien de la santé maternelle financé par les fonds de base et le soutien du MHTF peuvent être trouvés dans l'analyse documentaire pour cette évaluation.

2.5 Limites et contraintes

Au cours de la mission les évaluateurs ont rencontré les difficultés suivantes:

Tableau 1: Difficultés rencontrées durant la phase de recherche documentaire, et les réponses apportées

Défis/ Contraintes rencontrés	Réactions
Certaines personnes n'ont pas pu être rencontrées (en dehors de la capitale, en congé maladie, etc.)	L'équipe d'évaluation a vérifié les informations avec les autres interlocuteurs rencontrés ainsi que dans les rapports et autres documents disponibles.
Une proportion importante de personnes interviewées ont signalé qu'elles étaient en poste depuis moins de trois ans. De ce fait une connaissance approfondie concernant la mise en œuvre au cours des années précédentes n'a pas pu	L'équipe d'évaluation a revu les documents disponibles concernant la période pour illustrer les constats.

être obtenue.

Les interventions appuyées par le MHTF sont dans leur phase initiale. Son impact et sa contribution directe à la réduction de la mortalité maternelle ne sont donc pas mesurables.

L'équipe d'évaluation a donc analysé dans quelle mesure les initiatives du bureau de pays de l'UNFPA étaient cohérentes avec les interventions reconnues comme ayant un effet sur la mortalité maternelle au niveau national et international en assumant qu'elles contribueront aux résultats attendus.

3. Courte description du secteur de la santé reproductive

3.1 Données générales

Madagascar est une île située à l'est du continent «Afrique», avec une superficie de 587.040 km² et une population estimée à 19,6 millions d'habitants en 2009. Administrativement, le pays est découpé en 22 régions. Une région coiffe quatre ou cinq districts, donnant au total 111 districts sanitaires répartis dans tout le pays. Chacun de ces 119 districts dispose des caractéristiques sanitaires, démographiques, géographiques, économiques et socioculturelles spécifiques²⁰.

En 2009, le revenu annuel moyen était estimé à 447 US\$ par habitant, classant ainsi Madagascar parmi les pays les moins avancés²¹. Cette situation économique, déjà précaire, est certainement aggravée par la crise politique qui dure depuis 2009. Outre les difficultés sociopolitiques dans la réalisation des activités de développement, la majorité des partenaires de développement de Madagascar a décidé de suspendre leur appui depuis cette 2009.

Tableau 2: Principales données économiques du Madagascar

Population totale au Madagascar (2009)	19.625.000
PIB (2009 est., taux de change officiel)	8.7 US\$ milliards
PIB/ par habitant (2009 est., taux de change officiel)	447 US\$

Source: UN Statistical Service UNData

3.2 La situation de la santé maternelle à Madagascar

Le système de santé à Madagascar et sa structure opérationnelle de soins se superposent au système administratif. Il fonctionne avec des établissements administratifs et des établissements de soins. A chaque niveau, s'ajoutent des formations sanitaires et des cliniques privées. Quels que soient son niveau et sa forme de gestion (publique ou privée), un établissement de soins peut intégrer la santé maternelle et la planification familiale.

En 2004, le Ministère de la Santé a élaboré sa politique nationale de santé (PNS), dans laquelle la santé maternelle figure parmi les priorités. Pour promouvoir la santé maternelle, il a mis en œuvre le programme «maternité à moindre risque» et le programme «planification familiale».

En outre, afin d'atteindre les objectifs du millénaire pour le développement, l'État Malagasy a élaboré un document appelé *Madagascar action plan* (MAP) 2007-2011. Le MAP définit les priorités de l'État, y compris les priorités de la santé et essaie de recadrer les approches définies par la PNS. Bien que les autorités de la transition, en place depuis 2009, ne fassent plus référence à ce document dans les

²⁰ INSTAT de Madagascar.

²¹ INSTAT de Madagascar.

différents discours officiels, il est constaté que les indicateurs et les objectifs qui y figurent, sont encore pris en compte lors de la conception des stratégies et des plans d'action.

Le Ministère de la Santé a élaboré le Plan de Développement du Secteur de la Santé et de la Promotion Sociale, (PDSSPS) en vue de l'opérationnalisation de la politique sectorielle, des stratégies et des projets prioritaires, ceci en consultation avec tous les partenaires dans le cadre de l'approche sectorielle élargie. L'objectif du PDSSPS est de réduire le taux de mortalité maternelle de 469 en 2003 à 273 pour 100,000 naissances vivantes d'ici la fin 2011. L'enquête démographique et de santé (EDS) 2008-2009, a estimé que ce taux a augmenté à 498 pour 100.000 naissances vivantes²² avant la crise politique. Et certainement, cette situation s'est aggravée depuis 2009 à cause de la crise politique avec entre autres effets la fermeture de formations sanitaires à cause de manque de personnel.

La mise en application des volets santé maternelle et planification familiale définis dans les documents ci-dessus, est respectivement traduite dans la «Feuille de route pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale à Madagascar, 2005-2015» et dans le «Plan sectoriel en planification familiale, 2007-2012».

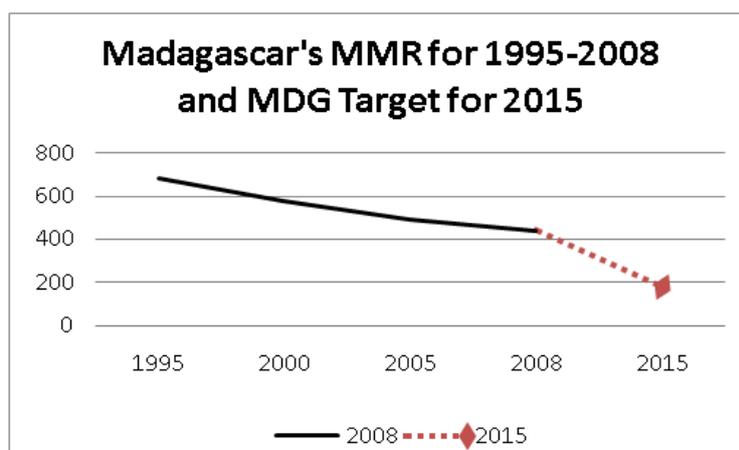
Les principaux points communs de tous ces documents en matière de santé maternelle et de planification familiale sont constitués par la réduction de la mortalité maternelle et l'augmentation du taux de couverture contraceptive.

3.3 Les indicateurs de la santé maternelle à Madagascar

A Madagascar moins de 65% de la population est située dans un rayon de cinq km d'une formation sanitaire et l'utilisation des consultations externes dans les services de santé de base publics est très faible. L'enquête démographique et de santé (EDS) menée en 2008/ 2009 a montré que la proportion de femmes ayant reçu des soins prénataux parmi celles ayant accouché était en moyenne de 86,3%. Dans les districts situés au centre du pays, elle était de 96,4% alors qu'elle était de 69,3% pour les districts situés dans l'ouest. Dans cette même enquête, la proportion moyenne des accouchements dans les formations sanitaires était de 35,3%. Dans les districts situés dans le centre du pays, cette proportion était de 67,9%, alors qu'elle était de 9,2% dans les districts situés sur le littoral sud-est²³.

²² Toutefois les intervalles de confiance de l'estimation de 2008 et de 2003 se chevauchent, il se peut donc que l'augmentation rapportée en 2008 ne reflète pas la réalité.

Figure 1: Proportion de la mortalité maternelle au Madagascar 1995-2008 et objectif à atteindre de l'OMD 5 en 2015



Référence: WHO Global Health Observatory Data Repository

La mortalité maternelle, pour 100.000 naissances vivantes est estimée à 498 en 2008-2009, avec comme valeurs extrêmes de 402 à 594. La mortalité infantile était en moyenne de 48 décès pour 1.000 naissances vivantes, avec comme valeur maximum dans les districts situés sur le littoral sud-est (98 décès pour 1.000 naissances vivantes) et valeur minimum dans les districts de la région est (33 décès pour 1.000 naissances vivantes)²⁴.

Le tableau ci-dessous présente les principaux indicateurs de santé maternelle d'après le rapport de Santé Démographique de 2008/09²⁵ :

Tableau 3: Indicateurs de santé maternelle. Le rapport de Santé Démographique de Madagascar 2008/09

Taux de mortalité maternelle en 2008/9	498
Objectif des ODM en ce qui concerne le taux de mortalité maternelle²⁶	180
Taux de prévalence du VIH (âgé de 15 à 49 ans) en 2007 (exprimé en %)	0.13
Utilisation actuelle des moyens de contraception (toutes méthodes) en 2008/09 (exprimé en %)	39.9
Couverture des soins prénataux, au moins une visite en 2008/09 (exprimé en %)	86.3
Couverture des soins prénataux, au moins quatre visites en 2008/09 (exprimé en %)	49.3
Pourcentage de naissances en présence de personnel de santé en 2008/9	43.9
Pourcentage des besoins non-satisfaits en planification familiale en 2008/9	18.9

Référence: Enquête Démographique de Santé, Madagascar, 2008-2009

²⁴ EDS IV Madagascar, 2008/2009.

²⁵ Pour des raisons de comparabilité, le texte utilise les données EDS qui donnent des informations sur l'évolution des pays à travers la période d'évaluation. En outre, les dernières informations disponibles sur les indicateurs de santé par l'Enquête Démographique et de Santé en 2008/09 sont présentées dans le tableau 3, bien qu'elles ne correspondent pas toujours aux statistiques de l'ONU. Ceci est fait en vue de permettre la comparaison entre les dix études de cas nationales pour l'évaluation globale.

²⁶ Statistiques des Nations Unies.

3.4 Les solutions de l'UNFPA à la problématique de la santé maternelle dans le pays

Population concernée par le soutien de l'UNFPA en 2010 (seulement les régions d'intervention)	13, 740,139
% total de la population de Madagascar concernée par le soutien de l'UNFPA dans les régions d'intervention	62,67
Total des dépenses ressources régulières 2004-2010 ²⁷	16, 885,758.56 US\$
Total des dépenses ressources régulières par habitant (sur la base de la population totale)	0.77 US\$
Total des dépenses ressources régulières par habitant (en fonction des régions)	1,23 US\$
Total des dépenses autres ressources 2004-2010 ²⁸	6, 315,104 US\$
Total des dépenses autres ressources par habitant (sur la base de la population totale)	0,3 US\$
Total des dépenses autres ressources par habitant (en fonction des régions)	0,46 US\$
Répartition selon le Document de Programme Pays 2005-2009	Total: 11, 700,000.00 Ressources Ordinaires: 10, 300,000 US\$ Autres ressources: 1, 400,000 US\$ Santé de la reproduction: 8, 300,000 US\$ Stratégies en matière de population et de développement: 1, 800,000 US\$ Genre: 500,000 US\$ Coordination du programme et assistance: 1, 100,000 US\$
Total des dépenses du MHTF (démarrage en 2009)	2009 965,000 US\$ 2010 675,000 US\$ 2011 1, 0750,000 US\$

L'UNFPA est le principal partenaire du gouvernement malagasy en matière de santé maternelle et de planification familiale. Malgré la crise politique et la décision des autres partenaires, l'UNFPA continue à appuyer Madagascar mais seulement avec des procédures de paiement direct qui s'avèrent plus longues. Pour mieux cadrer son assistance pour Madagascar, l'UNFPA a développé, en 2007 son nouveau Plan d'action de programme pays (PAPP). Ce document cadre avec le Plan cadre de l'United Nations Development Assistance Framework (UNDAF) 2008-2011 et tient compte des autres documents internationaux de référence, plus particulièrement le document « OMD ». En outre, le volet santé de la reproduction du PAPP est harmonisé avec les différents documents de référence nationale comme la PNS et le PDSSPS et sa mise en œuvre prend en compte l'approche sectorielle santé (SWAp) du pays.

²⁷ ATLAS data.

²⁸ ATLAS data.

Dans le volet santé reproductive, une attention particulière est accordée à la collaboration avec l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (l'UNICEF), notamment sur les activités relatives à la réduction de la mortalité maternelle et au développement des compétences des agents en SONU. D'autre part, la collaboration s'est étendue avec les organismes œuvrant dans le domaine de la sécurisation des produits contraceptifs.

De manière spécifique, ce volet santé de la reproduction s'oriente sur: i) l'amélioration du taux de couverture contraceptive grâce à l'extension des sites planification familiale au niveau du pays et l'élargissement de l'éventail des méthodes proposées, y compris des nouvelles méthodes de longue durée; ii) le ciblage des couches vulnérables par le déploiement de médecins points focaux de santé reproductive dans les zones enclavées; iii) l'introduction d'outils de sécurisation des produits de santé de la reproduction au niveau national et décentralisé, notamment CHANNEL, visant à une réduction des ruptures des stocks; iv) la mobilisation exceptionnelle de produits contraceptifs pour le pays grâce au Programme mondial de sécurisation de produits de santé de la reproduction; v) l'intégration de la santé de la reproduction dans les interventions de réponse aux catastrophes; vi) le développement d'un partenariat avec l'Institut de Santé de l'île Maurice pour le développement des capacités des prestataires de santé de la reproduction des 22 régions du pays. Soulignons qu'en matière de santé de la reproduction des adolescents, des stratégies novatrices de mobilisation des jeunes ont été adoptées comme la mise en place de conseils des jeunes et la poursuite de la stratégie des pairs éducateurs dans des centres de jeunesse pilotes.

L'UNFPA apporte sa contribution financière et technique au travers de sa participation aux différentes réunions de réflexion axées sur la santé de la reproduction en général, sur la sécurisation des produits contraceptifs et même sur la gestion des catastrophes naturelles. Au début du 5^{ème} programme, les axes d'interventions de l'UNFPA ont été présentés lors d'une réunion de coordination de la santé de la reproduction avec la participation des différents partenaires en matière de santé reproductive tels que l'UNICEF, l'USAID²⁹, la JICA, la GTZ, tous les directeurs provinciaux de la santé et des hauts responsables centraux et des ONG. Cette réunion a également permis de faire le bilan de la santé de la reproduction à Madagascar.

Le programme santé de la reproduction de l'UNFPA a financé une formation sur la gestion de la distribution des produits contraceptifs dans le cadre du Fonds d'approvisionnement « non-stop » en médicaments essentiels (FANOME) ou SIG/planification familiale. Tous les responsables des 111 districts sanitaires de Madagascar ont bénéficié de cette formation. Néanmoins pour éviter les ruptures de stocks dans certaines régions, le programme a exceptionnellement financé l'acheminement des produits contraceptifs. Le bureau de pays a fait le plaidoyer au niveau des instances dirigeantes du Ministère de la Santé pour que les ONG Sampan'asa loterana momba ny fahasalamana (SALFA) et Sampan'asa fampandrosoana (SAF) puissent acquérir des produits contraceptifs auprès des pharmacies de gros des districts qui sont approvisionnés par le circuit de la centrale d'achats de médicaments essentiels et de matériels médicaux de Madagascar (SALAMA).

²⁹ Agence des États-Unis pour le développement international.

4. Résultats de l'étude de cas par pays

Ci-dessous nous présentons les résultats de l'étude de cas pays.

4.1 Résultats de l'Évaluation Thématique sur la Santé Maternelle

4.1.1 Question d'évaluation 1: Pertinence / Cohérence

Question d'évaluation 1	
Dans quelle mesure l'aide de l'UNFPA en matière de santé maternelle répond-elle de façon adéquate aux besoins des groupes vulnérables entre et au sein des pays, en termes de santé maternelle et reproductive?	
Critères de jugement ^{30 31}	Questions traitées pendant la mission de terrain
1.2. (Accroissement de la) Disponibilité de données précises et suffisamment désagrégées servant à cibler les groupes les plus désavantagés/vulnérables.	Dans quelle mesure les outils de suivi de l'UNFPA/ partenaires d'exécution (PO) incluent-ils des indicateurs captant la situation particulière des individus les plus vulnérables? Dans quelle mesure l'UNFPA bureau pays utilise-t-elle les informations issues des évaluations des besoins autrement que celles issues des CCAs? Est-ce que l'UNFPA identifie et cible les « groupes vulnérables » pour l'aide à la santé maternelle au-delà de ce qui est décrit dans l'analyse de la situation/du problème dans les Plan d'Action du Programme de Pays (PAPPs)?
1.3. Planification et conception des interventions (soutenues par l'UNFPA) orientées sur les besoins.	Dans quelle mesure les bureaux nationaux utilisent-ils des moyens alternatifs aux processus de l'UNDAF pour la planification orientée sur les besoins, et l'identification des groupes les plus vulnérables?

Critère de jugement 1.2

- (Accroissement de la) Disponibilité de données précises et suffisamment désagrégées servant à cibler les groupes les plus désavantagés/vulnérables

L'UNFPA apporte son soutien à la collecte et l'analyse des données pour la planification des programmes et des projets au niveau national et sous-national. Le niveau de désagrégation des données est suffisant pour la planification et la gestion des programmes mais reste parfois insuffisant pour cibler les groupes vulnérables de façon spécifique.

Les stratégies nationales et internationales et les programmes tels que les programmes pays de l'UNFPA, le Plan d'Action pour Madagascar (qui est l'équivalent d'une stratégie de réduction de la

³⁰ Pour les indicateurs associés à des critères de jugement, veuillez-vous reporter à la recherche documentaire de cette mission d'évaluation.

³¹ Le critère de jugement 1.1 est traité dans l'évaluation globale.

pauvreté), le Plan Opérationnel pour la Mise en Œuvre de L'Engagement de Madagascar à la Stratégie Globale du Secrétaire général des Nations Unies pour la Santé de la Femme et de l'Enfant 2012-2015, le Plan cadre pour l'aide au développement visent à améliorer la santé maternelle à Madagascar et mentionnent dans leurs documents et projets spécifiques un large éventail de groupes de population vulnérables, telles que les femmes enceintes, les adolescentes enceintes, les adolescentes, les jeunes, les mères, les nouveau-nés et les femmes souffrant de fistules, etc., ou en fonction de l'emplacement géographique, telles que les populations «isolées» ou «difficiles à atteindre». La vulnérabilité particulière des jeunes et des femmes en âge de procréer a été soulignée dans le 6^{ème} PAPP.

A travers son programme population et développement, l'UNFPA a appuyé la réalisation d'enquêtes démographiques de santé qui comprennent, en plus des données socio-économiques, des données de santé sur la mortalité maternelle, les visites prénatales, les accouchements dans les établissements de santé, le taux de prévalence contraceptive moderne et le comportement de recours aux soins³². En outre, plusieurs enquêtes et évaluations lancées et / ou soutenues par l'UNFPA (voir critère de jugement 1.2 MHTF) ont permis de fournir des données désagrégées par sexe pour la planification des programmes, utilisées par exemple dans la Feuille de route pour la réduction de la mortalité maternelle 2005-2015. De plus, le Plan d'Action pour Madagascar comprend des indicateurs basés sur la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) et inspirés de l'intervention de l'UNFPA. Les outils de suivi de l'UNFPA reflètent des indicateurs tels que les antécédents médicaux dans l'outil de suivi des SONU, ou encore la distance et le type de voie d'accès (route, rivière, piste) entre le domicile et l'établissement de santé dans lequel le décès est survenu dans l'outil d'audit de décès maternels.

Depuis 2010 l'UNFPA cible géographiquement les six régions qui ont été identifiées en collaboration avec le Ministère de la Santé comme ayant le plus grand besoin d'améliorer ses indicateurs de santé maternelle. Ces régions «quick wins» comprennent les populations mal desservies dans les zones reculées³³ et les régions dans le sud qui sont sujettes à des catastrophes naturelles.

Critère de jugement 1.3

- Planification et conception des interventions (soutenues par l'UNFPA) orientées sur les besoins

L'UNFPA a appuyé la réalisation d'enquêtes nationales et des évaluations de besoins dans le cadre de sa mission de renseignement du processus de planification du Gouvernement de Madagascar. Le recensement planifié n'a toutefois pas pu être mené, en raison de la situation politique, mais l'UNFPA a utilisé une partie des fonds prévus pour appuyer l'enquête démographique et de santé 2008/2009. Cette enquête a été publiée en même temps que l'enquête SONU, ce qui a permis de faire le lien entre démographie et santé.

En raison de retards pris dans la conduite du troisième recensement général de la population et de l'habitat, initialement prévu pour 2003, le pays connaît des problèmes de fiabilité des statistiques. La plupart des enquêtes utilisent encore des estimations tirées du recensement de 1993. L'UNFPA a appuyé la préparation du recensement prévu pour 2008/2009, mais en raison des événements politiques au début de 2009 il n'a pas été réalisé. L'UNFPA a utilisé une partie des fonds du

³² Banque Mondiale, Rapport final sur le secteur de la politique de santé à Madagascar, 2012.

³³ Comme indiqué dans l'EDS 2008/2009 et l'Enquête SONU 2010 (L'évaluation des besoins en matière de SONU à Madagascar, 2010).

recensement pour combler la participation de l'USAID à l'Enquête Démographique et de Santé (EDS), qui s'était retiré du processus suite à la crise et avait suspendu sa contribution (qui devait permettre de faire l'analyse des données). Avec l'enquête SONU, l'EDS sert de base pour le bureau de pays et de la planification nationale. L'UNFPA a appuyé des études³⁴ sur différents sujets liés à la santé maternelle; telles que la violence basée sur le genre, les fistules obstétricales, l'impact des pratiques traditionnelles sur la santé de la reproduction des adolescents (en cours), les facteurs socio culturels de l'accouchement à domicile ou encore l'évaluation du fonctionnement du système de santé.

La première enquête nationale sur les SONU a été significative et est devenue la référence de base pour l'élargissement des services de SONU par le Ministère de la Santé. En plus des enquêtes pour des interventions spécifiques, le Ministère de la Santé en collaboration avec ses partenaires de développement a lancé d'autres évaluations au cours des ateliers de planification annuelle.

4.1.2 Question d'évaluation 2: Harmonisation et coordination de l'appui en santé maternelle et partenariats

Question d'évaluation 2	
Dans quelle mesure l'UNFPA a-t-il contribué avec succès à l'amélioration de l'harmonisation des efforts pour l'amélioration de la santé maternelle, et en particulier via sa participation à des partenariats stratégiques et multisectoriels, à des niveaux globaux, régionaux et nationaux?	
Critères de jugement	Questions traitées pendant la mission de terrain
2.1. Harmonisation des partenariats entre l'UNFPA, les organisations des Nations-Unies et la Banque Mondiale en termes de santé maternelle (incluant H4+ ³⁵) à des niveaux globaux, régionaux et nationaux.	Compatibilité des règles, réglementations et procédures de l'UNFPA avec les procédures de design et de planification des SWAps de santé dans lesquels l'UNFPA est impliqué (ou d'autres modalités d'exécution jointe, i.e., dans les pays au sein desquels il n'y a pas de <i>sector wide approach</i> (SWAp))
	Quelle est l'importance des équipes des pays H4+ pour la coordination et l'harmonisation de la santé maternelle et néonatale au niveau des pays?
	Dans quelle mesure les mécanismes existants de coordination et d'harmonisation pour la planification et la mise en œuvre (soit plan de travail commun) dans les programmes joints des Nations-Unies sont-ils présents?
2.2. Harmonisation du soutien à la Santé Maternelle via des partenariats nationaux et Sud-Sud/régionaux.	La communauté des donateurs considère-t-elle que les feuilles de route nationales de la santé maternelle et néonatale sont des éléments viables de la politique de santé nationale, qui leur permettent d'être utilisées comme des points focaux dans l'idée d'aligner leur soutien avec les structures et mécanismes gouvernementaux?
	L'UNFPA finance-t-il des activités facilitant l'adoption et la mise en œuvre des feuilles de route de la santé maternelle et néonatale? (incluant des activités qui identifient et abordent le problème des goulots d'étranglement dans

³⁴ Exemples d'études menées avec le soutien de l'UNFPA:

- Analyse de la Situation de Base sur l'Ampleur et les Impacts des Fistules Obstétricales à Madagascar
- Evaluation des Mécanismes d'actions et de réduction de la violence basée sur le genre
- Enquête sur les facteurs socio culturels pour l'accouchement à domicile a été menée dans la région du Vakinankaratra
- l'évaluation du fonctionnement du système de sante fait conjointement avec OMS et UNICEF

³⁵ UNFPA, UNICEF, Banque Mondiale, Organisation mondiale de la santé, ONUSIDA.

	l'opérationnalisation et la mise en œuvre des feuille de route santé maternelle et néonatale au niveau des pays).
2.3. Participation de l'UNFPA à des partenariats visant à produire des évidences nécessaires au débat politique, ainsi qu'à la définition et à la priorisation d'un agenda coordonné et opérationnel de la recherche sur la santé maternelle.	Liste complète des « partenariats pour la création de preuves » Quels types de preuves destinées à l'adaptation au niveau des pays ont fourni ces initiatives? Exemples de preuves générées par l'UNFPA sur la santé maternelle et néonatale (provenant de «partenariat de recherche») qui ont été/qui sont utilisés dans la formation de politiques.

Critère de jugement 2.1

- Harmonisation des partenariats entre l'UNFPA, les organisations des Nations-Unies et la Banque Mondiale en termes de santé maternelle (incluant H4+) à des niveaux globaux, régionaux et nationaux

L'harmonisation est guidée par les initiatives internationales et nationales de développement et plus spécifiquement par le plan opérationnel H4+ développé récemment. Il n'a toutefois pas été encore financé ni mis en œuvre. La coopération entre les partenaires des Nations Unies dépend souvent des bonnes interrelations personnelles. L'UNFPA, de par sa position de coordinateur du groupe H4+ est bien placé pour promouvoir ses priorités.

L'action du bureau de pays de l'UNFPA à Madagascar s'inscrit dans le cadre de l'UNDAF 2008-2011, qui est aligné avec le Plan d'Action de Madagascar, le programme d'action de la CIPD, les Objectifs du Millénaire pour le Développement, et la plate-forme d'action de Pékin. L'approche du secteur de la santé applique à la fois le Plan d'action de Maputo et la Feuille de route pour la santé maternelle et néonatale. En 2007, le Plan de Développement du secteur santé et de la protection sociale 2008-2011 a été développé avec l'assistance technique de l'UNFPA et comprend entre autres des directives nationales pour améliorer l'égalité entre les sexes. La feuille de route pour la santé maternelle et néonatale a aussi été conjointement élaborée, avec le Ministère de la Santé et de la planification familiale, l'OMS, la Banque mondiale, l'UNFPA, l'UNICEF, USAID et JICA (voir aussi critère de jugement 2.2). Plus récemment, l'UNFPA a contribué au Mécanisme d'évaluation rapide multisectoriel et fourni une assistance technique pour l'évaluation multisectorielle de la situation humanitaire dans le Sud.

L'UNFPA intervient comme partenaire dans plusieurs programmes conjoints de l'Organisation des Nations Unies (ONU) et participe de manière effective dans les instances compétentes et les groupes de travail. Sa présence en termes de santé maternelle a été nettement renforcée par la participation du conseiller technique principal en santé maternelle financé par le MHTF³⁶. Les bonnes relations personnelles qu'il a entretenues avec les différents partenaires ont favorisé la coopération et la coordination au niveau central³⁷.

Une étape majeure dans l'harmonisation des partenariats de santé de la reproduction a été lancée au niveau des pays par les partenaires de développement dont l'UNFPA en 2010: le groupe H4+ (étendu).

³⁶ Entretien avec les partenaires du gouvernement et de développement

³⁷ Lors de la visite de terrain, il est apparu que la coordination n'est pas aussi évidente au niveau décentralisé.

A Madagascar il a été guidé par le Ministère de la Santé et les priorités nationales, et coordonné par l'UNFPA. Cette position privilégiée a permis de promouvoir l'intégration du programme fistule obstétricale.

Les partenaires H4+ ont convié les bailleurs de fonds et parties prenantes actuellement présentes (JICA, Ambassade de France et USAID) à leurs réunions mensuelles et à l'élaboration du plan opérationnel chiffré ayant pour but d'atteindre les OMD 4 et 5. Ce plan opérationnel (2012-2015) est actuellement examiné par le gouvernement de Madagascar pour l'extension à d'autres OMD. Les engagements financiers supplémentaires des partenaires du groupe H4+ ne suffisent pas pour les activités prévues; par conséquent, il est également utilisé comme un outil de plaidoyer pour les nouveaux partenaires potentiels. Les modalités de financement n'ont pas encore été décidées; mais il est probable qu'il n'y aura pas de mise en commun des fonds.

Critère de jugement 2.2

- Harmonisation du soutien à la santé maternelle via des partenariats nationaux et Sud-Sud/régionaux

L'UNFPA a appuyé le développement de la feuille de route pour la santé maternelle et néonatale ainsi que d'autres documents stratégiques avec certains autres partenaires des Nations Unies. Les objectifs de la feuille de route pour la santé maternelle et néonatale ont été repris dans le business plan du H4+, et opérationnalisés, ainsi que dans la vision stratégique de l'ONU 2010-2011.

Au-delà du H4+, qui est un mécanisme de coordination plutôt récent, l'UNFPA a été associé au gouvernement de Madagascar depuis le premier PAPP dans plusieurs groupes de travail techniques et des ateliers de planification annuelle. L'UNFPA a participé à l'élaboration de plusieurs documents de référence, tels que:

- La feuille de route nationale pour la santé maternelle et néonatale 2005-2015 (élaborée en 2004, mais pas opérationnalisée³⁸)
- Les lignes directrices pour les actions de planification familiale à Madagascar
- Les lignes directrices pour la prévention de la transmission mère-enfant (PTME)
- La mise à jour du plan national stratégique VIH / SIDA
- Les curricula de formation des sages-femmes
- Les audits de décès maternels

Depuis 2007 il y a eu une harmonisation croissante avec le plan d'action du gouvernement pour Madagascar (MAP) au travers de l'UNDAF et par les autres partenaires. Le MAP est en fait la stratégie de référence pour tous les partenaires, même si il n'a pas été ratifié par le gouvernement actuel – il n'a pas été annulé non plus. Les objectifs de la feuille de route pour la santé maternelle et néonatale restent valables pour la communauté des bailleurs de fonds et ont été repris, rendus opérationnels et chiffrés dans le plan H4+. La vision stratégique 2010-2011 des partenaires des Nations Unies à Madagascar hiérarchise les SONU, et la fourniture de matériel médical et d'intrants comme dans la feuille de route nationale pour la santé maternelle et néonatale.

³⁸ African Maternal Health Road maps - Rapport d'évaluation, Luc de Bernis, Yaron Wolman, Juillet 2009.

Les activités de coopération Sud-Sud se concentrent sur l'échange d'expertise technique. Par exemple, en 2004 l'UNFPA a participé à une initiative de la Commission de l'Océan Indien sur le VIH/ SIDA, comprenant les pays suivants: Madagascar, Maurice, les Comores, La Réunion et les Seychelles.

Critère de jugement 2.3

- Participation de l'UNFPA à des partenariats visant à produire les données nécessaires au débat politique, ainsi qu'à la définition et à la priorisation d'un agenda coordonné et opérationnel de la recherche sur la santé maternelle

L'UNFPA a été un partenaire et un initiateur de la production de données concernant la santé maternelle, qui ont ensuite été utilisées lors de l'élaboration des politiques et de la planification du Ministère de la Santé. Les partenariats en matière de recherche sont limités et le partage de données peu coordonné.

L'UNFPA est un partenaire de la Confédération internationale des sages-femmes (CIS), Marie Stopes, Population Services International, Programme de technologie appropriée en santé, de plusieurs fondations et groupes de travail, qui produisent tous des documents et des outils qui ont été ou pourraient être adaptés pour le pays. L'enquête SONU appuyée par l'UNFPA est un bon exemple de génération de données qui a directement influencé les politiques nationales. Depuis que les résultats ont été diffusés, le Ministère de la Santé a amélioré sa planification en développant des micro plans visant à améliorer les services de SONU au niveau de chaque région et pour la formation des sages-femmes avec le soutien de l'UNFPA.

Il n'existe pas au plan national de base de données regroupant tous les documents de recherche visant à améliorer la mémoire institutionnelle nationale, et/ou un programme prioritaire de recherche dans le domaine de la santé.

Le Ministère de la Santé n'a pas défini de programme de recherche, mais il définit ses priorités et demande à ses partenaires de soutenir des enquêtes et des évaluations. Actuellement, plusieurs universités à Madagascar mènent une enquête conjointe sur la santé reproductive en situation d'urgence dans la région du Sud. Cependant les institutions nationales de l'enseignement supérieur et/ou les universités ne sont pas actuellement impliqués dans la recherche appliquée sur la population et le développement avec un programme de recherche qui puisse fournir des données pour les processus nationaux de planification³⁹.

³⁹ 6th PAPP.

4.1.3 Question d'évaluation 3: Participation communautaire / création de la demande et partenariat avec la société civile

Question d'évaluation 3

Dans quelle mesure l'aide de l'UNFPA a-t-elle contribué à une participation plus importante des communautés et à l'accroissement des niveaux actuels de demande et d'utilisation des services qui en découle, en particulier via son partenariat avec la société civile?

Critères de jugement	Questions traitées pendant la mission de terrain
3.1. Engagement des gouvernements dans l'implication des communautés dans des stratégies de santé sexuelle et reproductive et santé maternelle et néonatale via le soutien de l'UNFPA.	<ul style="list-style-type: none"> Exemples de plaidoyer politique et d'autre soutien de l'UNFPA visant à créer des cadres légaux, des régulations et des directives pour faciliter la participation totale des communautés et des organisations de la société civile dans le développement des politiques et des programmes. Est-ce que les organisations de la société civile /participation communautaire en politique/ formulation de programme sont-elles liées à davantage de sensibilisation et de demande de services de santé maternelle et néonatale ?
3.2. Engagement des organisations de la société civile dans la sensibilisation sur les problématiques de la santé maternelle et néonatale et dans la facilitation d'initiatives communautaires visant à aborder ces problématiques avec le soutien de l'UNFPA.	<ul style="list-style-type: none"> Exemples de mobilisation des ressources humaines de l'UNFPA et de développement des capacités institutionnelles pour que les organisations de la société civile surmontent les faiblesses en matière de transparence et de responsabilité des services. Exemples illustrant comment l'UNFPA a alloué des fonds à la société civile et aux communautés, et comment cela a réglé le problème du manque de soutien financier de la société civile du fait de sa propre dépendance par rapport aux fonds externes. Exemples de coordination de l'UNFPA dans la mise en œuvre de partenariats entre le gouvernement et les organisations de la société civile au niveau local afin de générer du capital social via l'implication des communautés. Exemples d'actions jointes de l'UNFPA-gouvernement-organisation de la société civile et du Cadre de Suivi comme mentionnés par les PAPPs?

Critère de jugement 3.1

- Engagement des gouvernements dans l'implication des communautés dans des stratégies de santé sexuelle et reproductive et santé maternelle et néonatale via le soutien de l'UNFPA

L'UNFPA a collaboré avec la société civile et les communautés lors des campagnes de promotion de la santé, des formations dédiées aux agents de santé communautaires et lors de l'inclusion des leaders communautaires dans la formulation de plans de travail annuels. Une stratégie nationale pour la santé communautaire a été formulée avec le soutien de l'UNFPA mais sa mise en œuvre n'a pas été effective.

L'UNFPA a appuyé des interventions au niveau communautaire à travers le développement des agents de santé communautaire, l'inclusion des organisations de la société civile et des communautés dans l'élaboration des plans de travail annuel au niveau des communes et par une assistance technique à la stratégie nationale pour la santé communautaire qui a été validée en Novembre 2009 mais jamais mise en œuvre. Aucune recherche sur l'impact de l'implication de la communauté sur la formulation des politiques n'a été citée.

Une étude au niveau des districts réalisée en 2003⁴⁰ (financée par la Banque Mondiale) a identifié que la participation communautaire à Madagascar dans la fourniture de soins de santé est limitée à: (i) les contributions de la communauté en main d'œuvre pour la construction de centres de santé; (ii) le financement par le biais des autorités locales pour le personnel du centre de santé, le logement, et l'équipement, et (iii) la mise à disposition de ressources humaines ou de bénévoles au moment des campagnes de vaccination. Dans l'ensemble, les prestataires (autorités de district, personnel des centres de santé) ne perçoivent pas les utilisateurs (patients et communautés) comme des groupes ayant une opinion importante sur la qualité de la prestation de services et dès lors, ne leur rendent aucun compte. L'étude n'a pas mis en avant un rôle important des communautés dans l'appréciation critique de la qualité des services. Les résultats ont été introduits dans la feuille de route de la santé maternelle et néonatale (soutenue par l'UNFPA) dont l'un des objectifs est de «renforcer les capacités des individus, des familles et de la communauté sur la prise en charge de leur santé».

Critère de jugement 3.2

- Engagement des organisations de la société civile dans la sensibilisation sur les problématiques de la santé maternelle et néonatale et dans la facilitation d'initiatives communautaires visant à aborder ces problématiques avec le soutien de l'UNFPA

L'UNFPA a mis en œuvre des campagnes de sensibilisation auprès des communautés par l'intermédiaire de ses partenaires d'exécution, qui sont les administrations sanitaires, les ONG et les organisations de la société civile. Les organisations de la société civile ont été soutenues tout au long de la phase de planification et de rapportage par le personnel de l'UNFPA pour faciliter le processus et certaines ont reçu une formation de gestion. Le gouvernement de Madagascar s'appuie fortement sur les agents de santé communautaire, cependant leur durabilité reste incertaine car ils travaillent à titre bénévole. Cette contrainte n'a pas suffisamment été prise en considération par les partenaires au développement et le Ministère de la Santé.

L'UNFPA n'intervient pas directement au niveau des communautés, mais plutôt à travers ses partenaires d'exécution directs ou indirects⁴¹. Les organisations de la société civile, comme la Fianakaviana Sambatra (FISA); SAF et SALFA sont des partenaires d'exécution de l'UNFPA et ont participé à plusieurs groupes de travail, aux séances de planification technique au niveau national, et à des réunions nationales de suivi semestrielles et annuelles de l'UNFPA, ainsi qu'au niveau régional et de district dans les réunions de coordination. L'UNFPA a dû appuyer ses partenaires d'exécution lors de la rédaction des propositions et des rapports compte tenu de leurs capacités limitées et a organisé des réunions biennuelles de suivi. Un ou deux partenaires d'exécution ont reçu une formation de

⁴⁰ Brinkerhoff, D. W., and Keener, S. C. (2003). *District-level Service Delivery in Rural Madagascar: Accountability in Health and Education*. Research Triangle Institute.

⁴¹ C'est-à-dire en sous-traitance par l'administration de la santé compétente.

gestion. La plus récente de ces formations a eu lieu en 2008 et il est prévu de les reprendre bientôt. La plupart des partenariats durent depuis de nombreuses années (parfois dix) et aucun nouveau partenariat n'a été formé dans les dernières années.

La promotion de la santé par le biais de communiqués de presse, la diffusion de brochures d'information, de campagnes spéciales ciblant les jeunes, les hommes, les dirigeants communautaires lors d'événements socioculturels, ont été appuyées par l'UNFPA via les organisations de la société civile qui utilisent habituellement les agents de santé communautaires pour la sensibilisation des communautés sur des questions particulières. Les effets de ces interventions n'ont pas été mesurés et il est impossible d'en connaître les résultats. Le Ministère de la Santé (financé par USAID) a organisé en octobre 2011 une conférence sur les agents de santé communautaires (ASC) pour formuler des recommandations sur les incitations, les possibles motivations, etc. pour augmenter le nombre et la durabilité de la force des ASC volontaires⁴². Une recommandation a été de reverser tous les fonds pour les ASC à la communauté comme une sorte de fond de réserve. Cette recommandation a été formulée en réponse à la grande disparité entre les incitations fournies par les différents acteurs (ONU, Fond Mondial, USAID et autres)⁴³. Il a été considéré que la durabilité des actions serait meilleure si la communauté est impliquée dans la décision de la distribution d'incitations.

4.1.4 Question d'évaluation 4: Développement des capacités – ressources humaines pour la santé

Question d'évaluation 4

Dans quelle mesure l'UNFPA a-t-il contribué au développement des ressources humaines pour la planification de la santé et à la disponibilité des ressources humaines pour la santé maternelle et des nouveaux nés?

Critères de jugement	Questions traitées pendant la mission de terrain
4.1. Développement/renforcement des politiques nationales, des plans et des cadres de ressources humaines pour la santé, (avec le soutien de l'UNFPA).	Quels mécanismes a utilisé l'UNFPA pour s'assurer que les décideurs incluent la santé reproductive dans les plans nationaux des ressources humaines; et quels effets ont-ils eu?
	Dans quelle mesure l'UNFPA a-t-il été impliqué dans les évaluations des besoins des pays visant à informer les décisionnaires de la planification de la RHS (et en particulier dans les pays en dehors du MHTF ou avant le lancement du MHTF)?
	Dans quelle mesure ces évaluations de besoins (s'il y en avait) ont-elles été utilisées par la suite?
	Dans quelle mesure l'UNFPA a-t-il été impliqué dans le soutien du développement de cadres de régulation pour le personnel de la santé reproductive dans les plans des ressources humaines?
4.2. Renforcement des compétences des professionnels de santé dans le VIH/SIDA, planification familiale, Fistule obstétricale, des sages-femmes qualifiées et en SONU,	Dans quelle mesure l'UNFPA a-t-il été impliqué dans le soutien du développement des capacités liées aux compétences de gestion des décideurs et du personnel administratif de santé?

⁴² Entretien avec les partenaires gouvernementaux et de développement

⁴³ Ces incitations vont de la fourniture de casquettes, de chemises, de petites indemnités journalières pour les campagnes spéciales ou formation, jusqu'à un salaire annuel.

afin de répondre aux besoins de la santé sexuelle et reproductive/ santé maternelle et néonatale.	Quel a été l'impact de l'absence ou de l'existence de développement des capacités liées aux compétences de gestion des RHS sur l'efficacité/la durabilité des formations techniques de la santé maternelle et néonatale?
	Quels ont été les mécanismes que l'UNFPA a utilisés pour s'assurer de l'utilité de la formation; et quels ont été les impacts?

Critère de jugement 4.1

- Développement/renforcement des politiques nationales, des plans et cadres de ressources humaines pour la santé (avec le soutien de l'UNFPA)

L'UNFPA a fourni une assistance technique et un soutien financier à la planification des ressources humaines pour la santé, à la formation et à l'élaboration de documents stratégiques, y compris de cadres réglementaires pour les sages-femmes. Toutefois la traduction des plans stratégiques en plans opérationnels pour la mise en œuvre est un processus de longue haleine, en grande partie à cause des changements fréquents au sein du Ministère de la Santé.

Au niveau politique, l'UNFPA a fourni une assistance technique à l'enquête nationale des ressources humaines pour la santé de 2010 et au développement du plan stratégique jusqu'en 2015, qui sera finalisé à la fin de l'année 2011. L'enquête relate, non seulement que près de 50% du personnel de santé du secteur public malgache a plus de 50 ans et prendra sa retraite dans moins de dix ans, mais aussi que la répartition géographique des ressources humaines est inégale. Cette répartition ne répond pas aux besoins des zones rurales; une proportion écrasante de médecins (72%) opère dans les centres urbains couvrant une proportion faible de la population (21%). Le ratio personnel de soins de santé/patient en 2005 était pire dans le secteur public que dans le secteur privé, sauf dans les grands centres urbains. Ces données démontrent que l'allocation, l'organisation et la planification des ressources humaines demeurent inefficaces, ce qui entraîne des écarts importants en matière de santé entre zones rurales et urbaines et influe de façon négative sur la prestation des services de santé de qualité à la population rurale.

L'UNFPA appuie également la définition de cadres de réglementation tels que les curricula standardisés (programmes de formation professionnelle et de formation pré-service) conjointement avec d'autres partenaires (principalement l'OMS et l'UNICEF), la mise à jour d'un code de la santé publique pour les sages-femmes, et la capacité d'accréditation pour le conseil des sages-femmes. Les évaluations relatives aux ressources humaines pour la santé en matière de planification familiale ont permis de revoir la formation des agents de santé communautaires (ASC) (mise à jour des curricula, y compris la planification familiale).

Les principales activités relatives aux ressources humaines pour la santé ont coïncidé avec l'avènement du MHTF. Depuis l'évaluation SONU en 2009, le Ministère de la Santé a réalisé plus que jamais la nécessité de mettre l'accent sur des efforts concertés visant à accroître l'accès à des sages-femmes qualifiées, à des soins obstétricaux et néonataux d'urgence et à la planification familiale.

Afin d'intégrer les sages-femmes nouvellement formées dans le système et pour répondre au manque de sages-femmes dans les zones isolées, l'UNFPA a financé les salaires de 28 sages-femmes pour un an dans les régions éloignées en envisageant de transférer ces sages-femmes sur le budget de Ministère de la Santé l'année suivante. Même si le salaire de 28 sages-femmes sur un an peut sembler peu significatif pour l'ensemble du pays, cela a eu un effet catalyseur, puisque le Ministère de la Santé a créé des postes budgétisés pour les régions éloignées, ce qui, autrement, ne serait peut-être jamais arrivé. De plus, le processus de pourvoir des postes (avec des contrats harmonisés) dans les régions éloignées ainsi que les réactions des candidats sur leur motivation et les difficultés rencontrées peuvent servir d'enseignement pour d'autres interventions. Une contrainte qui a été mentionnée est la difficulté que les sages-femmes ont à recevoir leurs salaires mensuels de la banque en raison de problèmes de transport et de sécurité⁴⁴.

Critère de jugement 4.2

- Renforcement des compétences des professionnels de santé dans le VIH/SIDA, planification familiale, Fistule obstétricale, des sages-femmes qualifiées et en SONU, afin de répondre aux besoins de la santé sexuelle et reproductive/ santé maternelle et néonatale

L'UNFPA vise à développer les capacités des professionnels de la santé par le développement des compétences cliniques et de supervision, ainsi que par la dotation d'équipements permettant l'utilisation des compétences nouvellement acquises; mais la durabilité de l'approvisionnement des produits consommables, une supervision efficace et la formation médicale continue ne peuvent être garanties avec le budget de santé actuel à Madagascar.

En termes d'amélioration des compétences techniques, l'UNFPA a apporté son soutien aux partenaires d'exécution au niveau régional pour la formation des ASC sur la planification familiale, du personnel des établissements de santé sur les SONU et plus récemment sur la réparation des fistules et la cryothérapie pour le traitement du cancer du col de l'utérus. Dans le contexte humanitaire des formations sur le Dispositif Minimum d'Urgence de (DMU) sont organisées par l'UNFPA par l'intermédiaire de ses partenaires d'exécution. Une formation des formateurs sur la supervision des compétences techniques est en cours d'exécution au niveau national (voir MHTF critères de jugement 2.1).

Il est prévu que la supervision technique des agents de santé soit réalisée par les responsables de santé de district qui ont plutôt des tâches administratives. L'équipe d'évaluation a pu observer une partie de la formation dans la région de Tuléar et en déduit que les agents de santé sont sans doute trop peu expérimentés, même après la formation, pour effectuer une supervision technique des sages-femmes. Après avoir appuyé la mise à niveau des compétences techniques, l'UNFPA a fourni l'équipement initial et les consommables afin d'assurer que les compétences nouvellement acquises puissent être mises en pratique, mais le gouvernement est rarement en mesure de poursuivre l'approvisionnement à un tel niveau. A partir de 2010 l'UNFPA a fourni dans les six régions « quick wins »⁴⁵ des kits gratuits pour réaliser des césariennes et des accouchements normaux, ce qui a conduit à une augmentation du taux de césarienne⁴⁶. Le personnel technique du Ministère de la Santé n'a pas été en mesure de donner des informations sur la façon dont le ministère lui-même prévoit de

⁴⁴ Entretien au Département des ressources humaines du Ministère de la Santé.

⁴⁵ Régions sélectionnées en 2010 par le ministère concentrer l'appui de l'UNFPA.

⁴⁶ Informations collectée auprès de l'administration de santé pendant la visite de terrain.

continuer cet approvisionnement. L'UNFPA est conscient de ce problème de durabilité et l'a abordé lors de la planification nationale et du H4+ sans succès dans la mesure où la situation politique n'est pas favorable à la pérennisation des actions.

Lors de l'introduction du MHTF, un conseiller technique en santé maternelle était censé être basé au Ministère de la Santé, mais en raison de la situation politique, il est basé dans le bureau de l'UNFPA. Néanmoins tous les partenaires considèrent que la collaboration technique apportée est efficace⁴⁷. La localisation du conseiller n'est donc pas forcément importante dans les circonstances actuelles.

L'UNFPA n'a pas dispensé de formation sur les compétences de gestion au niveau du Ministère de la Santé car c'est plutôt l'apanage du PNUD et de la Banque Mondiale. En outre, il est très probable qu'une formation n'aurait eu aucun effet sur la capacité actuelle du Ministère de la Santé, comme le personnel est fréquemment réaffecté. Depuis 2009, les points focaux pertinents pour le programme de l'UNFPA ont changé cinq fois, le ministre de la santé a été remplacé au moment de la mission d'évaluation et une autre série de changements de personnel était prévue⁴⁸.

4.1.5 Question d'évaluation 5: La santé maternelle dans les contextes humanitaires (réponse, urgences/ crises, post urgences/crises)

Question d'évaluation 5	
Dans quelle mesure l'UNFPA a-t-il anticipé et répondu aux menaces sur la santé reproductive dans le contexte d'urgence humanitaire?	
Critères de jugement	Questions traitées pendant la mission de terrain
5.1. Introduction de la santé sexuelle et reproductive dans la préparation des plans d'urgence, de réponses et réhabilitation.	Comment l'UNFPA contrôle-t-il l'efficacité des activités intégrées de la santé maternelle et néonatale?
	Dans quelle mesure l'UNFPA est-il impliqué dans le suivi des activités des réponses jointes et dans l'utilisation de leurs outils?
	Est-ce que le plan de réponse du 'health cluster' inclut la santé sexuelle et reproductive basé sur les interventions de l'UNFPA?
5.2. Accès à des services de qualité en SONU, de planification familiale et de santé reproductive/VIH dans des situations d'urgence et de conflits.	Dans quelle mesure les mécanismes de l'UNFPA/les procédures facilitent-ils des réponses flexibles/à temps aux besoins de la santé maternelle et néonatale dans des situations humanitaires?
	Quels sont les mécanismes de l'UNFPA assurant une utilisation équitable et efficace de ses produits (et comment marchent-ils)?
5.3. Accès à des produits médicaux dans des situations d'urgence et de conflits.	Comment l'UNFPA assure-t-il une provision équitable des produits de la santé reproductive dans des situations humanitaires, et quels sont les résultats?
	Dans quelle mesure l'UNFPA lie-t-il le GPRHCS et le MHTF dans les différents pays soutenus par le GPRHCS (différents « Stream »)?

⁴⁷ Entretien avec les partenaires gouvernementaux et de développement.

⁴⁸ Le bureau de l'UNFPA adresse des lettres au «Ministère en charge de la Santé», parce que le nom change souvent.

Critère de jugement 5.1

- Introduction de la santé sexuelle et reproductive dans la préparation des plans d'urgence, de réponses et de réhabilitation

En ce qui concerne la réponse humanitaire, l'équipe de la santé de la reproduction de l'UNFPA semble travailler efficacement en partenariat avec l'équipe des Nations Unies, les partenaires nationaux et au sein du bureau avec les autres programmes.

L'UNFPA a participé aux réponses conjointes des Nations Unies en cas d'urgence et est un partenaire dans le groupe thématique de gestion des catastrophes. Il a plaidé pour l'inclusion du DMU dans le plan d'urgence national et régional. Il a appuyé la mise en œuvre du DMU dans tout le pays étant donné que le Ministère de la Santé n'était pas en mesure de le financer. Les actions entreprises en réponse au contexte humanitaire présentent des défis importants en ce qui concerne la durabilité.

Les curricula ont été adaptés par l'UNFPA, l'OMS, le Ministère de la Santé, la FISA et la Croix Rouge et comprenait la santé de la reproduction et la violence basée sur le genre. L'UNFPA a également participé aux *clusters* sur la santé et la protection⁴⁹ avec les autres agences des Nations Unies. Le développement des capacités des partenaires nationaux est souvent une activité conjointe des partenaires du Système des Nations Unies (SNU) basée sur des outils adaptés de la Stratégie internationale de prévention des catastrophes des Nations Unies et de l'UNFPA pour les urgences. L'UNFPA a encouragé l'inclusion de la santé sexuelle et reproductive avec un accent particulier pour les soins aux mères et aux jeunes ainsi que leur soutien en cas d'urgence. Le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre sont partagés au sein du bureau de l'UNFPA entre les programmes humanitaire, santé de la reproduction et GPRHCS, comme tous sont impliqués dans les régions touchées. Le volet formation a également été réalisé avec la participation de tous les programmes.

Au niveau national, l'interlocuteur de l'UNFPA est le bureau national de gestion des risques et des catastrophes (BNGRC) qui s'occupe de la coordination de la réponse aux situations d'urgence. L'UNFPA soutient cette institution multisectorielle grâce à la production et la diffusion de statistiques pertinentes pour la gestion des urgences. L'UNFPA était la seule agence à appuyer directement le BNGRC en 2009 au moment où le SNU avait coupé son aide et avait ainsi financé les honoraires de deux personnes du BNGRC.

⁴⁹ Clusters formés pour une réponse coordonnée au moment des urgences humanitaires.

Critère de jugement 5.2

- Accès à des services de qualité en SONU, de planification familiale et de santé reproductive/VIH dans des situations d'urgence et de conflits

ET

Critère de jugement 5.3

- Accès à des produits médicaux dans des situations d'urgence et de conflits

L'UNFPA a réussi à mobiliser des ressources pour un programme commun UNFPA/PAM⁵⁰ visant à améliorer la demande pour les accouchements dans les établissements de santé.

L'UNFPA a mobilisé des fonds du *Central Emergency Response Fund* (CERF) et de Monaco/Andorre pour le projet commun UNFPA/PAM dans trois régions du sud du pays touchés par la sécheresse et l'insécurité alimentaire. Le but de ce projet était d'améliorer l'accès gratuit aux services de santé maternelle ainsi que de fournir des kits de première nécessité (kits de dignité) et de la nourriture aux centres de santé pour les mères qui venaient d'accoucher. Ces actions ont conduit à une augmentation importante des accouchements dans ces structures⁵¹.

4.1.6 Question d'évaluation 6: Services de santé sexuelle et reproductive - planification familiale

Question d'évaluation 6

Dans quelle mesure l'UNFPA a-t-il contribué à l'élargissement, ainsi qu'à l'accroissement de l'utilisation et de la demande de planification familiale?

Critères de jugement	Questions traitées pendant la mission de terrain
6.1. Accroissement des capacités au sein du système de santé pour la provision de services de qualité en termes de planification familiale.	Les stratégies nationales de santé reproductive (soutenues par l'UNFPA) sont-elles orientées vers l'intégration des services de planification familiale dans tous les centres de prestation de services?
	Existe-t-il des systèmes de suivi pour l'intégration et la disponibilité des services de la planification familiale dans tous les centres de prestation de services?
	Les interventions destinées au développement des capacités sont-elles stratégiques i.e. prennent-elles en compte les stratégies et orientations nationales, les mécanismes de supervision et le potentiel de réplique?
	Les interventions destinées au développement des capacités sont-elles accompagnées d'interventions

⁵⁰ Programme alimentaire mondial

⁵¹ Entretien avec le personnel de l'UNFPA.

	<p>visant à assurer un environnement où les professionnels de santé formés peuvent pratiquer leurs compétences nouvellement acquises une fois qu'ils sont de retour dans leurs établissements de santé (équipement, matériel, infrastructure)?</p> <p>Quels sont les mécanismes développés visant à garantir que les programmes de formation et les normes soient adaptés à travers l'ensemble du pays?</p> <p>Les mécanismes introduits par l'UNFPA sont-ils orientés vers la provision de services de qualité? Est-ce que ces mécanismes ont été adoptés à un niveau national avec une perspective visant à les utiliser de façon continue et à les étendre ?</p>
6.2. Accroissement de la demande et de l'utilisation des services de planification familiale et plus particulièrement parmi les groupes les plus vulnérables.	<p>Comment la distribution communautaire de produits contraceptifs (soutenue par l'UNFPA) est-elle traduite dans des stratégies nationales de façon durable?</p> <p>Dans quelle mesure les initiatives de communication visant à une augmentation de la demande de planification familiale (entreprises grâce au soutien de l'UNFPA) sont-elles fondées sur des données prouvées?</p> <p>Quelles sont les mesures de suivi-évaluation servant à quantifier l'impact de ces initiatives de communication?</p> <p>Est-ce que les initiatives soutenues par l'UNFPA ont contribué à la hausse de l'utilisation de la planification familiale parmi les groupes vulnérables?</p>
6.3. Amélioration de l'accès aux contraceptifs (sécurisation des produits).	<p>Quels sont les mécanismes en place servant à contrôler et à suivre le Ministère de la Santé et les responsables du ministère en charge de la chaîne d'approvisionnement?</p> <p>Quels sont les mécanismes en place visant la performance actuelle et l'engagement du gouvernement pour la sécurisation des produits contraceptifs?</p>

Critère de jugement 6.1

- Accroissement des capacités au sein du système de santé pour la fourniture de services de qualité en termes de planification familiale

Le soutien de l'UNFPA au développement des capacités pour la prestation de services de planification familiale s'est situé à plusieurs niveaux. Au niveau national en soutenant le Ministère de la Santé dans la formulation de politiques de planification familiale pertinentes et le développement de programmes de formation. Aux niveaux régional, district et communautaire, les partenaires d'exécution de l'UNFPA ont appuyé le développement des compétences des prestataires de services en ce qui concerne certaines méthodes.

L'UNFPA a élaboré en 1991 (conjointement avec l'OMS et l'USAID), le premier plan national de planification familiale et appuyé le développement de protocoles et lignes directrices. En 1992, la Banque Mondiale a lancé l'intégration de la planification familiale dans toutes les structures de santé et, depuis 2004 le gouvernement a inclus la planification familiale et la santé reproductive dans son plan national et a acheté des produits de planification familiale grâce à un prêt de la Banque Mondiale.

Bien que le Ministère de la Santé dispose d'une ligne budgétaire spécifique pour la planification familiale, il n'achète pas les produits (la ligne budgétaire est proche de zéro)⁵². L'UNFPA avec d'autres partenaires (OMS, USAID, Organon) finance depuis 2004 près de 100% de tous les produits contraceptifs. Depuis 2009, plusieurs donateurs ont cessé leur appui et l'UNFPA demeure le principal fournisseur avec près de 100% de couverture, sans que le gouvernement semble disposer à augmenter son budget pour la planification familiale⁵³. L'UNFPA appuie les ONG/ organisations de la société civile qui favorisent et fournissent des méthodes de planification familiale, comme SAF, SALFA et la FISA. La planification familiale a été intégrée à tous les niveaux des services de santé y compris les structures de soins de santé primaire et les cliniques jeunesse et les agents de santé communautaire⁵⁴. L'UNFPA a été le chef de file dans toutes les activités liées à la planification familiale et est, en dehors du Ministère de la Santé, l'acteur clé du groupe de travail de planification familiale qui se réunit trimestriellement, et organise chaque année des assemblées générales des parties prenantes.

L'UNFPA a fourni un appui pour le développement des capacités des partenaires d'exécution sur l'insertion d'Implanon et la sensibilisation à cette méthode, mais aussi sur la gestion de la chaîne d'approvisionnement et sur la prévision des besoins en produits de santé de la reproduction y compris les contraceptifs. L'UNFPA a appuyé les aspects logistiques des produits de santé de la reproduction depuis 1991. En 2009, grâce au GPRHCS, il a mis à disposition le logiciel CHANNEL et un matériel informatique dans toutes les régions du pays pour assurer la gestion et le suivi de l'approvisionnement. L'UNFPA a formé le personnel aux niveaux régional et de district pour l'utilisation de CHANNEL pour la gestion du système de projection des besoins et de distribution des produits de santé de la reproduction⁵⁵. L'UNFPA a également apporté un appui institutionnel et technique à la centrale d'achat parapublique SALAMA. La mise en œuvre de CHANNEL est une étape importante en ce qui concerne la sécurisation des produits de la santé de la reproduction. Toutefois le logiciel n'est pas encore opérationnel dans tout le pays à cause de différents obstacles (tels que la sélection inappropriée des personnes formées sur le logiciel ou encore des pannes de matériel informatique)⁵⁶.

Les prestataires des services de santé publique et les ASC ont été formés par les ONG aux méthodes de planification familiale en utilisant des cursus élaborés conjointement par les partenaires de développement (dont l'UNFPA) et le Ministère de la Santé⁵⁷. En général, les curricula de formation pour le personnel médical doivent être validés par le Ministère de la Santé et sont mis en œuvre à l'échelle nationale. L'UNFPA soutient, avec ses partenaires d'exécution et d'autres partenaires,

⁵² La situation politique a un impact négatif important sur la mise en œuvre, comme le plaidoyer de haut niveau est difficile pour des raisons de protocole. (Voir aussi HLSP, Mid-term review of the UNFPA Global Programme to Enhance Reproductive Health Commodity Security (GPRHCS), Madagascar case study, 2011).

⁵³ Dans le 6ème, les fournitures sont achetées directement par le siège de l'UNFPA, importé et distribué par l'intermédiaire d'un organisme parapublic (SALAMA). Les personnes du Ministère de la Santé, interrogées n'étaient pas en mesure de fournir de suggestion concernant la durabilité de cette organisation logistique.

⁵⁴ Entretien avec le ministère de la santé.

⁵⁵ Formation en logiciels et en logistique.

⁵⁶ Visite de terrain.

⁵⁷ Information fournie par les partenaires développement, les partenaires d'exécution et le ministère de la santé.

plusieurs composants d'un système d'assurance qualité⁵⁸, comme l'efficacité (création de compétence et équipement des prestataires de soins de santé), l'accès aux services (par le biais des agents de santé communautaires), l'efficacité (établissement de normes nationales pour les prestataires de soins de santé), conformité (travaux de rénovation et remise en état des établissements de santé)⁵⁹, mais ne permet pas de mettre en évidence les besoins des groupes vulnérables spécifiques, tels que les adolescents. Le taux de grossesse chez les adolescentes de 40% peut être considéré comme un signe des lacunes du système de santé de la reproduction en réponse aux besoins d'un des groupes les plus vulnérables.

Critère de jugement 6.2

- Accroissement de la demande et de l'utilisation de services de planification familiale et plus particulièrement parmi les groupes les plus vulnérables

L'UNFPA intervient en matière de création de la demande de planification familiale par le biais d'initiatives de communication aux niveaux national, de certaines écoles et de certaines communautés. Toutefois le taux élevé de grossesses précoces laisse présumer d'une attention insuffisante de la part de l'UNFPA et de ses partenaires pour aborder une problématique importante.

Les agents de santé communautaire sont en charge de la sensibilisation, la promotion et parfois de la distribution de contraceptifs. Les ASC ont été formées par l'UNFPA, l'OMS et l'USAID d'après des programmes approuvés par le Ministère de la Santé et leurs compétences sont régulièrement mises à jour. Leur rôle est de sensibiliser les groupes cibles (femmes enceintes, adolescents, femmes en âge de procréer, etc.) à utiliser les services de santé et de planification familiale.

L'UNFPA, l'Organisation des Nations Unies pour l'Éducation, la Science et la Culture (UNESCO) et l'UNICEF ont fait la promotion de l'éducation sur la santé sexuelle dans les écoles et appuyé son éducation dans les cursus scolaires.

Les données de base utilisées pour la plupart des initiatives prises par le Ministère de la Santé/UNFPA sont tirées des EDS. La demande pour les moyens de contraception, la grossesse chez les adolescentes, etc. sont résumés dans les processus de suivi réguliers par chaque partenaire d'exécution. Etant donné que l'UNFPA appartient aux rares organisations actives en matière d'approvisionnement en méthodes de contraception, le Ministère de la Santé attribue l'augmentation de l'utilisation de la planification familiale directement à l'action de l'UNFPA⁶⁰. Néanmoins, comme noté précédemment (critère de jugement 6.1) le nombre de grossesses est encore très élevé chez les adolescentes et une campagne a été récemment ciblée sur ce groupe⁶¹.

⁵⁸ Efficace, accessible, acceptable / centrée sur le patient, équitable, sécuritaire (OMS, 2006: Qualité des soins: un processus pour faire des choix stratégiques dans les systèmes de santé).

⁵⁹ Voir par exemple les programmes pays 5 et 6.

⁶⁰ Information provenant du ministère de la santé, des partenaires d'exécution, et de l'administration de santé régionale.

⁶¹ Bien que mentionnée par l'UNFPA les détails de cette intervention ne sont pas disponibles.

Critère de jugement 6.3

- Amélioration de l'accès aux contraceptifs (sécurisation des produits)

En outre le siège de l'UNFPA pourvoit des contraceptifs qui sont distribués par l'intermédiaire de la centrale d'achat, qui a été habilitée à le faire grâce à l'appui de l'UNFPA. Actuellement l'UNFPA est le seul fournisseur de produits contraceptifs du secteur public à Madagascar, ce qui soulève la question de la durabilité.

Le GPRHCS a été lancé à Madagascar en 2008, avec la décision d'inclure Madagascar dans la liste des pays 'Stream 1'. Le programme a contribué à l'élaboration du Plan national pour la sécurité des produits de santé de la reproduction (2008 - 2012), et a conduit à la signature, en mai 2008, d'un accord entre le gouvernement et l'UNFPA pour la mise en œuvre du GPRHCS, pour une période de cinq ans. Il a permis de fournir une assistance technique au Ministère de la Santé et l'approvisionnement de produits de santé de la reproduction. Il a également appuyé la distribution dans les régions. Cela a contribué à la disponibilité d'une gamme variée de contraceptifs, y compris des méthodes de contraception de long terme et permanentes comme le stérilet, les implants, la ligature des trompes, la vasectomie et les contraceptifs d'urgence. Le GPRHCS a permis l'introduction du logiciel CHANNEL pour la gestion des intrants mais comme discuté ci-dessus (critère de jugement 6.1) le système n'est pas encore pleinement fonctionnel.

Il est probable que la stratégie de sécurisation des produits soit viable à long terme, en raison de l'engagement de haut niveau du Gouvernement pour les OMD 4 et 5, mais sa durabilité est discutable, car le gouvernement est entièrement dépendant des financements extérieurs⁶².

4.1.7 Question d'évaluation 7: Services de santé sexuelle et reproductive - SONU

Question d'évaluation 7

Dans quelle mesure l'UNFPA a-t-il contribué à l'accroissement de la présence de personnel qualifié lors de grossesses et d'accouchements et des services de SONU dans les pays de programme?

Critères de jugement	Questions traitées pendant la mission de terrain
7.1. Accroissement de l'accès aux services de SONU	Quels éléments du soutien de l'UNFPA aux SONU étaient destinés à s'assurer de l'engagement durable du Ministère de la Santé quant au fait d'intégrer les services SONU dans les plans budgétaires nationaux? Ces éléments ont-ils contribué à un engagement (plus) durable du Ministère de la Santé pour les SONU?

⁶² En 2011 l'UNFPA a fourni des contraceptifs à hauteur de trois millions de US\$ directement importés du siège (Entretien avec l'UNFPA).

Critère de jugement 7.1

- Accroissement de l'accès aux services de SONU

L'implication de l'UNFPA en matière de SONU a vraiment débuté au cours du 5^{ème} programme de coopération avec le gouvernement, toutefois l'appui amené n'a pas démontré de résultats très satisfaisants. L'introduction du MHTF en 2008 a contribué à établir une base de données sur les services SONU et à l'amélioration de la formation et des services de SONU.

Le 4^{ème} programme de pays a mis l'accent sur la planification familiale et sur l'appui à l'élaboration des politiques, telle que la Feuille de route pour la réduction de la mortalité maternelle à Madagascar⁶³ dans ses activités liées à santé reproductive. Au cours du 5^e programme de pays, l'UNFPA a finalisé des lignes directrices pour les SONU et a organisé des formations sur les SONU, mais l'enquête SONU de 2009 a révélé que cette formation avait été inefficace car elle était fondée sur une approche plus théorique que pratique qui n'était pas adaptée dans le contexte de Madagascar.

L'engagement fort du Ministère de la Santé pour les OMD 4 et 5 inclut les SONU, et se base sur les résultats de l'enquête SONU menée en 2009 avec le soutien du MHTF. L'introduction du MHTF en 2008 a permis de mener l'enquête des besoins SONU et de développer un plan opérationnel de mise en œuvre des recommandations de l'évaluation SONU. Le curriculum de formation en soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (SONUB) a été révisé sur la base des compétences standards de la Confédération des sages-femmes. Le MHTF a également appuyé des formations en SONUB en mettant l'accent sur l'aspect pratique de la formation. L'UNFPA a doté des formations sanitaires en équipement dans l'optique d'améliorer les services SONU dans les régions « *quick wins* » (kits d'accouchement, kit opération césarienne, kit individuel d'accouchement) (voir la partie MHTF critère de jugement 4.1).

4.1.8 Question d'évaluation 8: Résultats / soutien de l'UNFPA à la santé maternelle basé sur des données pertinentes

Question d'évaluation 8

Dans quelle mesure l'utilisation par l'UNFPA de données internes et externes dans le développement de stratégies, la programmation et la réalisation a-t-elle contribué à l'amélioration de la santé maternelle dans ses pays de programme?

Critères de jugement ⁶⁴	Questions traitées pendant la mission de terrain
8.2. Considération et intégration de données pertinentes sur la santé maternelle / santé sexuelle et reproductive et des résultats lors du développement des stratégies pays.	<ul style="list-style-type: none">• Quel processus les bureaux nationaux ont-ils été utilisés afin de tirer enseignement du passé pour la programmation future?• Quels facteurs ont empêché les bureaux nationaux d'utiliser les leçons du passé?

⁶³ COAR 2004: «Sécurisation des produits santé reproductive, mise en œuvre de la nouvelle stratégie planification familiale à Madagascar, élaboration et finalisation des modules en SONUB et disponibilité des compétences nécessaires pour son application, élaboration de la feuille de route».

⁶⁴ Le critère de jugement 8.1 a été supprimé ici car il concerne l'évaluation globale.

8.3. Gestion de projets individuels axée sur les résultats tout au long du cycle de vie du projet.	<ul style="list-style-type: none"> • Quels ont été les principaux facteurs qui ont contribué à un faible suivi de la plupart des bureaux nationaux? • Dans quelle mesure l'UNFPA a-t-il pris en considération les lacunes existantes dans le suivi-évaluation de ses partenaires d'exécution, ainsi que de son propre personnel quand il a développé ses calendriers de suivi-évaluation?
--	---

Critère de jugement 8.2

- Considération et intégration de données pertinentes sur la santé maternelle / santé sexuelle et reproductive et des résultats lors du développement des stratégies pays

L'utilisation des données existantes et la génération de données constituent une partie du processus de planification qui se tient lors de réunions organisées par l'UNFPA auxquelles participent ses partenaires nationaux et internationaux. Néanmoins, de nombreuses données provenant d'autres sources restent inutilisées car dispersées et non liées ou harmonisées au niveau national.

Comme mentionné ci-dessus (critères de jugement 1.2, 1.3) la planification et la programmation du bureau de pays et de ses partenaires sont basées sur une variété d'enquêtes et d'évaluations, des comptes rendus de suivi et d'une assistance technique externe. Au cours de la réunion annuelle de planification, les acteurs décident des statistiques supplémentaires requises, qui peuvent alors être incluses dans la prochaine EDS (comme par exemple des données sur la violence basée sur le genre), ou de réaliser une nouvelle évaluation ou une enquête. Toutefois, alors que dans tout le pays un grand nombre de statistiques est produit au moyen d'évaluations par les divers partenaires bilatéraux et les ONG, voire par les administrations de santé qui les utilisent pour la planification de leurs programmes, elles restent dispersées ou inaccessibles, ne sont pas harmonisées et ne sont pas connectées au niveau national, à cause du manque de capacité pour établir des mécanismes de coordination solides au niveau national.

Le groupe H4+ à Madagascar démontre un pas en avant pour la planification, la mise en œuvre et le suivi menés de façon conjointe. Il est trop tôt pour évaluer l'impact de cette coopération récente sur l'intégration des données disponibles, mais les processus sont déjà en train d'être «institutionnalisés». Par exemple des réunions mensuelles traitent de questions telles que les lacunes existantes, les insuffisances et les doublons) ainsi que des réponses possibles.

L'UNFPA mène des séances de planification annuelles en interne qui prennent en compte les enseignements des années précédentes. Ces réunions annuelles sont considérées⁶⁵ comme apportant des solutions aux problèmes d'ordre technique, car elles sont sous le contrôle du bureau de pays, mais moins efficaces quant à la résolution des questions financières et administratives, car elles dépendent des formats et des processus venant du siège. En outre, à cause de la situation politique actuelle la mise en œuvre est particulièrement lourde puisque l'UNFPA ne peut pas transférer de fonds au gouvernement et doit utiliser des procédures de paiement direct pour chaque activité⁶⁶.

⁶⁵ Information provenant du personnel UNFPA.

⁶⁶ Un tel mécanisme de paiement direct génère une énorme charge en terme de micro-gestion, tant au niveau des bureaux locaux de l'UNFPA qu'au niveau du gouvernement et des partenaires d'exécution. Ces modalités de mise

Critère de jugement 8.3

- Gestion de projets individuels axée sur les résultats tout au long du cycle de vie du projet

Le bureau de pays a établi des mécanismes de suivi impliquant ses partenaires toutefois le suivi reste irrégulier et les enseignements tirés de ce suivi sont insuffisants pour une planification basée sur les résultats.

L'UNFPA et ses partenaires (partenaires d'exécution, partenaires de développement, partenaires gouvernementaux) ont effectué des revues des programmes, rédigées par la responsable de suivi-évaluation de l'UNFPA et le conseiller concerné. Les missions de suivi sont souvent menées à l'échelle du programme et le plus souvent avec des partenaires locaux.⁶⁷ Les missions de suivi effectuées conjointement avec les partenaires ont été lancées par le bureau de pays dans le but de renforcer une approche intégrée et d'utiliser efficacement les ressources.

L'UNFPA a organisé quelques formations sur la gestion pour les nouveaux partenaires d'exécution afin d'assurer une compréhension et un reportage communs et de répondre au besoin de combler certaines lacunes spécifiques liées aux capacités (en raison de la situation politique actuelle) des partenaires gouvernementaux. Néanmoins, la mise en œuvre du suivi au niveau national, régional et de district à Madagascar manque de régularité, d'outils et de ressources et ne s'avère donc pas vraiment efficace⁶⁸.

4.1.9 Question d'évaluation 9: Intégration de la santé maternelle dans les politiques nationales et les cadres de développement

Question d'évaluation 9

Dans quelle mesure l'UNFPA a-t-il aidé à garantir le fait que la santé maternelle, la santé sexuelle et reproductive soient intégrées de façon appropriée au sein des instruments de développement nationaux, ainsi qu'au sein des cadres de politiques sectorielles dans ses pays de programme?

Critères de jugement	Questions traitées pendant la mission de terrain
9.1. Le soutien de l'UNFPA a amélioré une analyse compréhensive des causes de la mauvaise santé maternelle et de l'efficacité des politiques/stratégies passées de la santé maternelle.	<ul style="list-style-type: none">• Les décideurs/les 'policy makers' qui ont participé dans les ateliers de travail de l'UNFPA ont-ils accru leur sensibilité sur l'importance de données désagrégées pertinentes de santé maternelle pour une planification adéquate des interventions de la santé maternelle et néonatale et de la conception des politiques?

en œuvre ont un impact sur les points focaux qui doivent passer une partie importante de leur temps en micro-gestion.

⁶⁷ Ces missions sont préparées par le responsable de Suivi et Évaluation avec l'appui du conseiller concerné, et souvent mis en œuvre pour deux ou plusieurs programmes, par exemple, si la chargée des programmes humanitaires mène une mission pour son programme, elle fera dans le même temps le suivi du programme de santé reproductive, selon un plan élaboré conjointement.

⁶⁸ Les partenaires gouvernementaux et de développement ont souligné les lacunes de l'administration de santé au niveau régional et au niveau du district, et qui sont de fait incapables de fournir un suivi efficace permettant un feed-back et sur le manque de performance ou de recevabilité.

- Est-ce que les cadres de politiques pertinents (PRSPs, politique de santé, etc.) font référence à des données désagrégées pertinentes de santé maternelle (recensements appuyés par l'UNFPA ou autres exercices de collecte de données)?
- 9.2. Intégration de la santé maternelle et de la santé sexuelle et reproductive au sein de cadres de politiques et d'instruments de développement basée sur des processus consultatifs transparents et participatifs (soutenus par l'UNFPA).
- Quel est le degré de cohérence des efforts entrepris par différentes initiatives pertinentes pour l'élaboration des politiques de la santé maternelle et néonatale et du dialogue politique: Campagne pour l'Accélération de la Réduction de la Mortalité Maternelle en Afrique (CARMMA), Maputo / santé maternelle et néonatale feuille de route et participation de l'UNFPA dans les SWAp fora?
- 9.3. Suivi et évaluation de la mise en œuvre des éléments de la santé sexuelle et reproductive/ santé maternelle dans les cadres de politique nationale et les instruments de développement.
- Dans quelle mesure les outils de suivi-évaluation, qui ont été développés avec le soutien de l'UNFPA, ont-ils été adoptés pour contrôler les politiques et programmes nationaux de la santé maternelle et néonatale/ santé sexuelle et reproductive?
-

Critère de jugement 9.1

- Le soutien de l'UNFPA a amélioré une analyse compréhensive des causes de la mauvaise santé maternelle et de l'efficacité des politiques/stratégies passées de la santé maternelle
-

L'UNFPA, grâce à une assistance technique suivie, a appuyé l'utilisation de données désagrégées pour la planification en santé maternelle et a ainsi permis des interventions plus ciblées.

L'UNFPA vise à influencer l'élaboration des politiques par la création de groupes de travail techniques et sa participation à ces groupes ainsi que par des appuis à des enquêtes et des évaluations de besoins. Celles-ci ont été menées conjointement avec les homologues nationaux, souvent en fonction des demandes du Ministère de la Santé exprimées lors des réunions annuelles de planification (atelier d'estimation de besoin). Elles ont été conçues avec l'aide du responsable suivi évaluation de l'UNFPA⁶⁹. Comme mentionné ci-dessus (voir question d'évaluation 1), en plus de l'EDS, l'UNFPA a appuyé plusieurs études⁷⁰ pour analyser certaines des causes à la mauvaise santé maternelle, afin de les intégrer dans la planification des programmes et des politiques nationales. Les enquêtes démographiques et de santé comprennent des indicateurs des OMD et de la CIPD. L'UNFPA a fait pression et a réussi à inclure des indicateurs supplémentaires sur le genre, le VIH et la santé maternelle et la disponibilité des produits de santé de la reproduction dans l'EDS 2008/2009⁷¹. Une analyse sur l'efficacité des politiques de santé maternelle n'a en tant que telle jamais été effectuée, mais la progression des indicateurs provenant des EDS suggèrent des lacunes dans la mise en œuvre des interventions.

⁶⁹ Dans ce but, elle a participé à la formation sur l'enquête SONU au Bénin, avant la réalisation de cette enquête à Madagascar.

⁷⁰ Comme par exemple l'«Étude sur la disponibilité et l'accessibilité des services santé reproductive et planification familiale», 2008.

⁷¹ Information de bureau pays de Madagascar.

Critère de jugement 9.2

- Intégration de la santé maternelle et de la santé sexuelle et reproductive au sein de cadres de politiques et d'instruments de développement basée sur des processus consultatifs transparents et participatifs (soutenus par l'UNFPA)

L'UNFPA peut démontrer de nombreux exemples d'intégration en santé maternelle et en santé de la reproduction dans les stratégies nationales (voir aussi question d'évaluation 6) alors que l'élaboration des politiques est globalement entravée par le manque d'engagement politique à haut niveau.

Madagascar adhère aux cadres des OMD et de la CIPD; par contre certaines initiatives telles que la CARMMA n'ont pas été reprises, puisque le plus haut niveau politique requis pour le soutien de ces initiatives est inaccessible à cause de la crise. La campagne récente (6^{ème} programme) de sensibilisation et de mobilisation pour la fistule obstétricale illustre un exemple réussi des efforts de l'UNFPA pour promouvoir son mandat. Par exemple, le Ministère de la Santé a intégré la nécessité de soutenir toutes les patientes souffrant de fistule obstétricale dans le plan national suite aux résultats d'une enquête de suivi sur la campagne de plaidoyer⁷². Le fait qu'une centaine de femmes seulement ont été opérées ne peut pas être considéré comme ayant un impact très important, cependant le fait que la fistule obstétricale soit intégrée dans le H4 + et le plan national, constitue un succès.

Critère de jugement 9.3

- Suivi et évaluation de la mise en œuvre des éléments de la santé sexuelle et reproductive / santé maternelle dans les cadres de politique nationale et les instruments de développement

Le suivi des politiques nationales est effectué en fonction des objectifs de leurs plans opérationnels et non en fonction des outils de suivi et d'évaluation spécifiques à la santé maternelle développés par l'UNFPA (ou autres partenaires de développement)

⁷² Initialement l'UNFPA a appuyé une campagne de sensibilisation et de mobilisation à travers les médias, des visites à domicile, et la participation communautaire dans la région de Atsimo Andrefana, suivie par une enquête qui indiquait que près de 70.000 femmes souffrent de DE à Madagascar. Plus de 100 ont été opérées grâce à l'appui de l'UNFPA.

4.1.10 Question d'évaluation 10: Cohérence des programmes de santé sexuelle et reproductive et santé maternelle avec les programmes genre et population et développement

Question d'évaluation 10

Dans quelle mesure les programmes de santé maternelle de l'UNFPA et leurs mises en œuvre, ont-ils adéquatement utilisé les synergies existantes entre, d'une part, le portefeuille de programmes de l'UNFPA liés à la santé sexuelle et à la santé reproductive, et d'autre part l'aide de l'UNFPA dans des programmes liés à d'autres secteurs⁷³ ?

Critères de jugement	Questions traitées pendant la mission de terrain
10.1. Liens établis entre les programmes (santé reproductive avec le Genre et Population et Développement) dans la conception des interventions.	<ul style="list-style-type: none"> Dans quelle mesure l'UNFPA a-t-il identifié les contraintes spécifiques au genre qui affectent et entravent les objectifs du programme de la santé reproductive dans sa planification? Ces contraintes de genre (celles décrites) ont-elles été correctement traitées par les gouvernements actuels; (réflexions sur le document PAPP, étudier l'intégration du genre au niveau des politiques et des programmes). Comment/dans quelle mesure l'UNFPA, à travers son soutien, aborde-t-il le problème des contraintes dans la demande de services de la santé maternelle et néonatale; soit basé sur la reconnaissance des barrières spécifiquement liées au genre par la santé maternelle et néonatale.
10.2. Intégration du suivi et des rapports des opérations de l'UNFPA	<ul style="list-style-type: none"> Dans quelle mesure l'UNFPA bureau-pays a-t-il utilisé les rapports actuels d'opérations multiprogrammes à un niveau global, régional et national? Notez uniquement les éléments les plus marquants.

Critères de jugement 10.1

- Liens établis entre les programmes (santé reproductive avec le genre et population et développement) dans la conception des interventions

Les indicateurs santé de la reproduction et de genre sont inclus dans les enquêtes EDS grâce à la composante population et développement. Au niveau du bureau de pays une certaine collaboration a été établie entre les différentes composantes, cependant cette coopération n'est pas toujours traduite opérationnellement. Pour exemple, les obstacles d'accès aux services de santé de la reproduction liés au genre sont encore un frein à l'utilisation des services (y compris la faible utilisation des centres pour jeunes par des jeunes filles) et le taux élevé de grossesses chez les adolescentes reste élevé.

Les contraintes liées au genre, qui ont une influence sur les programmes de santé de la reproduction, ont été identifiées en 2004 par l'UNFPA, lors de l'élaboration du Plan d'action national sur le genre et le développement, qui n'a pas été mis en œuvre en raison d'un manque d'engagement et de financement par le gouvernement. En 2009 l'UNFPA a mené des campagnes de sensibilisation visant les responsables religieux et les hommes – en tant que chef de famille et donc décideur – en mettant

⁷³ Genre (y compris la mutilation génitale féminine/ excision, la violence liée au genre), le VIH-PTME (Prévention de la transmission mère-enfant du VIH); population et développement.

l'accent sur la planification familiale⁷⁴. Ces actions ont été discontinuées rapidement. En Juin 2011, la reconnaissance croissante des obstacles à l'accès aux services dus au genre et de la violence basée sur le genre a conduit à une réunion des parties prenantes (y compris l'UNFPA) dans le but de développer un cadre d'action.

L'UNFPA appuie actuellement le développement d'un protocole pour le traitement des victimes de violence basée sur le genre dans les services de soins de santé et soutient huit centres de conseil et services amis de jeunes dans les établissements de santé sélectionnés⁷⁵. Les visiteurs sont principalement des adolescents de sexe masculin (pour obtenir des condoms) et rarement des jeunes femmes ou filles, alors qu'elles devraient être le principal groupe cible, comme le taux de grossesse chez les adolescentes a été rapporté être compris entre 30 et 50% dans les sites visités⁷⁶. Pour résoudre ce problème, l'UNFPA a appuyé une campagne qui a débuté lors de la mission visant à accroître la sensibilisation à l'importance de la santé de la reproduction auprès des adolescents; et une enquête qualitative sur les jeunes sera bientôt menée afin de définir les orientations d'un programme santé de la reproduction des adolescents qui devrait cibler les adolescentes.

Grâce à son mandat CIPD l'UNFPA a une position multisectorielle, ce qui lui permet de suivre les progrès des différents secteurs et d'identifier d'éventuels domaines de synergie. L'UNFPA a utilisé sa position pour encourager une désagrégation accrue des données liées au genre dans l'EDS, et le prochain EDS comprendra encore plus de questions sur les problématiques de genre.

Les liens entre les composantes santé de la reproduction, genre et population et développement au niveau du bureau de pays sont bien établis, grâce à de bonnes relations interpersonnelles et des séances conjointes de planification. Toutefois une réelle coordination et intégration des interventions n'est pas encore effective.

Critère de jugement 10.2

- Intégration du suivi et des rapports des opérations de l'UNFPA

Certaines missions de suivi sont conduites conjointement par les différentes composantes⁷⁷, mais les exigences de rapports restent liées aux programmes respectifs.

⁷⁴ Les partenaires d'exécution ont signalé qu'il s'agissait d'une initiative très utile et qu'il n'était pas très clair pourquoi elle n'avait pas continué.

⁷⁵ Les services amis des jeunes fournissent un soutien psychosocial, le traitement des MST et une offre de planification familiale.

⁷⁶ Information des partenaires d'exécution et des médecins généralistes dans les services amis des jeunes.

⁷⁷ Voir également les conclusions des questions d'évaluation 6 et 8.

4.1.11 Question d'évaluation 11: Cohérence entre les programmes régionaux et globaux

Question d'évaluation 11

Dans quelle mesure l'UNFPA a-t-il été capable de compléter les programmes de santé maternelle, ainsi que leurs mises en œuvre au niveau des pays, avec des interventions, initiatives et ressources au niveau régional et global afin de maximiser sa contribution à la santé maternelle?

Critères de jugement	Questions traitées pendant la mission de terrain
11.2. Alignement des capacités organisationnelles de l'UNFPA au niveau pays et la division (prévue) du travail et la délimitation des responsabilités.	<ul style="list-style-type: none"> • Combien de temps a pris le recrutement d'experts en santé reproductive au sein des bureaux nationaux? Est-ce que tous les postes ont été pourvus? • Reste-t-il des lacunes dans les capacités techniques du personnel de la santé reproductive/santé maternelle qui empêchent les bureaux nationaux d'atteindre le maximum de leur potentiel?
11.3. Renforcement/Amélioration de la programmation et des interventions au niveau des pays via un soutien technique et programmé des niveaux globaux et régionaux.	<ul style="list-style-type: none"> • Dans quelle mesure les orientations du niveau global pour élargir les programmes de sages-femmes et les services de santé maternelle ont-elles été appliquées au niveau du pays/ont-elles été pertinentes pour le soutien à la programmation/la mise en œuvre au niveau national? • Quelles sont les contributions spécifiques du programme régional pour l'appui à l'intégration de la SMN au sein du cadre national / du renforcement du système de santé? • Comment les programmes régionaux soutiennent-ils le renforcement de la demande de création de la santé reproductive à un niveau national? Dans quelle mesure le Programme Africain Régional produit de la valeur ajoutée en termes d'efforts de demande de création au niveau national?

Critère de jugement 11.2

- Alignement des capacités organisationnelles de l'UNFPA au niveau pays et la division (prévue) du travail et la délimitation des responsabilités

Les ressources humaines au niveau bureau de pays semblent être suffisantes pour répondre au niveau actuel d'activité. L'introduction du MHTF et du GPRHCS a été accompagnée du recrutement de conseillers techniques permettant de renforcer l'assistance technique que l'UNFPA fournit à ses partenaires.

En 2010, le bureau de pays de l'UNFPA ne comprenait que 62 membres du personnel, avec un peu plus de 50% en contrat court terme, et actuellement un poste pour un expert de la santé de la reproduction des adolescents est ouvert et aucun problème de recrutement n'a été évoqué. Du personnel supplémentaire a été recruté pour faire face aux mécanismes de paiement direct qui ont dû être utilisés.

En outre, le MHTF et le GPRHCS ont mis à disposition des fonds supplémentaires dès leur lancement permettant de recruter des conseillers techniques en santé maternelle, sage-femme et sécurisation

des produits de santé. Les partenaires de mise en œuvre, de développement et gouvernementaux de l'UNFPA ont salué la disponibilité accrue du personnel technique au cours des dernières années.

Critère de jugement 11.3

- Renforcement/Amélioration de la programmation et des interventions au niveau des pays via un soutien technique et programmé des niveaux globaux et régionaux

Le bureau régional et sous régional pour l'Afrique offre un appui en fonction de la demande du bureau de pays. Cet appui varie en fonction des besoins du programme. Le siège est la principale contrepartie du MHTF.

4.1.12 Question d'évaluation 12: Visibilité

Question d'évaluation 12

Dans quelle mesure l'aide à la santé maternelle de l'UNFPA a-t-elle contribué à sa visibilité dans les initiatives globales, régionales et nationales de santé maternelle, et a aidé l'organisation à accroître ses engagements financiers à l'égard de la santé maternelle au niveau national?

Critères de jugement	Questions traitées pendant la mission de terrain
12.1. Présence de l'UNFPA dans les initiatives globales et régionales de santé maternelle.	<ul style="list-style-type: none"> • Quelles sont les principales initiatives globales et régionales de santé maternelle auxquelles l'UNFPA a pris part? • Quelles ont été les principales contributions de l'UNFPA à l'égard de ces initiatives?
12.2. Leadership de l'UNFPA dans les campagnes de plaidoyer de santé maternelle au niveau national.	<ul style="list-style-type: none"> • Quelle a été l'approche utilisée par l'UNFPA pour défendre la politique de santé maternelle vis-à-vis des gouvernements nationaux et du public national? • Quels ont été les principaux produits d'assistance technique utilisés et les principales ressources techniques des bureaux globaux et régionaux qui ont été utilisés par les bureaux nationaux? Comment l'UNFPA remplit-il son rôle de leader dans le développement des capacités institutionnelles, dans son plaidoyer au niveau politique, dans la création d'un soutien public de masse pour ses programmes, et dans la promotion de son autonomie?
12.3. Augmentation des engagements financiers des gouvernements partenaires envers la santé sexuelle et reproductive et la santé maternelle.	<ul style="list-style-type: none"> • Quels sont les outils et informations fournis par l'UNFPA bureau-pays qui ont été utilisés dans la mobilisation des ressources de santé reproductive/santé maternelle (non monétaire) et dans la collecte de fonds (monétaire) par les gouvernements partenaires? • Dans quelle mesure ces outils ont amélioré la capacité des gouvernements à collecter des fonds additionnels pour la santé maternelle; ou la volonté des gouvernements à allouer plus de fonds à la santé maternelle?

Critère de jugement 12.1

- Présence de l'UNFPA dans les initiatives globales et régionales de santé maternelle

L'adoption d'initiatives régionales de santé maternelle, telles que la CARMMA n'est pas possible dans la situation politique actuelle. Néanmoins l'UNFPA soutient ses homologues nationaux dans leur participation à des ateliers et des conférences régionales.

L'UNFPA a participé avec d'autres agences des Nations Unies à l'initiative sur le VIH/SIDA organisée par la Commission de l'océan Indien, une organisation intergouvernementale qui réunit les Comores, La Réunion, Maurice, les Seychelles et Madagascar pour encourager la coopération économique et commerciale essentiellement. Madagascar n'a pas pu être représenté dans d'autres initiatives régionales de haut niveau en raison de la non-reconnaissance du gouvernement actuel. Au cours des trois dernières années l'UNFPA, grâce au MHTF, a financé les frais de voyage et d'atelier de travail pour la participation de sages-femmes à des événements régionaux (tels que l'atelier de la Confédération des sages-femmes d'Accra et la conférence de Durban pour les sages-femmes).

Critère de jugement 12.2

- Leadership de l'UNFPA dans les campagnes de plaidoyer de santé maternelle au niveau national

Le leadership de l'UNFPA en matière de plaidoyer en ce qui concerne la santé de la reproduction est actuellement facilité par sa position unique comme le principal bailleur de fonds pour la planification familiale. En ce qui concerne la santé maternelle, le plaidoyer est aussi effectué par les autres partenaires. La position de coordinateur du groupe H4+ a sensiblement donné l'avantage à l'UNFPA qui a démontré sa capacité à utiliser cette position à bon escient dans le cas du programme de fistule obstétricale. Toutefois les capacités de gestion et de coordination du Ministère de la Santé n'ont pas suffisamment été renforcées pour une gestion améliorée des services de santé maternelle.

L'UNFPA a été synonyme de planification familiale depuis les années 1990 et est à ce jour le seul fournisseur de méthodes de planification familiale⁷⁸ dans le secteur public. Son autorité a été démontrée lors de son rôle dans la création et la coordination du groupe H4+. L'UNFPA est également apprécié pour son rôle prépondérant dans la mise en œuvre de l'évaluation des besoins en SONU et du développement du plan SONU, et de son appui à la profession de sage-femme grâce à la contribution du MHTF. Il a également réussi à obtenir un soutien pour la reconnaissance de la fistule obstétricale comme un besoin de santé de la reproduction. Les avantages de l'UNFPA comprennent un engagement à long terme et fiable, une assistance technique renforcée, une approche collaborative et un appui financier. Compte tenu de sa position unique en tant que le donateur exclusif du Ministère de la Santé en planification familiale à l'heure actuelle, l'UNFPA a le potentiel d'utiliser cette opportunité pour intensifier et faire respecter les mécanismes de coordination et de planification du Ministère de la Santé. Toutefois l'effet escompté est affecté par les lacunes au sein des institutions partenaires en termes de capacités et les nombreux changements de personnel dans ces institutions.

⁷⁸ L'UNFPA a été reconnu par plusieurs partenaires d'exécution, partenaires de développement et professionnels de la santé pour son rôle important et de longue date, en particulier en matière de planification familiale.

Critère de jugement 12.3

- Augmentation des engagements financiers des gouvernements partenaires envers la santé sexuelle et reproductive et la santé maternelle

L'UNFPA a réussi à mobiliser des fonds au niveau international, mais pas au niveau national pour son action à Madagascar.

L'UNFPA a été en mesure de mobiliser des fonds pour la santé reproductive de Monaco/Andorre⁷⁹ pour un programme conjoint avec le PAM et, récemment, a lancé un partenariat public-privé avec Télécommunication malagasy (TELMA)⁸⁰, un fournisseur de télécommunications. Aucun fonds provenant de donateurs bilatéraux n'est actuellement disponible à cause de la situation politique et le Ministère de la Santé dispose d'un budget qui est en train de diminuer, ce qui l'empêche de cofinancer des activités conjointes. Le gouvernement précédent avait reconnu la santé maternelle comme une priorité et a augmenté les dépenses de santé à 9% du produit intérieur brut (PIB), mais à cause du manque de capacité d'absorption, il a été réduit à 6% en 2011⁸¹.

4.2 Résultats de l'évaluation à mi-parcours du Fonds Thématique pour la Santé Maternelle

4.2.1 Question d'évaluation 1: Pertinence

Question d'évaluation 1

Dans quelle mesure l'appui du MHTF est-il centré de façon adéquate sur les besoins de santé maternelle et de santé reproductive des groupes vulnérables entre les pays et au sein des pays?

Critères de jugement	Questions traitées pendant la mission de terrain
1.1. Le processus de sélection des pays du MHTF appuie le rôle de la MHTF en tant qu'instrument stratégique visant à améliorer la santé maternelle au sein des populations les plus vulnérables	<ul style="list-style-type: none">• Comment/dans quelle mesure l'accord global sur la répartition des responsabilités au sein des partenaires H4/IHP+ s'est-il traduit par des accords de coopération concrets entre les agences au niveau des pays?• Dans quelle mesure le portefeuille de projets soutenu par le MHTF au niveau des pays correspond-il aux principales fonctions de l'UNFPA pour lesquelles le groupe H4/IHP+ s'est mis d'accord et renforce sa réponse stratégique?
1.2. Les évaluations de soutenus par le MHTF besoins au niveau national fournissent des données désagrégées et suffisantes pour une planification, une programmation et un suivi orienté vers les besoins ciblant les groupes les plus vulnérables (incluant les groupes mal desservis)	<ul style="list-style-type: none">• Dans quelle mesure l'évaluation des besoins, soutenue par la MHTF, prend en considération les besoins des groupes les plus vulnérables dans les pays de programme; et identifie les manquements qui ont empêché de s'attaquer à la question de leurs besoins à ce stade?• Dans quelle mesure l'évaluation des besoins, soutenue par le MHTF (voir output 2 du business plan du MHTF), est suffisamment « appropriée » par les gouvernements nationaux pour guider leur planification et la mise en œuvre du soutien national à la santé maternelle et néonatale? Par les nationaux pour guider leur planification et la mise en œuvre du soutien national à la santé maternelle et néonatale?

⁷⁹ COAR 2010.

⁸⁰ Entretien avec UNFPA.

⁸¹ Idem.

1.3. Les politiques nationales, ainsi que la planification et la programmation de la santé sexuelle et reproductive/ santé maternelle et néonatale (soutenue par MHTF), priorisent les groupes les plus vulnérables et les zones les moins desservies.

- Dans quelle mesure l'appui du MHTF est destiné à régler la question des lacunes et des besoins des plus vulnérables (prendre en compte les zones géographiques avec le plus fort taux de mortalité maternelle, les zones isolées, le déploiement et le maintien des professionnels de santé, la sensibilisation...)? Comment cela se traduit-il en termes de budget pour le personnel, les équipements?

Critère de jugement 1.1

- Le processus de sélection des pays MHTF renforce le rôle du MHTF en tant qu'instrument stratégique visant à améliorer la santé maternelle au sein des populations les plus vulnérables

Le MHTF a favorisé une coordination accrue au sein du groupe H4+ grâce au rôle de conseiller technique qu'il a financé. Les efforts de planification du groupe H4+ se sont largement appuyés sur l'enquête SONU réalisée avec le soutien du MHTF.

Le groupe H4+ a un partenariat élargi à Madagascar comprenant d'autres bailleurs de fonds, dans la mesure où ils sont toujours présents à Madagascar. Le groupe H4+ est coordonné par l'UNFPA. Ce groupe de travail technique a élaboré un plan opérationnel et chiffré pour les OMD 4 et 5 de 2012 à 2015. Ce plan est basé sur des évaluations des besoins, y compris l'enquête SONU de 2009 et l'EDS 2008/2009 et s'inscrit dans le cadre national. Le portefeuille inclut, par exemple, la planification et le développement des capacités des ressources humaines pour la santé maternelle, la fourniture d'équipements et d'intrants pour permettre l'application de nouvelles compétences. Le groupe de travail H4+ sert de plate-forme pour la coordination des partenaires techniques et financiers. La position actuelle de l'UNFPA en tant que coordinateur est justifiée d'abord par le fait qu'il est l'instigateur et d'autre part parce qu'il peut justifier une forte représentation technique en matière de santé maternelle par l'intermédiaire du conseiller financé par le MHTF. Les partenaires H4+ ont actuellement une division non-conflictuelle du travail⁸², malgré que les actions ne soient pas toujours coordonnées au niveau décentralisé, ce qui peut changer une fois que la situation politique s'est améliorée et/ou que la forte représentation internationale technique de l'UNFPA n'est plus disponible.

Critère de jugement 1.2

- Les évaluations des besoins nationales soutenues par le MHTF fournissent des données désagrégées et suffisantes pour une planification, une programmation et un suivi orienté vers les besoins ciblant les groupes les plus vulnérables (incluant les groupes mal desservis)

Le MHTF a appuyé des évaluations de besoins dans le but de soutenir la planification des politiques et programmes du Ministère de la Santé. Il est impliqué dans le développement et la conduite de ces enquêtes. Les enquêtes SONU et EDS ont démontré leur utilité pour l'identification de certains aspects concernant les besoins des groupes vulnérables.

⁸² Assistance technique par la Banque Mondiale et l'OMS et formation en SONU et la fourniture d'équipement (dans les différentes régions).par l'UNICEF et l'UNFPA.

L'enquête SONU (soutenue par le MHTF) en 2009 (publiée en 2010) a fait l'évaluation de près de 300 établissements de santé à l'échelle nationale réalisant plus de 20 accouchements par mois, et a identifié des lacunes dans la prestation des services, allant de l'absence de l'équipement, l'insuffisance des compétences et des ressources humaines, à l'absence des infrastructures de base. Alors que l'enquête n'a pas abordé les groupes de population vulnérable spécifiquement, elle fournit une cartographie de la répartition géographique des services et de leur utilisation. Les difficultés d'accès dues à l'isolement géographique sont considérées comme un obstacle pour les femmes enceintes pauvres à Madagascar. L'enquête a été la première d'une telle ampleur jamais menée à Madagascar et considérée par les partenaires comme étant la base pour la planification actuelle de l'intensification des services de sage-femme et SONU. L'EDS 2009, soutenue par l'UNFPA fournit des données concernant le groupe vulnérable des adolescentes enceintes et une question sur la violence liée au genre.

Le MHTF a planifié d'autres enquêtes, par exemple une enquête qualitative sur les jeunes et la violence basée sur le genre et une étude sur les barrières socioculturelles empêchant l'accès aux services de santé. Ces enquêtes ont été incluses dans le plan opérationnel H4+, approuvé par le Ministère de la Santé, qui participe et/ou dirige les évaluations, car il appuie fortement les initiatives en faveur des OMD 4 et 5.

Critère de jugement 1.3

- Les politiques nationales, ainsi que la planification et la programmation de la santé sexuelle et reproductive/ santé maternelle et néonatale (soutenue par MHTF), priorisent les groupes les plus vulnérables et les zones les moins desservies

Le MHTF fonde son soutien stratégique sur les données générées par l'enquête SONU en 2009. Le MHTF privilégie et prend en charge les zones géographiques et les domaines d'action qui concourent avec ceux du Ministère de la Santé, qui est accordé avec le plan stratégique de l'UNFPA et le business plan MHTF.

Le Gouvernement privilégiait en 2004 la santé maternelle et néonatale et a développé la feuille de route nationale 2005-2015 qui vise à un accroissement des accouchements assistés dans les établissements. L'hypothèse sous-jacente était que les services de qualité attirent les clients quand ils sont accessibles. L'enquête SONU supportée par le MHTF a identifié des manques dans les ressources, la dotation et la formation dans les établissements de santé interrogés qui devraient fournir des services SONU de base ou avancés mais qui ne le font pas. En appuyant le Ministère de la Santé pour développer un plan permettant de mettre à niveau les installations identifiées (avec du personnel qualifié, des équipements et une remise en état, des kits d'accouchement gratuits, etc.), le MHTF cherche à atteindre les femmes enceintes, afin d'augmenter leur utilisation des services de santé⁸³. Le MHTF a influencé la stratégie des ressources humaines du Ministère de la Santé afin d'élargir l'effectif en formant les médecins généralistes et des infirmières anesthésistes sur la prise en charge des urgences obstétricales.

⁸³ Entretiens avec les partenaires d'exécution, de développement; Rapport annuel conjoint MHTF/GPRHCS 2009 et 2010.

4.2.2 Question d'évaluation 2: Développement des capacités - ressources humaines pour la santé

Question d'évaluation 2

Dans quelle mesure le MHTF a-t-il contribué au renforcement de la planification et de la disponibilité des ressources humaines (en particulier des sages-femmes) pour la santé maternelle et la santé des nouveau-nés?

Critères de jugement	Questions traitées pendant la mission de terrain
2.1. L'éducation des sages-femmes dans les pays de programme est améliorée sur la base des compétences essentielles de la CIS via le soutien du MHTF	<ul style="list-style-type: none"> • Comment le MHTF soutient-il l'amélioration des mécanismes pour: <ul style="list-style-type: none"> ○ Le financement national de la formation des sages-femmes à long terme, ○ L'intégration des nouveaux curricula de formation au sein des pays, ○ Le suivi de l'acquisition efficace des nouvelles connaissances/formations? • Quels mécanismes de suivi sont institués par le MHTF pour aborder la question de la pertinence du contenu des formations, des capacités des formateurs et de l'utilisation appropriée de l'équipement servant à la formation?
2.2. Les stratégies et politiques développées visent à assurer la qualité des services des sages-femmes dans les pays de programme via le soutien du MHTF	<ul style="list-style-type: none"> • Dans quelle mesure le MHTF soutient les institutions nationales appropriées pour aborder la question des politiques de déploiement, de motivation et de rétention du personnel de santé féminin (et en particulier les sages-femmes)? (quelles activités? quels sont les changements adoptés par le gouvernement?) • Comment le MHTF soutient-il les pays de programme pour définir les besoins/priorités les plus urgents des services obstétricaux en tenant compte des contraintes financières et politiques? Comment cela se traduit-il dans le processus de planification et de budgétisation du pays?
2.3. Les associations de sages-femmes sont capables de défendre et de soutenir l'élargissement des services obstétricaux grâce à l'appui du MHTF Enjeux additionnels	<ul style="list-style-type: none"> • Quelles sont les approches considérées par le MHTF permettant aux associations de sage femmes de tenir leur rôle prévu dans le programme (capacité à défendre et à mettre en œuvre l'élargissement des services de sages-femmes)? • Est-ce que les compétences des conseillères sage-femme des pays financés par le MHTF permettent-elles de soutenir les pays de façon optimale? • Quelles sont les autres stratégies qui devraient être utilisées pour renforcer les ressources humaines dans les pays soutenus par MHTF?

Critère de jugement 2.1

- L'éducation des sages-femmes dans les pays de programme est améliorée sur la base des compétences essentielles de la Confédération Internationale des sages-femmes via le soutien du MHTF

L'éducation des sages-femmes à Madagascar a été appuyée par le MHTF au niveau national avec l'amélioration des curricula de formation qui sont actuellement utilisés dans six établissements de formation du pays. Ces établissements ont également été dotés d'équipements didactiques par le MHTF.

Des besoins urgents en matière de développement des capacités ont été identifiés dans l'enquête SONU et des initiatives en faveur de l'amélioration des compétences des sages-femmes ont débuté en 2010, principalement grâce à l'appui du MHTF. En particulier, il avait été illustré que les précédents curricula de formation étaient centrés sur l'éducation théorique plutôt que des compétences pratiques.

En 2010, le MHTF et ses partenaires ont soutenu le Ministère de la Santé pour améliorer la formation nationale des sages-femmes. La base était une revue des formations en cours⁸⁴ et de l'enquête SONU de 2009. Le Ministère de la Santé a adapté un nouveau programme de formation SONU, qui a été testé, validé et adapté au contexte de Madagascar par la *Liverpool School of Tropical Medicine*, le Collège royal des obstétriciens et gynécologues et l'OMS⁸⁵. L'UNFPA et d'autres partenaires ont appuyé l'adaptation du cours d'une courte durée de 5 jours pour intégrer les normes CIS dans le cadre du cursus des sages-femmes qui inclut désormais les SONU comme un module obligatoire. L'appui technique sur le suivi évaluation de cette formation a été fourni par *Averting Maternal Death and Disability* et l'Université de Columbia. Cent soixante-sept prestataires et superviseurs du Ministère de la Santé, ainsi que des enseignants de six Instituts de formation interrégionaux au paramédical ont été formés en SONU en utilisant le nouveau programme. Les institutions de formation ont reçu des mannequins et du matériel de formation, et de nombreux établissements de santé ont reçu des posters de protocoles SONU.

Le nombre de sages-femmes sortant des établissements de formation n'a pas changé au cours des huit dernières années, et aucune augmentation n'est d'ailleurs prévue, comme le problème se situe au niveau de la répartition géographique des sages-femmes plutôt qu'à un manque d'effectif⁸⁶. Le gouvernement malgache devrait recruter la dernière promotion mais le processus prend environ deux ans. Après une négociation avec le Ministère de la Santé, l'UNFPA a pris en charge 28 de ces sages-femmes en attendant que le processus de recrutement aboutisse. Ce recrutement a permis la réouverture et le fonctionnement de plusieurs centres de santé qui étaient fermés.

⁸⁴ «La revue documentaire avait pour objectif d'identifier les besoins et les écarts entre la formation et la pratique (gestion, déploiement, rétention, mobilité, plans de carrière, motivation, et supervision) de la profession sage-femme dans le secteur privé et public ainsi que le gap relatif au bon fonctionnement de l'association des sages-femmes» (MHTF/GPRHCS Rapport Annuel 2009).

⁸⁵ Partenaires gouvernementaux.

⁸⁶ Enquête SONU 2010 (L'évaluation des besoins en matière de SONU à Madagascar).

Critère de jugement 2.2

- Les stratégies et politiques développées visent à assurer la qualité des services des sages-femmes dans les pays de programme via le soutien du MHTF

Le MHTF, lors de ses deux premières années d'existence, a appuyé (avec d'autres partenaires) le programme national des sages-femmes et a contribué à fournir du matériel et des intrants aux établissements de santé afin qu'il soit en mesure de fournir des SONU de base et complets. Le MHTF a également soutenu la formation des formateurs, des superviseurs et des prestataires de soins de santé maternelle. Toutefois le Ministère de la Santé se rend compte des contraintes budgétaires liées à la garantie de la continuité et de l'expansion de la prestation de services actuelle et le MHTF n'a pas été en mesure de contribuer à l'identification de solutions plus durables.

Le MHTF a permis d'appuyer le Ministère de la Santé dans l'élaboration d'un outil de suivi pour les visites de supervision qui se concentreront sur l'application des compétences techniques et pas uniquement sur les procédures administratives (documents remplis, équipements disponibles, etc.) comme c'était le cas avant. L'outil de suivi sera testé dans les six régions d'intervention de l'UNFPA mais est applicable dans tout le pays grâce au fait que tous les programmes de formation suivent maintenant le nouveau programme national.

Le Ministère de la Santé n'a pas de politique visant à améliorer la motivation et la rétention des sages-femmes, et leur déploiement dépend d'un plan national⁸⁷. Le Ministère de la Santé est conscient que la rétention du personnel de santé dans les zones isolées est un problème important et a accepté l'offre du MHTF de placer les sages-femmes salariées dans les établissements isolés avec un financement de l'UNFPA (voir ci-dessus critère de jugement 2.1). Elles sont très appréciées par la population⁸⁸, mais cette initiative n'a pas abouti à la définition d'une stratégie de rétention ou de motivation. Il a été évoqué que le déploiement ne peut pas être facilité par des salaires plus élevés, étant donné que les infrastructures (écoles, routes, transport et sécurité) semblent être le facteur décisif pour les prestataires de soins de santé⁸⁹.

Les contraintes budgétaires du Ministère de la Santé sont en augmentation, tout comme sa dépendance aux financements extérieurs. Alors que la durabilité est un problème reconnu, le processus de planification et de budgétisation ne permet pas au Ministère de la Santé de développer des scénarios alternatifs, mais celui-ci espère plutôt qu'une fois que la situation politique se sera améliorée il pourra obtenir des fonds en plus grande quantité.

⁸⁷ Voir aussi les résultats MHTF critère de jugement 4.1.

⁸⁸ Entretien avec le ministère de la santé.

⁸⁹ Ibid. et les autres partenaires gouvernemental.

Critère de jugement 2.3

- Les associations de sages-femmes sont capables de défendre et de soutenir l'élargissement des services obstétricaux grâce à l'appui du MHTF

L'appui continu du MHTF a été important pour habiliter le conseil national des sages-femmes et l'association des sages-femmes à remplir leur rôle. Toutefois ces premières mesures prises par le MHTF sont encore insuffisantes pour que ces organismes deviennent des partenaires institutionnels actifs dans le domaine de la santé maternelle.

Depuis 2009, dans le cadre du programme sage-femme régi par trois lignes directrices «éducation, réglementation, association» le MHTF a soutenu le conseil national des sages-femmes, l'ordre national des sages-femmes, et l'association des sages-femmes. Ce soutien a permis au conseil, grâce à des discussions avec les partenaires concernés et les parties prenantes, d'élire pour la première fois une sage-femme et non pas un médecin en tant que directeur⁹⁰. Pour accroître la visibilité du conseil et promouvoir ses prérogatives (le développement de la fonction d'accréditation des établissements de formation de sages-femmes à Madagascar, le plaidoyer pour les services de sages-femmes, et la représentation dans les enceintes politiques nationales) le MHTF a soutenu 300 sages-femmes à participer au Congrès du Conseil de l'Ordre national des sages-femmes en 2010 qui a présenté les mises à jour des lois qui régissent la profession de sage-femme. La conseillère régionale des sages-femmes est en contact étroit avec les neuf bénévoles du conseil, pour leur fournir des conseils sur la mise en œuvre du plan de travail et pour la planification d'une mission de surveillance en 2012. Le MHTF a aussi renforcé l'association pour promouvoir la profession de sage-femme et leur vie associative pour encourager le partage d'expériences et de connaissances et inciter les jeunes à choisir la profession de sage-femme. Le MHTF a également encouragé la célébration des journées internationales/nationales des sages-femmes et leur participation à deux ateliers internationaux⁹¹.

Enjeux additionnels

Le MHTF a financé une position de sage-femme conseillère de pays. Lors de la visite de terrain la conseillère initialement recrutée par le bureau de pays avait été remplacée après une courte période de travail⁹².

⁹⁰ Le bureau du conseil (soutenu par le MHTF via la fourniture de meubles et de matériel) a été officiellement inauguré au moment de la mission.

⁹¹ Trois sage-femme ont participé à l'atelier de la CIS à Accra et une à la conférence de Durban sur les sages-femmes en 2011, toutes ont été financées par le MHTF.

⁹² La conseillère sage-femme récemment recrutée a été signalée comme malade pendant le temps de la mission.

4.2.3 Question d'évaluation 3: Services de santé sexuelle et reproductive - planification familiale

Question d'évaluation 3

Dans quelle mesure le MHTF a-t-il contribué à élargir et accroître l'accès et l'utilisation de la planification familiale?

Critères de jugement	Questions traitées pendant la mission de terrain
3.1. Création d'un environnement favorable pour faciliter l'intensification des services de qualité de planification familiale dans les pays prioritaires grâce à l'appui du MHTF	<ul style="list-style-type: none"> • Quelles ont été les activités spécifiques de planification familiale financées grâce au MHTF (les catégoriser entre les activités partiellement et entièrement financées par le MHTF)? Comment répondent-elles à la stratégie globale de l'UNFPA? • Est-ce que les interventions en matière de développement des capacités (soutenues par le MHTF) sont accompagnées par des interventions visant à assurer un environnement où les professionnels de santé formés peuvent exercer leur compétences nouvellement acquises, une fois qu'ils retournent dans leurs établissements de santé (équipements, matériel, et infrastructures), et ce en comparaison avec les interventions financées grâce à d'autres sources de l'UNFPA?
3.2. Hausse de la demande pour les services de planification familiale dans les pays prioritaires du MHTF, et particulièrement parmi les groupes vulnérables via le soutien du MHTF.	<ul style="list-style-type: none"> • Quelle est la logique du soutien du MHTF en ce qui concerne les activités de la planification familiale à base communautaire et les initiatives de demande de création/communication? Quelle est l'approche adoptée en comparaison avec les activités financées par d'autres sources?

Critère de jugement 3.1

- Création d'un environnement favorable pour faciliter l'intensification des services de qualité de la planification familiale dans les pays prioritaires grâce à l'appui du MHTF.

ET

Critère de jugement 3.2

- Hausse de la demande pour les services de planification familiale dans les pays prioritaires du MHTF, et particulièrement parmi les groupes vulnérables via le soutien du MHTF.

Le MHTF vient en appui à la planification familiale principalement à travers une assistance technique pour les campagnes de sensibilisation menées en collaboration avec d'autres fonds et partenaires.

Le MHTF et le GPRHCS sont tous deux des fonds plutôt récents pour Madagascar et ont débuté à moins d'un an d'intervalle (2008, 2009). A Madagascar, le MHTF est principalement axé sur les SONU et les sages-femmes et soutient les activités de planification familiale principalement en termes d'assistance technique pour la mise en œuvre de campagnes de sensibilisation principalement dans

les six régions bénéficiant de l'appui de l'UNFPA. Les activités sur le changement de comportement sont réalisées au cours de diverses manifestations culturelles telles que la célébration des journées ou semaines de la santé ou lors de la promotion de la santé par le biais des agents de santé communautaires. En raison de l'isolement géographique, la pauvreté, l'analphabétisme dans de nombreuses zones rurales, les agents communautaires sont considérés comme la meilleure façon d'informer les populations sur la planification familiale et d'autres thèmes de santé.

Des messages sur les questions de santé de la reproduction sont également diffusés sur les chaînes de télévision nationales et régionales.

Alors que le GPRHCS⁹³ finance l'achat d'intrants (y compris pour équiper les structures SONU ciblées), et des formations sur la logistique, le développement des capacités sur les méthodes de planification familiale⁹⁴, particulièrement celles de longue durée, est parfois financé par les deux fonds⁹⁵.

4.2.4 Question d'évaluation 4: Services de santé sexuelle et reproductive - SONU

Question d'évaluation 4	
Dans quelle mesure le MHTF a-t-il contribué à l'élargissement et à l'utilisation des services de SONU dans les pays prioritaires?	
Critères de jugement	Questions traitées pendant la mission de terrain
4.1. Création d'un environnement favorable qui facilite le passage à l'échelle nationale des services de SONU via le soutien du MHTF	<ul style="list-style-type: none"> Quels sont les mécanismes soutenus par le MHTF pour mettre à niveau/pourvoir l'éducation continue en SONU dans les zones isolées? Comment le MHTF s'assure-t-il du fait que ses mécanismes de contrôle de la qualité des services SONU (en incluant le soutien de la supervision institutionnelle) sont adoptés par les pays de programme? Quels sont les mécanismes que le MHTF applique pour motiver et soutenir les engagements du MDS visant à renforcer et élargir les services SONU basés sur les goulots d'étranglements identifiés?
4.2. L'utilisation et l'accès aux services de SONU sont améliorés via le soutien du MHTF	<ul style="list-style-type: none"> Quels sont les mécanismes visant à identifier les obstacles aux services de l'ONU au sein des pays rencontrés par la MHTF? Quels sont les mécanismes mis en place avec le soutien de la MHTF pour surmonter les obstacles identifiés et ainsi augmenter la demande pour des services SONU de qualité (activités de communication, mobilisation sociale...)? Quels sont les résultats?

⁹³ Le GPRHCS a été lancé en 2008 à Madagascar sélectionné comme pays pilote.

⁹⁴ Voir MHTF question d'évaluation 6.

⁹⁵ Les versions disponibles des rapports conjoints annuels 2009 et 2010 (voir annexes) listent les produits et les activités par fonds, suivi par un texte commun. Les rapports financiers sont également présentés par fonds. Le plan annuel de travail conjoint 2010 pour le MHTF et le GPRHCS fait une claire distinction entre les sources de financement: soit le MHTF ou le GPRHCS et parfois ou sources régulières UNFPA sont mentionnés comme source de financement pour les activités du MHTF. Par exemple, «l'évaluation de la politique de gratuité des services de santé maternelle et planification familiale de 2010» a été financée par «Fonds Réguliers» et non par le MHTF, alors que la mise en œuvre a été réalisée par le MHTF. En outre, la formation sur l'Implanon est financée par le GPRHCS et signalée comme une activité du MHTF.

Critère de jugement 4.1

- Création d'un environnement favorable qui facilite le passage à l'échelle nationale des services de SONU via le soutien du MHTF

Les priorités politiques dans le secteur de la santé ont créé un environnement favorable au renforcement des services SONU. L'enquête SONU, financée par le MHTF, a constitué une forte incitation pour le Ministère de la Santé à se concentrer sur l'éducation des sages-femmes. Le soutien financier et technique du MHTF a ensuite contribué à l'élargissement et à l'harmonisation des formations de sages-femmes ainsi qu'au développement d'outils de suivi. Les audits des décès maternels sont en cours d'institutionnalisation par le MHTF, introduisant ainsi un mécanisme de contrôle de la qualité au niveau clinique et communautaire.

Le MHTF a soutenu un nouveau cycle de formation SONU⁹⁶, car une évaluation menée par le Ministère de la Santé sur la formation SONU (en 2009) a révélé qu'elle était trop longue, inefficace et nécessitait une longue absence du lieu de travail, et un stage dans un hôpital pour la formation pratique⁹⁷. Le MHTF a soutenu le Ministère de la Santé pour développer un nouveau curriculum de formation pour améliorer les compétences des sages-femmes, basée sur l'utilisation de mannequins pour la pratique, plutôt que les stages en hôpital. Le MHTF a également soutenu le développement du programme de formation diplômant pour les sages-femmes qui inclut les SONU. Toutes les sages-femmes nouvellement diplômées⁹⁸ auront eu un module SONU et des séances pratiques sur des mannequins. Le MHTF a équipé en matériel et en intrants toutes les structures SONU de base et complètes ciblées.

Les mécanismes de contrôle qualité, soutenus par le MHTF, sont de deux ordres:

- le développement d'un outil de suivi pour la supervision formative
- la formation des superviseurs techniques⁹⁹

Les administrations de santé de district sont chargées de superviser les formations sanitaires deux fois par an, mais cela n'inclut pas la supervision technique des compétences, qui sera introduite dès que la formation sur le nouvel outil aura été finalisée. En outre, des posters détaillant dix protocoles pour la gestion des complications obstétricales ont été développés et distribués à 2,000 établissements de santé et six instituts de formation paramédicaux¹⁰⁰.

Le MHTF a également fait en sorte que les structures où le personnel a récemment été formé soient approvisionnées en intrants. Toutefois, une fois l'appui du MHTF terminé, la continuité de l'approvisionnement reste incertaine. Ceci dépend dans une large mesure du contexte politique et de la capacité du MHTF à solliciter des ressources additionnelles.

⁹⁶ Le premier cycle a été mis en place en 2005.

⁹⁷ Entretien avec les partenaires gouvernementaux.

⁹⁸ Chaque année, 140 sages-femmes sont diplômées en institution publique, et 3000 sages-femmes sont en exercice à l'échelle nationale.

⁹⁹ Cette formation a pu être observée au cours de la mission.

¹⁰⁰ Dans plusieurs sites cliniques, la mission a pu valider cette hypothèse.

Avec l'appui du MHTF le Ministère de la Santé a entamé un processus d'institutionnalisation de l'audit des décès maternels, ce qui constitue une nouvelle approche significative pour l'assurance qualité à Madagascar. Un comité national d'audit des décès maternels a été établi et a développé des outils pour la conduite d'audits dans les formations sanitaires. En 2010, l'audit des décès maternels a été introduit dans neuf hôpitaux de référence en collaboration avec l'OMS (quatre hôpitaux universitaires, deux hôpitaux régionaux et deux hôpitaux de district). Etant donné que moins de 50% des accouchements sont assurés par du personnel qualifié, et moins de 10% dans un établissement de santé offrant au moins ses services SONU de base¹⁰¹, l'importance d'inclure la communauté est largement reconnue. Le MHTF a ainsi soutenu la création de quatre sites sentinelles pour assurer le suivi des décès maternels dans la communauté par le biais de l'autopsie verbale. Dix formateurs ont été formés à l'audit des décès maternels et 60 intervenants de la collectivité (les travailleurs communautaires, des dirigeants communautaires) ont été formés à l'autopsie verbale¹⁰².

Critère de jugement 4.2

- L'utilisation et l'accès aux services de SONU sont améliorés via le soutien du MHTF

Le MHTF a contribué à lever certaines barrières à l'utilisation des services SONU dans les établissements où les services étaient gratuits. L'utilisation a ainsi augmenté, mais il est encore trop tôt pour évaluer l'impact sur les indicateurs de santé.

Les barrières d'accès aux services SONU qui ont été identifiées par la plupart des personnes interrogées sont la pauvreté (pas d'argent pour le transport vers les formations sanitaires)¹⁰³, l'isolement géographique, et les traditions et valeurs culturelles. Lié à cela il y a le manque d'éducation et l'analphabétisme. Ces barrières ont été confirmées par une recherche de diplôme de master¹⁰⁴ appuyée par l'UNFPA qui a examiné les obstacles à l'utilisation des formations sanitaires pour l'accouchement dans les communautés rurales, et la préférence pour les sages-femmes traditionnelles pour l'accouchement¹⁰⁵.

Le MHTF soutient des campagnes de sensibilisation dans les communautés et au sein des établissements de santé. La distribution de kits d'accouchement gratuits pour l'accouchement normal et par césarienne ont conduit à une augmentation des accouchements dans les formations sanitaires, confirmant ainsi l'importance du facteur coût. Le plan SONU prévoit que des services SONU de base et complet soient disponibles dans les 22 régions du pays avec l'appui de l'UNFPA/MHTF et d'autres partenaires, en particulier dans les zones mal desservies, ce qui laisse supposer que la demande

¹⁰¹ Annual Report 2010.

¹⁰² Le raisonnement derrière cela réside dans les normes traditionnelles de la société à Madagascar, où les décideurs sont le chef de famille ou le chef de la communauté.

¹⁰³ Et encore moins de fonds pour le retour d'un corps, si le patient est décédé à l'hôpital.

¹⁰⁴ Mécanismes d'attachement socioculturel à l'accouchement traditionnel dans la région de Vakinankavatra en 2009/2010.

¹⁰⁵ Un total de 61% des femmes ont accouché avec l'aide d'accoucheuses traditionnelles, tandis que 39% ont accouché dans un centre de santé. Les accoucheuses traditionnelles conseillent à leurs clients de visiter le centre de santé au moins une fois pendant leur grossesse. Le coût de l'accouchement par une accoucheuse traditionnelle est deux à quatre fois plus élevé que le coût dans un centre de santé publique. Les accoucheuses traditionnelles ont indiqué que les principales raisons pour ne pas aller aux centres de santé pour l'accouchement sont les suivantes: la peur des piqûres, la peur de l'épisiotomie, la peur d'un curetage ou d'une césarienne qui empêcheront les femmes de travailler pendant plusieurs jours, ce qui serait extrêmement coûteux. En outre, certaines femmes n'aiment pas être accouchées par du personnel de santé de sexe masculin. Une autre raison est de faire face à l'attitude négative du personnel de santé qui ne les traite pas correctement, ainsi que la pauvreté, la marginalité, et la routine de la vie traditionnelle. En outre, le personnel de santé est souvent absent et, parfois, le centre est fermé.

devrait augmenter avec la disponibilité de services de qualité. Les campagnes de sensibilisation soutenues sont importantes car ce n'est pas la norme de se faire soigner dans un établissement sanitaire¹⁰⁶ à Madagascar.

4.2.5 Question d'évaluation 5: Appui à la planification, à la programmation et au suivi

Question d'évaluation 5	
Dans quelle mesure le MHTF a-t-il contribué à améliorer la planification, la programmation et le suivi afin de s'assurer que la santé maternelle et la santé reproductive constituent bien des priorités dans les pays de programme?	
Critères de jugement	Questions traitées pendant la mission de terrain
5.1. Amélioration du positionnement de la santé maternelle et reproductive au sein des stratégies et politiques nationales via le soutien du MHTF.	<ul style="list-style-type: none"> • Comment les campagnes/activités de plaidoyer menées par MHTF ont-t-elles été traduites dans les politiques et stratégies nationales (ce qui inclut la planification familiale, le personnel qualifié assistant les grossesses et les accouchements, les soins obstétriques d'urgence et néonataux, la fistule obstétricale, et les liens entre la santé sexuelle et reproductive et santé reproductive/VIH)? • Est-ce que les organes de coordination de santé sexuelle et reproductive établis dans les pays (facilités par MHTF) fournissent un cadre de coordination pour aborder les questions de santé sexuelle et reproductive/ santé maternelle et néonatale? Quels sont ses principales fonctions?
5.2. Les plans nationaux prennent en considération des mécanismes de financement durables pour la santé sexuelle et reproductive/ santé maternelle et néonatale via le soutien du MHTF.	<ul style="list-style-type: none"> • Dans quelle mesure les capacités institutionnelles ont-elles été développées par le biais du soutien du MHTF afin de permettre une budgétisation systématique des interventions / packages de la santé sexuelle et reproductive / HNM? Quelles sont les activités de développement des capacités soutenues par MHTF? • Les budgets nationaux pour la santé incluent-ils une ligne particulière pour la planification familiale, le personnel de santé qualifié qui suit les grossesses et les accouchements, l'obstétrique d'urgence et les soins néonataux, et la fistule obstétricale au sein des pays soutenus par la MHTF? Quels sont les perspectives de durabilité?
5.3. Les plans de santé nationaux et sous-nationaux incluent un cadre de suivi-évaluation clair pour la planification familiale, les soins de personnels qualifiés pendant les grossesses et les accouchements, SONU, fistules obstétricales et les liens entre santé reproductive/ VIH.	<ul style="list-style-type: none"> • Est-ce que les principaux indicateurs de santé sexuelle et reproductive/ santé maternelle et néonatale reconnus internationalement sont intégrés au Système d'information pour la gestion sanitaire, mesurés correctement, et utilisés pour la programmation?

¹⁰⁶ La principale raison est le fait que la maladie n'est pas considérée comme grave. (Enquête auprès des ménages, INSTAT, 2005).

Critère de jugement 5.1

- Amélioration du positionnement de la santé maternelle et reproductive au sein des stratégies et politiques nationales via le soutien du MHTF

Le MHTF n'a pas apporté de rôle ou de fonction supplémentaire à l'UNFPA (sauf en ce qui concerne la fistule obstétricale), mais ses ressources (assistance technique et fonds pour la mise en œuvre) ont permis de soutenir le Ministère de la Santé dans l'accélération de la planification, de la programmation et de la mise en œuvre de ses priorités quant à la santé maternelle.

La planification familiale et la «Maternité sans Risque» sont une priorité nationale depuis 2005. Des formations SONU avaient été dispensées bien avant l'arrivée du MHTF, mais pas d'une manière soutenue. Avec les apports financiers et techniques du MHTF, des données ont été générées et utilisées pour développer une approche plus ciblée à la santé maternelle et des modules de formation SONU, théorique et pratique, font partie du programme formation nationale des sages-femmes. Le 'nouvel' apport du MHTF a été la campagne sur la fistule obstétricale¹⁰⁷, avec l'opération d'environ 100 femmes qui s'en est suivie et le développement d'un programme de réinsertion en collaboration avec l'Organisation Internationale du Travail. La prise en charge des fistules obstétricales est désormais intégrée dans les services hospitaliers dans au moins un hôpital dans chaque région.

L'UNFPA participe à des mécanismes de coordination, et de fait, le conseiller technique financé par le MHTF a participé aux groupes de travail techniques liés à la santé reproductive et a été particulièrement impliqué dans le développement du plan opérationnel du groupe H4+¹⁰⁸. Le plan opérationnel est considéré par tous les partenaires (y compris le Ministère de la Santé) comme le plan formalisant l'engagement de Madagascar aux OMD 4 et 5.

Critère de jugement 5.2

- Les plans nationaux prennent en considération des mécanismes de financement durables pour la santé sexuelle et reproductive/ santé maternelle et néonatale via le soutien du MHTF

Le contexte politique entrave l'élaboration de plans de financement durables, néanmoins le MHTF a été impliqué dans la préparation du plan opérationnel chiffré pour les OMD 4 et 5 pour Madagascar, qui a été accepté par tous les partenaires et est utilisé comme document de base pour la mobilisation des ressources.

¹⁰⁷ La fistule obstétricale a été reconnue comme problème de santé publique par le gouvernement grâce à une campagne de plaidoyer soutenue par le MHTF suivie par l'éducation de chirurgiens et fourniture d'équipement spécifiques.

¹⁰⁸ Les partenaires du groupe H4 + comprennent tous les donateurs (JICA, Ambassade de la France, l'USAID, les organisations de la société civile, etc.), qui se réunissent une fois par mois et ont préparé un plan chiffré opérationnel de trois ans, (jusqu'en 2015). Ce document est également utilisé comme un outil de plaidoyer pour la mobilisation des ressources. Et plus important encore, ce document est la base pour le développement du prochain plan stratégique national du Ministère de la Santé.

Le Ministère de la Santé dépend d'un financement international pour la plupart de ses activités. Le budget national de la santé est considéré comme insuffisant et la capacité d'absorption technique et de gestion au niveau national et régional du ministère faible. Le Ministère de la Santé élabore son plan de travail annuel et invite la communauté internationale à participer et à financer des activités conformément à leurs mandats respectifs. Le MHTF a abordé la viabilité financière avec les autres partenaires pour élaborer le plan opérationnel chiffré H4+ qui sera également utilisé comme outil de plaidoyer pour la mobilisation des ressources¹⁰⁹. Le MHTF n'est pas impliqué dans le développement des compétences financières ou de gestion du personnel du Ministère de la Santé (les réorganisations fréquentes ont été un obstacle au développement institutionnel soutenu en termes de gestion¹¹⁰) mais soutient plutôt la formation des agents de santé et il prend en charge leur participation à des ateliers nationaux. Les formations sont essentiellement techniques et les capacités institutionnelles sont développées grâce à des missions de suivi menées conjointement, le développement d'outils et de protocoles et une assistance technique continue.

Critère de jugement 5.3

- Les plans de santé nationaux et sous-nationaux incluent un cadre de suivi-évaluation clair pour la planification familiale, les soins de personnels qualifiés pendant les grossesses et les accouchements, SONU, fistule obstétricale et les liens entre santé reproductive/VIH

Les plans opérationnels nationaux et sous-nationaux d'amélioration des services SONU qui ont été développés avec le soutien du MHTF ont inclus des indicateurs pertinents et acceptés au niveau international¹¹¹. Il en est de même pour les cadres de suivi évaluation de chaque partenaire d'exécution¹¹². Les plans et mécanismes de suivi sont élaborés durant les réunions annuelles de planification durant laquelle le Ministère de la Santé et ses partenaires élaborent leur plan d'action fondé sur les priorités, les besoins identifiés et les résultats des interventions antérieures.

4.2.6 Question d'évaluation 6: Gestion du MHTF

Question d'évaluation 6

Dans quelle mesure les mécanismes de gestion et les processus de coordination interne du MHTF à différents niveaux (global, régional et national) contribuent-ils à la performance générale de la MHTF dans l'accomplissement de sa mission?

Critères de jugement	Questions traitées pendant la mission de terrain
6.2. Développement par MHTF d'instruments et de mécanismes visant à renforcer les capacités des bureaux nationaux à gérer le fond à un niveau global et régional.	<ul style="list-style-type: none"> • Dans quelle mesure les besoins des bureaux nationaux en termes d'orientation technique et d'outils (pour la planification, la mise en œuvre et le suivi) sont-ils remplis (du point de vue des niveaux régionaux et globaux)? • Dans quelle mesure le processus de planification MHTF/ Fonds Thématique d'Affectation Spéciale pour la Santé Reproductive des bureaux nationaux

¹⁰⁹ Entretien avec les partenaires H4+.

¹¹⁰ Par exemple le point focal pour la santé de la reproduction a changé cinq fois depuis 2009.

¹¹¹ Ministère de la Santé: Plan Opérationnel de Mise en Œuvre des Recommandations des Besoins en SONU 2010-2012.

¹¹² Entretien avec les partenaires d'exécution.

	est-il facilité par les outils fournis à un niveau global?
6.3. Suivi-évaluation des interventions soutenues par MHTF, incluant le suivi financier.	<ul style="list-style-type: none"> Quels sont les mécanismes en place pour un suivi financier régulier du soutien du MHTF à un niveau national, régional et global ?
Enjeux additionnels.	<ul style="list-style-type: none"> Est-ce que l'organisation actuelle du MHTF (et plus particulièrement en matière de ressources humaines) à un niveau global, régional et national, lui permet-elle d'atteindre les résultats attendus? Quelles sont les contraintes ?

Critère de jugement 6.2

- Développement par MHTF d'instruments et de mécanismes visant à renforcer les capacités des bureaux nationaux à gérer le fond à un niveau global et régional

Le MHTF dans l'ensemble a apporté un soutien pertinent pour le bureau de pays et a facilité les échanges d'expérience grâce à des revues régulières. Le format du rapport du MHTF suit le cadre des résultats du MHTF de façon approximative.

Les activités du MHTF sont étroitement suivies par le siège, qui fournit des outils, des formats et une supervision rapprochée des exercices de planification grâce à des procédures de *feedback*. Les plans de travail annuels du MHTF sont revus¹¹³, puis approuvés par le siège et le bureau de pays. Les plans de travail annuels sont développés dans le cadre du PAPP et des priorités nationales. Les activités relatives à la fistule obstétricale et aux sages-femmes font également partie des plans du MHTF¹¹⁴. Le GPRHCS¹¹⁵ produit un plan de travail annuel et il existe aussi le plan de travail annuel pour la composante de santé de la reproduction. Ces trois plans de travail distincts ne démontrent pas une cohérence évidente des programmes, par exemple les produits et les résultats auxquels ils sont censés contribuer sont différents¹¹⁶. Il existe un rapport annuel général du bureau local (envoyé au bureau régional), et un rapport conjoint du MHTF et du GPRHCS. En 2009, ce rapport annuel conjoint s'est résumé à une compilation des deux rapports et ne reflètent pas la collaboration existante au niveau du pays. Dans le rapport annuel 2010, plus de cohérence semble avoir été atteinte.

Le bureau régional n'a pas été impliqué dans les questions techniques ou de gestion. L'apport d'assistance technique du siège a été considéré comme important, opportun et bénéfique¹¹⁷.

¹¹³ PTA Review 2010, Cas de Madagascar.

¹¹⁴ PTA 2010 MHTF UNFPA final.

¹¹⁵ PTA 2010 GPRHCS.

¹¹⁶ Par exemple: MHTF: Produit 1: Planning Familial. Accès à la contraception facilité, en particulier pour les méthodes de longue durée, dans toutes les institutions de prestation de services de santé maternelle du pays (visites pré et post natales)/ GPRHCS: Produit 1: Approches intégrées de la sécurité d'approvisionnement en produits de santé de la reproduction améliorées à tous les niveaux dans le pays (mettre l'accent sur les liens avec les programmes et politiques sur la santé reproductive, y compris le VIH / sida) and Bureau-pays Plan Produit 1: La population, particulièrement les groupes vulnérables, ont accès et utilisent les services de qualité en santé de la reproduction et planification familiale.

¹¹⁷ Entretien avec le personnel de l'UNFPA.

Critère de jugement 6.3

- Suivi-évaluation des interventions soutenues par MHTF, incluant le suivi financier

Le suivi des interventions est basé sur des indicateurs du cadre de résultats du MHTF ainsi que sur des indicateurs utilisés par l'UNFPA et ses partenaires. Toutefois le processus de suivi est celui du bureau de pays et ne permet pas de mesurer les résultats directement liés aux actions du MHTF.

Les plans de travail annuel ne suivent pas le cadre de résultats du MHTF, alors que les résultats et les activités sont alignés sur ce document. Le rapport annuel conjoint pour les fonds thématiques à Madagascar présente surtout des renseignements sur les processus, les activités et peu sur les résultats. En outre, puisque le MHTF n'a fourni aucune ressource distincte pour le suivi évaluation, le suivi des activités financées par le MHTF en est affecté.

Les processus financiers et de suivi du MHTF suivent les normes des bureaux de pays¹¹⁸. Le rapport annuel du MHTF utilise les indicateurs approuvés par le siège, ainsi que les indicateurs du bureau de pays qui figurent dans le PAPP, les rapports standards de progression, le document « *quick win* », le plan opérationnel SONU, le plan opérationnel de mise en œuvre des engagements à la stratégie globale du système des Nations Unies et l'UNDAF.

¹¹⁸ Entretien avec le personnel de l'UNFPA.

4.2.7 Question d'évaluation 7: Coordination / cohérence

Question d'évaluation 7

Dans quelle mesure le MHTF a-t-il renforcé et utilisé les avantages issus des synergies avec d'autres fonds thématiques de l'UNFPA i.e. le "Global Programme on Reproductive Health Commodity Security", la Campagne de la Lutte contre la Fistule Obstétricale, le Programme des Sages-femmes de l'UNFPA-CIS, la campagne de prévention contre la transmission du VIH entre la mère et l'enfant (Virus de l'immunodéficience humaine (VIH)-PTME) visant à soutenir l'amélioration de la santé maternelle?

Critères de jugement	Questions traitées pendant la mission de terrain
7.1. Intégration des éléments de la Campagne de Lutte contre la Fistule Obstétricale au sein des programmes de santé maternelle après une intégration dans le MHTF.	<ul style="list-style-type: none"> Est-ce que les pays soutenus par le MHTF incluent les fistules obstétricales dans leur campagne de plaidoyer pour la santé sexuelle et reproductive/ santé maternelle et néonatale?
7.2. Planification jointe et coordonnée avec le GPRHCS au niveau du pays.	<ul style="list-style-type: none"> Quels sont les mécanismes en place entre le GPRHCS et le MHTF visant à harmoniser les listes de médicaments, de fournitures médicales et d'équipement médicaux au sein des pays de programme? Dans quelle mesure la planification concertée cherche-t-elle à accroître les synergies entre le MHTF et le GPRHCS dans les pays soutenus par ces deux fonds à la fois?
7.3. Intégration des directions stratégiques du programme des sages-femmes dans les plans du MHTF au sein des pays.	<ul style="list-style-type: none"> Quel est le rôle de la conseillère régionale de la CIS dans le soutien des bureaux nationaux?
7.5. Les plans du MHTF intègrent des activités liées au VIH avec des fonds essentiels, UBW et d'autres ressources.	<ul style="list-style-type: none"> Dans quelle mesure les plans nationaux et sous nationaux de prestation de services de santé ont-ils un élément santé sexuelle et reproductive/VIH intégré (avec le soutien du MHTF)? Est-ce que le nouveau programme de formation des sages-femmes inclut-il PTME dans les pays avec un fort taux de prévalence du VIH et soutenus par MHTF?

Critère de jugement 7.1

- Intégration des éléments de la Campagne de Lutte contre la Fistule Obstétricale au sein des programmes de santé maternelle après intégration dans MHTF

Le MHTF a réalisé des interventions en matière de fistule obstétricale depuis 2010. Plus de 100 femmes souffrant de fistule obstétricale (sur un nombre estimé de 7000 dans tout le pays) ont bénéficié de chirurgie réparatrice, et d'un projet de microcrédit mise en œuvre en collaboration avec l'Organisation Internationale du Travail¹¹⁹. A la suite de l'appui du MHTF pour la Campagne sur la Fistule Obstétricale, la lutte contre la fistule obstétricale a été intégrée dans les politiques de santé de la reproduction. Le plan H4+ et le nouveau plan stratégique national pour la période 2012-2015 ont également intégré la fistule obstétricale, ce qui peut être directement associé à la contribution technique et de plaidoyer du MHTF.

¹¹⁹ Visite de terrain à Toliaria.

Critère de jugement 7.2

- Planification jointe et coordonnée au niveau du pays avec le GPRHCS
-

Le fait que le MHTF et le GPRHCS ont été introduits au cours de la même période semble faciliter la planification et la mise en œuvre conjointes au niveau du bureau de pays, même si les rapports sont établis distinctement, en particulier sur les questions financières.

Le MHTF a soutenu le Ministère de la Santé et les administrations de la santé pour préparer un plan opérationnel d'amélioration des services SONU qui comprend une liste détaillée du matériel et des intrants requis. Le GPRHCS a élaboré une liste conjointement avec le MHTF pour l'achat des articles nécessaires et met en œuvre la distribution et le suivi grâce à ses partenaires d'exécution. La coordination entre les deux fonds est notable dans les plans de travail annuels, il n'y a pas de chevauchement d'activités et la collaboration se traduit par des missions conjointes de suivi et des campagnes de sensibilisation associant la santé maternelle et la planification familiale. Le MHTF semble apporter un apport plus technique, tandis que le GPRHCS apporte le savoir-faire logistique¹²⁰. *Toutefois établir des liens entre les deux fonds sur la base des rapports n'est pas évident.*

Le fonds d'aide humanitaire s'est également associé aux fonds de la santé de la reproduction pour élaborer une semaine de formation pour ses partenaires d'exécution sur toutes les questions de santé reproductive, y compris le planification familiale, SONU, la violence basée sur le genre, etc.

Critère de jugement 7.3

- Intégration des directions stratégiques du programme sages-femmes dans les plans du MHTF au sein des pays
-

La sage-femme conseillère régionale¹²¹ a un contact étroit avec le conseil des sages-femmes, lui fournissant des conseils sur la mise en œuvre du plan de travail¹²². Le principal partenaire pour le conseil des sages-femmes est le MHTF mais la conseillère est de plus en plus reconnue par le Ministère de la Santé, qui prévoit même d'introduire un point focal pour la profession de sages-femmes au sein du Ministère de la Santé¹²³.

¹²⁰ Plan de travail annuel conjoint 2010.

¹²¹ Qui est affiliée à la confédération internationale des sages-femmes.

¹²² Voir aussi critère de jugement 2.3.

¹²³ Entretien avec le Conseil des sages-femmes.

Critère de jugement 7.5

- Les plans du MHTF intègrent des activités liées au VIH avec des fonds essentiels, UBW et d'autres ressources

La problématique VIH est intégrée dans le programme de l'UNFPA à Madagascar et est mentionnée dans tous les produits du plan¹²⁴. Conformément à la stratégie nationale, la composante VIH est une composante intégrée des activités de promotion des ASC. Le MHTF et le programme VIH/SIDA ont planifié et mis en œuvre conjointement des campagnes de sensibilisation pour la population générale et/ou pour des groupes cibles, tels que les adolescents. Les programmes de formation pour les sages-femmes comprennent une formation PTME et une formation sur les traitements antirétroviraux¹²⁵.

4.2.8 Question d'évaluation 8: Influence et visibilité

Question d'évaluation 8

Dans quelle mesure le MHTF a-t-il accru la visibilité du soutien de l'UNFPA pour la santé sexuelle et reproductive/ SNM, et a-t-il contribué à faire bénéficier à l'organisation des ressources additionnelles dédiées à la santé maternelle au niveau global, régional et national?

Critères de jugement	Questions traitées pendant la mission de terrain
8.2. Impact du MHTF sur les engagements financiers externes (accrus) envers l'UNFPA/le MHTF pour le soutien de la santé maternelle (au niveau global, régional et national)	<ul style="list-style-type: none">• Quels types de mécanismes sont en place pour soutenir les pays de programme afin d'accroître leurs efforts visant à obtenir des ressources additionnelles de donateurs externes (CARMMA, UN SG initiative, spécialement des dons du Canada, de la France, etc.)?• Dans quelle mesure le soutien du MHTF a-t-il contribué à une augmentation de la part des engagements financiers externes affectés au soutien de la santé maternelle à un niveau global et régional?
8.3. Impact du MHTF sur les engagements financiers (accrus) des gouvernements partenaires envers la santé sexuelle et reproductive et la santé maternelle et néonatale	<ul style="list-style-type: none">• Dans quelle mesure les gouvernements des pays de programme ont-ils l'intention/se sont-ils engagés à allouer des ressources additionnelles pour la santé maternelle et néonatale avec le soutien du MHTF?

Critère de jugement 8.2

- Impact du MHTF sur les engagements financiers externes (accrus) envers l'UNFPA/le MHTF pour le soutien de la santé maternelle (au niveau global, régional et national)

A cause de la situation politique presque tous les bailleurs de fonds ont arrêté leurs financements pour Madagascar ce qui a impacté la mobilisation de fonds. Néanmoins l'UNFPA a mobilisé les fonds CERF et des fonds auprès de Monaco/Andorre pour le programme humanitaire commun UNFPA/PAM dans le sud du pays. L'UNFPA a également mobilisé une

¹²⁴ Entretien avec l'UNFPA

¹²⁵ Le traitement est gratuit.

participation du secteur privé (TELMA) pour un projet sur l'utilisation de SMS pour la surveillance des décès maternels, décès néonataux et intrants de santé reproductive.

Critère de jugement 8.3

- Impact du MHTF sur les engagements financiers (accrus) des gouvernements partenaires envers la santé sexuelle et reproductive et la santé maternelle

La crise politique dans le pays a considérablement affaibli la performance économique et le système de santé. Le gouvernement n'est pas internationalement reconnu ce qui conduit à une suspension des financements bilatéraux, qui représente environ 60-80% du budget de l'État. Le budget de fonctionnement du Ministère de la Santé a été réduit de 9% à 6% du PIB en deux ans et aucun autre engagement n'a été fait par le Ministère de la Santé pour la santé maternelle¹²⁶.

¹²⁶ Entretien avec les partenaires gouvernementaux

5. Conclusions

Sur la base des constats relatifs à chacune des questions d'évaluation, l'équipe d'évaluation pays a tiré les conclusions transversales qui sont présentées ci-dessous.

Rappelons toutefois que, compte tenu de la méthodologie appliquée (comme décrit au chapitre 2.2 du présent rapport), celles-ci sont spécifiques à chaque pays et ne doivent pas être confondues avec les conclusions des rapports finaux MHTE/ MHTF. Les conclusions présentées dans cette section sont basées exclusivement sur l'analyse de l'appui de l'UNFPA en matière de santé maternelle à Madagascar, et dès lors ne fournissent pas un jugement sur la qualité générale du programme pays de l'UNFPA à Madagascar, ce qui ne pourrait être fourni que par une évaluation globale du programme pays.

Les conclusions portent sur les interventions globales de santé maternelle de l'UNFPA à Madagascar et également la valeur ajoutée spécifique du MHTF dans le pays.

5.1 Conclusions sur le portefeuille de santé maternelle globale de l'UNFPA - Madagascar

1. L'ensemble de l'appui de l'UNFPA en santé maternelle à Madagascar a soutenu l'orientation stratégique du gouvernement malgache principalement dans les domaines de la planification familiale et des SONU (Importance: Haute)¹²⁷.
 - L'UNFPA s'est imposé comme un partenaire de développement proche du gouvernement malgache en ce qui concerne la santé de la reproduction. Il a fourni un soutien financier et technique pour la mise en œuvre de la feuille de route nationale pour la santé maternelle et néonatale et d'autres documents stratégiques et a parfois contribué à leur élaboration.
 - L'UNFPA a contribué à maintenir une offre de planification familiale en continuant l'approvisionnement en méthodes contraceptives dans le secteur public et en renforçant les aspects logistiques sans toutefois avoir encore pu opérationnaliser pleinement son logiciel de gestion logistique.
 - L'UNFPA a apporté des contributions perceptibles à l'amélioration de la santé maternelle à Madagascar, par exemple en ce qui concerne le renforcement des formations des professionnels de santé en SONU et plus particulièrement des sages-femmes. Cependant, il n'a pas ébauché de réponse aux défis de déploiement et de rétention du personnel, que très récemment, bien que ces défis aient directement limité l'impact de son appui à la formation des cadres de santé.
2. L'UNFPA cherche à cibler les populations vulnérables et leurs besoins en termes de santé maternelle mais n'a pas réussi à aborder des aspects clés de vulnérabilité telles que les grossesses précoces (Importance: Haute)¹²⁸.

¹²⁷ Basé sur les chapitres 4.2.1 (Pertinence), 4.2.2 (Harmonisation), 4.2.4 (Ressources humaines santé), 4.2.6 (Planification familiale), 4.2.7 (SONU), 4.2.8 (Données et résultats), 4.2.9 (Cadres stratégiques).

- Les programmes de l'UNFPA ont pris en compte les populations vulnérables en sélectionnant les régions présentant les indicateurs les plus faibles et en ciblant des interventions sur certains groupes tels que les femmes souffrant de fistules obstétricales.
 - Dans l'optique de répondre à des besoins liés à l'éloignement géographique et aux difficultés économiques, l'UNFPA a soutenu la politique nationale de gratuité des accouchements, des césariennes et de la planification familiale, à travers la distribution de kits gratuits d'accouchement et a financé 28 sages-femmes nouvellement formées dans les régions éloignées. L'isolation de certains groupes reste toutefois un problème à part entière qui n'a pas systématiquement été pris en considération.
 - Les taux élevés de grossesses chez les adolescentes n'ont pas suscité d'effet de levier que le mandat de l'UNFPA lui permet pour intensifier l'attention des parties prenantes à ce problème.
3. La contribution de l'UNFPA à la génération et à l'amélioration d'une base factuelle sur les défis relatifs à la santé maternelle à Madagascar, grâce à la recherche, a permis de partiellement documenter l'ampleur des problèmes, mais n'a pas permis la définition d'un processus de suivi de l'efficacité de ses propres interventions (Importance: Moyenne)¹²⁹.
- L'appui de l'UNFPA au Ministère de la Santé pour analyser les besoins en termes de services SONU a produit une base de données essentielles pour attirer l'attention du gouvernement et des partenaires au développement sur les défis liés à la prestation de service de santé maternelle et pour planifier l'amélioration de ces services.
 - Par contre le processus de suivi de ses interventions réalisées au niveau national n'a pas produit d'informations permettant d'analyser les obstacles rencontrés lors de la mise en œuvre.
4. La composante santé de la reproduction du bureau de pays de l'UNFPA a vu une augmentation récente de son personnel pour mettre en œuvre son éventail de programmes, cependant toutes les interventions ne font pas l'objet de suivi adéquat (Importance: Haute)¹³⁰.
- La dotation en personnel de santé de la reproduction a été renforcée grâce au MHTF et au GPRHCS. Néanmoins, étant donné que l'UNFPA fournit un appui à un vaste programme santé de la reproduction, dans des domaines tels que les sages-femmes, la fistule obstétricale, la santé des adolescents, les SONU, la planification familiale, la prévention du cancer du col de l'utérus ainsi qu'à l'élaboration des politiques, le personnel technique en place n'est pas en mesure de couvrir tous ces aspects. La diversification des appuis techniques et financiers a conduit à un suivi très insuffisant de toutes les interventions.

¹²⁸ Basé sur les chapitres 4.2.1 (Pertinence), 4.2.4 (Ressources humaines santé), 4.2.7 (SONU), 4.2.8 (Données et résultats), 4.2.9 (Cadres stratégiques).

¹²⁹ Basé sur les chapitres 4.2.1 (Pertinence), 4.2.2 (Harmonisation), 4.2.6 (Planification familiale), 4.2.7 (SONU), 4.2.8 (Données et résultats), 4.2.9 (Cadres stratégiques), 4.2.10 (Cohérence interne) 4.2.12 (Visibilité).

¹³⁰ Basé sur les chapitres 4.2.2 (Harmonisation), 4.2.4 (Ressources humaines santé), 4.2.11 (Cohérence interne), 4.3.1 (Pertinence –MHTF), 4.3.2 (Ressources humaines santé – MHTF).

5. L'UNFPA a influencé l'agenda politique de la santé maternelle à Madagascar grâce à un plaidoyer stratégique au niveau régional et national (Importance: Haute)¹³¹.
- Partant de sa position clé en matière de santé de la reproduction au niveau régional et national, l'UNFPA a joué un rôle proactif, notamment au niveau stratégique, dans la promotion de certains secteurs jusqu'alors peu valorisés, tels que la fistule obstétricale ou le développement de programmes de sage-femme harmonisés.
 - La crise politique a eu un effet profond sur la mise en œuvre du programme. De nombreux autres donateurs ont retiré leur soutien à des programmes gouvernementaux, préférant dédier leur aide à des secteurs non gouvernementaux. En conséquence, l'UNFPA est un parmi le petit nombre de donateurs continuant à travailler avec le Ministère de la Santé, qui dispose de très peu de ressources propres. Par contre, le plaidoyer à haut niveau est difficile à cause des changements constants de responsables au niveau du ministère.
 - Le fait que la plupart des donateurs ne peuvent pas traiter directement avec le gouvernement complique la coordination entre toutes les parties prenantes impliquées dans les questions de santé maternelle.

5.2 Conclusions sur la Valeur Ajoutée du Fonds Thématique Pour la Santé Maternelle (MHTF)

6. Le MHTF a permis de donner une direction stratégique aux thématiques de SONU, sage-femme et fistules dans le cadre du portefeuille d'appui à la santé maternelle de l'UNFPA (Importance: Haute)¹³².
- Les interventions financées par le MHTF ont été définies sur la base d'une stratégie relativement claire et convaincante quant aux types de soutien spécifiés dans le mandat du MHTF.
 - Le programme sage-femme¹³³ donne un modèle concis à partir duquel le bureau de pays a pu identifier des domaines précis pour orienter son soutien. A Madagascar ceci s'est traduit par un appui à la formation des sages-femmes et au renforcement du conseil national et de l'association des sages-femmes.
7. La dotation, par le MHTF, de capacités professionnelles supplémentaires au sein bureau de pays a contribué à une présence technique largement accrue (Importance: haute)¹³⁴.

¹³¹ Basé sur les chapitres 4.2.2 (Harmonisation), 4.2.4 (RHS), 4.2.8 (Données et résultats), 4.2.9 (Cadres stratégiques), 4.2.12 (Visibilité).

¹³² Basé sur les chapitres 4.3.1 (Pertinence – MHTF), 4.3.2 (RHS – MHTF), 4.3.6 (Gestion – MHTF), 4.3.8 (Appui et visibilité).

¹³³ Dont les principes directeurs sont «éducation, réglementation, association».

¹³⁴ Basé sur les chapitres 4.3.1 (Pertinence – MHTF), 4.3.2 (Ressources humaines santé – MHTF), 4.3.6 (Gestion – MHTF), 4.3.8 (Visibilité).

- Le MHTF a doté le bureau de pays en capacités professionnelles par la mise en place d'un poste de conseiller technique en santé maternelle et d'un poste de sage-femme conseillère de pays.
 - La contribution du conseiller technique en santé maternelle a permis à l'organisation à prendre plus de poids dans les instances et groupes techniques, tels que le groupe H4+ et de cibler les interventions en matière de santé maternelle de façon plus spécifique.
8. Les opérations financées par le MHTF ont permis une approche plus stratégique à l'appui de la santé maternelle à Madagascar (Importance: Haute)¹³⁵.
- Les interventions du MHTF et les bonnes relations de travail entre le personnel financé par le MHTF et celui de l'UNFPA contribuent au soutien de l'UNFPA en matière de santé maternelle, même si les plans de travail et les rapports conjoints ne reflètent pas suffisamment les efforts de coordination.
 - L'attention supplémentaire portée aux sages-femmes a entraîné la nécessité d'une plus forte implication du bureau de pays notamment sur les questions de ressources humaine telles que le déploiement et la rétention des sages-femmes. Cependant, les défis qui subsistent dans ces domaines menacent de réduire l'efficacité de l'appui du MHTF quant à la formation des professionnels de santé pour effectivement améliorer l'accès aux services, en particulier dans les zones rurales reculées de Madagascar.
9. Les efforts du MHTF pour atteindre des effets durables n'ont pas toujours été suffisants. Dans un pays avec un gouvernement défaillant, ses interventions sensées être «catalytique» sont susceptibles de demeurer des activités pilotes (Importance: Haute)¹³⁶.
- Le MHTF met en œuvre ses interventions dans six des 22 régions identifiées par le Ministère de la Santé comme région *quick wins* mais leur continuité au-delà des ressources fournies par le MHTF n'est en aucun cas évidente. L'instabilité politique et le contexte peu favorable à une réflexion sur la durabilité ont présenté un énorme défi pour le MHTF, qui, de fait, ne peut pas jouer son rôle de catalyseur comme requis par son mandat.
 - L'appui de l'UNFPA au développement du curriculum SONU et à la révision des textes régissant la profession sages-femmes constituent une base pour assurer la durabilité d'un projet sages-femmes de qualité. La diminution de la durée du nouveau curriculum de formation avec l'utilisation de mannequins pour la pratique aide également à la pérennisation de ces formations car elles requièrent moins de moyens.

¹³⁵ Basé sur les chapitres 4.3.1 (Pertinence – MHTF), 4.3.2 (RHS – MHTF), 4.3.6 (Gestion – MHTF).

¹³⁶ Basé sur les chapitres 4.2 (Ressources humaines santé -MHTF), 4.4.1 (SONU – MHTF), 4.8.3 (Visibilité–MHTF).

6. Annexes

6.1 Informations clés sur Madagascar

MADAGASCAR		
Summary statistics		
Region	2000	Eastern Africa
Currency	2008	Malagasy Ariary (MGA)
Surface area (square kilometers)	2008	587041
Population (estimated, 000)	2008	19111
Population density (per square kilometer)	2008	32.6
Largest urban agglomeration (population, 000)	2007	Antananarivo (1697)
Economic indicators		
GDP: Gross domestic product (million current US\$)	2008	9330
GDP: Gross domestic product (million current US\$)	2005	5039
GDP: Growth rate at constant 1990 prices (annual %)	2008	5.0
GDP per capita (current US\$)	2008	488.2
GNI: Gross national income per capita (current US\$)	2008	484.3
Gross fixed capital formation (% of GDP)	2008	34.0
Exchange rates (national currency per US\$)	2008	1860.36
CPI: Consumer price index (2000=100)	2008	221
Industrial production index (2005=100)	2008	125
Agricultural production index (1999-2001=100)	2007	119
Food production index (1999-2001=100)	2007	121
Unemployment (% of labour force)	2005	2.8*
Employment in industrial sector (% of employed)	2005	3.4*
Employment in agricultural sector (% of employed)	2005	82.0*
Labour force participation, adult female pop. (%)	2008	82.7
Labour force participation, adult male pop. (%)	2008	88.5
Tourist arrivals at national borders (000)	2008	375 (air arrivals of non-resident tourists)
Energy production, primary (000 MT oil equivalent)	2007	46
Telephone subscribers, total (per 100 inhabitants)	2008	26.2
Internet users (per 100 inhabitants)	2008	1.7
Exports (million US\$)	2008	1666.5
Imports (million US\$)	2008	3845.9
Major trading partners (% of exports)	2008	France (45.1), United States (21.9), Germany (6.5)
Major trading partners (% of imports)	2008	China (21.0), France (8.9), Bahrain (8.0)

Population growth rate (avg. annual %)	2005-2010	2.7
Urban population (%)	2007	29.1
Population aged 0-14 years (%)	2009	42.9
Population aged 60+ years (women and men, % of total)	2009	4.8/4.4
Sex ratio (men per 100 women)	2009	99.2
Life expectancy at birth (women and men, years)	2005-2010	61.8/58.5
Infant mortality rate (per 1 000 live births)	2005-2010	65.2
Fertility rate, total (live births per woman)	2005-2010	4.8
Contraceptive prevalence (ages 15-49, %)	2003-2004	27.1
International migrant stock (000 and % of total population)	mid-2010	37.8/0.2 (data refer to foreign citizens)
Refugees and others of concern to the United Nations High Commissioner for Refugees	end-2008	n.a.
Education: Government expenditure (% of GDP)	2005-2008	2.9
Education: Primary-secondary gross enrollment ratio (w/m per 100)	2005-2008	84.2/87.2
Education: Female third-level students (% of total)	2005-2008	47.2
Environment		
Threatened species	2009	647
Forested area (% of land area)	2007	22.0
CO2 emission estimates (000 metric tons and metric tons per capita)	2006	2832/0.2
Energy consumption per capita (kilograms oil equivalent)	2007	40.0

Référence: UN World Statistics Pocketbook

Figure 2: Carte de Madagascar



6.2 Triangulation des données

Données et triangulation méthodologique – MHTE

Question Évaluation MHTE	Bureau Local	Gouvernement National (Ministère de la Santé)	Gouvernement sous-national	Société civile	Partenaires au Développement	Partenaire opérationnel ¹³⁷	Bénéficiaires	Méthodes de la collecte d'informations
1. Pertinence	▲ ○	▲ ○	▲ ○	▲ ○	▲ ○	▲ ○	▲ ○	Interviews, group témoins, évaluations, rapports des projets, documents de la planification, etc.
2. Harmonisation, coordination et partenariats	▲ ○	▲ ○	▲ ○	▲	▲ ○	▲ ○	▲	Interviews, évaluation, rapports des projets, documents de progrès, etc.
3. Participation communautaire et orientation de la demande	▲ ○	▲ ○	▲ ○	▲ ○	▲ ○	▲ ○	▲ ○	Interviews, évaluation, rapports des projets, documents de progrès, etc.
4. Capacité de Développement – Ressources Humains Santé	▲ ○	▲ ○	▲		▲ ○	▲ ○	▲ ○	Interviews, évaluation, rapports des projets, documents de progrès, etc.
5. Santé maternelle dans des contextes humanitaires	▲ ○	▲ ○			▲ ○			Interviews, évaluation, rapports des projets, documents de progrès, etc.
6. Services de santé sexuelle et reproductive – planification familial	▲ ○	▲ ○	▲ ○		▲	▲ ○	▲ ○	Interviews, évaluation, rapports des projets, documents de progrès, etc.
7. Services de santé sexuelle et reproductive - SONU	▲ ○	▲ ○	▲ ○	▲ ○	▲ ○	▲ ○	▲ ○	Interviews, évaluation, Group témoins, rapports des projets, documents de progrès, etc.
8. Résultats / orientation des preuves	▲ ○	▲ ○	▲ ○		▲ ○	▲ ○		Interviews, évaluation, rapports des projets, documents de progrès, etc.
9. Intégration de la santé maternelle dans les politiques et les cadres nationaux	▲ ○	▲ ○			▲ ○	▲ ○		Interviews, évaluation, rapports des projets, documents de progrès, etc.
10. Cohérence de l'appui à la santé maternelle avec le genre, la population et le développement	▲ ○	▲ ○	▲ ○			▲ ○		Interviews, évaluation, rapports des projets, documents de progrès, etc.
11. Cohérence entre les programmes nationaux, régionaux et globaux	▲ ○	○						Interviews, évaluation, rapports des projets, documents de progrès, etc.
12. Visibilité	▲ ○	▲ ○	▲ ○	▲ ○	▲ ○	▲ ○	▲ ○	Interviews, évaluation, rapports des projets, documents de progrès, etc.

▲ = Sources primaires (Entretien et focus groupes),

○ = Sources secondaires (Évaluations, rapports de projets, documents de planification, etc.)

¹³⁷ Autre que le gouvernement national (en particulier le Ministère de la Santé) ou sous-national.

Données et triangulation méthodologique– Évaluation à mi-parcours du MHTF

Question MHTE	Évaluation	Bureau Local	Gouvernement National (Ministère de la Santé)	Gouvernement sous-national	Société civile	Partenaires au Développement	Partenaire opérationnel ¹³⁸	Bénéficiaires	Méthodes de la collecte d'informations
1. Pertinence		▲ ○	▲ ○	▲ ○	▲ ○	▲ ○	▲ ○	▲ ○	Interviews, rapports des projets, documents de progrès, etc.
2. Capacité de Développement - RHS		▲ ○	▲ ○	▲ ○	▲ ○	▲ ○	▲ ○	▲ ○	Interviews, rapports des projets, documents de progrès, etc.
3. Services de santé sexuelle et reproductive – planification familial		▲ ○	▲ ○	▲ ○	▲ ○	▲ ○	▲ ○	▲ ○	Interviews, rapports des projets, documents de progrès, etc.
4. Services de santé sexuelle et reproductive - SONU		▲ ○	▲ ○	▲ ○	▲ ○	▲ ○	▲ ○	▲ ○	Interviews, group témoins, rapports des projets, documents de progrès, etc.
5. Planification, programmation et suivi de la santé		▲ ○	▲ ○	▲ ○		▲ ○	▲ ○		Interviews, rapports des projets, documents de progrès, etc.
6. Gestion du MHTF		▲ ○	▲ ○			▲ ▲	▲ ▲		Interviews, rapports des projets, documents de progrès, etc.
7. Coordination et cohérence		▲ ○	▲ ○	▲ ○		▲ ○	▲ ○		Interviews, rapports des projets, documents de progrès, etc.
8. Appui et visibilité		▲ ○	▲ ○	▲ ○	▲ ○	▲ ○	▲ ○	▲ ○	Interviews, rapports des projets, documents de progrès, etc.

▲ = Sources primaires (Entretien et focus groupes),

○ = Sources secondaires (Évaluations, rapports de projets, documents de planification, etc.)

¹³⁸ Autre que le gouvernement national (en particulier le Ministère de la Santé) ou sous-national.

6.3 Matrice des résultats de la collecte de données

Vue d'ensemble question d'évaluation MHTE	
Question d'évaluation 1	
Dans quelle mesure l'aide de l'UNFPA en matière de santé maternelle répond-elle de façon adéquate aux besoins des groupes vulnérables entre et au sein des pays, en termes de santé maternelle et reproductive?	
Critères de jugement	1.2. (Accroissement de la) Disponibilité de données précises et suffisamment désagrégées servant à cibler les groupes les plus désavantagés/vulnérables
	1.3. Planification et conception des interventions (soutenues par l'UNFPA) orientées sur les besoins
Question d'évaluation 2	
Dans quelle mesure l'UNFPA a-t-il contribué avec succès à l'amélioration de l'harmonisation des efforts pour l'amélioration de la santé maternelle, et en particulier via sa participation à des partenariats stratégiques et multisectoriels, à des niveaux global, régional et national?	
Critères de jugement	2.1 Harmonisation des partenariats entre l'UNFPA, les organisations des Nations-Unies et la Banque Mondiale en termes de santé maternelle (incluant H4+) ¹³⁹ à des niveaux global, régional et national
	2.2. Harmonisation du soutien à la santé maternelle via des partenariats nationaux et Sud-Sud/régionaux
	2.3. Participation de l'UNFPA à des partenariats visant à produire des évidences nécessaires au débat politique, ainsi qu'à la définition et à la préférence d'un agenda coordonné et opérationnel relatif à la recherche sur la santé maternelle
Question d'évaluation 3	
Dans quelle mesure l'aide de l'UNFPA a-t-elle contribué à une participation plus importante des communautés et à l'accroissement des niveaux actuels de demande et d'utilisation des services qui en découle, en particulier via son partenariat avec la société civile?	
Critères de jugement	3.1. Engagement des gouvernements dans l'implication des communautés dans des stratégies de santé sexuelle et reproductive et santé maternelle via le soutien de l'UNFPA
	3.2. Engagement des organisations de la société civile dans la sensibilisation sur les problématiques de la santé maternelle et dans la facilitation d'initiatives communautaires visant à aborder ces problématiques avec le soutien de l'UNFPA
Question d'évaluation 4	
Dans quelle mesure l'UNFPA a-t-il contribué au renforcement des ressources humaines pour la planification de la santé et à la disponibilité des ressources humaines pour la santé maternelle?	
Critères de jugement	4.1. Développement/renforcement des politiques nationales, des plans et des cadres de ressources humaines pour la santé (avec le soutien de l'UNFPA)
	4.2. Renforcement des compétences des professionnels de santé dans le VIH/Sida, planification familiale, fistule obstétrique, des sages-femmes qualifiées et en SONU, afin de répondre aux besoins de la santé

¹³⁹ UNFPA, UNICEF, Banque Mondiale, Organisation mondiale de la santé, ONUSIDA.

	sexuelle et reproductive/ santé maternelle
Question d'évaluation 5	
Dans quelle mesure l'UNFPA a-t-il anticipé et répondu aux menaces sur la santé reproductive dans le contexte d'urgence humanitaire?	
Critères de jugement	5.1 Introduction de la santé sexuelle et reproductive dans la préparation des plans d'urgence, de réponses et réhabilitation
	5.2 Accès à des services de qualité en SONU, de planification familiale et de santé reproductive/VIH dans des situations d'urgence et de conflits
Question d'évaluation 6	
Dans quelle mesure l'UNFPA a-t-il contribué à l'élargissement, ainsi qu'à l'accroissement de l'utilisation et de la demande de la planification familiale?	
Critères de jugement	6.1. Accroissement des capacités au sein du système de santé pour la provision de services de qualité en termes de planification familiale
	6.2. Accroissement de la demande et de l'utilisation des services de planification familiale dans les pays de programme de l'UNFPA, et plus particulièrement parmi les pays vulnérables
	6.3. Amélioration de l'accès aux contraceptifs (sécurisation des produits)
Question d'évaluation 7	
Dans quelle mesure l'UNFPA a-t-il contribué à l'accroissement de la présence de personnel qualifié lors de grossesse et d'accouchement et à l'accroissement des services de SONU dans les pays de programme?	
Critères de jugement	7.1. Accroissement de l'accès aux services de SONU
	7.2. Accroissement de l'utilisation des services de SONU
Question d'évaluation 8	
Dans quelle mesure l'utilisation par l'UNFPA de données internes et externes dans le développement de stratégies, la programmation et la réalisation a-t-elle contribué à l'amélioration de la santé maternelle dans ses pays de programme?	
Critères de jugement	8.2. Considération et intégration de données pertinentes sur la santé maternelle/ santé sexuelle et reproductive et des résultats lors du développement des stratégies pays
	8.3. Gestion de projets individuels axée sur les résultats tout au long du cycle de vie du projet
Question d'évaluation 9	
Dans quelle mesure l'UNFPA a-t-il aidé à garantir le fait que la santé maternelle, la santé sexuelle et reproductive soient intégrées de façon appropriée au sein des instruments de développement nationaux, ainsi qu'au sein des cadres de politiques sectorielles dans ses pays de programme?	
Critères de jugement	9.1. Le soutien de l'UNFPA a amélioré une analyse compréhensive des causes de la mauvaise santé maternelle et de l'efficacité des politiques/stratégies passées de la santé maternelle
	9.2. Intégration de la santé maternelle et de la santé sexuelle et reproductive au sein de cadres de politiques et d'instruments de développement basée sur des processus consultatifs transparents et participatifs (soutenus par l'UNFPA)
	9.3. Suivi et évaluation de la mise en œuvre des éléments de la santé sexuelle et reproductive / santé maternelle constitutifs du cadre de politique nationale et des instruments de développement

Question d'évaluation 10	
Dans quelle mesure les programmes de santé maternelle de l'UNFPA et leurs mises en œuvre, ont-ils adéquatement utilisé les synergies existantes entre, d'une part, le portefeuille de programmes de l'UNFPA liés à la santé sexuelle et à la santé reproductive, et d'autre part l'aide de l'UNFPA dans des programmes liés à d'autres secteurs? ¹⁴⁰	
Critères de jugement	10.1. Liens établis entre les programmes (santé reproductive avec le Genre et Population et Développement) dans la conception des interventions
	10.2. Intégration du suivi et des rapports des opérations de l'UNFPA
Question d'évaluation 11	
Dans quelle mesure l'UNFPA a-t-il été capable de compléter les programmes de santé maternelle, ainsi que leurs mises en œuvre au niveau des pays, avec des interventions, initiatives et ressources au niveau régional et global afin de maximiser sa contribution à la santé maternelle?	
Critères de jugement	11.3. Renforcement/Amélioration de la programmation et des interventions au niveau des pays via un soutien technique et programmé des niveaux globaux et régionaux
Question d'évaluation 12	
Dans quelle mesure l'aide à la santé maternelle de l'UNFPA a-t-elle contribué à sa visibilité dans les initiatives globales, régionales et nationales de santé maternelle, et a aidé l'organisation à accroître ses engagements financiers à l'égard de la santé maternelle au niveau national?	
Critères de jugement	12.2. Leadership de l'UNFPA dans les campagnes de plaidoyer de santé maternelle au niveau national
	12.3. Augmentation des engagements financiers des gouvernements partenaires envers la santé sexuelle et reproductive et la santé maternelle
Vue d'ensemble question d'évaluation MHTF	
Question d'évaluation 1	
Dans quelle mesure l'appui du MHTF est-il centré de façon adéquate sur les besoins de santé maternelle et de santé reproductive des groupes vulnérables entre les pays et au sein des pays?	
Critères de jugement	1.1. Le processus de sélection des pays du MHTF appuie le rôle du MHTF en tant qu'instrument stratégique visant à améliorer la santé maternelle au sein des populations les plus vulnérables
	1.2. Les évaluations soutenues par le MHTF concernant les besoins au niveau national fournissent des données désagrégées et suffisantes pour une planification, une programmation et un suivi orienté vers les besoins ciblant les groupes les plus vulnérables (incluant les groupes mal desservis)
	1.3. Les politiques nationales, ainsi que la planification et la programmation de la santé sexuelle et reproductive/ santé maternelle (soutenue par le MHTF), priorisent les groupes les plus vulnérables et les zones les moins desservies

¹⁴⁰ Genre (qui inclut mutilation sexuelle féminine, violences faites aux femmes, VIH-PTME (prévention de la transmission mère- enfant); population et développement.

Question d'évaluation 2	
Dans quelle mesure le MHTF a-t-il contribué au renforcement de la planification et de la disponibilité des ressources humaines (en particulier des sages-femmes) pour la santé maternelle et la santé des nouveau-nés?	
Critères de jugement	2.1. L'éducation des sages-femmes dans les pays de programme est améliorée sur la base des compétences essentielles de la CIS via le soutien du MHTF
	2.2. Les stratégies et politiques développées visent à assurer la qualité des services des sages-femmes dans les pays de programme via le soutien du MHTF
	2.3. Les associations de sages-femmes sont capables de défendre et de soutenir l'élargissement des services obstétricaux grâce à l'appui du MHTF
Question d'évaluation 3	
Dans quelle mesure le MHTF a-t-il contribué à élargir et accroître l'accès et l'utilisation de la planification familiale?	
Critères de jugement	3.1. Création d'un environnement favorable pour faciliter l'intensification des services de qualité de planification familiale dans les pays prioritaires grâce à l'appui du MHTF
	3.2. Hausse de la demande pour les services de planification familiale dans les pays prioritaires du MHTF, et particulièrement parmi les groupes vulnérables via le soutien du MHTF.
Question d'évaluation 4	
Dans quelle mesure le MHTF a-t-il contribué à l'élargissement et à l'utilisation des services de SONU dans les pays prioritaires	
Critères de jugement	4.1. Création d'un environnement favorable qui facilite le passage à l'échelle nationale des services de SONU via le soutien du MHTF
	4.2. L'utilisation et l'accès aux services de SONU sont améliorés via le soutien du MHTF
Question d'évaluation 5	
Dans quelle mesure le MHTF a-t-il contribué à améliorer la planification, la programmation et le suivi afin de s'assurer que la santé maternelle et la santé reproductive constituent bien des priorités dans les pays de programme?	
Critères de jugement	5.1. Amélioration du positionnement de la santé maternelle et reproductive au sein des stratégies et politiques nationales via le soutien du MHTF
	5.2. Les plans nationaux prennent en considération des mécanismes de financement durables pour la santé sexuelle et reproductive/ santé maternelle via le soutien du MHTF
	5.3. Les plans de santé nationaux et sous-nationaux incluent un cadre de suivi-évaluation clair pour les planifications familiales, les soins de personnels qualifiés pendant les grossesses et les accouchements, SONU, fistule obstétrique et les liens entre santé reproductive/ VIH
Question d'évaluation 6	
Dans quelle mesure les mécanismes de gestion et les processus de coordination interne du MHTF à différents niveaux (global, régional et national) contribuent-ils à la performance générale du MHTF dans l'accomplissement de sa mission?	
Critères de jugement	6.2. Développement par le MHTF d'instruments et de mécanismes visant à renforcer les capacités des bureaux nationaux à gérer le fond à un niveau global et régional

	6.3. Suivi-évaluation des propositions soutenues par le MHTF, incluant le suivi financier
Question d'évaluation 7	
Dans quelle mesure le MHTF a-t-il renforcé et utilisé les avantages issus des synergies avec d'autres fonds thématiques de l'UNFPA c'est-à-dire le "Global Programme to Enhance Reproductive Health Commodity Security", la campagne de la lutte contre la fistule obstétricale, le programme des sages-femmes de l'UNFPA-CIS, la campagne de prévention contre la transmission du VIH de la mère à l'enfant (Virus de l'immunodéficience humaine (VIH)-PTME) visant à soutenir l'amélioration de la santé maternelle?	
Critères de jugement	7.1. Intégration des éléments de la Campagne de Lutte contre la fistule obstétricale au sein des programmes de Santé Maternelle après intégration dans le MHTF
	7.2. Planification jointe et coordonnée avec le GPRHCS au niveau du pays
	7.3. Intégration des directions stratégiques du programme des sages-femmes dans les plans du MHTF au sein des pays
	7.4 Intégration harmonisée des stratégies et des mécanismes du MHTF à des niveaux global et régional
	7.5. Les plans du MHTF intègrent des activités liées au VIH avec des fonds essentiels, UBW et d'autres ressources
Question d'évaluation 8	
Dans quelle mesure le MHTF a-t-il accru la visibilité du soutien de l'UNFPA pour la santé sexuelle et reproductive/ santé maternelle, et a-t-il contribué à faire bénéficier à l'organisation de ressources additionnelles dédiées à la santé maternelle au niveau global, régional et national?	
Critères de jugement	8.2. Impact du MHTF sur les engagements financiers externes (accrus) envers l'UNFPA/ le MHTF pour le soutien de la santé maternelle (au niveau global, régional et national)
	8.3. Impact du MHTF sur les engagements financiers (accrus) des gouvernements partenaires envers la santé sexuelle et reproductive et la santé maternelle

6.4 Modèle de rapport du groupe focus

GROUPE DE TRAVAIL	Nom du membre de l'équipe d'évaluation		Date
	Sujet/problématique à traiter		Lieu
Participants (qualité, nombre, etc.)			
Problématiques discutées			
Principaux éléments de réflexion (contenu)			
Observations			

6.5 Liste des documents consultés

Titre	Année	Format de Document
GDM: Madagascar Action Plan 2007-2012	2007	Document de planification
GDM: Poverty Reduction Strategy Paper	2003	Document de planification
GDM/ Ministère de la Santé, du Planning Familial et de la Protection Sociale: Analyse de la Situation de Base sur l'Ampleur et les Impacts des Fistules Obstétricales à Madagascar	2007	Analyse
GDM/ Ministère de la Santé, du Planning Familial et de la Protection Sociale: Mission d'Évaluation du Système de Référence ainsi que des Structures de Prise en Charge des Urgences Obstétricales et Néonatales	2007	Rapport d'évaluation
GDM/ Ministère de la Santé et du Planning Familial/ UNFPA: Étude sur la disponibilité l'accessibilité et des services santé reproductive/planification familiale dans les centres de santé publics de Madagascar	2008	Rapport de contrôle
GDM/ UNFPA: Country Programme Documents	2008-2011	Document de planification
GDM/ UNFPA: Country Programme Action Plan (PAPP)	2005-2009	Document de planification
Robinson: Acheminement des Produits de Santé de la Reproduction	N/A	Rapport
Secrétariat Exécutif/ Comité National de Lutte contre le SIDA: Programme d'Action pour la Promotion et l'Utilisation Rationnelle du Préservatif à Madagascar	2005	Document de planification
TMI Madagascar: Increasing Private Sector Participation in Family Planning in Madagascar	2010	Rapport
UNFPA: Annual Work Plans with Implementing Partners	2008, 2009, 2010, 2011	Document de planification
UNFPA: Utilisation du Téléphone Portable pour la Surveillance des Décès Maternels et Néonataux et des Intrants de Santé de la Reproduction	2011	Rapport
UNFPA: Évaluation des Besoins en Matière de Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence à Madagascar	2010	Rapport d'évaluation
UNFPA: Madagascar Success Stories	2010	Rapport
UNFPA: Rapport National de Suivi (+10) des OMD 3 et OMD 5	2010	Rapport
UNFPA: Country Office Annual Report (RABP)	2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009	Rapport annuel
UNFPA: Expenditures Report for Activities against Thematic Trust Funds	2009	Rapport
UNFPA: La Profession de Sage-femme à Madagascar	2009	Rapport
UNFPA: Rapport Annuel Conjoint des Fonds Thématiques à Madagascar	2009	Rapport annuel
UNFPA: Rapport de Mission d'Évaluation Projet de Réinsertion des Ex-Fistuleuses Mandritsara	2009	Rapport d'évaluation

UNFPA: Review Report of Annual Report: Cas de Madagascar	2009	<i>Rapport de revoir</i>
UNFPA: Sécurité Contraceptive à Madagascar	2008	<i>Présentation</i>
UNFPA: Standard Progress Report Reproductive Health	2008	<i>Rapport de progrès</i>
UNFPA: Acceptabilité de la Vasectomie Antsirabe	2006	<i>Rapport</i>
UNFPA: Évaluation des Capacités Nationales Susceptibles d'être les partenaires de mise en œuvre du 5è programme	2004	<i>Rapport d'évaluation</i>
WHO/ UNFPA: Enquête Confidentielle des Décès Maternels	2010	<i>Rapport</i>

6.6 Liste des personnes interviewées

Organisation/Unité	Nom	Position/Poste
UNFPA		
UNFPA	Cheikh Tidiane Cissé	Représentant
UNFPA	Eugène Kognyuy	Conseiller Technique, Santé Maternelle
UNFPA	Edwige Ravaomanana	Chargée de programme santé de la reproduction
UNFPA	Dotiane Wanogo Ali	Conseiller Technique Principal - sécurité d'approvisionnement en produits de santé de la reproduction
UNFPA	Nohisoa Rabenampoizina	Chargée de programme suivi et évaluation
UNFPA	Ratsarazaka Solomandresy	Chargée de programme humanitaire
UNFPA	Lordfred Achu	Conseiller Technique Principal - santé reproductive
UNFPA	Philemon Ndremana	Chargé de programme Santé Reproductive des Adolescents et VIH/SIDA
UNFPA	Onja Ramiliarijaona	Spécialiste en Genre
Autres donateurs		
UNICEF	Paul Ngklakum	Chargée de santé et nutrition
UNICEF	Denis Mahuza	Spécialiste en santé
UNICEF	Paul Richard Ralairinina	Spécialiste en santé
USAID	Jocelyne Andriamiadana	Chargée de programme, bureau santé, population et nutrition
WHO	Masy Harisoa	Administrateur de programme de Santé Familiale
Ministère de la Santé publique		
Direction de la santé de la mère	Christine Ravaonoro	Chef unité d'appui et de la coordination santé maternelle,
Direction de la santé de la mère	Lalasoa Rasetriarivony	Chef Service de sécurisation des produits santé reproductive
Direction de la santé de la mère	Haingonirina Ramananjahary	Adjoint technique, Service de la vulgarisation du planification familiale
Direction de la santé de la mère	Marie Antoinette Rakotondrasoa	Adjoint technique, Service santé de la reproduction des adolescents
Direction de la santé de la mère	Claire Raharinoro	Adjoint technique, Service de la maternité sans risque
Direction de la santé de la mère	Félicie Ravelomanantsoa	Médecin du service de la maternité sans risque

Direction de la santé de la mère	Jeannine Ravaosolo	Médecin du service de la maternité sans risque
Direction des Ressources Humaines	Louissette Régine Rahantanirina	Directeur des ressources humaines
IFP	Amélie Tatavy	Directeur des Instituts de formation paramédicale, IFP

Ministère de la Jeunesse

Ministère de la Jeunesse et des loisirs	Marie Ange Tifana	Coordonnateur du programme de la santé des jeunes
---	-------------------	---

Associations des sages-femmes

Ordre national des sages-femmes	Omega Ranoromalala	Présidente Ordre national des sages-femmes
Ordre national des sages-femmes	Amélie Tatavy	Vice-Présidente Ordre national des sages-femmes
Ordre national des sages-femmes	Bernadette Raharisoa	Secrétaire général Ordre national des sages-femmes
Fédération des sages-femmes	Jeannine Amélie	Secrétaire général de la Fédération des sages-femmes

ONG

Marie Stops	Baholisoa Randrianasalom	Médecin Chef
Marie Stops	Thierry Ramanantsoa	Project manager Misoprostol
Marie Stops	Sylvie Ramandrosoa	Directeur financier
SAF-FJKM	Clarisse Rasoarimalala	Chef de Projet

Visite de terrain à Tuléar

Visite de terrain à Tuléar	Raymond Daniel	Directeur régional de la santé
Direction régionale de la santé Tuléar	Christine Monja	Directeur du Centre hospitalier universitaire (CHU) Tuléar
CHU Tuléar.	Équipe de la maternité du CHU	CHU
Prestataire	Équipe du Centre ami des jeunes Tanambao	Structure publique
Prestataire	Equipe de la Maternité Marie Stops	Marie Stops
Prestataire	Angeline	Responsable de la pharmacie de gros de district. Manipulatrice du logiciel CHANEL
District sanitaire de Tuléar I	Equipe du Centre ami des jeunes ONG SALFA	Structure privée
Prestataire	Trois (03) femmes ayant bénéficié du projet fistule obstétrique	Communauté
Bénéficiaires		

6.7 Les interventions de l'UNFPA à Madagascar

Les Plans du Travail Annuel				
Composante de PP	Composante de PP	Composante de PP	Volume en US\$ (contracté) de l'UNFPA	Année
santé reproductive	Direction de la planification familiale, direction de la santé de la mère et de l'enfant, service de lutte contre les IST, ONGs (SAF/FJKM et SALFA), autres	(Joint Annual Work Plans MHTF GPRHCS)	6, 415,000	2010
santé reproductive		(GPRHCS)	4, 428,000	2010
santé reproductive		(MHTF)	1, 000,000	2011
santé reproductive		(MHTF)	675,000	2010
	Ministère de la Santé et de la planification familiale	(MHTF)	979,050	2008/ 2009

Des informations plus détaillées ne sont pas disponibles car il n'y a pas de Plan Annuel de Travail séparé pour chaque objectif du programme et chaque résultat. Les titres entre parenthèse ne sont pas officiels; les Plans Annuels de Travail n'indiquent aucun titre de programme. Les évaluateurs ont donné des titres en fonction des activités principales de ces programmes. Des programmes / projets ont été ajoutés par les évaluateurs sur la base des Plans Annuels de Travail.

Référence: Les Plans du Travail Annuel Madagascar

Les interventions de l'UNFPA à Madagascar 2004-2010 (basées sur les données d'ATLAS)

Période	Projet ID	Titre du Projet	Budget	Dépenses
2008 - 2010	MDG6R51A	ACCES DES JEUNES SERVICE santé sexuelle et reproductive/P	779,050	735,351.59
2006	MDG5P202	Améliorer Capacités d'exploitation	53,500	51,207.02
2004 - 2007, 2009 - 2010	MAG99P10	ARH	215,002	200,580.03
2008 - 2009	GRP6R21A	CD to integrate maternal health	113,407.27	58,842.37
2008 - 2010	MDG6R11A	DEMANDE EN SERVICES santé reproductive	439,440	435,809.21
2008 - 2010	MDG6R41A	Demande et accès aux services	447,900	367,336.82
2008 - 2010	MDG6G41A	Disponibilité services pour vi	354,100	293,313.99
2008 - 2010	MDG6G21A	EGALITE ET AUTONOMISATION DE L	724,529	671,225.45
2005	MAG03P14	ENQUETE DEM. ET DE SANTE	0	-14,032.6
2007	HRU5R226	Field Emergency Support	60,000	41,147.13
2006	MUS5R301	Increased Awareness and knowledge	-33,000	0
2005 - 2010	MDG5R208	INFO ACCRUE SUR VIH/SIDA POUR	743,827.36	679,918.87
2008 - 2010	MDGM0809	MDG BSB MNGT 0809	2,060,652	2,171,778.69
2004 - 2007, 2009 - 2010	MAG99P06	Military santé reproductive	48,572	46,742.82
2005 - 2009	MDG5G104	Mise en oeuvre des volets du P	351,182	351,828.78
2004	MAG01P12	Mobilisation des Artistes	22,694	0
		Mécanismes de prev et de rep a	1,159,996.20	1,011,735.05
2008	MDG6P11A	Population Dynamics and Interl	129,500	129,141.18
2004 - 2007, 2009 - 2010	MAG99P11	Population Education	173,538	164,961.81
2008 - 2010	MDG6P31A	PRODUCTION ET UTILISATION DE DO	2,751,013	2,717,199.68
2008 - 2010	MDG6R11B	PROJET IEC ¹⁴¹ /CCC ¹⁴² SANTE POPULATIO	1,097,795.18	862,998.07
2004 - 2007	MAG99P05	santé reproductive MINSAN	1,105,449.7	976,127.39
2004 - 2007, 2009 - 2010	MAG99P08	santé reproductive SAF-FJKM	47,916	48,759.05
2004 - 2007, 2009 - 2010	MAG99P07	santé reproductive SALFA	82,367	69,122.08
2008 - 2010	MDG6R21A	Services de SONU	4,859,130	4,127,200.34
2008 - 2010	MDG6R31A	SERVICES en planification familiale	3,913,391	3,609,707.55
2004	MAR99P01	Sexual and Reproductive Health	-2,000	0
2004 - 2007	MAG02P12	santé reproductive HOMME	6,002	6,306.13
2004	MAR99P04	santé sexuelle et reproductive for Youth	0	0
2004 - 2007, 2009 - 2010	MAG99P01	Status of Women	109,209	104,891.51
2006 - 2007	CMB5R201	THEMATIC TRUST FUNDS FOR SAPSP	400	272.59
2008	MDG5P101	VOLUME ACCRU DE DONNEES SUR LA	0	0
2005 - 2010	MDG5R202	VOLUME ACCRU DES SERVICES EN	2,649,395	2,330,277.87
2005 - 2010	MDG5R306	volume accrue/info a partir et	1,344,215	951,112.54
Total			25,808,172.71	23,200,863.01

Source: ATLAS data

¹⁴¹ Information, Education et Communication.

¹⁴² Communication pour le Changement de comportement.

6.8 Équipe de terrain

L'étude de cas pays a été réalisée par les consultants suivants:

Rôle	Nom	Qualifications/ Diplôme
Team Leader sur le terrain (Equipe principale)	Dr Corinna Reinicke	Gestion de l'équipe, Méthodologie, Collecte de données, Analyse des données, Écriture du rapport
Évaluateur santé de la reproduction (Equipe supplémentaire)	Gisele Maynard-Tucker	Collecte de données, Analyse des données Écriture du rapport
Appui terrain	Dr Julio Rakotonirina	Recherche des données, Organisation des entretiens Logistique sur le terrain, Appui général