



ÉVALUATION INDÉPENDANTE DU PROGRAMME DE PAYS

MADAGASCAR

2008 - 2013

Service de l'évaluation

Division des services de contrôle interne

New York
Novembre 2012

ÉQUIPE D'ÉVALUATION

Chef d'équipe : Hicham Daoudi, Service de l'évaluation, FNUAP

Experts :

Santé de la reproduction : Isabelle Cazottes, consultante

Population et Développement / Système de suivi et évaluation : Max Hennion, consultant

Genre : Faly Hery Rasoanaivo, consultant

Évaluation du Programme de Pays : Madagascar

Le présent rapport est un rapport indépendant élaboré par le Service de l'évaluation à la Division des services de contrôle interne. Les points de vue et recommandations exprimés dans le présent rapport ne correspondent pas nécessairement à ceux du FNUAP, de son conseil d'administration ou des gouvernements des pays donateurs. Droits réservés au FNUAP 2012.

Les photographies de couverture ont été fournies par le Bureau du FNUAP à Madagascar et Rijasolo / Riva Press.

Conception et impression : Prographics, Inc.

Avant-propos

Ce rapport présente les résultats de l'évaluation du sixième programme de coopération entre le FNUAP et Madagascar pour la période 2008-2013. Cette évaluation a été conduite par le Service de l'évaluation du FNUAP aux fins de fournir une appréciation indépendante de la pertinence et de la performance du programme de pays, ainsi que d'analyser le positionnement stratégique du FNUAP dans le contexte malgache. Cette évaluation visait également à tirer les enseignements du sixième programme et, partant, de formuler des recommandations en vue de la préparation de la stratégie de coopération entre le FNUAP et Madagascar au-delà de 2013.

L'évaluation couvre les champs du développement dans lesquels le FNUAP assume un rôle privilégié à travers les trois composantes du programme de pays, lesquelles visaient à améliorer l'accès et l'utilisation de services de qualité en santé de la reproduction et planification familiale, à accroître l'utilisation d'informations socioéconomiques et démographiques fiables sur la population et le développement et, enfin, à favoriser l'émergence d'un environnement juridique et socioculturel favorable à la réduction des inégalités liées au genre. Il convient toutefois de souligner que la période couverte par cette évaluation est caractérisée par la survenance de la crise politique de 2009 dont le présent rapport montre qu'elle n'a pas été sans conséquences sur la mise en œuvre et sur les résultats du sixième programme.

En 2011, le Service d'évaluation du FNUAP a entrepris un travail méthodologique dont l'objectif était de mettre au point une démarche et des outils permettant d'évaluer de façon crédible les résultats des programmes pays et, ainsi, de garantir, la validité des conclusions et recommandations des rapports d'évaluation. Après une phase d'expérimentation durant laquelle nos évaluations des programmes du FNUAP au Cameroun et en Bolivie (disponibles sur notre site internet) ont permis l'amélioration et la validation de cette approche méthodologique, les évaluateurs, ont dans le présent rapport, porté une attention particulière à la présentation claire et structurée du processus d'évaluation. Ils ont veillé à expliciter les liens entre l'exposé des faits qui président aux constats posés, à la formulation des conclusions et aux recommandations émises.

Le travail accompli par les évaluateurs permet de souligner la pertinence des objectifs du sixième programme de coopération entre le FNUAP et Madagascar, lesquels se fondent sur une bonne compréhension des besoins de la population et sont, par ailleurs, alignés sur les priorités nationales. Ainsi, dans le domaine de la santé de la reproduction, le FNUAP a contribué à l'amélioration de l'offre de services de santé maternelle, notamment par son soutien à la formation des sages-femmes, étape essentielle pour une pratique accrue des accouchements par du personnel qualifié. Le FNUAP a également su faire preuve de flexibilité en s'adaptant au nouveau contexte politique et social résultant de la crise de 2009 et a, ainsi, garanti la continuité de sa réponse aux besoins de la population malgache. Il a notamment contribué à l'établissement d'un cadre institutionnel favorable à l'amélioration de la condition des femmes. En revanche, le FNUAP n'a pas suffisamment tenu compte des effets contraignants de la crise sur la production de données de suivi ainsi que sur



leur utilisation pour la planification nationale et régionale du développement, réduisant, de fait, les perspectives du sixième programme d'obtenir des résultats probants dans la promotion du lien entre population et développement.

Le rapport présente une série de recommandations assorties des conditions opérationnelles de leur mise en œuvre. Les évaluateurs suggèrent, notamment, que le FNUAP révise sa stratégie de planification familiale dans le cadre d'une approche intégrée de la santé de la reproduction. Dépassant une démarche centrée sur les aspects logistiques de sécurisation des produits contraceptifs, le FNUAP devrait accorder une attention accrue à d'autres éléments, tels que les barrières socio-culturelles à l'utilisation des services et méthodes de planification familiale. Sur la base de leurs constats relatifs au système de suivi (lesquels recourent les observations déjà formulées dans les évaluations indépendantes des programmes de pays Bolivie et Cameroun), les évaluateurs recommandent la mise en place d'un système de suivi axé sur les résultats au niveau du FNUAP. Il s'agit ici de dépasser la description narrative des activités et, en renforçant le rôle du responsable chargé du suivi et de l'évaluation, de mettre en œuvre un véritable suivi des résultats du programme.

L'évaluation du sixième programme de coopération entre le FNUAP et Madagascar (2008-2013) était placée sous la direction de Hicham Daoudi, Conseiller en évaluation au sein du Service de l'évaluation du FNUAP. Son rôle a été déterminant dans la préparation et la mise en œuvre de cet exercice, ainsi que dans la coordination d'une équipe constituée de trois experts indépendants : Isabelle Cazottes (chargée de l'analyse de la composante santé de la reproduction), Max Hennion (chargé de l'analyse de la composante population et développement et du système de suivi et d'évaluation), et Faly Hery Rasoanaivo (chargé de l'analyse de la composante genre). L'équipe a également été assistée par Olivia Roberts, Analyste en évaluation au sein du Service de l'évaluation du FNUAP. Que chacun d'entre eux soit remercié pour la qualité de leurs contributions respectives et le professionnalisme dont ils ont fait preuve tout au long du processus d'évaluation.

Cette évaluation n'aurait pu être réalisée sans le concours actif du personnel du Bureau du FNUAP à Madagascar. Je souhaite tout particulièrement remercier Cheikh Tidiane Cisse, Représentant résident au moment du lancement de cette évaluation, qui a immédiatement compris et reconnu le bénéfice que le Bureau de pays et ses partenaires pourraient retirer d'une évaluation indépendante menée par le Service de l'évaluation du FNUAP. J'étends mes remerciements à Jozef Maerien (Représentant adjoint) et Nohisoa Rabenampoizina (Responsable chargée du suivi et de l'évaluation) dont le soutien a considérablement facilité le travail des évaluateurs, notamment durant la phase de terrain (juin 2012). Enfin, mes sincères remerciements vont à Agathe Lawson, Représentante résidente du FNUAP nouvellement nommée à Madagascar, dont l'implication a été décisive pour le bon déroulement du séminaire de présentation des résultats de l'évaluation, qui s'est tenu en octobre 2012, à Antananarivo.

De la phase de démarrage jusqu'à la phase de rédaction du rapport final, cette évaluation a également bénéficié du soutien d'un groupe de référence, dont je tiens à remercier l'ensemble des membres. Présidé par Monsieur Jean Gabriel Randrianarison, Secrétaire Général de la Vice-Présidence Chargée de l'Économie et de l'Industrie (VPEI), le groupe de référence était composé de Monsieur Justin Ranjalahy Rasolofomanana (Directeur Général de l'Institut National de la Santé publique et communautaire), Monsieur Hariliva Rakotoarimanana (Chargé d'études à la Direction de la Coopération Économique et de la Coordination des Aides Extérieures, VPEI), Monsieur Jozef Maerien, Madame Nohisoa Rambenampoizina, Monsieur Victor Rakoto (Assistant au Représen-

tant, Bureau du FNUAP à Madagascar), Monsieur Reginald Chima (Conseiller en suivi et évaluation auprès du Bureau régional Afrique, FNUAP), Monsieur Yves Bergevin (Conseiller principal en santé maternelle, Division technique du FNUAP) et Madame Yoshiko Zenda (Conseillère en conduite du changement, Bureau du Directeur Exécutif, FNUAP).

Enfin, je tiens à exprimer ma reconnaissance à tous ceux qui se sont rendus disponibles pour rencontrer les évaluateurs et ont accepté de partager leurs points de vue avec eux. Trop nombreux pour être cités nommément ici, il s'agit des partenaires nationaux, de l'équipe de pays du système des Nations Unies à Madagascar, des représentants de la société civile et des organisations non gouvernementales, et des bénéficiaires des interventions appuyées par le FNUAP.

Avec l'équipe d'évaluation, je souhaite que ce rapport constitue un document de référence dans la nouvelle étape du partenariat entre le FNUAP et Madagascar, et que les analyses, conclusions et recommandations présentées ici soient, pour les parties prenantes, une source d'inspiration en vue de l'élaboration de la stratégie du prochain programme de coopération.

Ce rapport est accompagné d'un volume d'annexes, disponible sur le site internet du Service de l'évaluation.

Louis Charpentier
Chef du Service de l'évaluation

Table des matières

Avant-propos	i
Abréviations et acronymes	vi
Madagascar : faits et chiffres clés	xii
Résumé	xiv
CHAPITRE 1 : INTRODUCTION	1
1.1 Objectifs de l'évaluation	1
1.2 Champ de l'évaluation	1
CHAPITRE 2 : APPROCHE MÉTHODOLOGIQUE	2
2.1 Processus	2
2.2 Critères et questions d'évaluation	3
2.3 Outils et méthodes employés pour la collecte et l'analyse de données	4
2.4 Limites et contraintes de l'exercice	5
CHAPITRE 3 : LE PROGRAMME DU FNUAP ET SON CONTEXTE	7
3.1 Le contexte politique et socio-économique	7
3.2 La situation de Madagascar au regard des OMD	9
3.3 L'aide extérieure	10
3.4 Le 6 ^{ème} programme de coopération entre le FNUAP et Madagascar	11
CHAPITRE 4 : LES CONSTATS (RÉPONSES AUX QUESTIONS D'ÉVALUATION)	18
4.1 La pertinence du programme	18
4.2 Efficacité et durabilité dans la composante santé de la reproduction	24
4.3 Efficacité et durabilité dans la composante population et développement	39
4.4 Efficacité et durabilité dans la composante genre	45
4.5 L'efficacité du programme	53
4.6 L'alignement stratégique du programme	56
4.7 La capacité de réponse du bureau de pays	57
4.8 La valeur ajoutée du FNUAP à Madagascar	58
CHAPITRE 5 : ANALYSE DU SYSTÈME DE SUIVI ET D'ÉVALUATION	60
5.1 Les objectifs et le champ de l'analyse du système de S&E	60
5.2 Suivi des ressources et des activités	60
5.3 Suivi des réalisations et des résultats	61
5.4 Les moyens consacrés au système de suivi	65
5.5 Suivi des hypothèses et des risques	66
5.6 Intégration des évaluations dans le système de suivi et d'évaluation	66
5.7 Renforcement des capacités des partenaires nationaux	67
CHAPITRE 6 : CONCLUSIONS	69
6.1 Niveau stratégique	69
6.2 Niveau programmatique	70
CHAPITRE 7 : RECOMMANDATIONS	82

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Correspondance entre critères et questions d'évaluation	4
Tableau 2 : Réalisations financières du SNU	11
Tableau 3 : Décaissement du SNU par secteur.	11
Tableau 4 : Évolution des budgets et des dépenses par composante, 2008-2011	16
Tableau 5 : Les principaux indicateurs de santé de la reproduction.	19
Tableau 6 : Ressources engagées pour la composante SR pour la période du 6 ^{ème} programme.	25
Tableau 7 : Résumé des évaluations concernant la sécurisation des intrants de santé	31
Tableau 8 : Dépenses relatives à la composante Population et Développement, 2008-2011	41
Tableau 9 : Ressources engagées pour la composante Genre pour la période du 6 ^{ème} programme	45
Tableau 10 : Évolution des ressources engagées pour la composante SR, 2008-2011	54
Tableau 11 : Appréciation des indicateurs	62
Tableau 12 : Appréciation des indicateurs par composante	62
Tableau 13 : Répartition du budget de plan de suivi par nature des interventions	67
Tableau 14 : Liste des évaluations réalisées sur la période et leur coût respectif.	67
Tableau 15 : Canevas de l'appui aux partenaires	68

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Le processus d'évaluation.	2
Figure 2 : Critères d'évaluation	3
Figure 3 : La logique d'intervention du 6 ^{ème} programme de pays du FNUAP à Madagascar.	14
Figure 4 : Origine des ressources du programme	15
Figure 5 : Répartition des dépenses par composante, 2008-2011.	15
Figure 6 : Évolution des dépenses par composante, 2008-2011	16
Figure 7 : Évolution des dépenses par produit pour composante SR, 2008-2011.	16
Figure 8 : Évolution de la capacité d'absorption, 2008-2011	17

LISTE DES ANNEXES

Le volume contenant les annexes est disponible sur le site internet du Service de l'évaluation.

Annexe 1 : Termes de référence

Annexe 2 : Documents consultés

Annexe 3 : Liste des personnes rencontrées

Annexe 4 : Matrice d'évaluation

Annexe 5 : Suivi et évaluation

Annexe 6 : Groupes et sous-groupes thématiques du SNU

Annexe 7 : Tableau des réalisations dans les régions « quick wins »

Abréviations et acronymes

ADDH	Association pour la défense des Droits de l'Homme
AGR	Activités génératrices de revenus
AMIU	Aspiration manuelle intra-utérine
AT	Assistance technique
APD	Aide publique au développement
BM	Banque mondiale
BNGRC	Bureau national de la gestion des risques et catastrophes
CCA	Bilan commun de pays (<i>Country Common Assessment</i>)
CCAR	Cellule de centralisation et d'analyse régionale
CCC	Communication pour le changement de comportement
CECJ	Centre d'écoute et de conseil juridique
CENIT	Comité électoral national indépendant de la transition
CHD	Centre hospitalier de district
CHR	Centre hospitalier régional
CHU	Centre hospitalier universitaire
CIPD	Conférence internationale sur la population et le développement
COAR	Rapport annuel du bureau de pays
COI	Commission de l'océan Indien
CPAP	Plan d'action du programme de pays
CPD	Descriptif du programme de pays
CPN	Consultation Prénatale
CRM	Croix-Rouge Malagasy
CSB	Centre de santé de base

CSEP	Cellule de planification et de suivi-évaluation
CTA	Conseiller technique adjoint
CTD	Collectivités territoriales décentralisées
CTP	Conseiller technique principal
CTV	Centre de dépistage volontaire
DCEAE	Direction de la coopération économique et des aides extérieures
DGPS	Direction générale de la protection sociale
DIFP	Direction des instituts de formation des paramédicaux
DIU	Dispositif intra-utérin
DMP	Direction méthode et planification
DMU	Dispositif minimum d'urgence
DPLMT	Direction de la pharmacie, du laboratoire et de la médecine traditionnelle
DRE	Direction régionale de l'économie
DRH	Direction des ressources humaines
DRSP	Direction régionale de santé publique
DRPAS	Direction régionale de la population et des affaires sociales
DSEP	Direction suivi-évaluation des programmes
DSI	Département du système d'information
DSME/R	Direction de la santé de la mère et de l'enfant/et de la reproduction
DSRP	Document de stratégie de réduction de la pauvreté
EDS	Enquête démographique et de santé
ENSEA	Ecole nationale supérieure de l'électronique et ses applications
EPIC	Etablissement public industriel et commercial
EPM	Enquête périodique auprès des ménages
EPT	Education pour tous
EVF	Education à la vie familiale
FEMM	Femmes élues maires de Madagascar
FISA	Association malgache pour le bien-être familial

ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES (suite)

FPFE	Fédération pour la promotion de la femme et de l'enfance
FTSM	Fonds thématique pour la santé maternelle
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA)
FVTM	Fédération des femmes rurales à Madagascar
GATPA	Gestion active de la troisième période de l'accouchement
GISE	Gestion de l'information, suivi et évaluation
HACT	Approche harmonisée des transferts monétaires
HAT	Haute autorité de transition
H4+	FNUAP, UNICEF, Banque Mondiale, Organisation mondiale de la santé, ONUSIDA
ICM	Institut catholique de Madagascar
IDH	Indice de développement humain
IEC	Information, éducation et communication
IFP	Institut de formation des paramédicaux
IMATEP	Institut malgache des techniques de planification
IMF	Institutions de micro-finance
IMIS	Système intégré de gestion de l'information
INSTAT	Institut national de la statistique
IPF	Indicateur de participation féminine
ISDH	Indicateur sexo-spécifique de développement humain
ISF	Indice synthétique de fécondité
IST	Infection sexuellement transmissible
ISTE	Institut supérieur de théologie évangélique
JICA	Agence de coopération internationale du Japon
JPE	Jeunes pairs éducateurs
LNME	Liste nationale des médicaments essentiels
MAP	Plan d'action pour Madagascar

MAS	Médecins d'appui et de soutien
MENRS	Ministère de l'éducation nationale et de la recherche scientifique
MINSAP	Ministère de la santé publique
MMR	Maternité à moindre risque
MPAS	Ministère de la population et des affaires sociales
MSIS	Multi-Sector Information Service (membre du Réseau PACT Madagascar)
MSM	Maries Stopes Madagascar
MSR	Maternité sans risque
NEPAD	Nouveau partenariat pour le développement de l'Afrique
OC	Opération césarienne
OCHA	Bureau de la coordination des affaires humanitaires
OMD	Objectif du millénaire pour le développement
OMS	Organisation mondiale de la santé
OPJ	Officiers de police judiciaire
OSC	Organisations de la société civile
P&D	Population et développement
PAEAR	Programme d'alimentation en eau potable et d'assainissement en milieu rural
PAM	Programme alimentaire mondial
PANAGED	Plan d'action national genre et développement
PATH	Programme de technologie appropriée pour la santé
PCM	Responsable de composante (du programme du FNUAP)
PDR/C	Plan de développement régional/communal
PDSSPS	Plan de développement du secteur santé et de la protection sociale
PF	Planification familiale
PIB	Produit intérieur brut
PLEROC	Plateforme des leaders religieux et des organisations confessionnelles

ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES (suite)

PMSPSR	Programme mondial de sécurisation des produits de santé de la reproduction
PN2D	Programme national de décentralisation et de déconcentration
PNPDS	Politique nationale de population et de développement social
PNPF	Politique nationale de promotion de la femme
PNS	Politique nationale de santé
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
PREA	Programme de renforcement de l'administration
PSNA	Politique et stratégie nationale de l'assainissement
PTA	Plan de travail annuel
PTF	Partenaires techniques et financiers
RCD	Rapport sur la coopération au développement
REFAMP	Réseau des femmes africaines ministres et parlementaires
RGPH	Recensement général de la population et de l'habitat
RSP	Rapport standard de progression
SAF	Département/ONG de développement de l'Église de Jésus Christ à Madagascar)
SALFA	Département/ONG de santé de l'Église luthérienne malagasy)
SE	Suivi et évaluation
SE/CNLS	Secrétariat exécutif du comité national de lutte contre le SIDA
SEM	Service exploitation et maintenance
SIDA	Syndrome de l'immunodéficience acquise
SMSR	Service de la maternité sans risque
SNDS	Stratégie nationale de développement de la statistique
SNISE	Système national intégré de suivi évaluation
SNU	Système des Nations Unies
SONU/B/C	Soins obstétricaux et néonataux d'urgence/de base/complets
SPDTS	Syndicat professionnel des travailleurs sociaux

SPSR	Sécurisation des produits de la reproduction
SR	Santé de la reproduction
SRA	Santé de la reproduction des adolescents
SSR	Système statistique régional
STD	Services techniques déconcentrés
STP	Système de tiers payant
UCM	Université catholique de Madagascar
UNDAF	Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
USAID	Agence américaine pour le développement international
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
VBG	Violences basées sur le genre
VPEI	Vice Primature chargée de l'Economie et de l'Industrie

Madagascar : faits et chiffres clés

Pays		Source
Localisation géographique	400km de la côte orientale du continent Africain	
Superficie	587 041km ²	
Population		
Population (habitants)	22.586.000	INSTAT
Population urbaine	20,3 %	INSTAT
Taux d'accroissement naturel	2,8 %	INSTAT
Gouvernement		
Gouvernement	République parlementaire	
Événements politiques clés	Indépendance acquise en 1960 après avoir été une colonie française	
Pourcentage de sièges occupés par des femmes au Parlement National (2012)	9 %	Liste des membres des deux parlements
Economie		
PIB par habitant	900 \$	Statistique mondiale
Taux de croissance	7,1 % (2008), - 4,1 % (2009), 0,5 % (2010)	Statistique mondiale
Principaux secteurs	Tourisme, textile en zones franches, pêche crevette et secteur minier	
Indicateurs sociaux		
Indice de Développement Humain	0,48 avec un rang de 151 sur 182 pays	PNUD 2011
Indice Sexospécifique de Développement Humain	0,40	PNUD 2011
Taux de chômage	3,8 %	EPM 2010
Espérance de vie à la naissance	66 ans	UNICEF
Taux de mortalité des moins de 5 ans	62°/00	UNICEF
Mortalité maternelle (2008)	440‰	UNICEF
Dépenses de santé par habitant	8\$	EDS 2008 -2009
Accouchement assisté par du personnel formé	44 %	EDS 2008 -2009
Taux de fécondité des adolescentes	32 %	EDS 2008 - 2009
Taux de prévalence contraceptive	40 %	EDS 2008 - 2009
Taux de prévalence du VIH (2009) - 15 à 49 ans	0,2	UNICEF
Taux d'alphabétisation	64 %	EPM 2010
Taux net de scolarisation en primaire	99 %	UNICEF

Résumé

Contexte

Ce rapport est le résultat de l'évaluation du 6^{ème} programme de coopération entre le FNUAP et Madagascar. Initialement signé pour la période 2008-2011, avec une enveloppe budgétaire globale de 27 millions de dollars, le programme de pays comportait trois composantes : (i) la santé de la reproduction, (ii) la population et le développement et (iii) le genre.

Du fait de la crise politique de 2009, et dans l'attente d'un retour à la normale conditionnant l'élaboration d'un nouveau Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement (UNDAF), le bureau du FNUAP à Madagascar a élaboré un cadre de développement intérimaire étendant la période du 6^{ème} programme jusqu'à 2013.

Objectifs et champ de l'évaluation

Les objectifs de l'évaluation sont : (i) fournir au FNUAP, aux parties prenantes du programme ainsi qu'au grand public une appréciation indépendante de la pertinence et de la performance du 6^{ème} programme de coopération entre le FNUAP et Madagascar; (ii) analyser le positionnement stratégique du FNUAP dans le contexte du développement national malgache; (iii) tirer les enseignements de ce programme en vue d'améliorer les programmes de coopération futurs entre le FNUAP et Madagascar.

L'évaluation porte sur les produits et les effets des trois composantes du 6^{ème} programme de coopération, tels que définis dans le plan d'action du programme de pays (CPAP) 2008-2011 et dans le programme intérimaire 2012-2013.

En complément de l'analyse de ses trois composantes, l'évaluation comporte une analyse du système de suivi et d'évaluation du programme.

Méthodologie

L'évaluation a été conduite conformément à la méthodologie élaborée par le Service de l'évaluation du FNUAP pour les évaluations de programmes de pays.

L'évaluation a été organisée autour de huit questions (appelées questions d'évaluation) couvrant deux catégories de critères : (i) les critères de pertinence, d'efficacité, d'efficience et de durabilité pour l'analyse des trois composantes du programme; (ii) les critères d'alignement stratégique, de capacité de réponse et de valeur ajoutée pour l'analyse du positionnement stratégique du FNUAP à Madagascar.

Le système de suivi et d'évaluation (S&E) du programme a été analysé à travers l'examen des cinq éléments suivants : (i) le suivi des ressources et des activités; (ii) le suivi des réalisations et des résultats; (iii) le suivi des hypothèses et des risques; (iv) l'intégration des évaluations dans le système de S&E et (v) le renforcement des capacités des partenaires nationaux en matière de suivi et d'évaluation.

Les outils employés pour l'évaluation ont consisté en : (i) une revue détaillée de la documentation relative au programme et aux politiques publiques nationales; (ii) des entretiens individuels et de groupes; (iii) des visites de sites et observations directes ainsi que (iv) des groupes focaux.

Un souci constant de triangulation (croisement des données) a animé l'équipe d'évaluation tout au long de l'exercice. Cette triangulation a reposé sur le croisement systématique (i) des sources de données et d'information et (ii) des outils et méthodes de collecte de données.

Dans la conduite de l'évaluation, les évaluateurs se sont heurtés à de nombreuses contraintes, parmi lesquelles : (i) la difficulté de dresser une vue d'ensemble des activités du bureau de pays à partir des documents fournis; (ii) la qualité insuffisante du système d'indicateurs du CPAP; (iii) l'insuffisante disponibilité de données de suivi du programme; (iv) l'indisponibilité de certaines parties prenantes, ou l'impossibilité matérielle de les rencontrer au cours de la phase de terrain.

L'important effort de triangulation réalisé par l'équipe d'évaluation a cependant permis de pallier, au moins

partiellement, le manque de données disponibles afin de garantir la crédibilité des constats de l'évaluation.

Principaux constats

Les objectifs du 6^{ème} programme du FNUAP ont été formulés sur la base d'une bonne identification des besoins de la population malgache. Elaborée en réponse au diagnostic initial du Plan d'action pour Madagascar (MAP 2007-2012), la planification du FNUAP a également pris en compte les différentes politiques nationales, y compris au niveau décentralisé. Après la crise de 2009, le programme du FNUAP a été révisé pour tenir compte des nouvelles orientations du système des Nations Unies.

Dans le domaine de la santé de la reproduction, le FNUAP a contribué à l'amélioration de l'offre de services de santé maternelle ainsi que de services de planification familiale. En matière de santé maternelle, le FNUAP a contribué au renforcement des capacités institutionnelles au niveau central, particulièrement au travers de son soutien à l'offre de soins obstétricaux et néonataux d'urgence et à la formation des sages-femmes, qui constitue une étape importante en vue de l'augmentation de la pratique des accouchements par du personnel qualifié. La faible capacité d'absorption du système public de santé limite toutefois les effets du soutien du FNUAP. En matière de planification familiale, l'appui du FNUAP a permis le maintien des résultats positifs observés ces dernières années en termes de prévalence contraceptive. La focalisation du programme sur l'aspect logistique de l'approvisionnement en méthodes contraceptives a cependant conduit le FNUAP à prêter une attention insuffisante aux autres éléments de la planification familiale, tels que la prise en compte des barrières socio-culturelles à l'utilisation des services, ou l'existence d'une offre permettant aux femmes de choisir la méthode qui leur est la plus adaptée. Le FNUAP a également contribué à faire que la santé de la reproduction des adolescents devienne une priorité nationale à Madagascar, même si ses interventions dans ce domaine ont souffert de l'absence d'une stratégie bien définie.

Dans le domaine de la population et du développement, les interventions appuyées par le FNUAP ont contribué au renforcement des compétences de ses partenaires de mise en œuvre. Du fait de la crise politique de 2009, qui a entraîné la suspension du projet de recensement général de la population et la mise en sommeil de la planification tant au niveau central qu'au niveau décentralisé, les stratégies déployées pour promouvoir le lien entre population et développement n'ont cependant pas pu porter leurs fruits. La durabilité des acquis méthodologiques et des compétences développées grâce à l'appui du FNUAP est fortement conditionnée à une reprise de la planification du développement.

Dans le domaine du genre, le FNUAP a contribué à la mise en place d'un environnement institutionnel favorable à la promotion de l'égalité entre les hommes et les femmes. Grâce à l'appui du FNUAP, Madagascar a ainsi pu se doter d'instruments juridiques, de planificateurs sensibles au genre aux niveaux national et régional, d'institutions permettant de piloter des actions de lutte contre les violences basées sur le genre (VBG), ainsi que d'un mécanisme de suivi de l'accès à la justice et de lutte contre les VBG. Les interventions visant à l'amélioration de la situation socio-économique des femmes les plus vulnérables ont également produit des résultats positifs (en particulier en ce qui concerne la réinsertion sociale des femmes atteintes de fistules) mais limités. L'appui du FNUAP a contribué au renforcement de la participation des femmes aux affaires publiques. La fragilité des réseaux de femmes soutenus par le FNUAP constitue toutefois une limite à cette évolution favorable. En matière de lutte contre les VBG, l'appui du FNUAP à la mise en place et au développement de Centres d'écoute et de conseil juridique (CECJ) a contribué significativement à la mise à disposition de la population de services de conseil, de protection et d'orientation. Les CECJ demeurent cependant très dépendants de financements extérieurs, ce qui menace la pérennité de leurs résultats.

Les ressources humaines mobilisées dans le cadre du programme, tant au niveau du bureau de pays

et des sous-bureaux qu'en appui aux partenaires de mise en œuvre, ne correspondent pas à l'ampleur des besoins identifiés, du fait notamment de la faiblesse souvent démontrée par les partenaires de mise en œuvre. L'insuffisance des moyens alloués aux sous-bureaux du FNUAP, ainsi que la faible autonomie de décision dont ils jouissent vis-à-vis du bureau d'Antananarivo, constituent une limite supplémentaire à l'atteinte des objectifs du programme.

Principales conclusions

Les objectifs du CPAP se fondent sur une bonne appréhension des besoins de la population et sont alignés sur le Plan d'action pour Madagascar, les politiques nationales sectorielles, et le cadre d'intervention du système des Nations Unies. En réponse à la crise socio-politique de 2009, le FNUAP a fait preuve de flexibilité, et sa capacité d'adaptation au nouveau contexte national lui a permis de garantir la continuité de sa réponse aux besoins de la population. Le lien de causalité entre les activités programmées dans les plans de travail annuel et les produits attendus du programme est cependant difficile à mettre en évidence, ce qui contribue à brouiller la logique d'intervention globale du FNUAP.

L'appui du FNUAP, renforcé par le Fonds thématique pour la santé maternelle, a contribué à l'amélioration de la planification nationale et à l'introduction d'outils de contrôle de qualité en matière de santé maternelle, en s'appuyant sur des politiques gouvernementales existantes. Cependant, le manque de planification opérationnelle et l'absence d'un suivi rigoureux, auxquels s'ajoutent des lacunes institutionnelles au niveau décentralisé, diminuent le potentiel de succès des différentes interventions du FNUAP.

Le FNUAP n'a pas suffisamment tenu compte des effets négatifs de la crise de 2009 sur sa capacité à contribuer à la production de données de suivi, ainsi qu'à sensibiliser les décideurs au lien entre l'utilisation de données fiables et une planification utile et efficace.

Deux des trois produits de la composante population et développement (P&D) du programme se sont trouvés sans application concrète du fait de la crise : (i) l'utilisation des données de suivi de l'exécution des programmes de développement et (ii) la sensibilisation des parties prenantes actives en matière de planification nationale et régionale. Confronté à ces limitations, le bureau de pays n'a cependant modifié ni la stratégie ni les budgets alloués à la composante P&D, d'où une perspective réduite d'obtenir des résultats probants.

Le FNUAP a contribué à l'établissement d'un cadre institutionnel favorable à l'amélioration de la condition des femmes. Les interventions du FNUAP ont contribué à la vulgarisation et à une meilleure application des textes réglementaires relatifs aux droits humains en général et au genre en particulier. Le FNUAP a favorisé la sensibilisation de la population aux questions d'égalité entre les hommes et les femmes à travers divers canaux de communication ainsi que par la formation de responsables et d'acteurs locaux aux niveaux central, régional et communal.

Dans un contexte marqué par l'absence d'un système de suivi axé sur les résultats au niveau du FNUAP, la mise en place d'un tel système se heurte à des résistances tant au sein du bureau de pays qu'auprès de ses partenaires d'exécution. La qualité des rapports fournis par les partenaires de mise en œuvre du FNUAP est particulièrement faible, ces derniers privilégiant la description narrative des activités plutôt qu'un véritable suivi des résultats du programme. De même, les contributions du responsable du suivi et de l'évaluation au sein du bureau de pays ne sont pas suffisamment prises en considération par les responsables de composantes.

Principales recommandations

La mise en œuvre du programme de pays à tous les niveaux devrait se concentrer sur les axes prioritaires, avec pour unique perspective l'obtention des résultats attendus. Le FNUAP devrait dès lors adopter une plani-

fication permettant – entre autres – de se concentrer sur un nombre d'activités et un nombre de partenaires d'exécution limité, de garantir un lien de causalité suffisant entre les activités programmées et les résultats attendus, et de prendre en compte la durabilité des actions entreprises.

Le FNUAP devrait réviser sa stratégie de planification familiale dans le cadre d'une approche intégrée de la santé de la reproduction. Outre la sécurisation des produits contraceptifs, le FNUAP devrait en effet accorder une attention accrue à des éléments tels que l'examen des facteurs constituant un frein à l'utilisation des services et méthodes de planification familiale, l'amélioration de la qualité de prestation de services de planification familiale dans les structures de santé, ou encore le renforcement de la coordination entre les stratégies avancées et les formations sanitaires.

La poursuite de l'appui du FNUAP à la production et à l'utilisation des données socio-économiques et des données de suivi devrait être conditionnée à la reprise du processus de planification des politiques publiques, aux niveaux central et décentralisé. Le volume de l'aide du FNUAP devrait en outre être mo-

dulé en fonction des ressources humaines et financières effectivement mises à la disposition des échelons décentralisés, et en particulier des cellules de centralisation et d'analyse régionales.

Le FNUAP devrait mener des actions de plaidoyer auprès des partenaires de mise en œuvre dans le domaine du genre pour s'assurer de l'opérationnalisation et de l'application des réformes menées. Le FNUAP devrait en particulier collaborer avec la Direction Générale chargée du Genre auprès du Ministère de la Population et des Affaires Sociales, pour un inventaire des résolutions prises et des réformes menées dans la thématique genre, ainsi qu'une identification des blocages empêchant l'opérationnalisation et l'application de ces réformes.

Le FNUAP devrait augmenter le budget alloué au responsable chargé du suivi et de l'évaluation (S&E) et donner à ce dernier un rôle effectif dans le suivi des résultats, les revues et la programmation afin de valider leur qualité et leur cohérence avec le programme de pays. Le responsable chargé du S&E devrait en outre effectuer un plus grand nombre de missions de suivi sur le terrain, en associant ces dernières, dans la mesure du possible, aux missions de supervision.

Introduction

1.1 Objectifs de l'évaluation

Conformément à la décision 2009/18 du Conseil d'administration du FNUAP, tous les programmes du Fonds, en particulier les programmes de pays, doivent être évalués au moins une fois durant leur cycle.¹ L'évaluation finale du 6^{ème} programme de coopération entre le FNUAP et Madagascar répond à cette obligation. Les enseignements de l'évaluation doivent en outre contribuer à la préparation du futur programme de pays du FNUAP.

Plus spécifiquement, les objectifs de l'évaluation sont :

- fournir au FNUAP, aux parties prenantes du programme ainsi qu'au grand public une appréciation indépendante de la pertinence et de la performance du 6^{ème} programme de coopération entre Madagascar et le FNUAP ;
- analyser le positionnement stratégique du FNUAP dans le contexte du développement national ;

- tirer les principaux enseignements de ce programme en vue d'améliorer les programmes de coopération futurs entre Madagascar et le FNUAP.

1.2 Champ de l'évaluation

L'évaluation porte sur la stratégie du FNUAP à Madagascar pour la période 2008-2013 et sur la mise en œuvre ainsi que les effets du programme de pays pour la période 2008-2012.

L'évaluation couvre les trois composantes du programme : (i) santé de la reproduction, (ii) population et développement, (iii) genre.

En complément de l'évaluation des trois composantes du programme, l'équipe d'évaluation a par ailleurs conduit une analyse du système de suivi et d'évaluation du programme.

¹ DP/FPA/2009/18

Approche méthodologique

2.1 Processus

L'évaluation, qui a débuté au début du mois de mai et s'est achevée à la fin du mois d'octobre 2012, a suivi un déroulement en cinq phases (cf. Figure 1 ci-dessous).

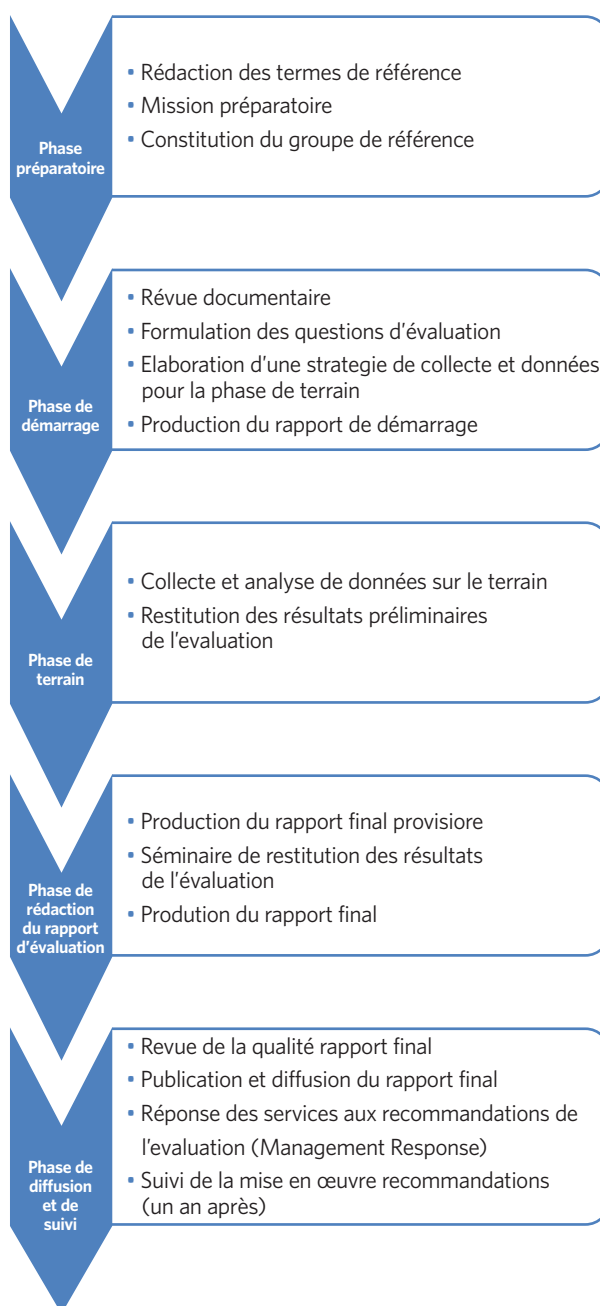
Au cours de la **phase préparatoire** (avril 2012), le responsable de l'évaluation (du service d'évaluation de DOS) et le bureau de pays du FNUAP à Madagascar ont élaboré conjointement les termes de référence de l'évaluation. C'est également au cours de cette phase que le groupe de référence (chargé de suivre les progrès de l'évaluation) et l'équipe d'évaluation ont été constitués.

La **phase de démarrage** (mai 2012) a permis à l'équipe d'évaluation de structurer l'exercice d'évaluation autour d'une liste de questions (voir 2.2 ci-dessous) discutée et validée par le groupe de référence de l'évaluation. Sur la base de ces questions, l'équipe d'évaluation a défini sa stratégie de collecte et d'analyse de données sur le terrain.

La **phase de terrain** (du 4 au 22 juin) a donné lieu à la collecte de données sur le terrain par l'équipe d'évaluation. Elle s'est achevée avec une réunion de restitution des résultats préliminaires de l'évaluation en présence de l'équipe du bureau de pays et des membres locaux du groupe de référence de l'évaluation.

La **phase de rédaction du rapport d'évaluation**, qui a débuté à l'issue de la phase de terrain, a conduit à la rédaction d'un rapport final provisoire. Ce rapport a été présenté par le chef de l'équipe d'évaluation à Antananarivo le 16 octobre 2012, à l'occasion d'un séminaire auquel participaient le chef du service de l'évaluation du FNUAP, le bureau du FNUAP à Madagascar, les partenaires gouvernementaux du FNUAP ainsi que des

Figure 1 : Le processus d'évaluation



représentants de la société civile. Les commentaires émis lors du séminaire ont permis à l'équipe de rédiger le présent rapport final de l'évaluation.

Durant la **phase de diffusion et de suivi**, le rapport d'évaluation sera publié sur le site Internet du FNUAP. Les services du FNUAP concernés par les recommandations du rapport feront connaître leur réponse à ces recommandations dans un document (management response) qui sera également publié sur le site du FNUAP. Un suivi de la mise en œuvre des recommandations sera conduit un an après la publication du rapport.

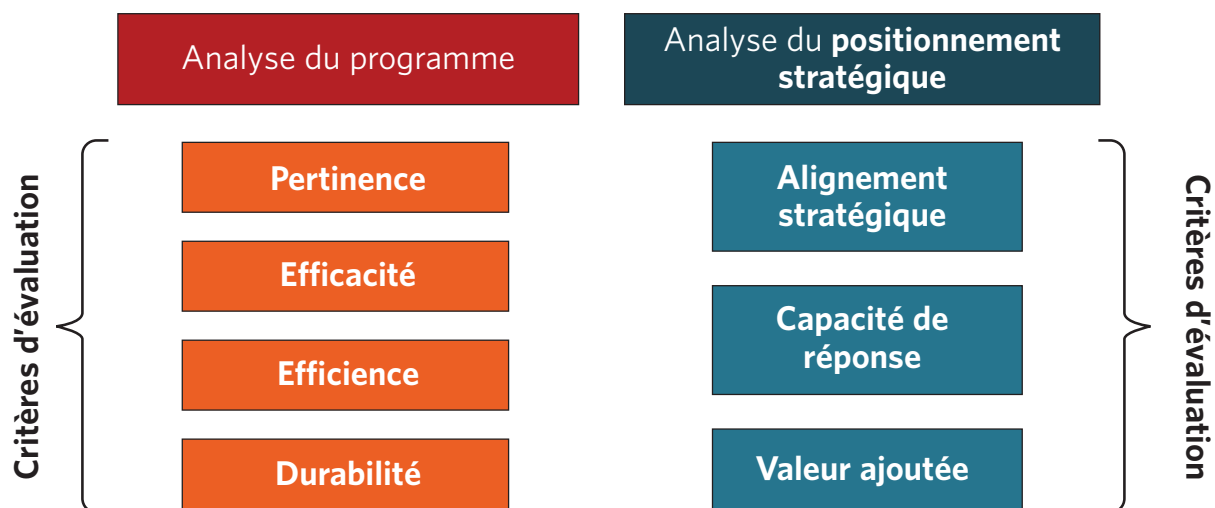
2.2 Critères et questions d'évaluation

Conformément aux termes de référence (cf. Annexe 1), l'évaluation a été organisée autour de questions couvrant deux catégories de critères d'évaluation : (i) les critères définis par le Comité d'aide au développement (CAD) de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE)², pour l'analyse de la pertinence et de la performance du programme; (ii) des critères spécifiques au système des Nations Unies, pour l'analyse du positionnement stratégique du FNUAP à Madagascar (cf. Figure 2)

L'équipe d'évaluation, après discussion avec le groupe de référence, a ainsi retenu 8 questions qui ont permis de focaliser ses travaux de collecte et d'analyse de données :

- **QE1** : Dans quelle mesure les objectifs du plan d'action du programme pays étaient-ils/sont-ils adaptés pour répondre (i) aux besoins de la population, (ii) aux priorités exprimées dans les documents de politiques nationales, (iii) aux événements politiques survenus durant la période couverte par l'évaluation ?
- **QE2** : Dans quelle mesure les interventions appuyées par le FNUAP ont-elles contribué (ou sont-elles susceptibles de contribuer) à une amélioration durable (i) de l'accès de la population, particulièrement les groupes les plus vulnérables, à des services de qualité en matière de SR et planification familiale (PF), (ii) du niveau d'utilisation de ces services ?
- **QE3** : Dans quelle mesure les interventions appuyées par le FNUAP ont-elles contribué (ou sont-elles susceptibles de contribuer) à un accroissement durable de l'utilisation d'informations démographiques et socio-économiques pour l'élaboration et la gestion des plans de mise en œuvre du MAP et des OMD ?
- **QE4** : Dans quelle mesure les interventions appuyées par le FNUAP ont-elle contribué (ou sont-elles susceptibles de contribuer) de manière durable à (i) l'établissement d'un environnement juridique et socio-culturel favorable à la réduction des abus contre les femmes, (ii) à l'élimination des pratiques traditionnelles qui affectent négativement les femmes et (iii) à la promotion de la parentalité responsable ?

Figure 2 : Critères d'évaluation



² A l'exclusion du critère de l'impact

- **QE5** : Dans quelle mesure les ressources humaines, financières et administratives mobilisées dans le cadre du programme ont-elles été converties en résultats ?
- **QE6** : Dans quelle mesure le programme de pays du FNUAP pour Madagascar correspond-il (i) aux priorités exprimées par le Fonds dans son plan stratégique (2008-2011) et (ii) au cadre stratégique du système des Nations Unies ?
- **QE7** : Dans quelle mesure le bureau du FNUAP à Madagascar a-t-il été capable de répondre aux changements intervenus dans le contexte national durant la période de mise en œuvre du programme ?
- **QE8** : Dans quelle mesure le programme du FNUAP a-t-il contribué à l'obtention de résultats additionnels à ceux produits par le gouvernement de Madagascar et les autres partenaires de développement ?

Le tableau ci-dessous illustre la correspondance entre critères et questions d'évaluation.

Les questions d'évaluation ont été traduites en besoins d'information, regroupés au sein d'un outil appelé « matrice d'évaluation » (cf. Annexe 4). Chaque question d'évaluation a été déclinée en critères de jugement (CJ), ces derniers permettant de focaliser la recherche d'information sur une dimension spécifique de la question considérée. A chaque critère de jugement ont ensuite été associés un ou plusieurs indicateurs.

La matrice d'évaluation, une fois remplie, présente de manière synthétique les besoins d'information liés à l'évaluation, les informations collectées (en lien avec les besoins exprimés) ainsi que les sources d'information et les outils et méthodes de collecte employés.

Les informations contenues dans la matrice constituent la « base factuelle » sur laquelle se fondent les constats exprimés dans la partie 4 du rapport.

2.3 Outils et méthodes employés pour la collecte et l'analyse de données

Revue documentaire

Lors de la phase de démarrage, l'équipe d'évaluation a essentiellement eu recours à une **revue documentaire** de l'ensemble des documents de programmation, documents de politiques nationale et rapports de suivi et d'évaluation disponibles sous format électronique (et transmis par le bureau de pays), ainsi que des données financières issues du système d'information du FNUAP.

La revue documentaire s'est poursuivie durant la phase de terrain, permettant la collecte et l'analyse de documents et données qui n'étaient pas disponibles durant la phase de démarrage. Au cours de cette phase, l'équipe d'évaluation a notamment porté son attention sur :

- les plans de travail annuels (PTA) relatifs à chaque composante du programme;

Tableau 1 : Correspondance entre critères et questions d'évaluation

Question	Pertinence	Efficacité	Effizienz	Durabilité	Alignement stratégique	Capacité de réponse	Valeur ajoutée
QE1	X						
QE2		X		X			
QE3		X		X			
QE4		X		X			
QE5			X				
QE6					X		
QE7						X	
QE8							X

- les documents gouvernementaux stratégiques pertinents, comprenant les politiques nationales et les cadres stratégiques de ces politiques;
- les données de suivi disponibles au niveau du bureau de pays;
- les documents définissant la relation entre le FNUAP et ses partenaires dans le pays, tels que les rapports des partenaires d'exécution ou les protocoles d'accord (MoU) avec des partenaires de développement ou le gouvernement;
- les évaluations relatives aux interventions soutenues par le FNUAP à Madagascar.

Entretiens individuels et de groupes

Lors de la phase de terrain, les évaluateurs ont conduit des **entretiens individuels et de groupes** à Antananarivo avec le personnel du bureau de pays du FNUAP ainsi que les représentants des principaux partenaires du FNUAP dans le pays (partenaires du gouvernement, organismes non gouvernementaux (ONG), partenaires techniques et financiers, etc.).

Des entretiens ont également été menés à l'occasion de visites de terrain menées dans six régions (Atsimo-andrefana, Androy, Anosy, Sofia, Atsinanana, Alaotra Mangoro), sélectionnées en collaboration avec le bureau de pays. Les entretiens menés dans le cadre des visites de terrain ont notamment concerné les partenaires de mise en œuvre du FNUAP, les autorités des services déconcentrés au niveau régional et/ou de district, ainsi que des bénéficiaires finaux d'interventions appuyées par le FNUAP.

Au total, l'équipe aura conduit environ **80 entretiens individuels et une dizaine d'entretiens de groupe** pour les trois composantes.

Visites de sites/Observation

Les visites de terrain ont également fourni aux évaluateurs l'occasion d'observations directes sur les sites d'interventions appuyées par le FNUAP, tels que les structures sanitaires, les centres d'écoute et de conseil juridique (CECJ) et les Centres Jeunes.

Groupes focaux

Quatre groupes de discussion focaux ont été menés pour la composante Santé de la reproduction (avec des femmes bénéficiaires d'interventions soutenues par le FNUAP dans le domaine de la santé maternelle et de la planification familiale) et quatre autres ont été conduits pour la composante Genre (avec des chefs traditionnels et/ou des chefs fokontany impliqués dans des activités de sensibilisation appuyées par le FNUAP).

Triangulation

Un souci constant de triangulation (croisement) des données a animé l'équipe tout au long de l'évaluation. Cette triangulation a reposé sur

- Le croisement systématique des **sources** de données et d'information;
- Le croisement systématique des **outils et méthodes** de collecte de données (revue documentaire, entretiens individuels et de groupes, groupes focaux, observation directe).

2.4 Limites et contraintes de l'exercice

L'équipe d'évaluation s'est heurtée à de nombreuses contraintes au cours de l'évaluation du 6ème programme, parmi lesquelles :

- la difficulté de dresser une vue d'ensemble des activités du bureau de pays à partir des documents fournis;
- certains documents n'ont pu être mis à la disposition des évaluateurs (malgré de nombreux efforts pour les obtenir), en particulier des rapports de suivi et des données qui auraient permis de dresser une cartographie des réalisations du bureau de pays. Souvent, les seules données chiffrées disponibles étaient celles des régions « quick wins », telles que compilées par les médecins d'appui et de soutien;
- les rapports de suivi des plans de travail annuels (PTA) ne sont pas établis de façon systématique. Les rapports disponibles sont peu structurés et ne fournissent pas

de renseignements détaillés ni de synthèse de l'ensemble des interventions entreprises chaque année. Pour la composante Santé de la reproduction (SR), les rapports annuels conjoints des fonds thématiques fournissent davantage d'informations que les autres rapports mais ils demeurent toutefois trop vagues et ne fournissent que peu de données spécifiques pour certaines interventions. Par exemple, la description des campagnes de sensibilisation ne fournit aucune donnée quantitative sur l'ampleur de ces actions. Ils ne fournissent en outre que peu d'éléments d'analyse qui permettraient de tirer des leçons des expériences passées. L'équipe d'évaluation n'a pu obtenir que des données partielles concernant le produit 2 et le produit 3 de la composante SR;

- la durée limitée de la phase de terrain n'a pas permis l'organisation de rencontres avec toutes les parties

prenantes. Cette contrainte s'applique surtout à la composante SR, dont les interventions nombreuses et de nature différente impliquent de multiples partenaires de mise en œuvre;

- de nombreux indicateurs parmi ceux sélectionnés dans l'outil de suivi du CPAP ne permettent pas de mesurer la contribution du FNUAP. La définition des indicateurs de suivi est par ailleurs souvent imprécise.

L'important effort de triangulation réalisé par l'équipe d'évaluation a permis de pallier, au moins partiellement, le manque de données disponibles afin de garantir la crédibilité des constats de l'évaluation.

Le programme du FNUAP et son contexte

3.1 Le contexte politique et socio-économique

Madagascar est un pays confronté au défi de l'extrême pauvreté. Il se situe au 151^{ème} rang des pays les plus pauvres parmi 182 classés. L'incidence de la pauvreté atteint 82,2 % en milieu rural contre 76,5 % en milieu urbain³. Chaque année, des catastrophes naturelles dévastatrices telles que les cyclones, les inondations, la grêle ou les invasions acridiennes vulnérabilisent les populations des zones côtières. La crise politique de 2009 (liée à un changement de régime non-constitutionnel) a aggravé ce contexte. L'incidence de la pauvreté a ainsi augmenté de 7,8 points entre 2005 et 2010.

Situation dans le domaine de la population et du développement

D'une superficie de 587 041 km², Madagascar se situe à environ 400 km de la côte orientale du continent africain dans le canal du Mozambique. Sur la base d'une estimation de l'Institut national de la statistique (INSTAT), Madagascar compte en 2012 22 586 000 habitants⁴, avec un taux d'accroissement démographique de 2,8 %. La population malgache se caractérise par sa jeunesse, avec un âge moyen de 21,3 ans⁵ et un taux de 53,8 % pour les moins de 20 ans. L'espérance de vie à la naissance est passée de 44 ans en 1970 à 66 ans en 2010⁶.

La population malgache vivant en milieu rural représente 79,7 % contre 20,3 %⁷ vivant en milieu urbain. La com-

paraison entre les deux sexes montre une légère supériorité numérique de la population féminine avec 50,5 % de femmes contre 49,5 % d'hommes. Enfin, le ménage malgache compte en moyenne 4,8 individus dont la direction revient pour 20 % des ménages à des femmes.

Il est à noter que les données sur la population utilisées jusqu'à maintenant sont projetées à partir du dernier recensement général de la population et de l'habitat (RGPH), mené en 1993. Pour pallier cette absence de recensement général, et en vue d'opérationnaliser un meilleur pilotage de la vie économique et sociale de la nation, l'État malgache, avec l'appui des partenaires techniques et financiers (PTF), continue de réaliser des Enquêtes périodiques auprès des ménages (EPM). Ainsi, après celle de 2005, une EPM a été réalisée en 2010.

L'INSTAT a également réalisé un certain nombre d'études thématiques, parmi lesquelles l'enquête démographique et de santé (EDS, 2008-2009), l'enquête nationale sur le travail des enfants (2007-2009) ou encore le rapport national sur le développement humain (2008-2010).

Par ailleurs, en vue d'un meilleur pilotage du développement national, l'État malgache, en collaboration avec ses PTF, a décidé d'élaborer la Stratégie nationale de développement de la statistique (SNDS) en 2005. Elaboré sur la base d'une approche participative, le document stratégique a été publié en 2007 et a donné lieu à une restructuration de l'INSTAT ainsi qu'au renouvellement des agents statisticiens.

³ Enquête Périodique auprès des Ménages EPM 2010

⁴ INSTAT : Institut National de la Statistique

⁵ Enquête Périodique auprès des Ménages EPM 2010

⁶ UNICEF - www.unicef.org/madagascar

⁷ Enquête Périodique auprès des Ménages EPM 2010

Parallèlement à la SNDS, un système national intégré de suivi et évaluation (SNISE) a été élaboré en 2007. Pour une meilleure opérationnalisation du système, un manuel de procédure et d'organisation du SNISE, réalisé en décembre 2010, a été fourni aux utilisateurs du système. Le taux de couverture régionale du SNISE est passé de 33 % en 2008 à 100 % à partir de 2010.⁸

Situation dans le domaine de la santé de la reproduction

Depuis 2000, la mise en œuvre de la politique de la santé de la reproduction (PSR) a permis des améliorations notables dans ce domaine. L'indice synthétique de fécondité (ISF) est passé de 5,2 en 2003 à 4,8 en 2009⁹. De même, le nombre d'adolescentes (15 à 19 ans) actives sexuellement a diminué, passant de 36 % à 32 % entre 2003 et 2009.

La proportion de femmes et d'hommes en union connaissant une méthode contraceptive et celle des femmes et des hommes utilisant la contraception ont également connu une amélioration. En effet, entre 2003 et 2009, les taux des femmes et des hommes en union connaissant une méthode de contraception sont respectivement passés de 85 % à 96 % et de 81 % à 95 % pour une méthode moderne¹⁰. Par ailleurs, le taux d'utilisation de la contraception chez les femmes en union est passé de 17 % à 40 % en 2009, dont 29 % pour les méthodes modernes (notamment les pilules, les injectables et les condoms masculins) et 11 % pour les méthodes traditionnelles (notamment la continence périodique).¹¹

Le taux d'accès à des soins prénataux dispensés par un personnel formé concerne 86 % des femmes dont 85 % en milieu rural et 95 % en milieu urbain.¹² Par contre, seulement 35 % des femmes ont accouché dans un établissement de santé contre 64 % à domicile. Ce taux d'accouchement à domicile atteint 67 % en milieu rural. Enfin, 65 % des femmes ont suivi des soins post-nataux.

Un plan stratégique national de lutte contre le VIH/Sida a été élaboré pour la période 2007-2012. Les statistiques¹³ les plus récentes dans ce domaine font état d'un taux de prévalence du VIH de 0,2 % chez les adultes de 15 à 49 ans (2009). Pour la période 2005-2010, la connaissance d'ensemble sur la prévention du VIH concerne 26 % des jeunes hommes de 15 à 24 ans contre 23 % chez les jeunes femmes de la même tranche d'âge.¹⁴

Situation dans le domaine du genre

Après la conférence des femmes de Beijing en 1995, la promotion du genre a commencé à prendre véritablement son essor à Madagascar, aboutissant à l'élaboration en 2000 de la politique nationale de promotion de la femme (PNPF), traduite en plan d'action national genre et développement (PANAGED) pour la période 2004-2008.

L'indice sexo-spécifique de développement humain (ISDH) de Madagascar reste toujours inférieur à l'indice de développement humain (IDH), ce qui reflète une persistance de la disparité de genre. Néanmoins, cette disparité est faible : en 2011, l'ISDH est évalué à 0,40 pour un IDH de 0,48.¹⁵

En termes de scolarisation, les filles accèdent à la scolarité sans discrimination, comme l'indique le taux de scolarisation en primaire de 100 % pour les filles contre 99 % pour les garçons¹⁶ en 2008. Par contre, l'Indicateur de Participation Féminine (IPF) est encore faible avec 0,406 en 2008.¹⁷ Actuellement, les femmes occupent 9 % des sièges au Parlement et au sein du gouvernement, elles sont 9 femmes sur 27 ministres.

Enfin, on note une recrudescence des violences basées sur le genre (VBG)¹⁸ qui se répartissent en violences physiques pour 26 %, en violences psychologiques et affectives pour 25 %, en abandon de foyer pour 39 % et en violences sexuelles pour 11 % de cas.

⁸ PREA : Programme de Renforcement de l'Administration : Rapport d'activité 2011

⁹ Enquête Démographique et de Santé 2008 -2009

¹⁰ Idem

¹¹ Idem

¹² Idem

¹³ UNICEF- www.unicef.org/madagascar

¹⁴ Enquête Démographique et de Santé 2008 -2009

¹⁵ Rapport de suivi des OMD 2010

¹⁶ Enquête Périodique auprès des Ménages 2010

¹⁷ Baromètre Genre et Développement – SADC 2010

¹⁸ Programme intérimaire des Nations Unies 2012 -2013

3.2 La situation de Madagascar au regard des OMD

Si en 2008 le pays affichait une tendance positive dans la perspective de l'atteinte des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD), dans la période de crise actuelle, les tendances s'inversent et menacent l'atteinte de la quasi-totalité des objectifs. La présente analyse est menée sur la base de compilation de données disponibles issues de plusieurs sources.¹⁹

Concernant l'objectif 1 – **Éliminer l'extrême pauvreté et la faim** : une dégradation de la situation de la pauvreté est observée à partir de 2009. La proportion de la population vivant au-dessous du seuil de pauvreté est en effet passée de 67,5 %²⁰ en 2006 à 76,5 % en 2010²¹, soit une population pauvre estimée à 15 millions sur un total de 20 millions d'habitants²². Durant la même période, l'intensité de la pauvreté s'est accrue de plus de 7 points, passant de 26,8 % à 34,9 % en 2009. La pauvreté²³ concerne davantage les personnes vivant dans les régions du Sud que celles du Nord.

En ce qui concerne l'objectif 2 – **Assurer une éducation primaire pour tous** : de 2006 à 2008, des efforts notables ont été accomplis dans le renforcement de l'éducation primaire. Le taux net de scolarisation a atteint 99% et le taux d'achèvement du primaire est arrivé à 71% en 2008. Le taux d'alphabétisation des personnes âgées de plus de 15 ans a également connu une hausse. Ce taux a atteint 71,4 % en 2008 contre 62,9 % en 2006. La crise ouverte en 2009 remet en cause ces évolutions positives et menace désormais l'atteinte de l'objectif 2.

Concernant l'objectif 3 – **Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes** : sur le plan de la situation de l'alphabétisation, les disparités entre les deux sexes s'amenuisent. Le taux d'alphabétisation des femmes

âgées de 15 ans et plus est passé de 59,6 %²⁴ en 2006 à 68 %²⁵ en 2010.

La participation féminine dans la gestion des affaires publiques demeure faible. En 2008, l'IPF est de 0,406. Toutefois, en cette période transitoire, une certaine amélioration est constatée. Actuellement, 9 ministres sur 27 sont des femmes contre 3 sur 22 en 2008. Les femmes parlementaires occupent 9 % des sièges contre 7,8 % en 2008 et deux des institutions de l'État sont dirigées par des femmes.

La participation effective des femmes dans les affaires publiques reste à un niveau toujours faible en raison du faible niveau d'éducation des femmes malagasy, de la persistance des stéréotypes sur le partage des rôles entre les deux sexes, de la faiblesse structurelle, managériale et financière des réseaux des femmes et de la non-effectivité du cadre réglementaire relatif au genre²⁶.

Concernant l'objectif 4 – **Réduire la mortalité infantile** : les données statistiques disponibles font état d'une aggravation de la situation en 2009. Le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans atteint 62 %²⁷ s'il était de 58 %²⁸ en 2006. De plus, la proportion d'enfants vaccinés contre la rougeole a chuté à 43 %²⁹ en 2009 alors qu'il était à 83 %³⁰ en 2006. Toutefois, la mortalité infanto-juvénile a régressé, passant de 94 % à 43 %³¹ en 2009.

S'agissant de l'objectif 5 – **Améliorer la santé maternelle** : la comparaison entre la situation de 2008 et celle de 2006 montre une légère diminution de la mortalité maternelle. Le taux de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes est passé de 469 en 2006 à 440 en 2008³². Néanmoins, il importe de noter que la proportion d'accouchements assistés par un personnel de

¹⁹ Rapport de suivi des OMD 2010,

²⁰ Rapport de suivi OMD 2007

²¹ Enquête Périodique auprès des Ménages 2010

²² Rapport de suivi des OMD 2010

²³ Rapport de suivi des OMD 2010

²⁴ Enquête Périodique auprès des Ménages 2005

²⁵ Enquête Périodique auprès des Ménages 2010

²⁶ Rapport de suivi OMD 2010

²⁷ UNICEF : www.unicef.org/madagascar

²⁸ UNICEF 2006 : www.unicef.org/madagascar

²⁹ UNICEF 2010 : www.unicef.org/madagascar

³⁰ Idem

³¹ Enquête Démographique et de Santé 2008-2009

³² Statistique mondiale : www.statistiques-mondiales.com

santé qualifiée a diminué. Le taux d'accouchement assisté par un personnel de santé qualifié qui était de 51 % en 2006 est descendu à 44 %.³³

Concernant l'objectif 6 – **Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies** : la prévalence du VIH/SIDA est maintenue à moins de 1 %, même au sein des groupes les plus exposés. Le paludisme et la tuberculose sont toujours endémiques et affectent une grande proportion de la population. En 2009, l'utilisation de moyens de protection et de traitement efficaces contre le paludisme concerne 57 %³⁴ de la population vivant dans les zones à risque.

Concernant l'objectif 7 – **Assurer un environnement durable** : Madagascar regorge d'importantes ressources environnementales dont la biodiversité représente 5 % de la totalité mondiale avec un taux d'endémicité de 90 %³⁵. Dans le cadre de la protection de l'environnement, les efforts entrepris ont contribué à la division par quatre de la vitesse de déforestation en 20 ans ainsi qu'à l'extension des aires protégées. En 2010, 11 % du territoire national, soit 5,4 millions d'hectares ont été classés aires protégées. Enfin, 10 régions sur 22 ont accès à l'eau potable.

L'instabilité institutionnelle née des événements de 2009 s'est cependant soldée, sur le plan environnemental, par l'expansion à grande échelle de l'exploitation irrationnelle des ressources naturelles. En 2009, plus de 36 000 tonnes de rondins ont été exportés vers la Chine. A ce recensement officiel s'ajoutent les exportations frauduleuses. Néanmoins, des mesures prises au niveau national et international sont actuellement en passe de contenir le fléau³⁶.

Concernant l'objectif 8 – **Mettre en place un partenariat mondial pour le développement** : L'actuelle période de transition est marquée par la dégradation des financements extérieurs, à la suite de multiples suspensions. L'aide publique au développement (APD) accuse une baisse de 80 %³⁷ des financements à titre de prêts.

En effet, selon leurs principes, les partenaires techniques et financiers n'accordent pas de prêts à un gouvernement inconstitutionnel. Les partenariats conclus ont essentiellement concerné les secteurs de l'urgence et des interventions humanitaires.

3.3 L'aide extérieure

En 2008, avec un volume d'aide extérieure de 698,048 millions de dollars EU³⁸, Madagascar se situe au-dessous de la moyenne mondiale. En effet, l'aide publique au développement (APD) par habitant pour Madagascar est estimée en moyenne à 56,3 dollars EU contre 66,8 dollars EU par habitant pour la moyenne des pays ayant un IDH similaire.

A la suite de la suspension de la plupart des financements extérieurs liée à la crise politique, le volume d'aide mise à disposition de Madagascar en 2009 est tombé à 398,427 millions de dollars EU, soit une diminution de 43 % par rapport à la situation d'avant crise. L'APD par habitant est ainsi descendue à 20,33 dollars EU en 2009. 71,3 % des financements obtenus en 2009 correspondent à des subventions contre 28,7 % prenant la forme d'emprunts.

En 2010, l'APD par habitant est remontée à 23,35 dollars EU du fait de l'augmentation des financements extérieurs. Le volume de ces derniers a en effet atteint 470,332 millions de dollars EU en 2010 et 405,498 millions de dollars EU en 2011.

En 2011, l'aide extérieure est assurée pour 62,75 % par les institutions multilatérales contre 27,5 % en partenariat bilatéral. La France et les États Unis demeurent les plus importants partenaires financiers bilatéraux de Madagascar avec respectivement 29,01 % et 37,80 % du volume d'aide en coopération bilatérale.

De 2009 à 2011, les réalisations financières du SNU ont augmenté tous les ans comme le montre le tableau qui suit.

³³ Enquête Démographique et de Santé 2008-2009

³⁴ Idem

³⁵ Rapport de suivi OMD 2010

³⁶ Réflexions basées sur le Symposium national sur l'environnement forestier organisé par l'ONG Voary Gasy en 2012

³⁷ Rapport de suivi OMD 2010

³⁸ Rapport sur la Coopération au Développement 2010 -2011 - Primature de Madagascar

Tableau 2 : Réalisations financières du SNU

Année	2009	2010	2011
Décaissements effectifs SNU (en millier de USD)	72 431	83 405	98 766

Source: Rapport sur la Coopération au Développement (RCD) 2010-2011

En 2011, le SNU occupe la première place des partenaires techniques et financiers avec un volume de financement de 98 766 milliers de dollars EU, représentant 38,82 % des financements multilatéraux et 24,36 % du volume total de l'aide extérieure à Madagascar.

Sur le plan sectoriel, les appuis provenant du SNU ont été les plus importants dans les secteurs Santé, Education et Développement rural. Par rapport au volume total de l'aide extérieure par secteur, celui provenant du SNU a connu une variation positive entre 2010 et 2011. Le tableau qui suit résume la part des décaissements octroyés par le SNU en 2011 dans les secteurs Santé, Education et Développement rural.

Tableau 3 : Décaissement du SNU par secteur

Secteur	Santé	Education	Développement rural
Part des décaissements provenant du SNU en 2011	15,7 %	61,5 %	19,9 %
Variation 2010-2011	10,1 %	12,2 %	3,4 %

Source : RCD 2010-2011 - Madagascar

3.4 Le 6^{ème} programme de coopération entre le FNUAP et Madagascar

3.4.1 Enseignements tirés des précédents cycles de coopération

3.4.1.1 Rappel des objectifs du 5^{ème} programme du FNUAP

Le 5^{ème} programme 2005-2009 avait pour objectif prioritaire de soutenir les efforts du Gouvernement en vue de la réduction de moitié de la pauvreté d'ici 2015. Dans cette optique, le programme visait à contribuer à la réalisation

des objectifs du document de stratégie de réduction de la pauvreté (DSRP), des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD), du descriptif du programme de pays (CPD), du plan d'action du programme de pays (CPAP) et du nouveau partenariat pour le développement de l'Afrique (NEPAD). Le 5^{ème} programme a été focalisé sur la santé de la reproduction (SR), la prévention du VIH/SIDA, les données sur le développement, la prise en compte des interrelations population et développement, la lutte contre les violences basées sur le genre et l'autonomisation des femmes.

Plus spécifiquement, le 5^{ème} programme envisageait la réalisation des produits suivants :

- **Produit 1** : Volume accru de données sur la population fiables et ventilées par sexe et par âge, aux échelons national et provincial.
- **Produit 2** : Amélioration des capacités techniques des institutions relatives à l'exploitation des données sur la population pour planifier les activités des secteurs sociaux, y compris l'éducation et la santé, conformément au programme d'action de la CIPD et au NEPAD
- **Produit 3** : Volume accru d'informations de haute qualité sur la planification familiale pour les hommes, les femmes et les jeunes et les soins obstétricaux d'urgence, en intégrant les valeurs socio-culturelles saines, les droits de la santé de la reproduction et le genre.
- **Produit 4** : Volume accru des informations et des services visant à prévenir les maladies sexuellement transmissibles et le VIH/SIDA, y compris la programmation de la distribution de préservatifs, notamment aux jeunes, aux forces armées et aux femmes enceintes.
- **Produit 5** : Volume accru des services pour les femmes, les hommes et les jeunes dans les domaines de la planification de la famille, des soins obstétricaux d'urgence et de la santé des adolescents en matière de sexualité et de procréation.
- **Produit 6** : Renforcement des capacités des institutions nationales, y compris le gouvernement, le Parlement, les ONG et les associations de défense des droits de l'homme, relatifs à la mise en œuvre des

volets du plan d'action national en faveur des femmes et du développement, consacrés aux droits des femmes et à l'autonomisation des femmes.

Le 5^{ème} Programme prévoyait également que les produits contribueraient à certains effets spécifiques de l'UNDAF, tels que la réduction de 30 % de la mortalité et de la morbidité infanto-juvénile et de 25 % de la mortalité et de la morbidité maternelles; l'existence d'un cadre légal et institutionnel de protection et de promotion des droits politiques, sociaux et économiques renforcé et le renforcement de la qualité des services de prévention et de prise en charge des Infections Sexuellement Transmissibles (IST) et du VIH/SIDA.

3.4.1.2 Les réalisations du 5^{ème} programme

Les activités menées pour atteindre les 6 produits ont été entamées à travers la réalisation des composantes Santé de la reproduction, Stratégie population et développement et Genre.

Dans la composante Santé de la reproduction (produits 3, 4, 5), les réalisations ont concerné le renforcement des connaissances sur la SR, le VIH/sida et la planification familiale (PF) à travers actions de formation, de sensibilisation et de plaidoyer à destination des décideurs et des responsables locaux. Par ailleurs, des actions contribuant à faciliter l'accès de la population aux services de SR/SRA et PF ont été menées via la mise en place de services de conseil (counseling), de prévention et de prise en charge. Aujourd'hui, 100 % des districts sanitaires offrent des services de PF. La disponibilité et la sécurisation des produits SR/PF ont également été assurées³⁹.

Les résultats obtenus sont significatifs dans la mesure où les actions entreprises ont permis de renforcer la connaissance par un large public des services existants en matière de PF, de SR et de VIH/sida. L'accès aux services de PF et SR ainsi que de prévention des MST et du VIH/sida a été renforcé via la couverture des besoins nationaux en produits de traitement et en contraceptifs, ainsi que par l'extension de ces services à l'ensemble du territoire.

La mise en œuvre de la composante population et développement, en lien avec les produits 1 et 2 du

CPAP, s'est faite à travers des actions de sensibilisation/formation des acteurs potentiels à différents niveaux (universitaires, enseignants d'université, responsables des structures déconcentrées et décentralisées, planificateurs, agents de mise en œuvre, réseaux des journalistes et des parlementaires population-développement) sur l'utilité des liens population-développement. Les actions entreprises ont conduit la partie nationale à reconnaître l'importance des liens population-développement. A la suite des actions de plaidoyers menées, le Plan d'action pour Madagascar (MAP) et les plans d'actions régionaux et communaux ont reflété à leurs niveaux respectifs le lien entre population et développement.

Au niveau central, la politique nationale de population et du développement social (PNPDS) a été mise à jour puis validée, et un manuel de formation en malagasy officiel et en dialecte a été conçu. Au niveau décentralisé, la collecte des données démographiques a fait l'objet d'actions de sensibilisation et de formation. Au niveau des services de santé, un canevas de rapport mensuel a été vulgarisé et les jeunes pairs éducateurs ont été formés à la gestion des fiches de renseignement.

Le 5^{ème} programme a par ailleurs conduit à l'ouverture de chantiers d'actions en vue de mettre à disposition des planificateurs des données fiables et ventilées sur la population, par sexe et âge.

L'exécution de la composante genre, correspondant au produit 6 du CPAP, impliquait la réalisation de formations de formateurs issus du Ministère de l'éducation nationale et de la recherche scientifique (MENRS), de la fédération des femmes rurales à Madagascar (FVTM) et des associations d'animateurs dans le domaine de l'éducation à la vie familiale (EVF) sur le genre, et plus particulièrement les droits et responsabilités des hommes en matière de planification familiale. Les réalisations dans le domaine du genre ont également concerné la vulgarisation des droits de la femme et de la famille et des connaissances relatives à la SR et à la PF auprès de la population.

La mise en œuvre de la composante genre a contribué à la compréhension des problèmes de genre tant au niveau des bénéficiaires qu'au niveau des partenaires du programme.

³⁹ Rapport d'évaluation du 5^{ème} programme de coopération Madagascar-FNUAP, Mars 2008

3.4.2 La logique d'intervention du 6^{ème} programme

La logique d'intervention du programme de pays du FNUAP à Madagascar, telle que reconstruite par l'équipe d'évaluation, est décrite dans le diagramme ci-dessous (cf. Figure 3).

Le CPAP 2008-2011 couvre trois domaines d'intervention (ou « composantes ») : (i) santé de la reproduction, (ii) population et développement et (iii) genre. Pour chacune de ces composantes, les effets escomptés du CPAP (ou « produits ») sont respectivement : (i) la population, particulièrement les groupes les plus vulnérables, ont accès et utilisent les services de qualité en santé de la reproduction et planification familiale; (ii) l'utilisation accrue des informations socio-économiques et démographiques fiables ventilées par sexe et par âge sur la population et développement, aux fins d'élaboration, de gestion, de suivi et d'évaluation des stratégies et programmes nationaux, décentralisés et sectoriels (PDSS, PSN, PANAGED) de mise en œuvre du MAP et des OMD; (iii) un environnement juridique et socio-culturel favorable à la réduction des abus contre les femmes, à l'élimination des pratiques traditionnelles qui affectent négativement les femmes et à la promotion de la parenté responsable.

Le CPAP est censé contribuer aux effets 1 (« la population, en particulier les groupes les plus pauvres et vulnérables, jouit de tous les droits sociaux, économiques, civils et politiques grâce à une gouvernance participative et solidaire ») et 5 (« existence d'un environnement favorable pour un meilleur accès de la population, en particulier les groupes vulnérables, aux informations et services de santé de qualité ») de l'UNDAF.

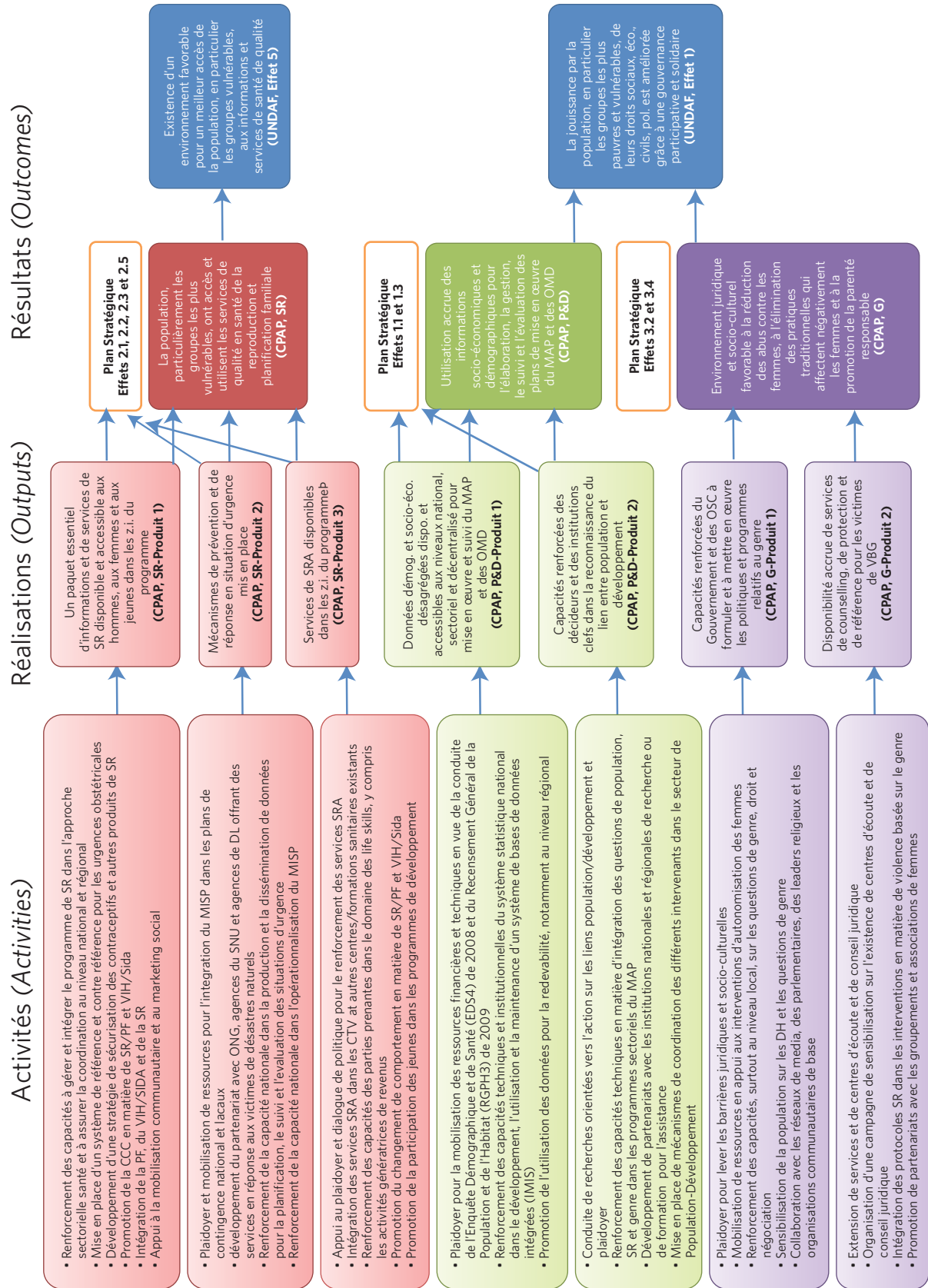
Afin d'atteindre l'effet UNDAF 5 visant à améliorer l'accès de la population à des services de santé de qualité, le CPAP 2008-2011 prévoit la mise à disposition du paquet essentiel d'information et de services de santé de la reproduction dans les zones d'intervention du programme au travers du renforcement des capacités de gestion, de la mise en place d'un système de référence pour les urgences obstétricales et de sécurisation des produits de la SR et de la promotion d'un changement de comportement. Le programme pays a ciblé les jeunes en intégrant les services de SR et IST/VIH pour les adolescents dans le système de santé (des zones d'intervention) par le biais du plai-

oyer, du renforcement des capacités et de la promotion de la participation des jeunes dans les interventions. Ces interventions sont censées contribuer aux OMD 5 (amélioration de la santé maternelle) et 6 (lutte contre le VIH/SIDA, le paludisme et autres maladies). Dans le domaine de la santé de la reproduction, le programme de pays se réfère également à quatre effets du plan stratégique 2008 – 2011 du FNUAP : (i) promotion des droits en santé de la reproduction (SR) et de la demande pour la santé sexuelle et reproductive (SSR) ainsi que l'intégration de des services de SSR dans les politiques de développement et les cadres d'action humanitaire, (ii et iii) accroissement de l'accès à des services de santé maternelle et de planification familiale de qualité, et (iv) accès des jeunes à des services de SSR, prévention du VIH et de violences faites aux femmes. Bien que le programme de pays prenne en compte l'OMD 5, ce dernier n'apparaît pas clairement dans l'UNDAF.

En ce qui concerne l'effet UNDAF 1, qui vise à garantir que la population (en particulier les groupes les plus pauvres et vulnérables) bénéficient de droits sociaux, économiques, civils et politiques, il se traduit au niveau du pays par (i) la mise en place de mécanismes de réponse en cas d'urgence dans le domaine de la SR, (ii) l'amélioration de la disponibilité de données démographique et socio-économique ainsi que le renforcement de la capacité des décideurs d'intégrer les questions de population, SR et genre, (iii) le renforcement des capacités pour la formulation et la mise en œuvre de politiques et programme d'autonomisation des femmes (iv) et enfin l'accroissement de la disponibilité des services de *counselling* et protection pour les femmes victimes de violence. Cet effet contribue aux OMD 1 (Élimination de l'extrême pauvreté) et 3 (Promotion de l'égalité des sexes et de l'autonomisation des femmes).

Dans le domaine population et développement il contribue à 2 effets du plan stratégique : (i) données disponibles, analysées et utilisées pour l'élaboration et le suivi des politiques et programmes et (ii) la dynamique de la population et ses liens avec le genre, la SSR et le VIH/sida intégrées aux politiques publiques. La composante genre contribue à (i) la promotion de l'égalité des sexes, des droits en matière de SR et de l'autonomisation des femmes et des adolescentes et à (ii) la réponse aux violences faites aux femmes par l'amélioration des

Figure 3 : La logique d'intervention du 6^{ème} programme de pays du FNUAP à Madagascar



politiques, des systèmes de protection, l'application effective des lois et les services de SSR et de prévention du VIH dans les situations d'urgence.

Suite à la crise sociopolitique et économique et en l'absence de cadre de politique nationale bien défini, le Système des Nations Unies (SNU) a étendu à décembre 2013 le cycle de l'UNDAF qui couvrait initialement la période 2008-2011 et a préparé (en collaboration avec le gouvernement de transition) un UNDAF Intérimaire pour la période transitoire 2012-2013, en attendant un retour à l'ordre constitutionnel afin de répondre aux priorités de développement du pays. Dans ce plan cadre le FNUAP contribue à 4 des 5 axes programmatiques : 1) gouvernance 2) la protection des couches vulnérables et des populations à risque, y compris la gestion des catastrophes; 3) l'accès aux services sociaux de base dans les domaines de l'éducation, de la santé, 5) le renforcement de l'information, du suivi/évaluation et de la communication.

3.4.3 La structure financière du programme

L'enveloppe indicative du programme 2008-2011⁴⁰ était de 27 M\$. La part des ressources ordinaires était de 62,5 %, les autres ressources provenant principalement de fonds abondés par plusieurs bailleurs (27 %) et des contreparties du gouvernement (4 %). La participation financière des autres agences des NU et de bailleurs bilatéraux était

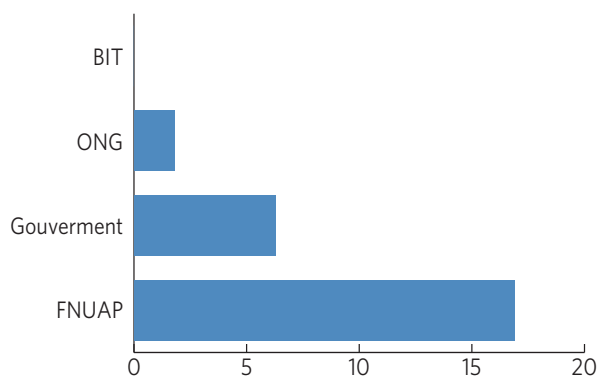
proportionnellement minimale. Le financement de la mise en œuvre du programme a dû tenir compte de la réaction des bailleurs de fonds de Madagascar à la crise politique de 2009. Les disponibilités financières ont réduit les ressources et ont amené à réorganiser le montage financier du CPAP. Les dépenses du programme ont été de 25,1 M\$ (92 % du montant prévisionnel). La contribution du FNUAP a augmenté des 62,5 % initiaux à 67,4 % des dépenses et celle du gouvernement a été multipliée par 6 (de 1 à 6 M\$). Les ONG ont mobilisé pour leur part 1,8 M\$.

La santé de la reproduction constitue l'essentiel (17,9 M\$, 65,9 %) du budget du CPAP 2008-2011. Les budgets des composantes Population et développement et Genre ont été respectivement de 3,9 et 2,8 M\$ (25 % des dépenses). Le budget pour la gestion et l'administration gestion et d'administration s'élevaient respectivement à 2,8 et 0,8 M\$ (soit 14 % au total).

L'engagement financier du FNUAP en matière de santé reproductive a augmenté régulièrement entre 2008 et 2011, de 2,8 à 5,0 M\$/an. L'évolution est identique pour le genre mais à un niveau bien inférieur (0,5 M\$ en 2011). Le budget relatif à la composante Population et Développement ont été réduite de moitié en 2011 après un pic en 2010 de 1,2 M\$.

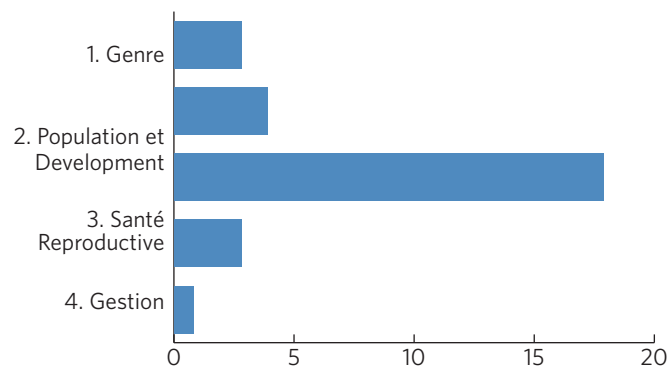
Le budget et les dépenses par projet (regroupés par composante et produit) sont les suivants :

Figure 4 : Origine des ressources du programme



Source : Atlas

Figure 5 : Répartition des dépenses par composante, 2008-2011



Source : Atlas

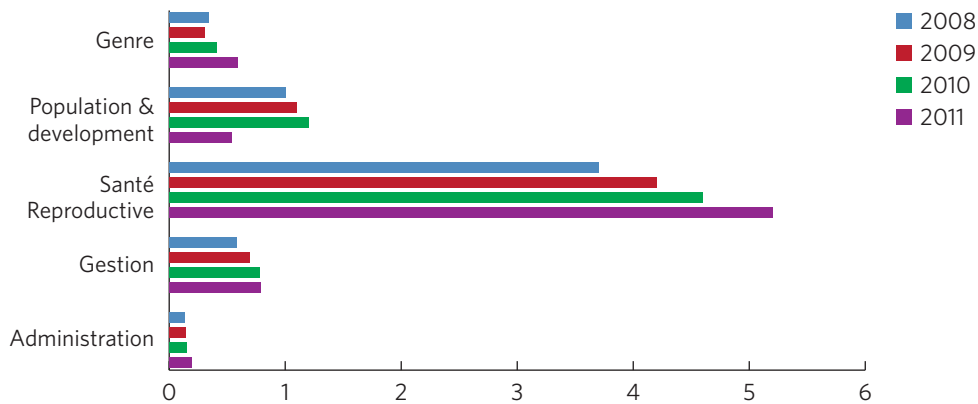
⁴⁰ Les données 2012-2013 ne sont pas disponibles.

Tableau 4 : Évolution des budgets et des dépenses par composante, 2008-2011

Activités	Année												Total Budget	Total Dépense
	2008		2009		2010		2011		Dépense	Budget	Dépense	Budget		
	Budget	Dépense	Budget	Dépense	Budget	Dépense	Budget	Dépense						
1. Genre	349 800	276 019	315 000	288 873	413 829	398 918	590 576	462 979	1 669 205	1 426 790				
MDG6G21A Egalité et autonomisation de la femme	239 800	214 203	230 000	229 293	254 729	227 402	259 731	254 122	984 260	925 019				
MDG6G41A Soutien victimes de violence basée sur le Genre	110 000	61 817	85 000	59 580	159 100	171 516	330 845	208 857	684 945	501 770				
2. Population & Développement	1 036 900	985 921	1 129 500	1 133 607	1 214 584	1 168 586	543 130	532 800	3 924 114	3 820 913				
MDG6P11A Intégration Population et Développement	292 900	261 823	120 000	120 099	217 071	192 070	153 665	169 031	783 636	743 022				
MDG6P31A Production et utilisation de données fiables pour le développement	744 000	724 098	1 009 500	1 013 508	997 513	976 516	389 465	363 769	3 140 478	3 077 891				
3. Santé Reproductive	3 778 062	2 842 273	4 240 780	3 842 272	4 677 860	4 454 799	5 210 582	5 007 400	17 907 284	16 146 744				
MDG6R11A Demande de services en SR	192 100	139 364	156 700	157 728	90 640	138 717	69 411	6 136	508 851	441 945				
MDG6R11B Projet IEC/CCC santé-population	502 012	481 368	354 200	197 819	241 583	183 802	209 271	212 407	1 307 066	1 075 396				
MDG6R12A Mécanismes de prévention et de réponse aux urgences	443 700	449 275	354 674	240 369	361 622	321 663	694 063	662 660	1 854 059	1 673 967				
MDG6R21A Services de SONU	990 150	525 584	1 697 206	1 521 896	2 171 774	2 075 910	2 308 061	2 299 930	7 167 191	6 423 321				
MDG6R31A Services Planning Familial	1 096 700	765 999	1 398 250	1 451 084	1 418 441	1 386 783	1 513 710	1 437 624	5 427 101	5 041 490				
MDG6R51A Accès des jeunes aux services SSR & PF	338 300	297 339	154 750	179 704	286 000	257 603	307 365	278 746	1 086 415	1 013 393				
MDG6R41A Demande et accès aux services SIDA MST	215 100	183 344	125 000	93 673	107 800	90 321	108 701	109 896	556 601	477 233				
4. Gestion	585 808	767 304	691 124	655 141	783 720	749 334	784 706	775 578	2 845 358	2 947 356				
MDGM0809 Gestion	585 808	767 304	691 124	655 141	783 720	749 334	784 706	775 578	2 845 358	2 947 356				
5. Administration	311 640	303 072	141 500	138 618	159 000	149 567	198 800	199 625	810 940	790 882				
MDG6A11A Administration	311 640	303 072	141 500	138 618	159 000	149 567	198 800	199 625	810 940	790 882				
Total général	6 062 210	5 174 589	6 517 904	6 058 511	7 248 993	6 921 204	7 327 794	6 978 381	27 156 901	25 132 685				

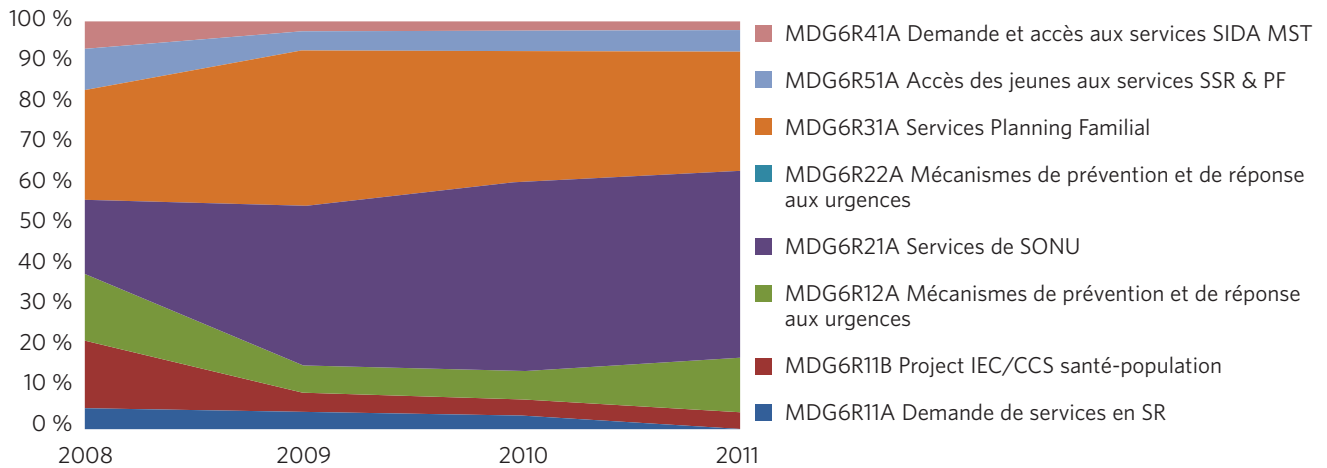
Source : Atlas

Figure 6 : Évolution du budget par composante, 2008-2011



Source : Atlas

Figure 7 : Évolution des dépenses par produit pour composante SR, 2008-2011



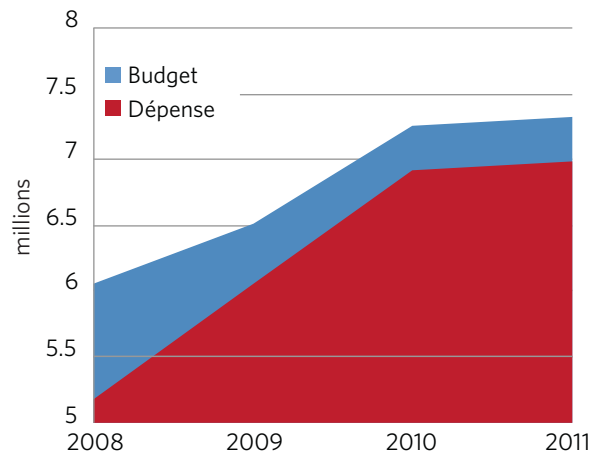
Source : Atlas

Le poids de chacun des produits au sein des composantes a varié, parfois de manière marquée, dans le cours de l'exécution du programme. Ces évolutions sont particulièrement nettes pour la composante santé reproductive, avec un point de rupture qui correspond à la crise de 2009 et à l'introduction des fonds thématiques de la santé de la reproduction.

Ce type d'évolution est également repérable pour la composante Population et Développement mais avec un point de rupture en 2010 avec la réduction de moitié des ressources allouées à la production et l'utilisation de données.

La capacité d'absorption à l'issue du programme est de 93 %. Elle a évolué positivement au cours de l'exécution du programme :

Figure 8 : Évolution de la capacité d'absorption, 2008-2011



Source : Atlas

Les constats (réponses aux questions d'évaluation)

4.1 La pertinence du programme

Dans quelle mesure les objectifs du plan d'action du programme pays étaient-ils/sont-ils adaptés pour répondre (i) aux besoins de la population, (ii) aux priorités exprimées dans les documents de politiques nationales, (iii) aux événements politiques survenus durant la période couverte par l'évaluation ? (QE1)

Résumé de la réponse

Les objectifs et les stratégies du plan d'action du programme pays ont été élaborés sur la base du Plan d'action pour Madagascar (MAP), censé refléter de manière exhaustive les besoins de la population. Les études spécifiques réalisées dans le domaine de la santé de la reproduction ont permis d'affiner la planification, notamment pour ce qui concerne l'offre de services, avec toutefois une attention insuffisante apportée aux barrières socioculturelles à l'utilisation des services. La sélection des zones d'intervention, en fonction de la faiblesse des indicateurs socio économique et de SR, permet aux populations vulnérables de bénéficier des interventions du FNUAP. Les groupes les plus isolés géographiquement ne sont cependant pas ciblés de façon spécifique.

De manière générale, les objectifs et les stratégies du plan d'action du programme de pays sont alignés sur les politiques nationales, y compris les politiques de décentralisation. Cependant un accent moindre est mis sur le renforcement des capacités au niveau communautaire dans le cas de la composante SR. La stratégie de promotion de l'intégration de la dimension P&D dans les politiques publiques est beaucoup plus faible en termes à la fois de diagnostic et de logique d'intervention.

La planification des composantes SR et Genre s'inscrit dans les réorientations introduites dans le programme intérimaire des Nations Unies. La composante P&D n'a en revanche tenu compte que de manière très limitée du nouveau cadre du système des Nations Unies.

4.1.1 Prise en compte des besoins des populations, en particulier des groupes vulnérables, lors de la planification

Le 6^{ème} programme est aligné sur le plan d'action pour Madagascar (MAP) qui est basé sur une étude des besoins de la population au niveau national. La planification des composantes du CPAP s'est également basée sur les données d'études nationales telles que les enquêtes démographiques et de santé appuyées par la composante population et développement (P&D), ainsi que d'autres études concernant l'offre de services de santé de la reproduction (SR) appuyées par la composante SR (CJ. 1.1).

Identification des besoins

En ce qui concerne la composante SR, le 6^{ème} CPAP identifie **la vulnérabilité particulière des femmes en âge de procréer** en soulignant le taux de mortalité maternelle élevé, le faible taux d'accouchement dans les formations sanitaires, le faible taux de prise en charge des complications avec un accès géographique limité aux services de santé, ainsi que l'existence de barrières liées à des facteurs socio-culturels et d'accessibilité financière. Les grossesses

précoces parmi les adolescentes, accompagnées par de nombreuses complications sont des besoins également identifiés dans le CPAP⁴¹. Ces problèmes sont reflétés par les données de l'EDS 3 (2003 – 2004), qui a été la principale source de données utilisée pour planification du 6^{ème} CPAP. Ces données ont été réactualisées sur la base de l'EDS 4 (2008-2009) (réalisée avec l'appui du FNUAP).

Tableau 5 : Les principaux indicateurs de santé de la reproduction.

Indicateur	2004 (EDS 3)	2009 (EDS 4)
Taux de mortalité maternelle	469	498
Accouchements avec personnel formé (%)	51,3	43,9*
Indice synthétique de fécondité (ISF)	5,2	4,8
Taux d'utilisation de méthodes contraceptives modernes (%)	18,3	29,2
Besoins non satisfaits en PF (%)	24,5	19,0

Sources : Enquête Démographique et de Santé 3 et 4

Même si le niveau d'utilisation de la planification familiale a augmenté durant les dix dernières années, l'EDS 4 fait référence à des besoins non satisfaits en matière de contraception⁴². Ces besoins non satisfaits sont plus aigus chez les 15-19 ans que chez les autres groupes d'âges. Les facteurs intervenant dans la faible utilisation des méthodes contraceptives ont été explorés lors de l'EDS 4 mais **les barrières spécifiques au niveau régional n'ont pas fait l'objet d'études particulières**. Par exemple, lors des groupes focaux organisés avec des femmes en âge de procréer, il est apparu que l'opposition du partenaire est un obstacle important au recours à la contraception.

Plusieurs **études**⁴³ ont été **réalisées** avec des financements du FNUAP en ce qui concerne la situation de la planification familiale, mais la plupart **ne concernent que l'offre de services de PF et la sécurisation des produits**. Ces études ont permis d'obtenir des données qui ont pu fournir une base pour améliorer la planification des services. Toutefois, ces études semblent peu coordonnées et ne produisent pas toujours une réponse appropriée aux besoins identifiés. Des études socioculturelles sur les barrières à l'utilisation des méthodes de longue durée avaient été planifiées mais n'ont pas été réalisées, alors que le FNUAP avait précisément mis l'accent sur ce type de méthodes.

En matière de santé maternelle, grâce aux financements additionnels du Fonds thématique pour la santé maternelle⁴⁴ (FTSM), le FNUAP a initié une « Évaluation des besoins en matière de soins obstétricaux et néonataux d'urgence »⁴⁵ et une « Enquête confidentielle des décès maternels »⁴⁶ en 2010. Ces deux études **ont permis d'obtenir des données spécifiques** en ce qui concerne les causes des décès maternels ainsi que la situation des services de SONU. Ces données ont été **utilisées pour affiner la planification en fonction des besoins**. Lors de la planification Les priorités ont été définies en fonction du nombre d'habitant à desservir⁴⁷ et la disponibilité de sages-femmes ou de médecins plutôt que sur un élargissement des soins SONU vers les populations rurales et enclavées. Ces priorités n'abondent pas tout à fait dans le sens du CPAP qui reconnaît la vulnérabilité des femmes ayant un accès géographique limité aux services de santé.

L'évaluation de la politique de gratuité des services de santé maternelle et de planification familiale⁴⁸ a permis d'obtenir des informations importantes du point de vue de l'offre de services mais également du point de vue du coût de ces services pour les utilisateurs et de la façon dont ils peuvent faire face à ces coûts.

⁴¹ L'Enquête démographique et de santé 4 (EDS 4) confirme que la fécondité demeure précoce puisque 32 % des adolescentes de 15-19 ans ont déjà commencé leur vie reproductive : 26 % ont déjà eu, au moins, un enfant et 6 % étaient enceintes du premier enfant.

⁴² L'EDS 4 estime que si toutes les naissances non désirées étaient évitées l'indice synthétique de fécondité (ISF) des femmes malgaches serait de 4,2 au lieu de 4,8 enfants

⁴³ Voir la liste en Annexe 4, matrice d'évaluation, QE 1, critère de jugement 1.1

⁴⁴ Le Fonds thématique pour la santé maternelle (FTSM) est un fonds établi en 2008 par le FNUAP afin d'aider à réduire la mortalité maternelle et atteindre ainsi les Objectifs du Millénaire pour le développement n° 5 dans les pays faisant état de taux de mortalité maternelle élevés. Une évaluation à moyen terme du FTSM a récemment été réalisée et peut être consulté sur le site: <http://www.unfpa.org/public/home/about/Evaluation/EBIER/TE/pid/10094>

⁴⁵ Vice Primature Chargée de la Santé Publique, FNUAP, UNICEF, OMS, AMDD, MSIS, *Évaluation des Besoins en Matière de Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence à Madagascar*, 2010

⁴⁶ Ministère de la Santé Publique avec l'appui de l'OMS et du FNUAP, *Enquête Confidentielle des Décès Maternels*, 2010

⁴⁷ La distribution des structures de services SONU prise en compte lors de la planification est de 5 structures SONU pour 500 000 habitants dont au moins une structure de SONU complet.

⁴⁸ Ministère de la Santé Publique, FNUAP, *Évaluation de la Politique de gratuité des Services de Santé Maternelle et de Planification Familiale*, 2010

La plupart de **ces études concernent l'offre de soins** et fournissent des informations qui peuvent permettre d'améliorer les services. En général, les stratégies nationales développées avec l'appui du FNUAP prennent en compte les besoins identifiés au cours de ces études. Cependant elles **n'incluent pas toujours les perspectives des utilisateurs** et ne permettent donc pas d'identifier l'ensemble des freins à l'utilisation des services.

La sélection des zones d'interventions et la couverture des interventions

En ce qui concerne la composante SR, en 2010, six régions « quick wins »⁴⁹ ont été sélectionnées sur la base des indicateurs socio-économiques et de santé de la reproduction les plus faibles sur la base de l'EDS 4 (2008-2009). L'objectif était de **concentrer les activités de la composantes SR dans les zones les plus vulnérables** en redéfinissant les modalités de mise en œuvre du programme afin d'en optimiser l'impact sur la population bénéficiaire.

En ce qui concerne la composante genre, le choix d'implantation des centres d'écoute et de conseil juridique (CECJ) est régi par : (i) le souci d'une **complémentarité** avec les cliniques juridiques mis en place par le PNUD, (ii) l'existence d'une association de défense des Droits de l'Homme (ADDH) opérationnelle dans la zone pour la gestion et (iii) l'existence d'une **demande spécifique des autorités** locales attestant l'utilité des services de CECJ dans leurs localités respectives.

Sur un autre plan, les activités prévues par le CPAP reflètent les engagements du MAP. Dans la mesure où l'élaboration du MAP a suivi un processus participatif (collecte des besoins de la population dans les 22 régions de Madagascar), on peut considérer que les **objectifs et activités du CPAP tiennent correctement compte des besoins de la population**. Le produit 1 du CPAP correspond ainsi à l'engagement 8 du MAP, plus précisément au défi 5 relatif à l'accroissement de la participation de la femme dans la vie communautaire et la protection et la promotion des droits de la femme.

Le produit 2 (relatif à la disponibilité de services de conseil, de protection et de référence pour les victimes

de VBG) correspond au défi 4 (activités prioritaires 3) du MAP dont la finalité est d'assurer la protection juridique des groupes vulnérables, notamment les femmes et les enfants.

Dans le cadre du 5^{ème} programme, avec l'appui du FNUAP, le ministère de la population et des affaires sociales avait réalisé des formations d'animateurs à l'éducation à la vie familiale (EVF) en matière de parentalité responsable. Ces animateurs EVF ont appuyé entre autres les CECJ dans la sensibilisation et le règlement des conflits au sein des ménages. Malgré des résultats satisfaisants, le volet Education à la vie familiale qui permettait de répondre à certains besoins des jeunes et des ménages les plus fragiles a été abandonné dans le 6^{ème} CPAP.

4.1.2 Cohérence des stratégies des composantes du CPAP avec les politiques et stratégies nationales

Le 6^{ème} programme s'appuie sur le Plan d'action pour Madagascar 2007-2012 (MAP) qui vise à mettre en œuvre des « initiatives de réforme transformationnelle » en vue de l'atteinte des OMD. (CJ. 1.2)

La composante santé de la reproduction (SR) s'inscrit dans la réforme n°5 qui vise à réduire la taille moyenne des familles et le taux de croissance démographique et à intensifier la lutte contre le VIH/SIDA. **Le soutien du FNUAP en matière de SR s'appuie sur le plan de développement du secteur de la santé⁵⁰ pour la période 2007-2011**, qui vise à réduire la mortalité maternelle et néonatale avec, entre autres l'objectif de satisfaire les « demandes en matière de PF surtout en zones enclavées et rurales »; **et sur la feuille de route pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale à Madagascar 2005-2015**. Les objectifs de la feuille de route concernent l'accessibilité et la disponibilité des soins maternels et néonataux de qualité à tous les niveaux du système de santé ainsi que le renforcement des capacités des individus, des familles et de la communauté afin qu'ils soient impliqués activement dans l'amélioration de leur santé.

⁴⁹ Atsimo Andrefana, Androy, Anosy (Sud), Vatovavy Fitovinany, Atsimo Atsinanana (Sud-Est) et Sofia (Nord).

⁵⁰ Ministère de la Santé, du Planning Familial et de la Protection Sociale, *Plan de Développement Secteur Santé 2007-2011*

Le FNUAP a soutenu le gouvernement pour la mise en œuvre d'interventions censées contribuer à l'atteinte du premier objectif, avec un accent particulier sur les 6 régions « quick wins » en ce qui concerne l'opérationnalisation. En soutien au second objectif une stratégie communautaire a été développée en 2009 mais sa mise en application n'a pas été effective en raison de la situation politique. Dans les régions « quick wins » cette stratégie n'apparaît pas comme ayant fait l'objet d'interventions spécifiques. La question des transports jusqu'aux structures de référence reste un énorme défi, et les populations vivant dans les zones les plus enclavées ont un accès plus limité aux services de santé. Une des approches pour tenter de répondre à cette contrainte majeure est d'impliquer les communautés de façon plus systématique comme mentionné dans la feuille de route.

L'appui institutionnel à la centrale d'achats SALAMA par le biais de formations en système d'information de gestion logistique et sur le logiciel CHANNEL s'inscrit dans une démarche de soutien au **Programme d'action pour l'intégration des intrants de santé (PAIS) 2008-2012**⁵¹.

Le **Plan stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA 2007-2012 (PSN)** a également été utilisé comme document de référence pour l'élaboration du CPAP.

En matière de SR, le CPAP est censé **contribuer aux effets 1 et 5 de l'UNDAF 2008-2011**. Bien que les besoins des jeunes en matière de santé de la reproduction, notamment les grossesses précoces, soient mentionnés dans le cadre UNDAF, et bien que la réponse du CPAP concerne la prévention IST et VIH/Sida et la prévention des grossesses chez les adolescentes, les activités sont davantage orientées vers la prévention du VIH/Sida que vers le règlement du problème des grossesses précoces.

Avec le soutien du FNUAP, la plupart des indicateurs standards internationaux en SR ont été inclus dans le système d'information sanitaire, mais leur compilation et leur analyse ne sont pas toujours utilisées comme outil de planification.⁵²

En ce qui concerne la composante population et développement (P&D), la stratégie du CPAP en matière

de production de données fiables a correctement pris en compte les éléments saillants du diagnostic porté par le schéma national de développement de la statistique (SNDS) de 2007. Ces éléments ne portent pas directement sur les besoins des populations malgaches, et en particulier des groupes vulnérables, mais participent à terme à leur meilleure prise en compte dans les phases de conception de la planification (avec les données INSTAT) comme dans celles d'exécution (avec les données du SNISE de la DSEP). La stratégie de promotion de l'intégration de la dimension P&D dans les politiques publiques est beaucoup plus faible, à la fois en termes de diagnostic et en termes de logique d'intervention. **Globalement, le diagnostic lui-même et le lien entre celui-ci et la chaîne des objectifs/résultats/produits sont insuffisamment développés pour démontrer ex ante la pertinence de la stratégie.**

La composante genre est en cohérence avec les documents de politiques nationales en vigueur actuellement, à savoir, le plan d'action pour Madagascar (MAP 2007 -2012), la politique nationale pour la promotion de la femme (PNPF 2000-2015) et le plan d'action national genre et développement (PANAGED 2003 – 2008). Faute de cadres d'intervention plus récents, ces derniers constituent des références pour la conduite d'actions relatives au genre à Madagascar.

En 2008, comme la plupart des PTF, le **FNUAP a aligné ses PTA avec les priorités du MAP**. En effet, le MAP prévoit dans l'engagement « Solidarité nationale » d'une part le Défi 4 : « Améliorer l'appui aux pauvres et vulnérables » et « Assurer la protection juridique des groupes vulnérables notamment les femmes et les enfants » et, d'autre part, le Défi 5 : « Promouvoir l'égalité du genre et l'autonomisation des femmes ». Le programme a quant à lui pour objectifs la réinsertion socio-économique des femmes vulnérables et le renforcement de la participation des femmes dans les affaires publiques, ainsi que la contribution à l'amélioration du cadre juridique et réglementaire relatif à la prévention et la prise en charge des violences basées sur le genre.

La composante genre est également **en conformité avec les composantes du PANAGED** qui prévoient

⁵¹ Ministère de la Santé et du Planning Familial, *Programme d'Action pour l'Intégration des intrants de Santé (PAIS), Plan Stratégique 2008-2012*

⁵² Annexe 4 - Matrice d'évaluation, QE n°1, CJ 1.1

l'intégration du genre dans les institutions, les programmes et projets de développement. En effet, le programme fixe des objectifs en matière de mise à disposition des institutions nationales, régionales, publiques et privées de responsables capables de piloter et d'intégrer le genre dans les politiques de promotion du genre.

Enfin, le programme du FNUAP s'accorde avec les objectifs de la **Politique Nationale de la Promotion de la Femme** (PNPF). En effet, Les PTA relatifs au Genre prévus dans le cadre de la promotion de la femme concernent la réalisation d'actions en faveur de la mise en place :

- d'un budget sensible au genre,
- d'un système de quotas hommes-femmes dans les sphères de décisions
- d'action pour l'autonomisation des femmes au moyen d'appuis techniques et financiers.

Au niveau central, le FNUAP prévoit de renforcer les capacités d'intervention des organisations de la société civile (OSC Femmes) en matière de lobbying et de prise de responsabilités dans les affaires publiques. Au niveau des communautés dans les zones d'intervention, le FNUAP a prévu de soutenir l'autonomisation des femmes via le renforcement de leurs engagements dans les activités de production et surtout la réinsertion socio-économique des femmes vulnérables. Ces objectifs de genre définis dans le programme du FNUAP contribuent donc à la mise en œuvre de la PNPF.

4.1.3 Appui du FNUAP à la collecte et au traitement des données démographiques et socio-économiques

L'appui du FNUAP à la collecte et au traitement des données démographiques et socio-économiques, ainsi qu'au recensement général de la population et de l'habitat (RGPH) et à l'enquête démographique et de santé (EDS) était initialement adapté aux besoins en termes de suivi de la mise en œuvre du MAP et de l'atteinte des OMD. La rupture introduite par la crise politique dans le processus de décentralisation et les réactions des bailleurs de fonds du RGPH ont amené le FNUAP à

redéfinir en profondeur la consistance des deux produits de la composante P&D. Cette redéfinition s'est faite dans le cadre très large des objectifs du CPAP et, de manière surprenante, à budget global constant alors même que sans RGPH, le suivi de l'atteinte des OMD était reporté *sine die*. Pour ce qui est spécifiquement du **suivi du MAP**, la stratégie a été poursuivie malgré l'abandon du MAP comme document de référence pour l'action publique sous le nouveau régime, sur la base du décret n°2008-524 « portant organisation générale du cadre institutionnel du Système National Intégré de Suivi Évaluation (SNISE) » pris en juin 2008. Elle est **conçue plus comme un dispositif d'attente d'un retour à la planification que comme un système de rétroaction effective entre planification et suivi des programmes de développement (CJ. 1.3)**

4.1.4 Les modalités de renforcement des capacités des décideurs par rapport à l'intégration population et développement

Les modalités de renforcement des capacités des décideurs par rapport à l'intégration population et développement n'ont pas pris en compte les contraintes propres à chaque secteur et sont restées trop vagues pour donner un cadre de référence pour l'action (CJ. 1.4). Les PTA du projet 6P11A entre 2008 et 2011 ont varié chaque année de format et de contenu, ce qui rend difficile l'analyse de la cohérence de leurs activités et des ajustements apportés. Les ajustements ne sont pas mis en évidence et ne sont pas justifiés par une évolution des besoins en matière de renforcement de capacité. Les interventions du FNUAP autour de ce produit en sont venues à préparer une après-transition politique, quand logiquement les instances étatiques retrouveront leurs attributions planificatrices

4.1.5 Cohérence des activités avec les orientations en termes de décentralisation/déconcentration

Les activités des trois composantes au niveau régional sont cohérentes avec les orientations nationales en matière de décentralisation et de déconcentration et se révèlent adaptées aux enjeux régionaux. Toutefois des contraintes dues à la crise et à un niveau national

encore très centralisé sont un frein au renforcement institutionnel des régions (CJ 1.5)

Le secteur de la santé a été l'un des premiers secteurs où le processus de décentralisation a débuté en (2003 -2004). Dès le début du 6^{ème} programme, la composante SR entendait fournir un paquet complet d'interventions de la santé de la reproduction dans les 12 régions d'interventions. A partir de 2010, l'appui du FNUAP s'est concentré dans les régions « quick wins » avec la mise en place de médecins d'appui dont le rôle est de renforcer les capacités au sein des directions régionales de la santé pour la mise en œuvre des activités de SR (planification familiale, SONU, SRA). Toutefois les efforts de renforcement des capacités sont limités à cause du système qui reste très centralisé. Par exemple les régions n'ont qu'un pouvoir de décision limité quand à leur plans annuels ou quant aux mouvements de personnels sont avalisés par le niveau national (inter régions). Le processus d'implication des régions et districts dans l'élaboration du plan SONU a cependant permis contribué à une participation importante des régions et districts dans les décisions concernant l'amélioration des services SONU.

Les activités du FNUAP en matière de P&D au niveau régional sont initialement cohérentes avec les orientations nationales en matière de décentralisation/déconcentration. Elles ont été adaptées à la mise en suspens de la planification décentralisée plutôt qu'aux enjeux régionaux qui n'ont été introduits que marginalement par le CCRA à partir de 2011. Les défis à l'échelle des régions et des communes sont identifiés spécifiquement dans la stratégie nationale. Ils se déduisent logiquement de l'ampleur des carences identifiées au niveau central, déconcentré et pour les collectivités territoriales mais les éléments de diagnostic ne sont pas développés dans le CPAP (ni a *fortiori* dans les PTA). La mise en suspens de la planification décentralisée à partir de 2009 a exclu progressivement les collectivités territoriales du champ d'intervention du FNUAP. Pour la composante P&D, le niveau d'action a été défini comme national par le CPAP et la Vision intérimaire. Les actions sont donc conçues au niveau central et leur contenu n'est pas décliné en fonction des particularités régionales ou des situations particulières des Directions Régionales de l'Économie ou de l'INSTAT. Les retards de mise en place des

CCAR en 2010 et 2011, liés au dynamisme de chaque exécutif régional pour prendre l'arrêté de constitution qui découle du décret n° 2008-524 « portant organisation générale du cadre institutionnel du SNISE » ont contribué à réduire la capacité du FNUAP à soutenir l'échelon régional dans son appui au SNISE.

4.1.6 Prise en compte des orientations du programme intérimaire des Nations Unies dans la planification annuelle du FNUAP

Les composantes SR et Genre sont alignées avec le programme intérimaire des Nations Unies 2012-2013.⁵³ La composante P&D n'a tenu compte que de manière très limitée des orientations du programme intérimaire dans sa planification annuelle. (CJ. 1.6)

À la suite de la crise socio-politique et économique de 2009 et en l'absence de cadre de politique nationale bien défini, le Système des Nations Unies (SNU) a préparé un cadre UNDAF Intérimaire pour la période transitoire 2012-2013. Dans ce cadre, la composante SR du FNUAP contribue à deux des cinq axes programmatiques identifiés : (i) la protection des couches vulnérables et des populations à risque, y compris la gestion des catastrophes et (ii) l'accès aux services sociaux de base dans les domaines de l'éducation et de la santé.

Dans le Programme Intérimaire, les interventions du FNUAP en matière de SR sont beaucoup plus spécifiques que dans le cadre UNDAF. Ceci semble être le résultat d'un positionnement plus clair de la part du bureau de pays. L'approche du SNU prévoit de maintenir le fonctionnement des services de santé publique au travers d'un soutien à la chaîne d'approvisionnement, à la gratuité dans les zones vulnérables, et à la fourniture des services essentiels de santé de la reproduction aux populations les plus défavorisées dans les zones prioritaires à travers des stratégies avancées.

La planification annuelle du FNUAP pour la composante P&D n'a tenu compte que de manière très limitée

⁵³ République de Madagascar, Système des Nations Unies, *Programme Intérimaire des Nations Unies à Madagascar 2012-2013*

des orientations du programme intérimaire des Nations Unies. Les nouvelles orientations qui auraient pu se déduire d'un texte au demeurant sommaire n'ont pas été opérationnalisées, comme par exemple la sauvegarde des systèmes d'information sectorielle, notamment pour le ministère de la santé (des ressources indirectes ont pu être mobilisées sur la composante SR) mais également l'éducation et l'agriculture pour lesquels aucune activité du FNUAP n'a été engagée.

Les objectifs du CPAP relatifs à la composante Genre n'ont pas été modifiés car ils demeurent adaptés tant au contexte actuel de crise socio-politique qu'aux nouvelles orientations du système des Nations Unies.

4.2 Efficacité et durabilité dans la composante santé de la reproduction

Dans quelle mesure les interventions appuyées par le FNUAP ont-elles contribué (ou sont-elles susceptibles de contribuer) à une amélioration durable (i) de l'accès de la population, particulièrement les groupes les plus vulnérables, à des services de qualité en matière de SR et de planification familiale (PF), (ii) du niveau d'utilisation de ces services ? (QE2)

Résumé de la réponse

Le FNUAP a contribué à renforcer les capacités institutionnelles dans l'optique d'améliorer les services de santé maternelle au niveau central grâce à l'introduction du FTSM. Le soutien à l'éducation des sages-femmes est une étape importante vers l'accroissement des accouchements assistés par du personnel formé. Toutefois leur intégration dans le système public est remise en cause du fait de la capacité d'absorption limitée du gouvernement.

L'appui du FNUAP, et notamment du programme mondial pour la sécurisation des produits de la santé de la reproduction (PMSPSR), en matière d'approvisionnement des intrants de santé de la reproduction a permis de maintenir les résultats positifs en matière de prévalence contraceptive. La sécurisation des intrants de santé de la reproduction a été maintenue grâce au soutien apporté à la centrale

d'achat SALAMA. Toutefois le logiciel de gestion logistique CHANNEL n'est pas entièrement opérationnel et n'est pas encore utilisé pour la projection des besoins et les commandes d'intrants. La focalisation sur l'aspect logistique de l'approvisionnement en méthodes contraceptives a détourné l'attention du FNUAP en ce qui concerne les autres aspects d'un programme de planification familiale de qualité basé sur la promotion du choix.

Dans un contexte où les capacités nationales sont mises à mal, l'approche quick wins a permis de recentrer les activités et offre un potentiel d'amélioration des services SR. Toutefois, des mécanismes d'appui insuffisamment performants, alliés à la multiplication des partenaires d'exécution et des interventions ainsi que le manque de suivi ont entravé la mise en œuvre du programme et limité ses effets. Le FNUAP a consacré un budget important à des activités de sensibilisation dont les effets n'ont pas été clairement démontrés alors que la mise en œuvre des au niveau décentralisé n'intègre pas d'interventions de mobilisation communautaire.

Les mécanismes mis en place au niveau national contribuent à ce que la santé de la reproduction soit prise en compte dans la réponse des partenaires aux situations d'urgence. Au niveau décentralisé, la mise en œuvre des interventions appuyées par le FNUAP n'a pas encore vraiment porté ses fruits, dans la mesure où le partenariat n'est pas totalement fonctionnel. Ceci s'est traduit par un retard de la réponse dans les situations d'urgence, aggravé par les contraintes inhérentes au FNUAP pour mobiliser la logistique nécessaire en cas d'urgence.

L'implication du FNUAP en matière de santé de la reproduction des adolescents (SRA) a porté ses fruits dans la mesure où la SRA est devenue une priorité nationale. Toutefois une analyse rigoureuse des capacités de l'organisation dans ce domaine n'a pas été réalisée, ce qui a conduit à une approche qui manque de cohérence.

4.2.1 Profil de la composante santé de la reproduction

Dans le domaine de la santé de la reproduction, le 6^{ème} programme de coopération entre le FNUAP et le gouvernement prévoyait trois produits :

Tableau 6 : Ressources engagées pour la composante SR pour la période du 6^{ème} programme (en dollars US)

Produit	Code Atlas	PMSPSR	FTSM	Autres	Ressources ordinaires	Total général	Total par produit
1	MDG6R11A				441945,42	441945,42	12982151,58
	MDG6R11B			858794,61	216601,3	1075395,91	
	MDG6R21A	-68,93	2190734,02	360178,57	3872476,86	6423320,52	
	MDG6R31A	4175289,39			866200,34	5041489,73	
2	MDG6R12A			749633,2	924333,63	1673966,83	1673966,83
3	MDG6R41A				477232,91	477232,91	1490625,68
	MDG6R51A			0	1013392,77	1013392,77	
	Total général	4175220,46	2190734,02	1968606,38	7812183,23		16146744,09

Source : Atlas

- 1 Un paquet essentiel d'informations et de services de santé de la reproduction disponible et accessible aux hommes, aux femmes et aux jeunes dans les zones d'intervention du programme.
- 2 Des mécanismes de prévention et de réponse en situation d'urgence mis en place
- 3 Les services de Santé de la Reproduction des Adolescents (SRA), avec un accent particulier sur les IST et VIH/SIDA sont disponibles, accessibles et incorporés dans les systèmes de santé dans les zones d'intervention du programme.

Les dépenses de la composante SR par sources et par produit sont présentées dans le tableau 6.

4.2.2 Disponibilité et accessibilité d'un paquet essentiel de services de santé de la reproduction

Le FNUAP a contribué à accélérer l'amélioration des services SONU au travers d'un renforcement de la planification basée sur l'évidence, l'introduction de standards internationaux et de régulations et le développement de mécanismes et d'outils appropriés ainsi que par l'appui à la formation des sages-femmes. Le FNUAP a largement contribué à la sécurisation des

produits de la santé de la reproduction grâce à un approvisionnement régulier. Malgré un appui important à la gestion logistique de ces produits, le système de gestion n'est pas encore pleinement opérationnel. Les services de planification familiale n'ont pas suffisamment été renforcés en ce qui concerne la qualité des prestations et la demande. L'approche « quick wins » a permis de recentrer les interventions mais les lacunes lors de la mise en œuvre des interventions ont conduit à des résultats mitigés. (CJ 2.1)

Le produit 1 du CPAP a été mis en œuvre principalement avec le Ministère de la Santé Publique, initialement avec la Direction Générale de la Protection Sociale (DGPS) puis avec la Direction de la Santé de l'Enfant, de la Mère et de la Reproduction (DSEMR), la Direction de la Pharmacie, du Laboratoire et de la Médecine Traditionnelle, la centrale d'achat SALAMA ainsi que plusieurs ONG.

Les principales stratégies du Produit 1 sont :

- renforcement des capacités à planifier, gérer et intégrer le programme de SR dans l'approche sectorielle santé et d'en assurer la coordination au niveau national et régional.
- mise en place d'un système de référence et contre référence adéquat pour les urgences obstétricales
- développement d'une stratégie de sécurisation des contraceptifs et autres produits de SR de la santé de la

reproduction, y compris la programmation et distribution des préservatifs

- promotion de la communication pour le changement de comportement en matière de SR/PF et VIH/Sida qui prend en compte la sensibilité socio-culturelle et de la sensibilité selon le genre.
- intégration de la PF, VIH/SIDA et SR
- appui à la mobilisation communautaire et au marketing social.

Offre de services de santé maternelle

Pendant le 6^{ème} programme, le FNUAP a collaboré avec le Ministère de la Santé (en particulier avec DSMER) pour mettre en place un système de référence pour les urgences obstétricales (stratégie 2 du Produit 1 du CPAP). En 2008, le FNUAP a, sur ses fonds propres, réactualisé le **curriculum de formation en soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (SONUB)**, et a **appuyé des formations SONUB**. Le FNUAP a doté des formations sanitaires en équipement (kits d'accouchement, kit opération césarienne, kit individuel d'accouchement).

Depuis l'introduction du Fonds thématique pour la santé maternelle (FTSM)⁵⁴ en 2009⁵⁵ à Madagascar, plusieurs types d'appui ont été apportés par le FNUAP en collaboration avec les autres partenaires techniques et financiers (en particulier l'OMS). Cette collaboration a permis la réalisation de **l'évaluation des besoins en matière de soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU)**, et le **développement du plan opérationnel** de mise en œuvre des recommandations de l'évaluation SONU. Ce plan forme la base des améliorations des services de SONU de base et complets dans le pays.

En collaboration avec la Direction des instituts de formation des paramédicaux (DIFP) et de l'Ordre des sages-femmes, le **module de formation SONU a été révisé** sur la base des compétences standards de la Confédération

internationale des sages-femmes. Ce curriculum est utilisé pour la formation pré-service des sages-femmes dans les instituts de formation des paramédicaux (IFP) et pour la formation continue. Les IFP publics et les services de maternité sans risque (SMSR) ont été dotés en **matériels didactiques**. Des posters de protocoles SONU ont été distribués dans les formations sanitaires à la suite de la formation des prestataires. Un **manuel de suivi SONU** a également été développé sur la base des standards définis lors de la révision des modules.

Le FTSM a également permis d'accélérer la mise en œuvre des audits de décès maternels introduit en 2008 en collaboration avec l'OMS, dans les établissements hospitaliers en appuyant la formation des personnels concernés ainsi que la formation d'un comité national de l'audit des décès maternels. La surveillance épidémiologique des décès maternels a été instituée par la mise en place de sites sentinelles au niveau de certains districts.

Grâce au soutien du FTSM une sage-femme conseil a été recrutée et des interventions visant à promouvoir la profession de sage-femme ont été mises en œuvre telle que la **formation en plaidoyer** de membres de l'association et du conseil de l'ordre des sages-femmes, la célébration de la journée internationale de la sage-femme. Les **textes régissant la formation et la profession de sage-femme ont été réactualisés** afin de les recentrer sur l'amélioration de la santé maternelle et néonatale. L'association⁵⁶ a également signé une convention de partenariat avec le Ministère de la Santé. Bien que la collaboration avec le conseil de l'ordre et l'association des sages-femmes ait été un axe d'intervention pour le FTSM dans le cadre du programme conjoint FNUAP-Confédération internationale des sages-femmes, ces deux organisations ne font pas encore suffisamment preuve de l'autonomie nécessaire pour représenter et défendre la profession de sage-femme.

Le FNUAP devrait **contribuer à augmenter l'effectif du personnel qualifié en SONU** dans le pays grâce au soutien qu'il apporte aux IFP pour former un nombre

⁵⁴ Le Fonds thématique pour la santé maternelle (FTSM) est un fonds établi en 2008 par le FNUAP afin d'aider à réduire la mortalité maternelle et atteindre ainsi les Objectifs du Millénaire pour le développement n° 5 dans les pays faisant état de taux de mortalité maternelle élevés. Une évaluation à moyen terme du FTSM a récemment été réalisée et peut être consulté sur le site: <http://www.unfpa.org/public/home/about/Evaluation/EBIER/TE/pid/10094>

⁵⁵ En 2008 Madagascar a bénéficié du FTSM et du programme sage-femme. A partir de 2009 le programme sages femmes a été intégré dans le FTSM.

⁵⁶ L'association des sages femmes est nouvellement présidée par une sage-femme alors qu'elle était jusqu'alors présidée par des médecins depuis 49 ans

accru de sages-femmes. Les quotas de formation ont été décidés par le Ministère de la santé. Toutefois, certaines contraintes ont été constatées et peuvent s'avérer être **un obstacle au déploiement des sages-femmes en réponse aux besoins identifiés**. En effet la direction des ressources humaines (DRH) au sein du Ministère de la Santé n'est pas en mesure d'employer toutes les sages-femmes formées, contrairement aux termes de l'accord qui avait été passé sur le nombre de sages-femmes censées intégrer le système de santé à la fin de la formation⁵⁷. Le déploiement et la fidélisation des sages-femmes formées n'ont pas été planifiés malgré une revue documentaire⁵⁸ réalisée en 2009 (avec l'appui du FNUAP) faisant le point sur la situation. Ce type d'incohérence reflète un manque de coordination entre les différents départements du ministère. Ces contraintes peuvent en partie être attribuées aux difficultés institutionnelles auxquelles le Ministère de la santé fait face et qui sont générées par la crise ; par exemple le renouvellement fréquent des équipes au sein du Ministère de la santé. Ceci peut être également expliqué par le manque d'implication de tous les départements concernés par le FNUAP lors des discussions concernant l'intégration des personnes nouvellement formées dans le système.

Depuis 2010, dans les zones de concentration du FNUAP, et plus particulièrement dans les **six régions « quick wins »**, sur la base des micro-plans SONU, les interventions suivantes ont été mises en œuvre en collaboration avec les Directions Régionales de la santé: formation des agents de santé en SONU⁵⁹, dotation des formations sanitaires en équipement SONU⁶⁰ (table d'accouchement, en kits OC et médicaments essentiels SONU sur a base des besoins), diffusion des protocoles SONU, stratégies avancées dans les régions reculées⁶¹, formation des agents de santé communautaire en sensibilisation (PF, MMR, SRA) et sensibilisation (télévision, radio, communauté, écoles, marchés).

Au niveau des zones d'interventions « quick wins », une **légère augmentation des taux d'accouchement dans**

les formations sanitaires a pu être observée, d'un niveau variant entre 2 % et 9 % entre 2008 et 2011. Sofia est la région montrant la plus forte augmentation, passant de 20 à 29 % d'accouchements dans les formations sanitaires. La plus faible progression concerne la région d'Atsimo Andrefana, où les accouchements dans les formations sanitaires passent de 26 à 28 %⁶². Les taux d'accouchements des zones « quick wins » n'atteignent pas encore la moyenne nationale qui était de 34.8 en 2009⁶³, surtout à Vatovavy Fitovinany qui n'était encore qu'à 15,2 %. Il est toutefois reconnu par les différentes parties prenantes que l'amélioration touche les populations qui vivent dans un rayon de 8 à 10 km de distance des formations sanitaires. Les populations qui vivent dans les zones enclavées ont de fait un accès beaucoup plus limité aux services de santé maternelle.

Un des facteurs ayant influencé l'augmentation observée est la distribution des kits individuels d'accouchement (KIA) mis à disposition dans les zones d'intervention avec le soutien du FNUAP⁶⁴. Il est toutefois trop tôt pour mesurer les améliorations dues à l'opérationnalisation du plan SONU dans les régions « quick wins » car les premières interventions n'ont démarré qu'en 2010. Cependant les observations faites durant la phase de terrain de l'évaluation indiquent **certaines lacunes lors de mise en œuvre** qui peuvent entraver l'obtention des résultats attendus:

- la plupart des sages-femmes rencontrées avaient suivi la formation SONU et avaient reçu les kits d'accouchement. Elles pratiquent la gestion active de la 3^{ème} troisième période de l'accouchement (GATPA) mais, pour la plupart n'utilisent pas le partogramme. Les régions doivent faire face à de fréquentes mutations des personnes formées qui sont décidées au niveau central et elles ont peu de pouvoir sur le déploiement des personnels de santé. De plus il n'existe pas de base de données du personnel de santé et de leur formation ce qui limite une organisation rationnelle des services;

⁵⁷ Annexe 4 - Matrice d'évaluation, QE n°2, Critère de jugement 2.1

⁵⁸ FNUAP, Revue documentaire de la profession sage-femme dans le secteur privé et public, 2009

⁵⁹ Voir les détails en annexe 4 - Matrice d'évaluation, QE n°2, CJ 2.1

⁶⁰ Idem

⁶¹ Idem

⁶² Annexe 4 - Matrice d'évaluation, QE n°2, Critère de jugement 2.1

⁶³ Etude Démographique et de Santé 2008-2009

⁶⁴ Annexe 4 - Matrice d'évaluation, QE n°2, Critère de jugement 2.1

- la dotation en équipement semble être faite en fonction du plan mais l'acheminement reste un problème pour les centres de santé de base (CSB) isolés. Il est apparu que certains prestataires ne savaient pas utiliser tout le matériel qui avait été distribué (concentrateur d'oxygène, ambu⁶⁵). L'approvisionnement en ocytocine est régulier et les structures de santé n'ont pas mentionné de ruptures de stocks. Par contre on ne trouve que très rarement du sulfate de magnésie;
- les mécanismes de suivi de la mise en œuvre du plan SONU ne pas encore opérationnels et les supervisions sont organisées à partir du niveau central. Les directions régionales de la santé dépendent des visites du niveau central et n'ont pas les ressources nécessaires ni les capacités pour entreprendre des supervisions régulières;
- enfin les femmes utilisant les services ne bénéficient pas toutes de la gratuité des accouchements et des césariennes pour diverses raisons⁶⁶ bien que cette gratuité ait été décidée par le gouvernement et promue par le FNUAP. En effet les personnes interviewées au moment des discussions de groupe ont mentionné le fait que les prestataires demandent parfois une somme d'argent lors des accouchements et aussi les consommables ne sont pas toujours disponibles dans les structures de référence (une fois que le stock des consommables des kits est terminé).

En 2010 le FNUAP, en collaboration avec l'OMS, a appuyé le dépistage et la prévention du **cancer du col de l'utérus** dans cinq régions, avec la mise en place de 35 centres de dépistage et de quatre centres de cryothérapie, la formation de 85 agents de santé le dépistage et de 200 agents communautaires pour effectuer des sensibilisations. Entre 2007 et 2011 des dépistages ont été effectués auprès de 7600 femmes. La mise en œuvre de ce type d'activités additionnelle dans un contexte de crise et de limitation de ressources ne répond pas à la nécessité de se concentrer sur les axes prioritaires. Bien que le CPAP ne mentionne pas cet axe d'intervention ces activités ont été entreprises afin de répondre aux directives du siège. Elles participent à la dispersion des appuis du bureau de pays qui sont déjà insuffisants pour répondre aux besoins de santé maternelle

les plus aigus. Le FNUAP a contribué l'élaboration de la stratégie nationale pour **l'éradication de fistule obstétricale** à Madagascar en 2011⁶⁷. Le bureau pays a initié des interventions visant à la prise en charge de femmes souffrant de fistules obstétricales (une dizaine) en collaboration avec le Ministère de la Santé et des ONG (SALFA) à partir de 2008. En 2009, 10 médecins ont été formés en chirurgie réparatrice de fistules obstétricales (FO). En 2009, 21 cas de fistules obstétricales ont été réparées et 80 en 2010. La collaboration avec SALFA s'est terminée en 2011 à cause d'un désaccord concernant l'allocation budgétaire de prise en charge.

En 2011 une campagne de prise en charge a été organisée à Tuléar pour traiter les fistules obstétricales en collaboration avec MSIS et la Croix Rouge Malagasy et a permis d'opérer 104 femmes au CHRR de Tuléar. 66 femmes (63,46 %) ont été traitées avec succès, 15 opérations n'ont été que partiellement réussies (14,42 %) et 23 cas d'échecs de traitement ont été enregistrés (22,11 %). Lors de la campagne, le soutien du FNUAP a consisté en la réhabilitation de la maternité et du service d'urgence, la formation de chirurgiens (trois) et de sages-femmes ainsi que la fourniture de matériels. Toutefois, à la suite de la campagne, la prise en charge des FO ne peut se faire que si le bloc opératoire des urgences est disponible car le bloc de la maternité n'a pas été réhabilité de manière à être fonctionnel et les chirurgiens manquent d'équipement, particulièrement d'instruments de chirurgie. La plupart des femmes qui ont bénéficié d'une chirurgie réparatrice ont aussi bénéficié du programme de réinsertion sociale mise en œuvre par les ONG partenaires (voir question d'évaluation 3).

Une campagne nationale de sensibilisation de la population a été appuyée par le FNUAP en 2010 et un film documentaire sur la campagne a été réalisé. L'amélioration des services SONU devrait contribuer à une meilleure prévention les fistules obstétricales. Cependant, comme observé plus haut, le partogramme n'est que faiblement utilisé, ce qui augmente le risque de travail prolongé et donc celui de survenue de fistules obstétricales. Un autre axe de prévention de la FO qui reste insuffisamment pris en considération de façon stratégique est la prévention des grossesses précoces (voir 4.2.3 ci-dessous).

⁶⁵ Insufflateur manuel

⁶⁶ Annexe 4, Matrice d'évaluation, QE n°2, critère de jugement 2.1

⁶⁷ Idem

Offre de services de planification familiale

L'appui du FNUAP en ce qui concerne la planification familiale et la sécurisation de produits de la santé de la reproduction y compris les produits de planification familiale a été intensifié par l'introduction du Programme mondial pour améliorer la sécurité d'approvisionnement en produits de santé reproductive (PMSPSR) en 2008 et s'est traduit par des interventions à différents niveaux :

- l'appui au développement du « Plan stratégique de sécurisation des produits de santé de la reproduction 2008 – 2012 »
- l'approvisionnement en contraceptifs sur la base des besoins estimés,
- l'appui au système logistique à travers un soutien à la Direction de la pharmacie, du laboratoire et de la médecine traditionnelle (DPLMT) et à la Centrale d'achat SALAMA dans le cadre du Programme d'Action pour l'Intégration des intrants de Santé (PAIS). Le logiciel CHANNEL a été introduit en 2009 afin de renforcer le système d'approvisionnement. L'introduction de Channel a été accompagnée par l'élaboration d'un plan opérationnel, des formations au niveau régional et district, développement et réactualisation de manuels de gestion des intrants de santé à différents niveaux et d'un guide de supervision et la dotation en équipement informatique et en véhicules (pour faciliter le transport des intrants de Santé dans les zones difficiles d'accès). la formation en Implanon et dotation de matériel d'insertion des implants
- l'appui aux stratégies avancées en planification familiale avec entre autre l'élaboration du « Guide d'orientation sur l'organisation de stratégies avancées en planification familiale (2011) »
- l'appui au projet « Total Marketing Initiative » en 2010 qui vise à promouvoir une implication accrue du secteur privé dans le marché du produit contraceptif.
- Le soutien à des activités de sensibilisation de masse ainsi qu'à des formations d'agents communautaires en sensibilisation dans les zones d'intervention du FNUAP

Depuis 2009, le FNUAP a recruté un conseiller international en sécurisation des produits de santé de la reproduction et un logisticien pour renforcer la capacité de SALAMA en ressources humaines de qualité.

L'approvisionnement en produit contraceptifs dans le secteur public à Madagascar a toujours été largement dépendant de l'aide extérieure, avec une **contribution substantielle du FNUAP**. Cette contribution s'élevait à 1,7 millions de dollars US en 2008, 2,6 millions en 2009⁶⁸. Au moment de la crise politique en 2009, les autres partenaires techniques et financiers (USAID, Banque Mondiale) se sont retirés et le FNUAP a été la seule agence qui a continué à assurer un approvisionnement régulier en contraceptifs dans le secteur public.

L'introduction du Programme mondial pour améliorer la sécurité d'approvisionnement en produits de santé reproductive (PMSPSR) en 2008 a permis une contribution accrue en termes d'approvisionnement d'intrants de la santé de la reproduction (en complément des intrants financés par les fonds propres du FNUAP). Le budget du programme mondial est passé de 212000 dollars US en 2008 à plus de 1.2 million en 2009, 2010 et 2011. Une partie importante de ces fonds est dépensée pour l'achat d'intrants. Les produits fournis par le programme mondial sont essentiellement des contraceptifs, y compris les contraceptifs oraux (22 % de la valeur totale), les injectables (50 % de la valeur totale), les implants (27 % de la valeur totale), les préservatifs (moins de 1 % de la valeur totale), et les DIU (seulement 0,1 % de la valeur totale).

Le FNUAP a contribué à **institutionnaliser la sécurisation des produits de la santé de la reproduction** à travers un appui au développement du « Plan stratégique de sécurisation des produits de santé de la reproduction 2008-2012 » qui est aligné avec la « Feuille de route pour la réduction de mortalité maternelle et néonatale » et le « Plan stratégique national de lutte contre le VIH/Sida ». Une collaboration entre les différentes directions du Ministère de la Santé a été établie (par exemple avec la DSME). Grâce à l'appui du FNUAP au comité national et les comités régionaux de coordination de la santé de la reproduction dans le cadre de la mise en œuvre du plan SPSR une dynamique a été créée autour de la

⁶⁸ Voir diagramme « Contribution des partenaires en complément de celle de l'Etat dans l'achat des contraceptifs par rapport aux besoins nationaux (Source : MINSAN/DSMER) en annexe 4, critère de jugement 2.1

sécurisation des produits SR. Par exemple, les produits de la santé de la reproduction définis comme prioritaires dans les stratégies de SONU et de VIH/Sida/IST ont été introduits dans la Liste nationale des médicaments essentiels (LNME) en 2011.

Le **renforcement du système de gestion logistique** s'est traduit par des formations en gestion logistique, l'introduction du logiciel CHANNEL jusqu'au niveau des districts et par un soutien accru à la centrale d'achat SALAMA. Le FNUAP a appuyé SALAMA en mettant à sa disposition des équipements informatiques et en renforçant ses capacités de gestion et de quantification des besoins. Le logiciel CHANNEL est fonctionnel au niveau central à SALAMA et le développement d'un progiciel de suivi des distributions des intrants est en cours.

Le fonctionnement de SALAMA reste difficile car il est tributaire des financements publics qui ne sont pas réguliers depuis le début de la crise. De plus la politique de gratuité des contraceptifs n'a pas pris en considération les coûts d'acheminement. De fait, SALAMA a dû prendre en charge ces coûts, ce qui a placé la centrale d'achat dans une position précaire. Afin de répondre à cette situation, le FNUAP a récemment accentué son appui pour compenser ces difficultés. Le FNUAP a fourni ainsi des véhicules à SALAMA et a pris en charge les frais d'acheminement des contraceptifs (en 2012). Ces mesures sont provisoires pour permettre à SALAMA de répondre à une situation de crise de façon ponctuelle.

Le **logiciel CHANNEL** est apprécié au niveau du Ministère de la Santé et semble répondre aux besoins de gestion logistique des intrants de santé⁶⁹. Toutefois malgré les efforts du FNUAP pour intégrer tous les systèmes logistiques et la gestion des intrants de santé, d'autres systèmes d'approvisionnement et d'acheminement opèrent en parallèle sans utiliser CHANNEL (les contraceptifs fournis par USAID, les vaccins par l'UNICEF et les intrants VIH/SIDA par JICA). Ces systèmes parallèles sont difficiles à gérer pour la partie nationale et ne permettent pas la mise en place d'un système logistique unique.

Des interventions de renforcement de capacités (financées par le programme mondial de sécurisation des produits de la SR) ont été mises en œuvre dans l'optique d'opérationnaliser CHANNEL à travers la formation de responsables CHANNEL dans les 22 régions et 111 districts du pays en 2009⁷⁰ et, plus récemment, des gestionnaires des 22 régions afin qu'ils puissent superviser la mise en œuvre de CHANNEL. Le FNUAP appuie également les activités de supervision du ministère en ce qui concerne CHANNEL compte tenu des contraintes financières auxquelles le gouvernement fait face à cause de la crise. Des supervisions de la mise en œuvre de CHANNEL ont été réalisées dans 11 régions sur 22.

La Direction des Systèmes d'Information (DSI) du Ministère de la Santé au niveau central fait état de 20 % de rapportage pour CHANNEL. Lors des visites terrain, il a été observé que les personnes formées en CHANNEL ne savent pas toujours se servir d'un ordinateur, ou ne disposent pas du temps nécessaire à la saisie des données. Parfois la personne qui a été formée n'est pas celle qui est censée utiliser le logiciel. Dans les régions visitées, la plupart des commandes sont donc faites manuellement⁷¹.

Les données concernant le degré dont le parc informatique est fonctionnel varient entre les observations faites sur le terrain et les entretiens avec les différents départements du ministère. Le Service de l'exploitation et de la maintenance informatique (SEMI) au sein de la DSI du Ministère de la Santé rapporte que 75 % des districts ont été couverts par une mission de maintenance toutefois cela n'implique pas que 75 % des postes soient fonctionnels⁷². Au vu des observations et des entretiens effectués sur le terrain les postes sont susceptibles de tomber en panne très rapidement dans la mesure où les conditions d'utilisation ne sont pas adaptées aux conditions locales. D'autre part le SEMI a défini un planning de visite et maintenance sur site qui n'a été mis en œuvre que pour la moitié des missions prévues (et nécessaires pour du matériel réputé neuf). Des mesures telles que des pièces de rechange et des ordinateurs de substitution mis à disposition du SEMI n'ont pas été suffisantes pour maintenir en état de fonctionnement la totalité du parc informatique.

⁶⁹ Idem

⁷⁰ Annexe 4 2 - Matrice d'évaluation, Critère de jugement 2.1

⁷¹ Dans chaque district 2 à 3 personnes ont été formées - voir détails en Annexe 4 - Matrice d'évaluation, Critère de jugement 2.1

⁷² Entretien avec les partenaires d'exécution

La visite des districts lors de l'évaluation a confirmé de nombreuses pannes parmi les ordinateurs CHANNEL ainsi que des problèmes de connexion à Internet et d'électricité qui sont d'autres facteurs limitant leur utilisation. L'opérationnalisation de CHANNEL au niveau périphérique présente des défis importants avec, entre autres, le renforcement des capacités de maintenance.

L'évaluation à moyen terme du programme mondial de sécurisation des produits SR a noté que **CHANNEL est encore à un stade de développement**, en termes d'utilisation et d'amélioration des outils, et n'a pas eu jusqu'à ce jour d'impact clair sur la gestion des intrants, y compris les intrants SR. Seulement 50 % à 60 % des utilisateurs potentiels de CHANNEL l'utilisaient⁷³.

Des évaluations annuelles ont été menées avec le soutien du FUNAP en ce qui concerne la sécurisation des intrants de santé⁷⁴ et ont permis d'obtenir des données suivantes :

La **proportion des formations sanitaires offrant au moins 3 méthodes contraceptives modernes a augmenté considérablement**, ce qui est le reflet d'appui du FNUAP au fonctionnement de SALAMA et au système de

gestion logistique dans son ensemble qui a permis d'améliorer l'approvisionnement et la distribution des produits contraceptifs. Par contre les ruptures de stock des produits de santé maternelle ont vu une baisse en 2011. La disponibilité des médicaments MSR est habituellement moins élevée dans les CSB que dans les hôpitaux et dans les formations sanitaires à plus de 60 km du PHAGDIS.

En 2009 la **cause principale** des ruptures de stock avancée par les responsables de formations sanitaires était la rupture de stock au niveau du PhaGDis. Les rapports annuels évoquent l'absence de personnel formé pour l'offre de service PF essentiellement le DIU et l'implant. En 2011, les raisons évoquées dans le rapport annuel⁷⁶ pour la non disponibilité et les ruptures de stock des produits de santé maternelle dans les formations sanitaires étaient les commandes non effectuées par les formations sanitaires ou non honorées par les PhaGDis.

Durant l'évaluation une rupture de stock en déprovera⁷⁷ était en train de se profiler dans les PhaGdis visités (et confirmée au niveau national) due à un retard de livraison à SALAMA causé par une rupture de stock au niveau international. Etant donné que les injectables

Tableau 7 : Résumé des évaluations⁷⁵ concernant la sécurisation des intrants de santé

	2009	2010	2011
Proportion des FS offrant au moins 3 méthodes contraceptives modernes	30,8 %	47,8 %	97,2 %
Proportion des formations sanitaires avec rupture de stock de produits contraceptifs	11,9 % (principalement injectables et contraceptifs oraux)	4 % en contraceptifs oraux et 6,3 % en les injectables 20 % en Implants et en DIU	3 à 5 % pour contraceptifs oraux et injectables
Proportion des FS enquêtés ont à leur disposition 5 médicaments traceurs MSR	80,3 %	80 %	71 %

⁷³ HLSP, Mid-term review of the UNFPA Global Programme to Enhance Reproductive Health Commodity Security (GPRHCS), Madagascar case study, 2011

⁷⁴ Ces évaluations, bien qu'utilisant des méthodologies différentes chaque année ne permettent pas de comparer tous les résultats obtenus.

⁷⁵ Ministère de la Santé et du Planning Familial, FNUAP, Evaluation du Système d'Approvisionnement Actuel en Vue d'une Sécurisation des Produits de SR (Evaluation des besoins, capacités d'approvisionnement et outils pour la gestion des produits de SR) Décembre 2008

Ministère de la Santé et du Planning Familial, Evaluation du système logistique pour la sécurisation des produits de santé de la reproduction, 2009

Ministère de la Santé Publique, FNUAP, UNICEF, Evaluation de la disponibilité et de l'accessibilité des intrants essentiels pour les enfants et les femmes à Madagascar, 2010

Ministère de la Santé Publique, FNUAP, Evaluation de la Sécurisation des Intrants de Santé à Madagascar, Décembre 2011

⁷⁶ Ministère de la Santé Publique, FNUAP, Evaluation de la Sécurisation des Intrants de Santé à Madagascar, Décembre 2011

⁷⁷ Contraceptif injectable à longue durée d'action (3 mois)

sont la méthode la plus populaire parmi les femmes, particulièrement en zones rurales cela va sans doute mener à la perte d'utilisateurs.

La **gratuité des services de planification familiale** (mise en place en 2007), rendue possible par l'approvisionnement en contraceptifs du FNUAP, a certainement **contribué à améliorer le taux d'utilisation de la contraception** comme le démontre l'évolution de l'utilisation de la planification familiale de 18,3 % en 2004 à 29,2 % en 2009.

Lors du 6^{ème} programme, la diffusion de l'Implanon⁷⁸ et la formation des agents de santé aux techniques d'insertion et de retrait ont permis d'élargir l'offre des méthodes contraceptives. Cela permet aussi de proposer des méthodes de plus longue durée dans un paysage national d'offre de méthodes contraceptives de courte durée⁷⁹. Toutefois, le coût élevé des implants reste un facteur à prendre en considération, et les alternatives moins coûteuses, telles que le DIU demeurent insuffisamment explorées⁸⁰.

Dans les **régions « quick wins »**, l'offre de services de PF s'est accrue avec un approvisionnement amélioré des produits contraceptifs. Les taux de couverture ont ainsi augmenté de 2 à 3 % dans toutes les régions, et plus encore à Sofia, où ce taux est passé de 8.6 % à 15,7 %⁸¹.

L'offre de services de PF a également été diversifiée dans les communes les plus reculées des zones d'interventions grâce aux services de **stratégie avancée**⁸² proposant gratuitement des méthodes de longue durée et/ou définitives mises en œuvre par différents partenaires tels que Marie Stopes Madagascar. Le programme de stratégie avancée a permis de contribuer à l'augmentation de l'utilisation d'Implanon, de dispositifs intra utérin (DIU) et de ligatures dans les régions d'intervention avec une demande importante pour les implants⁸³. Cette stratégie

a permis de développer un modèle impliquant les responsables régionaux et de districts ainsi que les leaders locaux ainsi qu'un partenariat public-privé. Un guide d'orientation sur l'organisation de stratégies avancées en planification familiale a été développé en collaboration avec la direction de la DSME en 2011, ce qui est une étape vers l'institutionnalisation de cette approche. Toutefois, certains aspects mériteraient d'être mieux pris en compte, tels que la coopération avec les CSB afin de renforcer le suivi et la prise en charge des utilisateurs, ou une meilleure planification en vue d'éviter le déplacement des équipes pour un nombre réduit d'interventions.

Le FNUAP a participé à la promotion de la **complémentarité entre le secteur public et le secteur privé** en appuyant l'étude « Total Market Initiative»⁸⁴ dans l'optique d'améliorer la diversification des méthodes contraceptives et la couverture géographique de l'offre des services de planification familiale en impliquant le secteur privé.

Le FNUAP est impliqué dans la sécurisation des produits de SR et dans l'offre de méthodes de longue durée mais **n'aborde pas toutes les problématiques pouvant être un frein à l'utilisation de la planification familiale**. Par exemple lors des discussions de groupes il est apparu que les femmes subissent souvent des effets secondaires dus aux méthodes de planification familiale qui sont une raison importante de l'interruption de la contraception. Ces contraintes sont en partie dues à un « **counselling** »⁸⁵ **insuffisant** de la part des agents de santé offrant les services de PF. L'amélioration de ce type de compétences n'est pas suffisamment planifiée dans l'appui du FNUAP alors que ce sont des éléments essentiels pour une amélioration effective des services de PF. Les outils de formation développés durant le 5^{ème} programme incluaient des modules de *counselling* mais pendant le 6^{ème} programme le FNUAP n'a appuyé qu'un nombre limité de formations et uniquement en Implanon.

⁷⁸ Implant sous cutané contraceptif

⁷⁹ Les données concernant l'utilisation des différentes méthodes ne sont pas disponibles.

⁸⁰ HLSP, Mid term review of the UNFPA Global Programme to Enhance Reproductive Health Commodity Security (GPRHCS), Madagascar case study, 2011

⁸¹ Annexe 4- Matrice d'évaluation, Critère de jugement 2.1

⁸² Equipe mobile offrant des services dans les zones reculées

⁸³ Annexe 4 - Matrice d'évaluation, Critère de jugement 2.1

⁸⁴ Idem

⁸⁵ Processus de conseil interactif entre la personne qualifiée/l'agent de santé et une femme (idéalement accompagné son partenaire) en matière de planification familiale. Processus cours duquel des informations sont partagées, un soutien est fourni afin que la femme puisse prendre des décisions liées au choix et à l'utilisation de la méthode de planification familiale qui lui convient le mieux.

Interventions en faveur de la demande de services de SR

Les interventions visant à accroître la **demande pour les services de santé maternelle** ou les méthodes de planification familiale sont principalement financées par le programme mondial de sécurisation des produits de SR en particulier en 2009 et 2010. Cette orientation est en ligne avec les priorités du programme de repositionnement de la planification familiale à Madagascar. Les principales interventions étaient des sensibilisations de masse (au travers de canaux tels que radio, télévision, unités mobiles vidéo, événement socio-culturels) et la formation d'agents de santé et d'agents communautaires pour sensibiliser la communauté sur l'utilisation des services de santé de la reproduction dans les zones d'interventions. Les régions et districts sanitaires avaient déjà bénéficié de formation de formateurs en ce qui concerne les activités IEC/CCC dans le cadre du Programme d'Alimentation en Eau Potable et d'Assainissement en Milieu Rural (PAEAR).

Les **interventions de sensibilisation sont très peu documentées** quant à leur couverture, leur portée ou encore le contenu des messages véhiculés. Les sujets abordés touchent tous les aspects de santé de la reproduction mais aucune priorité n'émerge clairement. D'autre part ces interventions et les outils ou méthodes utilisés n'ont fait l'objet ni d'études préalables visant à définir les messages en fonction des besoins identifiés ni d'évaluations visant à mesurer les résultats des interventions.

Bien que le CPAP ait identifié la mobilisation communautaire comme l'une des stratégies du produit 1, et qu'une stratégie communautaire ait été élaborée en 2009, **l'implication des communautés en santé maternelle n'a pas été opérationnalisée**. Les interventions sont limitées à des sensibilisations de masse ou des actions de sensibilisation au travers des agents de santé communautaire et parfois des leaders communautaires. Les effets de ces actions n'ont pas été évalués. La formation de certains agents de santé communautaires et leaders communautaires pour effectuer des audits de décès maternels permet une implication plus importante des communautés. Cependant une collaboration réelle avec les communautés n'a pas été suffisamment planifiée pour que celles-ci s'impliquent de façon tangible dans l'amélioration de la

santé maternelle, par exemple en organisant des systèmes de transport jusqu'aux formations sanitaires, ou ne mobilisant des fonds de soutien en cas d'urgence pendant la grossesse ou pendant l'accouchement.

Lors des discussions de groupe il est apparu que le pouvoir décisionnel n'est pas entre les mains des femmes et ce malgré leur désir d'utiliser des méthodes de PF. Beaucoup d'entre elles ont mentionné qu'elles n'osaient pas utiliser de méthodes contraceptives par crainte de la réaction de leur mari. **Cet obstacle à l'utilisation de la planification familiale** est confirmé dans plusieurs documents⁸⁶. Or cette problématique **n'a pas fait l'objet d'interventions particulières** de la part du FNUAP.

4.2.3 Des mécanismes de prévention et de réponse en situation d'urgence

Le FNUAP a permis que la santé de la reproduction soit prise en compte dans la réponse nationale aux situations d'urgence. Au niveau décentralisé, des coordonnateurs en dispositif minimum d'urgence ont été formés dans toutes les régions du pays mais ne sont pas pleinement opérationnels. Les partenariats mis en place ne sont pas totalement fonctionnels, ce qui s'est traduit par un retard de la réponse dans les situations d'urgence. (CJ 2.2)

Le bureau de pays du FNUAP a adopté les stratégies suivantes, destinées à atténuer la vulnérabilité des populations vivant dans les zones exposées au risque de catastrophes (cyclone, sécheresse et famine), essentiellement dans les parties Sud et Sud-Est ainsi que les zones côtières du pays :

- plaider pour un appui politique et la mobilisation de ressources afin d'assurer l'intégration du Dispositif Minimum d'Urgence (DMU) dans le plan de contingence national et les plans de contingence locaux
- développement du partenariat avec les ONG, les agences du SNU et les agences de développement locales offrant des services pour une réponse effective et efficace aux victimes des désastres naturels

⁸⁶ Annexe 4 - Matrice d'évaluation, Critère de jugement 1.1 et 2.1

- renforcement de la capacité nationale dans la production et la dissémination de données appropriées pour la planification, le suivi et l'évaluation des situations d'urgence
- renforcement de la capacité nationale dans l'opérationnalisation du MISP

Renforcement de la capacité nationale dans la production et la dissémination de données appropriées pour la planification, le suivi et l'évaluation des situations d'urgence

Le FNUAP appuie le **Bureau National de la Gestion des Risques et Catastrophes** (BNGRC)⁸⁷ qui a été créé pour assurer la coordination de toutes les interventions multisectorielles en matière de gestion des risques et catastrophes. Ce soutien a permis le renforcement de la **gestion des données et des statistiques liées à l'urgence** pour l'obtention de cartographies et données démographiques (en collaboration avec l'INSTAT). Le FNUAP a organisé des formations afin de mettre en place un suivi de la réponse aux crises humanitaires. La plupart des activités du BNGRC ont été interrompues en 2009 au moment de la crise politique. Toutefois le FNUAP a été le seul partenaire qui a continué ses appuis au BNGRC en 2009 en prenant en charge le salaire d'un membre du personnel et dans le domaine de collecte de données en situation d'urgence durant les catastrophes naturelles. Une réactivation du partenariat entre le BNGRC et l'INSTAT était planifiée en 2010.

En 2008, la **cartographie** préparée par le Bureau National de la Gestion des Risques et Catastrophes suite aux cyclones et inondations a permis de sélectionner les formations sanitaires censées bénéficier de dotations de kits SR d'urgence (kits de dignité, kits d'accouchement, kits césarienne) et d'une formation à l'utilisation des kits.

Dans la pratique la mise en place d'une réponse commune multisectorielle aux catastrophes par le BNGRC s'est avérée peu efficace faute de coordination des groupes sectoriels et faute de ressources humaines dotées des compétences appropriées⁸⁸.

Intégration du Dispositif Minimum d'Urgence (DMU) dans le plan de contingence et renforcement de la capacité nationale dans l'opérationnalisation du DMU

Le **plan de contingence national** a été établi en 2007 et mis à jour chaque année. En 2008, les efforts de plaidoyer du FNUAP ont permis l'intégration du volet santé de la reproduction dans la section santé du plan ainsi qu'une prise en compte transversale des violences basées sur le genre. Le plan prévoit une collaboration avec le Ministère de la santé qui doit couvrir les médicaments, à l'exception des kits d'accouchement qui sont pris en charge par le FNUAP. La Direction de la santé de la mère et de l'enfant (DSME) est responsable de la distribution des kits.

En 2009 et 2010 des **formations en Dispositif minimum d'urgence** (DMU) et violences basées sur le genre (VBG) en situation humanitaire ont été organisées initialement pour des responsables de La Croix Rouge Malagasy issus de 15 régions de Madagascar. Une formation de formateurs sur le DMU a été organisée afin de constituer un groupe de 25 formateurs issus du Ministère de la Santé, de FISA, de la Croix Rouge Malagasy (CRM) et de l'Organisation Mondiale de la Santé au niveau national. Dans les 22 régions de Madagascar 110 coordonnateurs régionaux et de districts ont été formés avec le soutien du FNUAP. Leur rôle est de faire un plaidoyer pour la prévention de la mortalité maternelle et infantile et des violences sexuelles et de coordonner des activités en matière de SR dans les situations d'urgence. Toutefois les **coordonnateurs DMU n'ont pas pu être entièrement opérationnels** dans la mesure où le financement n'était pas disponible pour leur déploiement pendant la période des cyclones (janvier à mars). D'autre part, les formations n'ont donné lieu qu'à un suivi très limité, et aucune donnée n'est disponible en ce qui concerne l'activité réelle des coordinateurs DMU. De plus, les modules utilisés pour la formation sont les modules internationaux standards, élaborés pour des situations de guerre et qui se révèlent peu adaptés au contexte de catastrophes naturelles qui caractérise Madagascar.

⁸⁷ Le BNGRC est rattaché au Ministère de l'Intérieur

⁸⁸ Annexe 4 - Matrice d'évaluation, Critère de jugement 2.2

Développement de partenariats pour une réponse efficace aux victimes des désastres naturels

Le FNUAP collabore avec la Croix Rouge Malagasy (CRM) au sein d'un **partenariat** établi en 2010 entre le Ministère de la Santé, la CRM, la FISA et le FNUAP. La collaboration entre le FNUAP et la CRM est pertinente compte tenu de la présence des deux organisations sur le terrain pour les secours d'urgence. En réalité, les **conditions** du partenariat n'ont **pas toujours été respectées** avec une réalisation des activités peu effective, des données attendues pas toujours fournies par les branches régionales. Une chargée de projet SR et Genre a été placée au sein de la CRM pour renforcer le partenariat. Sa présence a permis de **renforcer les formations en DMU avec un accent particulier sur les VBG**⁸⁹.

Un **partenariat** de quatre ans a été signé en 2009 avec les Principautés de Monaco et d'Andorre pour un **financement du programme conjoint PAM/FNUAP dans trois régions du Sud** touchées par la sécheresse et l'insécurité alimentaire qui en découlent. L'objectif du programme est de réduire la vulnérabilité des femmes en âge de procréer à travers l'amélioration de l'accès gratuit aux services de santé de la reproduction, la **distribution de kits de dignité** et la distribution de rations alimentaires par le PAM pour les femmes ayant utilisé les services de SR. Une sensibilisation de la population pour une meilleure utilisation des services de SR a été entreprise par les agents communautaires et les responsables communautaires sous la supervision de l'association locale SOMONTSOY. Lors de la visite de l'équipe d'évaluation sur le terrain, il est apparu que la **mise en œuvre des interventions n'était pas coordonnée avec les médecins inspecteurs** des districts bénéficiaires. Notamment la distribution des kits aux structures de santé a été effectuée sans informer les autorités sanitaires des districts. Il a pu également être observé que la distribution des kits n'est pas réalisée de façon rigoureuse (par exemple les différents éléments des kits étaient distribués séparément) et ne fait pas l'objet d'un suivi spécifique. D'autres problèmes sont aussi apparus, tels que la disponibilité en temps utile des ressources nécessaires, l'accessibilité des services pour les populations vivant à plus de 10 km des centres de santé et le

stockage des kits individuels d'accouchement et des kits de dignité au niveau des communes. Certaines de ces contraintes sont liées au **manque de supervision** sur le terrain qui n'a pas permis de faire en sorte que des mesures correctives soit mises en place pour résoudre les difficultés rencontrées. L'intervention du FNUAP en collaboration avec le PAM, Monaco et Andorre dans les zones du sud présentant une vulnérabilité particulière a contribué à améliorer l'utilisation des services de SR pour certaines femmes des communes ciblées⁹⁰. Cependant un suivi adéquat de la mise en œuvre aurait certainement amélioré les résultats de manière significative.

Lors du cyclone Giovanna en 2012, le FNUAP a réalisé une distribution des kits dans les régions touchées. La **procédure de réponse s'est avérée très lourde** avec de nombreuses discussions entre les parties prenantes. Un **retard de décision** s'est traduit par un délai de 3 semaines pour l'approvisionnement des kits malgré un acheminement rapide de la part de SALAMA.

4.2.4 Disponibilité et accessibilité des services de Santé de la Reproduction des Adolescents (SRA), avec un accent particulier sur les IST et VIH/SIDA

La santé de la reproduction des adolescents est devenue une priorité nationale à Madagascar grâce au soutien du FNUAP. Cependant les interventions mises en œuvre dans les régions manquent de cohérence et de stratégie clairement définie. (JC 2.1)

Le produit 3 du CPAP a été mis en œuvre avec le Ministère de la Jeunesse et du Loisir (MJL), le Ministère de la Santé et des ONG. Les stratégies de ce produit sont les suivantes:

- Plaidoyer et dialogue de politique pour le renforcement des services SRA
- l'intégration des services SRA dans les CTV et autres centres/formations sanitaires existants

⁸⁹ Annexe 4 - Matrice d'évaluation, Critère de jugement 2.2

⁹⁰ Annexe 4 - Matrice d'évaluation, Critère de jugement 2.2

- renforcement des capacités des parties prenantes (jeunes, prestataires de services, parents), dans le domaine de life skills (compétences à la vie courante) y compris les activités génératrices des revenus (AGR)
- promotion du changement de comportement en matière de SR/PF et VIH/Sida
- promotion de la participation des jeunes dans les programmes de développement, à travers l'opérationnalisation des conseils des jeunes (YAP) à tous les niveaux
- La prise en compte des indicateurs sur la santé des jeunes parmi les indicateurs prioritaires du MAP, notamment pour l'utilisation des méthodes contraceptives et la lutte contre les IST/Sida

Le produit 3 dans sa phase initiale visait l'amélioration de l'accessibilité des services de Santé de la Reproduction des Adolescents (SRA) qui intégrait la prévention VIH/SIDA/IST. La programmation ainsi que les différentes interventions mises en œuvre présentent un ensemble d'actions disparates qui ne semblent pas toujours avoir de lien logique. De fait l'équipe d'évaluation a eu des difficultés pour retracer les réalisations du produit 3 de façon cohérente.

Plaidoyer et dialogue politique

Durant la période du 6^{ème} programme la politique nationale de santé des jeunes et adolescents a été révisée et le plan stratégique pour la SRA a été élaboré à la suite d'une réunion de concertation organisée pour déterminer les paquets d'activités en SRA et les rôles de chaque acteur en matière de SRA avec l'appui du FNUAP. Dès 2008 la **SRA a été priorisée dans la politique générale** de l'État et du Ministère de la Santé.

Le FNUAP a aussi mené des **actions de plaidoyer** en faveur de la santé de la reproduction des adolescents qui ont abouti à :

- un décret officialisant le « comité interministériel pour la jeunesse » qui réunit plusieurs entités gouvernementales œuvrant dans les domaines de la jeunesse.
- La charte africaine de la jeunesse a été ratifiée à Madagascar.

Le FNUAP participe à différents réseaux de partenaires pour l'intégration de la santé de la reproduction et le VIH, la promotion des compétences de vie (« Life skills ») et la promotion du changement de comportement en matière de SR/PF et VIH/Sida. Les partenaires ont reconnu le rôle de chef de file du FNUAP en matière de santé de la reproduction des adolescents et la promotion des droits des jeunes en général. La définition d'indicateurs désagrégés pour les jeunes a permis d'obtenir des données spécifiques servant à planifier des activités ciblant les jeunes, plus particulièrement en matière de santé de la reproduction.⁹¹ Grâce à l'appui du FNUAP, des représentants des jeunes ont pu participer au processus d'élaboration de stratégies nationales et dans des conférences internationales.⁹²

Le bureau de pays du **FNUAP a participé** activement au **processus d'élaboration du nouveau Plan stratégique national** (PSN 2013 - 2017) de lutte contre le VIH et le Sida afin de renforcer la prise en compte des adolescents et des jeunes dans le nouveau plan et de renforcer l'intégration VIH/SIDA et SR. De même, le programme conjoint de lutte contre le SIDA du SNU a renforcé la prévention SRA/VIH en faveur des jeunes, notamment à travers les interventions du FNUAP et de l'UNICEF.

Dans certaines zones d'interventions, les médecins d'appui aux régions ont appuyé l'élaboration du plan régional intégré de la lutte contre le Sida.

Afin de promouvoir les services de santé de la reproduction des jeunes, des ONG ont organisé des plaidoyers auprès de certains responsables religieux et directeurs d'établissements scolaires pour l'intégration de service SRA dans les activités médico-sociales. Toutefois aucune information n'est disponible quant à la couverture de ces activités⁹³.

Un expert national a été recruté par le FNUAP pour appuyer la mise en œuvre de la planification des activités et

⁹¹ COAR 2011

⁹² Annexe 4 - Matrice d'évaluation, Critère de jugement 2.1

⁹³ Idem

du suivi - évaluation du Programme National de Lutte contre le Sida au niveau national auprès du SE/CNLS et du ministère de la santé avec entre autre la mise en place de sites sentinelles. Par la suite son rôle a été modifié pour soutenir l'opérationnalisation de des activités soutenues par le FNUAP. Toutefois aucune collaboration n'est en place avec les médecins d'appui aux régions.

Intégration des services SRA dans les centres de dépistage volontaire CTV et formations sanitaires

Le FNUAP a contribué à l'**élaboration d'un curriculum de formation intégrée SRA/PF/VIH/IST** en 2009 et a soutenu une formation intégrée comprenant *counselling* et dépistage pour les prestataires de deux régions identifiées à risque.

En 2011, plusieurs partenaires ont été impliqués dans l'**opérationnalisation du concept du «service ami des jeunes»** (*counselling*, diagnostic et prise en charge des infections sexuellement transmissibles (IST) et dépistage du VIH). Le FNUAP a été le chef de file lors de l'élaboration du document sur le concept «centre de santé amis des jeunes». Ce document a été validé par le comité interministériel et a permis de disposer d'un document de référence pour ce qui est des normes et standard dans ce domaine. Il a été noté cependant que tous les partenaires techniques et financiers n'ont pas adopté les outils développés avec le soutien du FNUAP⁹⁴.

Dans les régions « quick wins » un **nombre très limité d'agents de santé ont été formés en services amis des jeunes** (9 agents de santé dans 3 régions « quick wins »)⁹⁵. Les rapports mentionnent que l'offre de services a été organisée dans les 22 centres de santé amis des jeunes dont 12 sont des cliniques privées et uniquement dans 10 formations sanitaires publiques; les zones géographiques concernées n'y sont pas toutefois pas citées. Le FNUAP a appuyé les services SRA dans deux cliniques gérées par des ONG (FISA et SALFA). Cependant le matériel nécessaire a été fourni avec un an de retard du aux lenteurs du processus d'achat (y compris les préservatifs et le

matériel IEC) et les services SR n'ont pas pu être offerts. **L'offre de services actuelle est encore limitée** et est loin de répondre aux besoins malgré la reconnaissance de ces besoins au niveau des politiques de santé. Les **données** faisant état du nombre de jeunes référés dans les structures de santé amis des jeunes **ne sont pas disponibles** de façon systématique. Certains rapports mentionnent l'accroissement de la fréquentation mais sans données chiffrées pour étayer ce constat. Seules certaines données concernent les nouveaux utilisateurs jeunes en PF, les jeunes diagnostiqués pour IST, les cas d'IST traités et les jeunes dépistés pour le VIH/Sida.

Renforcement des capacités dans le domaine des « compétences de vie » y compris les activités génératrices de revenus (AGR)

Dès 2008 le FNUAP a appuyé **la formation de jeunes pairs éducateurs** (JPE) en matière de SRA/compétences de vie pour stimuler la demande pour les services de santé de la reproduction, en collaboration avec le ministère de la santé, le ministère de la jeunesse, et des ONG (SAF, SALFA et FISA)⁹⁶. En 2010, le curriculum de compétences de vie a été révisé avec l'introduction de nouveaux concepts (paix, civisme et environnement), en collaboration avec l'UNICEF. Des formateurs ont été formés au niveau des régions avec l'appui des deux agences⁹⁷.

Le ministère de la Jeunesse considère que le FNUAP a contribué de manière significative à redynamiser la SRA et apprécie la collaboration permettant de soutenir les maisons des jeunes et la formation de JPE. Toutefois les sites visités durant l'évaluation n'ont pas démontré de progrès importants en ce qui concerne l'utilisation des maisons des jeunes comme forum d'information en ce qui concerne la SRA ainsi que la performance des JPE qui bien que formés ne sont pas engagés activement (moins de la moitié étaient actifs dans le centre visité à Ambovombe).

Les pairs éducateurs sont censés faire des visites à domicile afin de délivrer des messages d'information à leurs pairs.

⁹⁴ Interview partenaires techniques et financiers

⁹⁵ Annexe 7 : Tableau des réalisations dans les régions « quick wins »

⁹⁶ Les données exactes n'étaient pas disponibles au moment de l'évaluation

⁹⁷ Les détails de ces formations n'étaient pas disponibles au moment de l'évaluation

Leurs **activités ne font pas l'objet d'un suivi régulier** (hormis par certaines ONG partenaires d'exécution) et aucune information n'est disponible sur la qualité des messages délivrés, la couverture exacte de leurs actions ainsi que sur le pourcentage de JPE encore actifs à la suite de la formation. Les JPE interviennent uniquement en zone urbaine et **touchent principalement les jeunes scolarisés**, alors que la majorité des grossesses précoces concernent le milieu rural⁹⁸. En général, peu de stratégies ont été définies afin de toucher les jeunes non scolarisés. Le FNUAP soutient les maisons des jeunes par le biais du Ministère de la jeunesse et des ONG (SAF, SALFA et FISA). Des causeries éducatives concernant la SR sont organisées dans ces centres de jeunes. La qualité de l'animation varie en fonction des personnes présentes et de leur compétence technique et d'animation.

Promotion du changement de comportement en matière de SR/PF et VIH/Sida

En 2008 la lutte contre le VIH/Sida a commencé à être décentralisée. Les actions de sensibilisation (grossesse précoces, IST/VIH/Sida et la santé de la reproduction) et de dépistage au niveau des régions se sont déroulées avec le soutien du FNUAP par le biais des prestataires de service de santé, les jeunes pairs éducateurs et des ONG lors d'événements socioculturels ponctuels tels que la célébration de la journée mondiale de lutte contre le VIH/Sida, rencontres sportives ou encore événements religieux. Ces activités de sensibilisation consistent en la distribution de petits articles promotionnels tels que des bandanas, porte-clés, stylos, T-shirts et sacs bananes, dont la portée éducative reste habituellement limitée et dont l'efficacité n'a pas été mesurée.

Toutefois, bien que des supports IEC (information, éducation et communication) (posters, brochures, etc.) pour lutter contre les grossesses précoces et pour la sensibilisation sur les droits en SR aient été développés avec le soutien du FNUAP, les aides visuelles IEC ne sont pas toujours disponibles pour les activités de sensibilisation⁹⁹. D'autre part les **messages de prévention de la grossesse précoces sont dilués** dans une multitude de messages concernant de nombreux autres aspects de la SR.

Des **campagnes ponctuelles** sur la vulnérabilité des adolescentes aux grossesses précoces et non désirées ou sur l'utilisation des préservatifs auprès des jeunes dans les écoles ont également été appuyées à petite échelle par le FNUAP. De même, le FNUAP a appuyé des actions ponctuelles visant à impliquer les jeunes lors de l'élaboration des plans locaux de développement. Un appui isolé a été fourni à une ONG locale (MAD'AIDS) pour regrouper des femmes séropositives ou vivant avec un mari séropositif pour discuter de leurs préoccupations. Un programme pilote pour le développement des activités génératrices de revenus a été entrepris en faveur de 20 jeunes défavorisés dans une région. Le FNUAP a appuyé l'évaluation de la phase pilote de ce programme, mais cette action est demeurée isolée.

Position de la SRA au sein du FNUAP à Madagascar

La gamme d'appuis fournis par le FNUAP a permis de faire en sorte que la santé de la reproduction des adolescents, en particulier la prévention VIH/SIDA soit incluse dans les politiques et stratégies nationales. Cependant comme décrit ci-dessus ces **différentes interventions restent ponctuelles et ne sont pas entièrement cohérentes** dans le cadre du produit 3. Certaines activités sont en lien avec la prévention VIH/Sida/IST. Toutefois les activités impliquant les jeunes ne sont pas toutes orientées vers l'amélioration de la disponibilité et l'accessibilité des services SRA. De plus, les interventions mises en œuvre **ne font pas preuve de planification ni de suivi suffisants** compromettent l'obtention des résultats attendus tels que l'augmentation des taux de fréquentation des jeunes dans les services de santé de la reproduction. La collaboration entre le ministère de la jeunesse et le ministère de la santé s'est avérée ne pas être très effective, notamment à cause des changements institutionnels du ministère de la jeunesse qui s'est traduit par un manque d'appropriation par le gouvernement des interventions appuyées par le FNUAP¹⁰⁰.

La **position de la SRA a changé** au niveau du bureau de pays en 2011, ce qui s'est reflété par une **approche plus transversale** en 2012. La problématique jeunesse est désormais envisagée comme une problématique

⁹⁸ Annexe 4 - Matrice d'évaluation, Critère de jugement 2.1

⁹⁹ Annexe 4 - Matrice d'évaluation, QE n° 2, Critère de jugement 2.1

¹⁰⁰ Idem

globale, qui sera abordée par l'ensemble des composantes (SR, P&D et genre). L'avantage comparatif du FNUAP se situe principalement dans la dimension santé de la reproduction des jeunes. Cependant, cet avantage comparatif a été détourné par d'autres activités telles que l'achat de matériel de loisir ou des formations en compétences de vie dans lesquelles le FNUAP n'a pas suffisamment de ressources, tant en matière de compétences qu'en termes de ressources humaines pour un suivi adéquat¹⁰¹. L'UNICEF étant très présent en ce qui concerne les jeunes à Madagascar, sa position semble plus appropriée dans certaines interventions telles que le soutien aux maisons des jeunes, auprès desquelles il est déjà actif.

4.2.5 Durabilité des effets des interventions soutenues par le FNUAP au titre de la composante SR

Le FNUAP a contribué à mettre en place des mécanismes qui auraient pu avoir des effets durables sur le système de santé de la reproduction malgache toutefois la durabilité des effets de ces interventions est largement compromise par situation de crise. (CJ 2.3)

De nombreux facteurs dus à la situation de crise du pays sont un frein à la pérennisation des interventions entreprises par le FNUAP. Les efforts du FNUAP en matière de développement des capacités des partenaires tant au niveau central qu'au niveau des régions, des districts et des centres de santé de base (CSB), sont atténués par des transferts fréquents de personnel. De même, les efforts de plaidoyer n'ont pas les résultats escomptés à cause des changements fréquents d'interlocuteurs au sein du Ministère de la Santé.

La diminution du budget national dans le contexte actuel ne laisse pas présager une augmentation de la contribution de l'État en ce qui concerne l'achat de contraceptifs. Ces contraintes ont amené le FNUAP à prendre en charge des budgets d'acheminement à titre exceptionnel alors qu'ils étaient du ressort du gouvernement en 2011¹⁰².

¹⁰¹ Idem

¹⁰² Annexe 4 - Matrice d'évaluation, Critère de jugement 2.1

¹⁰³ Voir paragraphe 4.2.2

Le FNUAP a contractualisé 28 sages-femmes afin de compenser leur absence dans des CSB clés pour la prestation de services de santé maternelle dans les zones d'intervention. Cette mesure a été discutée avec le Ministère de la Santé qui s'est engagé à les inclure dans ses effectifs au bout d'une année. Toutefois cela n'est pas encore le cas à cause des contraintes budgétaires évoquées ci-dessus (4.2.2). Le même type de problème est apparu pour les sages-femmes nouvellement formées qui ne peuvent pas être nommées dans le secteur public malgré les prévisions (basées sur des projections de besoins en cadres de santé) qui prévoyait leur intégration.

Un accord a été signé entre le FNUAP et la Direction du système informatique (DSI) au sein du ministère de la Santé afin d'établir un système de maintenance pour les ordinateurs utilisant CHANNEL dans les districts et régions sanitaires et pour acheter des pièces de rechange et des ordinateurs de substitution. Cependant les conditions d'utilisation et l'insuffisance des moyens mis à disposition ne permettent pas d'assurer que le parc informatique soit fonctionnel de manière satisfaisante¹⁰³.

4.3 Efficacité et durabilité dans la composante population et développement

Dans quelle mesure les interventions appuyées par le FNUAP ont-elles contribué (ou sont-elles susceptibles de contribuer) à un accroissement durable de l'utilisation d'informations démographiques et socio-économiques pour l'élaboration et la gestion des plans de mise en œuvre du Plan d'action pour Madagascar (MAP) et des Objectifs du millénaire pour le développement (OMD) ? (QE3)

Résumé de la réponse

Les interventions appuyées par le FNUAP ont contribué à renforcer les compétences des partenaires de mise en œuvre et mis des moyens proportionnés à leur disposition pour les activités identifiées. Les effets de la crise politique de 2009, en particulier le retrait des financements extérieurs du RGPH et la mise en sommeil de la planification tant centrale que décentralisée (continued)

Résumé (continued)

n'ont pas permis aux stratégies adoptées par les partenaires de mise en œuvre pour promouvoir le lien population et développement de porter leurs fruits. Alors que l'action auprès de l'INSTAT a pu contribuer à mettre en œuvre la politique nationale de renforcement de la statistique, l'appui tant au Système national intégré de suivi-évaluation qu'aux actions de sensibilisation n'a pas trouvé au niveau régional et local les compétences et les moyens requis pour relayer les efforts de systématisation du suivi et de l'évaluation des projets pour l'élaboration et la gestion des plans de mise en œuvre du MAP et des OMD. La durabilité des acquis méthodologiques et des compétences développées est fortement conditionnée au retour rapide à la stabilité et donc à la reprise des activités de planification du développement.

4.3.1 Profil de la composante P&D

Dans le 6^{ème} programme de coopération, l'effet direct de l'UNDAF associé à la composante population et développement était le suivant : « *la population, en particulier les groupes les plus pauvres et vulnérables, jouit de tous les droits sociaux, économiques, civils et politiques grâce à une gouvernance participative et solidaire* ». En vue d'une utilisation accrue des données démographiques et socio-économiques, l'appui du FNUAP s'est positionné sur le renforcement des capacités nationales dans la planification, le suivi et l'évaluation des programmes nationaux et régionaux de développement par le biais de : (i) l'appui à la production de données fiables sur la population et le développement (et (ii) l'appui à la prise en compte des liens entre population et développement dans le processus de développement du pays.

L'amélioration de la production et de l'utilisation de données fiables était recherchée au travers d'un appui à l'INSTAT pour la mise en œuvre du recensement général de la population et de l'habitat (RGPH3, prévu en 2009) et de l'enquête démographique et de santé (EDS4, prévue en 2008). L'appui au RGPH comportait des actions de coordination avec les autres bailleurs, notamment la Banque Mondiale et USAID. La contribution du FNUAP portait également sur le renforcement des capacités techniques et institutionnelles du système statistique national dans le développement par la mise en place d'un système de bases de données intégrées. Le troisième volet

de la stratégie portait sur la promotion de l'utilisation des données pour la redevabilité, notamment au niveau régional, avec des activités de plaidoyer et de sensibilisation en rapport avec les résultats du RGPH et de l'EDS.

La stratégie relative à la prise en compte du lien population et développement comportait 4 volets : (i) la conduite de recherches orientées vers l'action sur les liens population/développement et plaidoyer, (ii) le renforcement des capacités techniques en matière d'intégration des questions de population, SR et genre dans les programmes sectoriels du MAP, (iii) le développement de partenariats avec les institutions nationales et régionales de recherche ou de formation pour l'assistance technique et (iv) la mise en place de mécanismes de coordination des différents intervenants dans le secteur de Population-Développement.

La mise en œuvre des stratégies associées à ces produits a été profondément affectée par les effets de la crise politique de 2009 qui a provoqué le retrait des promesses de financement du RGPH et la mise en sommeil du processus de planification, tant au niveau central que décentralisé. Les activités soutenues par le FNUAP ont été poursuivies, avec des ajustements limités sur les enquêtes appuyées avec l'INSTAT et les groupes-cibles pour les activités de promotion du lien population et développement.

4.3.2 Affectation des dépenses

Les dépenses engagées pour la mise en œuvre de la composante P&D se sont élevées à 3,8 M\$. Des deux produits constitutifs de la composante Population et Développement, celui dédié à la production et l'utilisation des données a consommé 80,5 % des dépenses. Il s'est focalisé sur le renforcement des capacités (40 %) et l'appui institutionnel (34,7 %). Les dépenses liées à l'intégration population et développement ont porté à part égales sur le développement de partenariats avec les universités (36,9 %) et l'appui institutionnel (37,6 %).

La mise en œuvre de la composante P&D a été conçue essentiellement par et avec le Ministère en charge de la planification économique (devenu ultérieurement la Vice-Primature chargée de l'Économie et de l'Industrie, VPEI), en liaison étroite avec l'organisme central chargé des statistiques (INSTAT), en particulier pour le recense-

Tableau 8 : Dépenses relatives à la composante Population et Développement, 2008-2011

Description activités	Dépense	%
Produit 1.1	743 022	19.45 %
MDG6P11A Intégration Population et Développement	743 022	100.00 %
Appui institutionnel	279 509	37.62 %
Mécanismes de coordination	24 984	3.36 %
Recherches-action	71 508	9.62 %
Renforcement capacités P&D	67 571	9.09 %
Suivi et évaluation	24 798	3.34 %
(vide)	381	0.05 %
Développement partenariat universités	274 272	36.91 %
Produit 1.3	3 077 891	80.55 %
MDG6P31A Production et utilisation de données fiables pour le développement	3 077 891	100.00 %
Appui institutionnel	1 069 105	34.73 %
ICFORUNFPA	3 940	0.13 %
Plaidoyer RGPH	224 074	7.28 %
Renforcement capacités PSSN, IMIS	1 231 405	40.01 %
Utilisation des données	545 342	17.72 %
(vide)	4 026	0.13 %
Total général	3 820 913	100.00 %

Source : Atlas

ment de la population initialement prévu, puis reporté. Les deux directions de la VPEI, partenaire de mise en œuvre chargé de l'intégration P&D, sont la Direction du Suivi-Évaluation (DSE) et la Direction des Méthodes de Planification (DMP). L'INSTAT a été le partenaire de mise en œuvre du produit relatif à la production et à l'utilisation de données fiables.

4.3.3 Production et utilisation des données démographiques et socio-économiques

Le FNUAP a contribué à la production de données démographiques et socioéconomiques par son appui à l'INSTAT. L'appui à la réalisation du RGPH a achoppé sur les réactions des autres bailleurs à la crise de 2009. Le FNUAP a trouvé le moyen de réutiliser les apports initiaux et d'inscrire son appui sur la durée grâce à des formations longues. (CJ 3.1)

Les données de base générales (issues du RGPH) indispensables au plaidoyer pour l'intégration de l'approche

population et développement dans les politiques de développement nationales n'ont pas été produites. L'appui du FNUAP à la réalisation du RGPH, tant technique qu'en matière de dialogue de politique, a été réalisé avec succès jusqu'à la décision en 2009 des partenaires techniques et financiers de retirer leurs financements en réaction à la crise politique de 2009. A la veille de cette décision, **les activités du FNUAP pour rendre possible le RGPH avaient été menées à bien** puisque d'une part le montant des financements disponibles (12 M\$) aurait permis la réalisation du recensement, et que d'autre part, les préalables techniques étaient acquis : système d'information géographique (SIG) censitaire, 40 postes de travail informatique de la cellule centrale de l'INSTAT, imprimante A0, photocopieuses, ainsi que la réalisation d'un recensement pilote (dans le sud du pays). **La qualité des préalables techniques est avérée** par leur utilisation ultérieure pour d'autres enquêtes démographiques et thématiques. À plus long terme, l'appui apporté par le FNUAP au travers de l'INSTAT pour **la formation** de techniciens, techniciens supérieurs et d'ingénieurs statisticiens et démographes a des effets directement tangibles au sein des administrations d'affectation des

diplômés en matière de collecte et d'exploitation des données statistiques. Cet appui du FNUAP est la contribution la plus efficace et la plus durable au renforcement de la capacité des partenaires nationaux et des administrations tant centrale que déconcentrée en matière de production et d'exploitation de données démographiques et de suivi des programmes de développement et des activités administratives¹⁰⁴.

L'appui du FNUAP à l'INSTAT par la mise à disposition des outils techniques et d'une assistance technique internationale (CTP) a contribué à **mobiliser d'autres sources de financement** (UNICEF, PNUD) pour conduire en 2011 l'enquête périodique des ménages (EPM) qui permet notamment de mesurer l'évolution de la pauvreté au niveau national. Les **études sectorielles** comme l'EDS4 et l'EPM n'ont donc pas souffert de l'instabilité politique et ont été menées à bien et, pour la première du moins, disséminées au niveau central et régional. Les données ont été mises à disposition des décideurs et du public en 2010 pour les résultats de niveau national. Les résultats de niveau régional ont été finalisés en décembre 2011, soit **3 ans après l'enquête**. Malgré l'appui du FNUAP pour la conception de l'EPM, les indicateurs de santé retenus ne permettent cependant pas de disposer d'informations suffisamment pertinentes en matière de santé de la reproduction et de santé maternelle.

4.3.4 Production et utilisation des données de suivi des programmes de développement

L'appui du FNUAP à l'INSTAT a contribué à la production de l'essentiel des données utilisées dans les rapports annuels de suivi. La remontée des informations administratives à partir du niveau régional s'est avérée difficile. (CJ 3.2)

Les données de suivi et de réalisation des programmes nationaux sectoriels de développement (dans le cadre du Système National Intégré de Suivi-Évaluation, SNISE) également indispensables au plaidoyer pour l'intégration de l'approche P&D n'ont pas été produites, du moins **pas au niveau de qualité requis**. La structure des rapports annuels entre 2008 et 2011 a été conservée : tous les indicateurs prioritaires défi-

nis en 2007 et 2008 pour la mise en œuvre du MAP sont reportés et reconsidérés dans les autres rapports nationaux des années 2009, 2010, 2011. Les cellules de centralisation et d'analyse régionales (CCAR) n'ont été établies que tardivement et peinent à collecter les données auprès des administrations et des autres acteurs du développement régional. Globalement, le rapport annuel du SNISE n'est pas en mesure d'exploiter des données partielles et sans cohérence d'ensemble qui remontent des régions.

L'appui du FNUAP pour renforcer le dispositif de suivi des programmes de développement et donc pour renforcer la portée de la planification nationale et sectorielle s'est porté sur le SNISE, initialement en lien avec le MAP de 2006. Le MAP n'avait pas prévu de système de suivi et d'évaluation. Le plaidoyer du FNUAP lors du cycle précédent a permis d'introduire cette dimension.

L'appui du FNUAP dans le cadre du 6^{ème} programme a été porté principalement auprès de la Direction de suivi-évaluation des programmes (DSEP, au sein de la Vice Primature chargée de l'Économie et de l'Industrie-VPEI) avec la mise à disposition d'un assistant technique et le financement d'équipements informatiques au niveau central puis dans six directions régionales en 2011. Les ressources des PTA ont été utilisées pour **renforcer les capacités des services déconcentrés** avec des formations sur le suivi-évaluation et l'utilisation du SNISE, l'élaboration et la diffusion du manuel de procédure du SNISE (décembre 2010) et la publication des rapports annuels. La collecte des données de suivi et de réalisation de tous les programmes de développement en cours dans chacune des régions est réalisée auprès de l'ensemble des acteurs institutionnels et non étatiques regroupés au sein d'une plateforme régionale SNISE. Les données collectées sont analysées en termes d'effets par un comité restreint (Cellule de centralisation et d'analyse régionale, CCAR) présidé par le Directeur régional de l'Économie, assisté en particulier du directeur régional de l'INSTAT.

Les services déconcentrés de niveau régional n'ont été en situation de mettre en œuvre le manuel du SNISE qu'à partir de 2011, quand les CCAR ont finalement été mis en place (dans 16 régions sur 22) par arrêté de la région (l'arrêté de nomination des membres du CCAR se fait toujours attendre dans certaines régions).

¹⁰⁴ Annexe 2X - Matrice d'évaluation, QE n°3, CJ 3.1

L'essentiel du contenu des rapports annuels du SNISE central jusqu'à ce jour est issu des données produites par l'INSTAT par le moyen de ses implantations régionales, et donc de ce fait attribuable de manière indirecte à l'appui du FNUAP (à l'INSTAT). Les **formations des services techniques déconcentrés** données avec l'appui du FNUAP en 2009 n'ont pas été mises en pratique jusqu'à présent et les membres des cellules régionales qui ont bénéficié des formations ont été pour deux tiers d'entre eux affectés à d'autres fonctions. **Le manuel de procédures et d'organisation du SNISE** n'est pas utilisé comme une référence normative, laissant la possibilité d'une adaptation au niveau de compétence identifié parmi les participants aux plateformes régionales; **l'agrégation des canaux régionaux** sera pour le moins difficile. Les données administratives sectorielles, de programmes et des ONG parviennent difficilement à la cellule de collecte et d'analyse, généralement en retard et souvent sans tenir compte du format retenu.

A l'issue du 6^{ème} programme, les données de base de suivi des programmes et de la mise en œuvre de la planification, indispensables au plaidoyer pour l'intégration de l'approche population et développement dans les politiques de développement nationales, n'ont pas été produites, malgré l'appui direct du FNUAP au niveau central et l'appui indirect (appui de proximité) au niveau des sous-bureaux. Des contraintes avaient été identifiées par la revue annuelle de 2010 mais seules les plus immédiates ont été intégrées au plan de travail annuel (PTA) de 2011 : l'équipement informatique apporté par le FNUAP aux Directions régionales de l'économie (DRE) et à la CCAR a été mis à disposition en mai 2012 (son effet sera cependant limité par l'absence d'accès à internet de la majorité des DRE)¹⁰⁵.

Un seul exercice pratique de planification a été mené par le gouvernement malgache durant la période couverte par l'évaluation : il s'agit de l'élaboration (toujours en cours) d'un plan de développement national à court terme pour la période 2012-2014. Les informations obtenues par l'équipe d'évaluation à propos de cet exercice permettent de conclure que dans son état actuel, le plan de développement national n'établit pas de lien avec le MAP; il semble surtout destiné à fournir un minimum

de visibilité à l'action de l'État en dépit du blocage institutionnel né de la crise politique de 2009. De même, le plan ne semble pas mentionner le lien entre population et développement et ne paraît pas non plus développer un plaidoyer dans ce sens. Le manque de moyens au niveau central et déconcentré et le déficit de capacités en matière de collecte et de traitement des données administratives demeure, à l'issue du 6^{ème} programme du FNUAP, un handicap majeur à une planification intégrant les résultats des programmes passés et en cours et des données démographiques et socioéconomiques à jour¹⁰⁶.

4.3.5 Intégration des liens entre population et développement

L'appui du FNUAP a été déstabilisé par les effets de la crise politique sur le processus de planification, particulièrement au niveau régional et décentralisé. Les ajustements de la stratégie ont conduit à un « saupoudrage » des activités, qui n'a pas eu d'effet durable. (CJ 3.3)

Dans le contexte de Madagascar, la stratégie d'intégration du lien entre population et développement ciblait les services déconcentrés et les collectivités territoriales avec pour objectif une initiation à la prise en compte, dans la planification, des données démographiques et socioéconomiques. Cette approche restait relativement basique pour s'adapter à l'inertie du suivi administratif dans les services déconcentrés et à la relative nouveauté des attributions de planification déléguées aux collectivités territoriales, et donc plus globale à l'absence d'une culture de la planification. **Les capacités et les moyens de plaidoyer** des acteurs porteurs de l'intégration de l'approche population et développement n'ont cependant pas été notablement et durablement renforcées. L'appui du FNUAP en matière de renforcement des capacités de plaidoyer des acteurs porteurs de l'intégration de l'approche population et développement a été mis en œuvre par la Direction des Méthodes de Planification (DMP) de la VPEI. Elle a bénéficié à partir de 2010 de l'appui de l'assistant technique précédemment en appui à la DSEP, au sein du même ministère, pour la mise en place du SNISE.

Les actions de sensibilisation sur le lien population et développement proprement dit ont été celles qui

¹⁰⁵ Annexe 4 - Matrice d'évaluation, QE n°2, CJ 3.2

¹⁰⁶ idem

rencontré le plus de problèmes de mise en œuvre et, en définitive, le moins d'effets identifiables. Le partenaire de mise en œuvre a constamment effectué des **revirements stratégiques** en changeant pratiquement tous les ans d'opérateur et de cibles. Les opérateurs ont été successivement l'Université Catholique de Madagascar et l'Institut Malgache des Techniques de Planification (IMATEP). Les cibles ont varié des responsables des collectivités locales à aux services techniques déconcentrés, à une plateforme d'organisations religieuses (PLEROC), une « plateforme » de journalistes, des coopératives, sans lien apparent avec les activités précédentes. Les raisons de ces changements de stratégies ne sont pas clairement établies dans les PTA et ne sont expliquées qu'a posteriori par les échecs des initiatives précédentes. Par exemple, après le report de la décentralisation, les actions appuyées par le FNUAP ont été réorientées des collectivités territoriales vers les services de l'État avec des formations en planification organisées à Antananarivo et des conférences-débats visant à sensibiliser les décideurs régionaux aux liens population et développement. Ces conférences-débats, comme à Antsohihy par exemple, ont été appuyées par les sous-bureaux et ont été bien reçues. Au niveau de chaque région, le caractère unique de l'évènement a cependant réduit leur impact pédagogique et pratique en matière de mise en œuvre effective.

Le CPAP prévoyait également des **études régionales** concourant à la sensibilisation des décideurs régionaux en illustrant le lien entre la disponibilité des données socio-économiques et la pertinence de la planification. Cette initiative a évolué (COAR 2011) vers quatre études ponctuelles et de portée régionale : une étude de la résilience après les catastrophes naturelles (dans deux régions, réalisée en 2011, en cours d'édition), une étude sur les abus sexuels des jeunes filles pendant les bals (réalisée par l'Université d'Antananarivo) et une étude sur l'accès aux services sociaux de base. Il n'y a pas eu à ce jour¹⁰⁷ d'exploitation et de diffusion de ces études qui restent donc sans effet sur le renforcement de capacité en matière de sensibilisation au lien entre population et développement.

En fin de période, l'appui institutionnel à la VPEI a été partiellement reporté (40 % du temps du conseiller technique) sur la Direction de la Coopération Économique et

des Aides Extérieures sur la base d'un rapport commandité par le FNUAP sur la coordination de ses actions. Cette évolution est trop récente et sa portée trop diffuse pour en apprécier le résultat.

4.3.6 Durabilité des effets des interventions soutenues par le FNUAP au titre de la composante P&D

Malgré l'appui du FNUAP, la crise a, depuis 2009, progressivement affaibli la capacité des autorités malgaches à intégrer le lien entre population et développement. L'appui à la formation de base des statisticiens a permis au FNUAP de s'inscrire dans la durée en attendant qu'un contexte plus favorable ne s'impose. (CJ 3.4)

Les PTA de la composante population et développement n'organisent pas de **stratégies de sortie**. Cette absence peut se justifier par le fait que l'implication du FNUAP dans le domaine est très diversifiée, avec des apports qui ne sont pas vitaux pour le fonctionnement des services (DSEP, DMP, DCEAE) et agences (INSTAT) soutenues. D'autre part, pendant la période sous revue, le FNUAP a réorienté de manière significative son appui en matière de P&D avec la crise de 2009 en abandonnant des activités sans aménager de transition. La cessation des activités n'a pas eu d'effet notable sur le fonctionnement des partenaires de mise en œuvre auxquels les ressources du FNUAP ont été réallouées. Les activités délaissées précocement par le FNUAP ont été mises en sommeil par les partenaires de mise en œuvre, par manque d'un budget de fonctionnement correspondant.

L'appui du FNUAP s'est orienté progressivement vers l'anticipation de la sortie de crise : les interventions par nature ponctuelles comme l'appui au RGPH ou au SNISE ont laissé place à un traitement des causes profondes des dysfonctionnements de ses partenaires de mise en œuvre (vieillesse des cadres de l'INSTAT d'une part, absence de culture de suivi-évaluation des services techniques déconcentrés d'autre part). Cette orientation est particulièrement visible en ce qui concerne l'INSTAT¹⁰⁸.

¹⁰⁷ Elles sont prévues en octobre-décembre 2012.

¹⁰⁸ Annexe2 - Matrice d'évaluation, QE n°2, CJ 3.3

4.4 Efficacité et durabilité dans la composante genre

Dans quelle mesure les interventions appuyées par le FNUAP ont-elle contribué (ou sont-elles susceptibles de contribuer) de manière durable à (i) l'établissement d'un environnement juridique et socio-culturel favorable à la réduction des abus contre les femmes, (ii) à l'élimination des pratiques traditionnelles qui affectent négativement les femmes et (iii) à la promotion de la parentalité responsable ? (QE4)

Résumé de la réponse

Le FNUAP a contribué à la mise en place d'un environnement institutionnel et réglementaire favorable à la promotion du genre. Les actions entreprises ont permis de mettre à disposition du pays (i) des instruments juridiques - à l'instar de la nouvelle loi sur le mariage, (ii) des planificateurs sensibles au genre au niveau national et régional, (iii) des institutions pouvant piloter des actions contre les VBG au niveau national et régional et (iv) un mécanisme de suivi de l'accès à la justice et de lutte contre les VBG à travers la réalisation d'un programme conjoint impliquant le FNUAP, le PNUD et l'UNICEF.

Par ailleurs, bien que les actions entreprises soient de faible envergure, le FNUAP a contribué à l'amélioration de la situation socio-économique des femmes vulnérables au sein des communautés.

Sur un autre plan, le FNUAP a contribué à l'émergence des femmes en politique. L'acceptation de la participation des femmes dans la gestion des affaires publiques ne souffre plus de grande opposition de la part des communautés. Toutefois, les réseaux de femmes demeurent fragiles.

En matière de lutte contre les VBG, par le biais de la mise en place des centres d'écoute et de conseil juridique (CECJ), le programme du FNUAP a contribué à mettre à disposition de la population au niveau de toutes les régions de Madagascar des services de conseil, de protection et de référencement en matière d'affaires liées aux VBG.

4.4.1 Profil de la Composante

Le 6^{ème} programme de coopération entre le FNUAP et le gouvernement prévoyait deux produits pour la composante Genre :

1. les capacités techniques et institutionnelles du Gouvernement et des organisations de la société civile à formuler et à mettre en œuvre les politiques et programmes relatifs au genre pour l'autonomisation de la femme sont renforcées, en particulier dans les zones d'intervention.
2. La disponibilité de services de *counselling*, de protection et de référence pour les victimes de violence basée sur le genre est accrue

Les dépenses de la composante Genre par sources et par produit sont présentées dans le tableau ci-dessous :

4.4.2 Contribution à l'amélioration des cadres institutionnels et réglementaires

Les interventions du FNUAP ont contribué au renforcement des capacités des responsables au niveau local dans l'application des textes en vigueur en matière de genre. L'appui du FNUAP a également contribué à l'intégration de la dimension genre dans les futurs

Tableau 9 : Ressources engagées pour la composante Genre pour la période du 6^{ème} programme (en dollars US)

Activités	2008		2009		2010		2011		Total Budget	Total Dépense
	Budget	Dépense	Budget	Dépense	Budget	Dépense	Budget	Dépense		
1. Genre	349 800	276 019	315 000	288 873	413 829	398 918	590 576	462 979	1 669 205	1 426 790
MDG6G21A Egalité et autonomisation de la femme	239 800	214 203	230 000	229 293	254 729	227 402	259 731	254 122	984 260	925 019
MDG6G41A Soutien victimes de violence basée sur le Genre	110 000	61 817	85 000	59 580	159 100	171 516	330 845	208 857	684 945	501 770

Source Atlas

documents de planification régionale. Les interventions du FNUAP ont également permis la mise en place de mécanismes de suivi et de plates-formes de promotion du genre (CJ4.1).

Ce volet s'inscrit dans la réalisation du Produit 1 du CPAP : « les capacités techniques et institutionnelles du Gouvernement et des organisations de la société civile à formuler et à mettre en œuvre les politiques et programmes relatifs au genre pour l'autonomisation de la femme sont renforcées, en particulier dans les zones d'intervention. », notamment la mise en œuvre de la première stratégie, consistant en un plaidoyer pour lever les barrières juridiques et socio-culturelles et en un renforcement des capacités (surtout au niveau local) sur les questions liées au genre, aux droits et à la négociation.

La mise en œuvre du 5^{ème} programme du FNUAP avait permis la promulgation d'une nouvelle loi relative au mariage et aux régimes matrimoniaux en 2007¹⁰⁹. Entre autres, cette loi a introduit la parité du patrimoine conjugal entre les époux et a aligné l'âge pour le mariage pour l'homme et la femme. À ce jour, faute d'information et/ou de formation suffisante, cette loi est demeurée peu appliquée, en particulier par les maires qui célèbrent les mariages civils. En effet, faute de clarté quant aux responsabilités des départements ministériels de la Justice et de la Population dans la diffusion de cette loi, **les actions relatives à la diffusion de cette loi et à la formation des responsables concernés n'ont eu lieu qu'en 2012**. De plus, le flottement statutaire des maires élus (leur mandat devait normalement prendre fin en 2010, mais faute d'élection, ils ont assuré leur fonction de maire sans cadre légal à ce jour) a rendu difficile leur implication dans le processus.

Au cours du 6^{ème} programme, les actions de formation et de renforcement des capacités menées par le FNUAP au niveau local ont permis au pays de **disposer de planificateurs sensibles au genre au niveau des 22 régions de Madagascar**. Ces cadres issus des partenaires de mise en œuvre (OSC, départements ministériels) ont été sensibilisés en matière de planification, de suivi et évaluation pour l'élaboration, la réalisation et le suivi de programmes relatifs au genre. De plus, ces planificateurs ont acquis la capacité de mener des **plaidoyers pour l'intégration du**

genre dans les documents cadres régionaux. En raison du flottement institutionnel lié à la crise politique actuelle, l'élaboration de nouveaux plans de développement régional n'est pas possible. De ce fait, l'efficacité de cette stratégie ne peut encore être appréciée.

Le FNUAP a soutenu le Ministère de la Population et des Affaires sociales (MPAS) par des appuis logistiques et techniques dans ses attributions en matière de promotion du genre. Le FNUAP a ainsi **affecté un expert en genre au MPAS**. En 2012, en collaboration avec la Commission de l'Océan Indien, et en vue de représenter le pays dans les rencontres régionales inter-pays de l'Océan indien, le MPAS avec les OSC ont mis en place le noyau dur de la plate-forme nationale de lutte contre les violences basées sur le genre. Une première réunion a été tenue avec pour objet la collecte de manifestations d'intérêts. Toutefois, dans l'objectif d'instituer la plate-forme nationale de façon participative, des actions en faveur de la promotion de plates-formes régionales ont été menées. Ces actions visaient à la mobilisation de toutes les parties prenantes au niveau régional, au renforcement de leurs capacités ainsi qu'à l'appui pour la mise en place effective des plates-formes régionales. Actuellement, **2 plates-formes régionales de lutte contre les VBG sont opérationnelles** (Amaron'i Mania et Menabe) et **4 nouvelles autres plates-formes sont en cours de constitution** (Boeny, Betsiboka, Vakinakaratra et Matsiatra Ambony). D'une part, ces plates-formes aussi bien régionales que nationale devraient permettre **l'harmonisation des interventions** de toutes les parties prenantes en matière de lutte contre les violences basées sur le genre. D'autre part, elles devraient faciliter la **collecte de données** relatives à ce fléau pour permettre de mieux canaliser les interventions.

Enfin, en décembre 2011, sur financement du gouvernement norvégien, le programme conjoint FNUAP, UNDP et UNICEF a **adopté le mécanisme de suivi de l'accès à la justice et de lutte contre les VBG** dans 3 villes pilotes, à savoir Antananarivo, Tuléar et Diégo. Ce programme s'adresse à tous les intervenants en matière de violence basée sur le genre, en particulier les responsables du MPAS, du Ministère de la Justice, des OSC, des CECJ, des cliniques juridiques, des Tribunaux et les Officiers de Police

¹⁰⁹ Loi n°2007-022 du 20 août 2007

Judiciaire (OPJ). Le programme a pour objectifs la mise à disposition du MPAS de toutes les informations relatives à la violence basée sur le genre. Dans le cadre de l'opérationnalisation de ce mécanisme de suivi, les entités concernées ont été appuyées au travers de la dotation de matériels informatiques et de formations techniques relatives à la collecte, la sauvegarde et la diffusion des données. Le mécanisme vient d'être adopté et n'a pas encore donné lieu à une mise en œuvre pratique. En conséquence, l'efficacité du mécanisme ne peut encore être appréciée.

4.4.3 Contribution à l'autonomisation économique des femmes

Les actions menées par le FNUAP ont permis de contribuer à l'amélioration de l'autonomisation économique des femmes en leur permettant d'accéder à des microcrédits adaptés à leurs besoins. Les actions visant à réinsérer économiquement les femmes victimes de fistules n'ont en revanche pas permis d'atteindre un résultat notable (CJ.4.1).

Ce volet s'inscrit dans la réalisation du Produit 1 du CPAP : « les capacités techniques et institutionnelles du Gouvernement et des organisations de la société civile à formuler et à mettre en œuvre les politiques et programmes relatifs au genre pour l'autonomisation de la femme sont renforcées, en particulier dans les zones d'intervention », notamment la mise en œuvre de la deuxième stratégie, à savoir la mobilisation de ressources techniques et financières en appui aux interventions d'autonomisation des femmes.

En 2009, la collaboration avec les institutions de micro-finance (IMF) a permis de concrétiser un programme **d'octroi de lignes de crédit en faveur des femmes vulnérables** dans la région d'Analamanga, à Toliara et à Fianarantsoa. Le choix des bénéficiaires est fait selon les critères de l'IMF, dont les agents connaissent les communautés cibles. Outre l'enquête préalable menée par les agents de crédit de chaque IMF au niveau des bénéficiaires potentiels, le plafonnement du crédit à 100.000 Ariary (34 euros) sélectionne de fait ces bénéficiaires pour ne toucher que les plus vulnérables. En général, les résultats obtenus sont satisfaisants. A titre d'exemple, si au démarrage, son enveloppe de crédit disponible était de 9.000.000 Ariary

(3.000 euros), l'institution de micro finance HARDI a pu octroyer jusqu'en mai 2012, 520.800.000 Ariary (173 600 euros) auprès de 869 bénéficiaires.

Par ailleurs, les conditions d'obtention du crédit ont permis aux bénéficiaires de **se constituer une épargne et d'améliorer ainsi leur cadre de vie**. Parmi les bénéficiaires interrogées, certaines ont pu faire construire une maison, d'autres ont été en mesure d'agrandir leurs fonds de commerce, etc. Toutefois, il y a lieu de noter que le système de suivi adopté présente des défaillances dans la mesure où celui assuré par le Ministère chargé de la population s'est limité à l'observation des activités de l'IMF. En fait, **l'utilisation effective des crédits n'a fait l'objet d'aucun contrôle ni suivi**.

Sur un autre plan, les femmes victimes de fistule ont également fait l'objet d'une activité spécifique en vue de leur réinsertion socio-économique. Après la prise en charge médicale dont ont bénéficié 150 femmes, l'action consiste à les former en technique de production et à les doter d'outils de production afin qu'elles puissent mener une activité économique. **Sur le plan de la réinsertion sociale, les résultats sont positifs**. En effet, toutes les femmes prises en charge ont pu réintégrer leur famille et leur communauté respective. **Leur réinsertion économique n'est en revanche pas concluante** dans la mesure où l'appui dont elles ont bénéficié ne leur a pas permis de lancer une activité économique et/ou commerciale véritablement génératrice de revenus. En effet, l'appui du FNUAP reste symbolique et dès que des problèmes conjoncturels surviennent, la poursuite des AGR n'est plus possible.

4.4.4 Contribution à la participation des femmes dans les affaires publiques

Les appuis menés auprès des réseaux de femmes en politique ont permis d'améliorer la participation des femmes dans les sphères de décision au niveau national (CJ.4.1).

Ce volet s'inscrit dans la réalisation du Produit 1 du CPAP : « les capacités techniques et institutionnelles du Gouvernement et des organisations de la société civile à formuler et à mettre en œuvre les politiques et

programmes relatifs au genre pour l'autonomisation de la femme sont renforcées, en particulier dans les zones d'intervention. », notamment la mise en œuvre de la première stratégie qui consiste en un plaidoyer pour lever les barrières juridiques et socio-culturelles ainsi que (et surtout) l'élaboration et l'adoption de lois instaurant un système de quotas d'hommes et de femmes dans toutes les instances de décision.

Il s'inscrit également dans la cinquième stratégie du Produit 1, à savoir la collaboration avec les réseaux de médias, les parlementaires, les leaders religieux et les organisations communautaires de base.

Le FNUAP a contribué **au renforcement des capacités des OSC** - y compris les groupes de femmes, afin d'accroître la participation féminine dans les principales instances de décision. Ainsi, les réseaux des femmes en politique, à savoir le Réseau des femmes africaines ministres et parlementaires (REFAMP) et le réseau des femmes élues maires de Madagascar (FEMM) ont bénéficié de renforcement de capacités sur les questions de genre et de participation féminine dans les affaires publiques.

Le programme a contribué à des **changements notables dans le paysage politique à Madagascar**. En effet, par le biais des actions de lobbying, les réseaux de femmes bénéficiaires de l'appui du FNUAP ont concouru à l'amélioration de la participation des femmes dans les affaires publiques. Les résultats sont significatifs : la question du genre a été prise en compte dans la feuille de route signée par tous les acteurs politiques en septembre 2010; le nombre des femmes a augmenté dans l'actuel gouvernement; enfin, une femme est élue à la tête d'une institution clé de la Transition, la CENI-T.

Néanmoins, de par leur nature, **les réseaux de femmes** bénéficiaires de la collaboration du FNUAP **demeurent fragiles** sur les plans institutionnel et organisationnel. D'après les avis recueillis auprès des leaders et des membres de ces réseaux de femmes, dans le contexte actuel, la politique influe sur la vie des réseaux. Regroupant des femmes leaders en politique, issues de différentes tendances, ces réseaux perdent en effet souvent de vue leur cause commune qu'est le genre au détriment des engagements et des objectifs politiques. De ce fait, la pérennité des réseaux demeure incertaine.

Par ailleurs, en dépit de leurs compétences acquises en matière de plaidoyer et de lobbying et malgré leur capacité d'influence vis-à-vis du monde politique, les membres des réseaux appuyés estiment souvent que les leaders n'ont pas assuré la transmission de leurs connaissances et compétences au niveau de leurs bases respectives.

Enfin, **la décision du système des Nations Unies de suspendre tout appui à la sphère politique** a entraîné la **mise en sommeil** d'une grande partie de ces réseaux. Le FNUAP est cependant parvenu à lever partiellement l'obstacle de la décision du SNU en collaborant avec la Commission de l'Océan Indien en vue de la mise en place d'un réseau régional des femmes en politique.

4.4.5 Service de conseil, de protection et de référence pour les victimes de VBG

Les interventions du FNUAP ont contribué à l'amélioration de l'accessibilité pour les victimes de VBG à des services de *counselling*, de protection et de référence (CJ.4.2).

Ce volet s'inscrit dans la réalisation du Produit 2 du CPAP : « La disponibilité de services de *counselling*, de protection et de référence pour les victimes de violence basée sur le genre est accrue », notamment la mise en œuvre de la première stratégie qui consiste en l'extension de services et de centres d'écoute et de conseil juridique

Les centres d'écoute et de conseil juridique (CECJ) ont été institués, depuis le 5^{ème} programme, pour recevoir les dénonciations de violences basées sur le genre. Selon les cas observés, les usagers des CECJ peuvent être pris en charge médicalement, sur le plan psychosocial et/ou orientés vers une institution juridique. Les CECJ assurent également des actions de sensibilisation pour prévenir les violences basées sur le genre à travers des conseils directs aux victimes ou des animations mobiles au niveau des communautés.

A travers la réalisation du produit 2 de la composante genre, le FNUAP a contribué à **accroître la disponibilité des services de conseil, de protection et de référence pour les victimes de violence basée sur le genre**. Le nombre de CECJ opérationnels est passé de **2 à 15** atteignant ainsi une couverture de **12 régions sur 22**.

Toutefois, la présence du CECJ dans une région ne signifie pas qu'il couvre la totalité de la région ou couvre exclusivement cette région. Selon les lieux d'implantation géographique des CECJ, les usagers peuvent être issus des communes avoisinantes qui peuvent s'étendre au-delà des limites de la région d'implantation.

Le programme a notamment soutenu l'ouverture de nouveaux CECJ dans les zones d'intervention du FNUAP, la mise en place d'un système de référence pour la prise en charge clinique des victimes, la mise en place d'un dispositif facilitant la dénonciation des violences perpétrées contre les femmes et l'appui aux centres d'écoute existants.

Par ailleurs, il convient de mentionner la complémentarité de couverture entre les CECJ et les cliniques juridiques mises en place et appuyées par le Ministère de la Justice en collaboration avec le PNUD. En effet, en dehors d'Antananarivo ville, le Ministère de la Population, en collaboration avec le FNUAP n'installe plus de CECJ dans les zones disposant déjà d'une clinique juridique. Le protocole de prise en charge psychosociale et juridique entre les deux types d'institutions (CECJ et Clinique Juridique) est sensiblement identique. Ainsi, grâce à cette collaboration, **la quasi-totalité des régions de la grande île possède un centre qui offre des services de conseil, de protection et de référence pour les victimes de violence basée sur le genre.**

Suite aux entretiens réalisés auprès des usagers et des autorités d'implantation des CECJ, **les activités des CECJ sont jugées utiles** tant par les « survivants »¹¹⁰ que par les autorités (chefs fokontany et maires) de leurs localités d'implantation et les responsables des communes avoisinantes. Les demandes d'ouverture de nouveaux centres sont souvent motivées par l'utilité de ces centres et par la recherche de services de proximité, évitant ainsi aux victimes de trop longs et coûteux déplacements.

Les demandes d'ouverture de nouveaux CECJ ont déjà reçu des réponses positives de la part de certaines associa-

tions pour la défense des Droits de l'Homme (ADDH), gestionnaires des CECJ existants. Ces ADDH ont accepté d'ouvrir des CECJ « satellites » dans d'autres communes mais sous leur supervision. A titre d'exemple, le VAM¹¹¹ a ouvert un CECJ à Behara en complément du centre d'Amboasary. De même, SOS VND¹¹² a ouvert un CECJ à Antsirabe en complément de celui d'Analaman-ga. Enfin, la Fédération pour la promotion de la femme et de l'enfance (FPFE) a ouvert des centres à Moramanga, Vatamandry et Ambatondrazaka en plus du CECJ de Tamatave.

Les services offerts par les CECJ sont généralement très appréciés par les survivants, aussi bien en termes de coût et de délai qu'en termes de règlement des affaires. Les usagers des CECJ apprécient particulièrement la gratuité et la rapidité du traitement des affaires (chaque cas traité est souvent résolu en moins d'un mois). De plus, quoique la résolution des conflits reste conforme aux lois en vigueur, les CECJ privilégient des solutions conjointement acceptées par les parties en conflit. Ces pratiques renforcent l'efficacité des CECJ dans la mesure où elles contribuent à motiver les parties dans l'exécution des décisions. L'évolution continue des cas traités au niveau des CECJ confirme l'efficacité de ces institutions : entre 2008 et 2011, le nombre des bénéficiaires des services d'écoute des CECJ a été multiplié par huit, pour atteindre 4700 personnes¹¹³. En effet, les gens commencent à rompre avec la culture du silence et à dénoncer les cas de VBG dont ils sont victimes.

Suite aux recommandations formulées à partir de l'évaluation du mécanisme de prise en charge et de réduction des VBG à Madagascar réalisée en 2010¹¹⁴, le Ministère de la Population, en collaboration avec le FNUAP, a validé avec le Ministère de la Santé un document intitulé « Guide de prise en charge médicale des survivants de violences basées sur le genre » et qui contient le protocole de prise en charge des victimes de VBG. De même, le Ministère de la Population a validé avec les Secrétariats d'État à la Gendarmerie Nationale et à la Police Nationale un protocole de standards de services de prise en

¹¹⁰ Terme utilisé pour définir les victimes de violence basée sur le genre

¹¹¹ ADDH : rapports de réalisation

¹¹² ADDH : rapports de réalisation

¹¹³ Ministère de la Population : rapport de réalisation, Expert en Genre 2012

¹¹⁴ BOSS Corporation : évaluation du mécanisme de réduction et de prise en charge des victimes de VBG - FNUAP 2010

charge des survivants de violences basées sur le genre. Ces protocoles de prise en charge devraient permettre de garantir une qualité homogène des services de prise en charge des victimes de VBG, quelle que soit l'institution saisie. Récemment validés, ces protocoles n'ont cependant pas encore été diffusés au niveau déconcentré et n'ont pas encore été appliqués.

Dans l'objectif d'assurer une qualité de prise en charge optimale des survivants de violences basées sur le genre, à tous les niveaux et dans toutes les circonstances, les techniciens des CECJ, avec le soutien financier du FNUAP, ont donné des formations à l'endroit des chefs fokontany et des volontaires de la Croix Rouge, afin que ces derniers puissent disposer d'éléments d'aide à la décision pour les cas de VBG auxquels ils sont confrontés. En effet, en tant que premiers acteurs confrontés à des cas de VBG, les chefs fokontany sont appelés à écouter, à entreprendre des procédures de réconciliation à l'amiable ou à orienter les victimes vers d'autres institutions.

4.4.6 Activités de sensibilisation et d'information

Les actions du FNUAP, en collaboration avec les agences d'exécution et d'autres partenaires, ont permis de renforcer les activités de sensibilisation et d'information en matière de droits humains en général, et sur les questions de genre en particulier. Ces actions ont également permis de faire connaître à la population l'existence et les activités des CECJ (C.J.4.3.).

Ce volet s'inscrit dans la réalisation du Produit 1 du CPAP : « les capacités techniques et institutionnelles du Gouvernement et des organisations de la société civile à formuler et à mettre en œuvre les politiques et programmes relatifs au genre pour l'autonomisation de la femme sont renforcées, en particulier dans les zones d'intervention. », notamment la quatrième stratégie, qui concerne la sensibilisation de la population sur les Droits Humains et les questions de genre, ainsi que la cinquième stratégie, qui consiste en une collaboration avec les réseaux de médias, des parlementaires, des leaders religieux et les organisations communautaires de base.

Il s'inscrit également dans le cadre du Produit 2 du CPAP : « La disponibilité de services de *counselling*, de protection et de référence pour les victimes de violence basée sur le genre est accrue », notamment la mise en œuvre de la deuxième stratégie qui consiste en l'organisation d'une campagne de sensibilisation sur l'existence de centres d'écoute et de conseil juridique.

En matière de sensibilisation, le FNUAP a entrepris des activités de sensibilisation en matière de genre conduites soit directement, soit à travers un appui à ses partenaires de mise en œuvre.

Le FNUAP est ainsi intervenu directement dans la **sensibilisation de responsables étatiques** au niveau central pour introduire la dimension du genre dans les objectifs gouvernementaux. Les actions de sensibilisation entreprises ont produit des résultats positifs, dans la mesure où elles ont contribué au déclenchement d'actions concrètes en matière de genre, comme en témoignent la meilleure application par les maires de la loi de 2007 sur les régimes matrimoniaux ou l'émergence récente au sein des institutions de l'État (Gouvernement, Parlement, etc.) d'un débat relatif à la mise en place d'un système de quotas d'hommes et de femmes dans les instances de décision. Les actions de sensibilisation réalisées en « cascade » au niveau des structures de l'État ont permis d'atteindre le niveau régional, le niveau communal et celui des fokontany.

Par ailleurs, le FNUAP a soutenu des activités de sensibilisation pilotées par ses partenaires de mise en œuvre. Ce soutien s'est matérialisé par la mobilisation de ressources techniques et financières, dont ont bénéficié les CECJ, les OSC partenaires et le MPAS, pour leurs projets de sensibilisation respectifs.

Les techniciens des CECJ ont réalisé **des campagnes d'information et de sensibilisation sur l'existence et l'activité des centres** d'écoute auprès des autorités politico-administratives, traditionnelles et religieuses ainsi qu'au niveau des communautés de base. Ces actions ont pu être menées grâce à leur inscription dans le budget de fonctionnement des CECJ, dont le financement est assuré par le FNUAP. Le nombre de cas de VBG traités,

¹¹⁵ Évaluation du mécanisme de suivi et de réduction des VBG à Madagascar, FNUAP, 2010

les demandes croissantes d'ouverture de nouveaux CECJ, la participation des autorités locales, religieuses et traditionnelles dans la sensibilisation confirment l'efficacité de ces activités. Les victimes commencent à rompre avec la pratique culturelle du silence et à dénoncer les cas de violences basées sur le genre. D'après le rapport de l'évaluation du programme de lutte contre les VBG menée en 2010¹¹⁵, les autorités traditionnelles cessent progressivement de voir les CECJ comme des institutions concurrentes en matière d'exercice du pouvoir. Les chefs traditionnels participent désormais à la sensibilisation contre les violences physiques à l'égard des femmes et **contribuent à orienter les victimes** de VBG vers les CECJ.

Le FNUAP a également contribué à la réalisation de campagnes périodiques et d'événements thématiques, initiés et pilotés selon les cas par les responsables locaux du MPAS, les autorités locales, les OSC ou par les CECJ. Ainsi, sous le pilotage du MPAS, l'évènement « 16 jours d'activisme » et la campagne UNITE (tous unis contre les violences à l'égard des femmes) de 2011 ont-ils été organisés en vue de mobiliser les différents acteurs impliqués dans le domaine du genre. L'engagement volontaire des entités sensibles au genre témoigne du succès de ces événements. L'organisation de journées thématiques, jugées trop symboliques et formelles est en revanche faiblement efficace. En effet, à l'instar de la journée de la femme, célébrée le 8 mars, la participation aux journées thématiques semble résulter d'une contrainte ou d'une habitude. De ce fait, en général, les messages relatifs à la promotion de la femme (cas de la journée du 8 mars) sont peu perçus par les cibles.

Par ailleurs, dans le cadre de l'éducation à la vie familiale (EVF), le 5^{ème} programme du FNUAP avait prévu d'instaurer la culture de la parentalité responsable. Mais après la non-reconduction de ce volet dans le 6^{ème} programme, ce sont les CECJ qui assurent ce rôle. En effet, confrontés en permanence à des problèmes de conflit au sein des ménages, les CECJ sont appelés à arbitrer et à donner des conseils en matière de responsabilité parentale envers les enfants. Les méthodes de résolution d'affaires adoptées par les CECJ, caractérisées par la conciliation, font que les décisions prises sont généralement acceptées de plein gré. Cette caractéristique des CECJ renforce leur

efficacité dans l'instauration de la culture de la parentalité responsable qui commence à gagner du terrain au sein des communautés.

Des changements de comportement significatifs ont été constatés auprès des autorités traditionnelles, changements auxquels ont contribué les campagnes de sensibilisation soutenues par le FNUAP. Ce constat ressort notamment des résultats des groupes focaux organisés auprès des responsables politico-administratifs et des chefs traditionnels dans le sud de Madagascar. Les autorités traditionnelles semblent désormais condamner les violences physiques et sexuelles dont sont victimes les femmes. De même, un consensus croissant entoure l'accès des femmes à des responsabilités publiques. Certaines pratiques contraires à l'égalité de entre les sexes, telles que la polygamie, continuent cependant à être jugées normales et naturelles.

Enfin, la collaboration entreprise avec les réseaux de médias comme l'association des journalistes ANAY¹¹⁶ a contribué à la promotion d'un certain nombre d'activités du FNUAP. Toutes les activités ayant fait l'objet d'une médiatisation sont relatées dans des articles de presse. Toutefois, cette collaboration n'a pas abouti à un véritable partenariat. En effet, l'engagement des médias s'est limité à des prestations de services (réalisation et diffusion d'émissions radio et de films sur les violences basées sur le genre). De leur propre initiative, les responsables de médias n'ont pas engagé d'actions en faveur de la promotion du genre ou de la prévention des violences basées sur le genre.

La réussite des actions de sensibilisations se traduit par un changement de comportement au niveau des cibles, nécessitant une période d'appropriation plus ou moins longue. En ce sens, la durabilité des résultats acquis reste dépendante de la capacité du programme ou des relais du programme à soutenir les motivations des autorités locales, traditionnelles et religieuses à poursuivre les actions de sensibilisation à leurs niveaux.

4.4.7 Activités de formation

Bien que leurs résultats ne soient pas encore tangibles, les interventions financées par le FNUAP ont permis d'élaborer un module de formation standard en

¹¹⁶ Association de journaliste ANAY : Rapport d'activité 2011

matière de genre que toutes les institutions de formation peuvent utiliser selon leur approche pédagogique respective (C.J.4.3).

Ce volet s'inscrit dans la réalisation du Produit 1 du CPAP : « les capacités techniques et institutionnelles du Gouvernement et des organisations de la société civile à formuler et à mettre en œuvre les politiques et programmes relatifs au genre pour l'autonomisation de la femme sont renforcées, en particulier dans les zones d'intervention. », notamment la mise en œuvre de la première stratégie qui consiste en « un plaidoyer pour lever les barrières juridiques et socio-culturelles mais surtout pour l'intégration des droits de la femme et les notions d'égalité et d'équité dans les modules de cursus de formation de l'ENAM (École Nationale d'Administration Malgache) » .

Le FNUAP a soutenu des activités de formation, en vue de disposer de futurs acteurs et décideurs capables d'élaborer et de conduire des projets genre à Madagascar. Dans ce cadre, le programme a conduit à l'élaboration d'un **module de formation standard** pour servir de base à toutes formations relatives au genre. Différents centres de formation (université, institut professionnel, etc.) ont manifesté leur intérêt pour la mise en place de formations prenant en compte la dimension du genre. Bien que les modules de formation soient prêts et aient été validés par le Ministère de la Population et des Affaires Sociales, ils n'ont pas encore fait l'objet d'intégration dans les programmes de formation des différents centres de formation intéressés. Ces derniers travaillent toujours à l'insertion des modules de formation dans leurs programmes respectifs.

4.4.8 Durabilité des effets des interventions soutenues par le FNUAP au titre de la composante Genre

A part les effets des campagnes de sensibilisation qui, une fois obtenus, favoriseront les changements de comportements, les actions appuyées par le FNUAP sont fortement dépendantes des financements externes, et la probabilité de durabilité de leurs effets est limitée (CJ.4.4).

La durabilité de **l'amélioration du cadre institutionnel et réglementaire** est nettement liée à la volonté et à la conviction politique des dirigeants en place. En effet, une loi peut toujours être modifiée, et par conséquent l'opérationnalisation des mécanismes devrait faire l'objet d'un appui financier, matériel et humain. Aujourd'hui **un retour en arrière dans ce domaine est cependant difficilement concevable.**

En ce qui concerne les actions menées pour **l'autonomisation des femmes**, celles relatives à la réinsertion sociale et économique des femmes victimes de fistule s'apparentent à des actions ponctuelles. Les effets obtenus en termes de réinsertion sociale des victimes sont susceptibles de se maintenir dans le temps, mais il n'en va pas de même des activités destinées à la réinsertion économique via la dotation de fonds de commerce ou d'outils de production pour lancer une activité génératrice de revenu, le plus souvent condamnées à l'échec. La mise à disposition d'enveloppes de crédits aux IMF et destinée à l'octroi de prêts aux femmes vulnérables semble en revanche pérenne, grâce à la mise en place d'un système de fonds autorenouvelables (*revolving funds*).

Sur un autre plan, malgré les bons résultats démontrés par les CECJ, **les centres existants restent fragiles et demeurent jusqu'à présents fortement dépendants des financements extérieurs.** Le budget de fonctionnement des CECJ dépend en effet à près de 100 % de financements extérieurs. En conséquence, la fin éventuelle de l'appui financier du FNUAP conduirait à l'arrêt de l'activité des CECJ, et plus particulièrement de leur activité en matière de sensibilisation. En effet, jusqu'à présent, tout retard dans le déblocage des fonds destinés aux CECJ s'est traduit par la suspension complète de leurs activités de sensibilisation. Le faible niveau de rémunération du personnel des CECJ menace par ailleurs encore davantage la durabilité des centres.

Les actions menées dans le cadre du **renforcement des compétences des chefs fokontany** pour la prise en charge des victimes de VBG constituent en revanche un **élément favorable à la pérennisation de l'existence des services** d'écoute, de protection et de référencement des CECJ.

4.5 L'efficacité du programme

Dans quelle mesure les ressources humaines, financières et administratives mobilisées dans le cadre du programme ont-elles été converties en résultats ? (QE5)

Résumé de la réponse

Les ressources humaines mobilisées dans le cadre du programme, tant au niveau du bureau pays et des sous-bureaux qu'en appui aux partenaires de mise en œuvre ne correspondent à un réel besoin du fait de la faiblesse démontrée par les partenaires eux-mêmes. La crise de 2009 a aggravé cette faiblesse structurelle (vieillesse des cadres, faible niveau technique au recrutement, motivation limitée, moyens de fonctionnement réduits). L'appui du personnel du bureau, des sous-bureaux et des experts positionnés auprès des partenaires a contribué à la réalisation des activités du programme et à la coordination des activités. Il n'a cependant pas pu compenser les défaillances grandissantes de l'administration, notamment du fait des limites des engagements financiers du CPAP par rapport à des besoins grandissants sous les effets de l'instabilité politique et socio-économique. De ce fait, les appuis du FNUAP n'ont parfois abouti qu'à la mise en place d'outils (CHANNEL et SNISE en particulier) sans parvenir à leur opérationnalisation et, par conséquent, à l'obtention des résultats attendus. L'insuffisance des moyens alloués aux sous-bureaux du FNUAP, ainsi que la faible autonomie de décision dont ils jouissent par rapport au bureau d'Antananarivo constituent une limite supplémentaire à l'atteinte des objectifs du CPAP.

Les ressources humaines allouées au programme étaient adéquates au regard des objectifs initiaux, mais elles ont se sont rapidement révélées insuffisantes après la crise de 2009, qui a entraîné une aggravation des besoins de la population. L'adjonction de moyens supplémentaires en cours de programme pour les composantes SR et genre ont permis de compenser partiellement le déficit (CJ.5.1).

Santé de la reproduction

Au niveau du bureau de pays, 3 conseillers internationaux, 1 conseillère sage femme et 3 chargés de programme

nationaux étaient responsables pour la composante SR. L'effectif de la composante SR s'est étoffé au cours du 6^{ème} programme avec l'introduction du programme mondial pour la sécurisation des produits de la SR (PMSPSR) et du fonds thématique pour la santé maternelle (FTSM)¹¹⁷. Par exemple, le poste de conseiller technique principal en santé maternelle a été financé par le FTSM pendant 3 ans et a permis d'apporter un appui significatif à la santé maternelle. Ce poste n'a pas été renouvelé, et le programme fait appel à des consultants pour des missions ponctuelles de court terme.

Bien que chaque personne soit responsable d'aspects différents du programme, des réunions sont organisées pour harmoniser les interventions. Toutefois il semble que les rôles se chevauchent¹¹⁸, ce qui est parfois source de confusion pour les interlocuteurs du FNUAP. Un appui direct est en place au niveau de la direction nationale du projet (c'est à dire au niveau de la Direction Générale de la Santé) avec un expert SR, un assistant administratif et financier (AAF) et un assistant logistique, et 3 chauffeurs. La présence de l'expert SR est très utile au sein du ministère en termes de coordination et d'appui technique.

Dans chaque région « quick wins », des médecins points focaux (MAS, médecin d'appui) sont basés au niveau de la Direction régionale de la santé publique (DRSP). En collaboration étroite avec toutes les parties prenantes (DRSP, Médecin Inspecteur de district, Représentants des ONG et/ou des OCB, formations sanitaires, etc.) les médecins d'appui sont chargés de la planification et de la gestion de la mise en œuvre des activités de la Santé de la Reproduction de sa région. Cette fonction couvre la communication pour le changement de comportement et les prestations de services cliniques et communautaires concernant les composantes prioritaires de la santé de la reproduction (PF, MMR, Lutte contre les IST et le VIH et SIDA, les violences sexuelles et domestiques, SRA, dépistage précoce du cancer du col, campagne pour l'éradication des fistules obstétricales...).

L'effectivité de l'appui des MAS varie d'une région à l'autre en fonction de leurs compétences. Certains apportent un soutien à la mise en œuvre des différentes

¹¹⁷ Annexe 4 - Matrice d'évaluation, QE n°5, CJ 5.1

¹¹⁸ Annexe 4 - Matrice d'évaluation, QE n°5, CJ 5.1

interventions SR des régions « quick wins », en particulier la mise en œuvre de CHANNEL. Certains soutiennent la compilation des données du système d'information (GESIS) au niveau régional. Ils appuient le processus de planification des régions. Toutefois, ils n'ont guère la possibilité d'effectuer des visites au niveau des districts par manque de moyens de transport en propre, à l'exception des missions de suivi sur le terrain du Ministère de la Santé, appuyé par le FNUAP. Ils ont également des moyens de communication limités et les échanges avec le bureau pays à Antananarivo ne sont pas réguliers. Ils ont par ailleurs une connaissance et une compréhension inégale des orientations du FNUAP au niveau national.

Le budget SR représente 65,9 % du budget pays sur la période du CPAP. Le budget a augmenté chaque année avec 90 % de capacité d'absorption pour la période. En 2008 la capacité d'absorption n'était que de 75 %, en 2009 de 90 %, en 2010 et 2011 de 95 % et plus. La mise en œuvre de l'initiative « quick wins » en 2010 a sans doute permis d'accélérer le taux d'absorption.

L'introduction du FTSM et du PMSPSR a considérablement augmenté les ressources allouées à la SR, jusqu'à représenter 32 % du budget en 2011.

Population et développement

Les ressources humaines et financières mobilisées pour la composante P&D ne se sont pas avérées suffisantes pour contribuer significativement à l'atteinte des résultats par les partenaires d'exécution, l'INSTAT fait exception car

des ressources initialement allouées au RGPH ont pu être partiellement réallouée en faveur d'un appui multiforme (appui technique, formation de base, équipements), suffisant pour créer une dynamique de production de données socioéconomiques fiables avec des financements extérieurs complémentaires du SNU pour des produits particuliers et d'autres PTF pour d'autres actions de coopération¹¹⁹). Pour le SNISE comme pour l'intégration du lien population et développement dans la planification, les contraintes structurelles d'une administration en crise (budgétaire et en compétences) n'ont pas pu être levées par des actions ponctuelles de formation et de sensibilisation. L'appui technique à la VPEI a contribué à la mise en œuvre de dispositifs qui n'ont pas encore produit de résultats significatifs. Les appuis aux services techniques déconcentrés (STD) se sont limités à ceux du personnel des deux sous-bureaux et à une mission de supervision de la DSEP, sans véritable effet sur le renforcement des capacités nationales. Les STD ont régulièrement fait connaître leurs besoins au FNUAP soit directement, soit par le biais des sous-bureaux, sans que cela ne se traduise par l'octroi de nouveaux moyens.

Genre

Dès le démarrage du programme, les ressources humaines mobilisées pour les activités liées au genre se sont avérées insuffisantes, avec un seul Chargé de Programme pour s'occuper des activités de planification, de coordination et de suivi des partenaires d'exécution. Malgré le recrutement d'un second chargé de programme, à part la participation de l'équipe « genre » durant les réunions de coordination et

Tableau 10 : Évolution des ressources engagées pour la composante SR par source de financement - 2008-2011

Budget	Années				
	2008	2009	2010	2011	Total général
Sources					
PMSPSR	212 740	1 376 345	1 210 033	1 376 102	4 175 220
FTSM	-	812 757	499 820	878 157	2 190 734
AUTRES	514 697	301 041	452 054	700 814	1 968 606
Ressources ordinaires	2 114 836	1 352 129	2 292 892	2 052 327	7 812 183
Total général	2 842 273	3 842 272	4 454 799	5 007 400	16 146 744

Source : Atlas

¹¹⁹ Annexe 4 - Matrice d'évaluation, CJ 5.1

de suivi des CECJ, les activités de suivi sur terrain sont restées insuffisantes. Au niveau des partenaires d'exécution, un expert en genre (et 2 personnels d'appui) a été recruté à mi-parcours du programme et a été affecté auprès du MPAS. Il a la responsabilité de la réalisation des activités du CPAP par la mobilisation des parties prenantes (MPAS, OSC, etc.) et de la communication entre le bureau de pays, le partenaire d'exécution et les sous-traitants. Il a permis une nette amélioration de la coordination entre le MPAS et le FNUAP. Cette efficacité ne s'est pas concrétisée pour le poste dégagé auprès de la croix rouge malgache (CRM), du moins pour les activités liées au genre.

La multiplication de partenariats « gigognes » s'est avérée une modalité d'intervention complexe, peu à même de garantir le niveau de compétence requis pour optimiser la contribution du FNUAP aux produits du CPAP (CJ 5.2).

Le partenaire principal pour le Produit 1 de la composante SR était la Direction Générale de la Protection Sociale (DGPS), au sein du Ministère de la Santé Publique. Les partenaires d'exécution étaient les ONG SAF/FJKM et SALFA en 2008, et MSI à partir de 2009. En 2010 le partenariat au sein du ministère impliquait la direction du planning familial, la direction de la santé de la mère et de l'enfant, le service de lutte contre les IST, les ONG SAF/FJKM, SALFA, MSM, PACT/MSIS, et la centrale d'achat SALAMA. Les modalités de partenariat ont changé et en 2011 des PTA ont été signés directement avec chaque ONG. Cette multitude de PTA s'est avérée difficile à gérer et, pour y remédier, en 2012, un seul contrat a été signé avec un consortium réunissant tous les partenaires non gouvernementaux, Le PTA principal demeurant signé avec le gouvernement. Le partenaire du FNUAP pour le Produit 2 était le service des Urgences et Catastrophes du Ministère de la Santé Publique et du Bureau National de la Gestion des Catastrophes (BNGRC). Le produit 3 a été mis en œuvre avec le Ministère de la Santé, le SECNLS et avec le Ministère de la Jeunesse.

La même structure relativement complexe de mise en œuvre se retrouve pour les composantes Genre et Population et développement.

Pour chacune des trois composantes, de plus petites organisations étaient sous contractantes pour la mise

en œuvre de certaines activités. Dans le produit 3 pour P&D, les problèmes de compétence et d'engagement ont contribué à renouveler les sous-traitants pratiquement tous les ans.

Le partenariat mis en place par le FNUAP semble approprié dans l'ensemble. Toutefois certains partenaires rencontrés lors de l'évaluation n'ont pas démontré des aptitudes et compétences de gestion très rigoureuses.

Les procédures administratives du FNUAP sont restées relativement neutres en ce qui concerne l'optimisation des résultats du programme pour les structures financièrement autonomes mais ont constitué des contraintes importantes pour les petites structures, et particulièrement les ONG. (CJ 5.2)

Les procédures de déblocage des fonds adoptées ne permettent pas aux sous-traitants, comme dans le cas de la composante genre, d'assurer pleinement leurs activités. À titre d'exemple, les fonds destinés aux CECJ ne sont disponibles auprès de ces derniers que vers le mois de juin alors qu'ils doivent être dépensés avant la fin du mois de décembre; de ce fait, les PTA censés être mis en œuvre en 12 mois sont exécutés sur une période n'excédant généralement pas sept mois. Par ailleurs, les CECJ sont obligés d'avancer la trésorerie nécessaire pour réaliser les activités « obligatoires » programmées avant le mois de juin (exemple : la célébration de la journée de la femme, le 8 mars).

La situation est différente pour l'essentiel des deux autres composantes qui ne recourent que de manière limitée à des sous-traitants directs. La relative modicité des apports financiers du FNUAP pour les partenaires de mise en œuvre de la composante population et développement n'a pas motivé de remarques particulières sur ses procédures administratives et financières de la part de ses deux partenaires d'exécution (INSTAT et VPEI), qui ont une relative autonomie financière en tant que départements ministériel ou établissements publics. Ces partenaires ont par ailleurs bénéficié de l'appui d'un poste d'assistant administratif et financier qui a sans doute facilité les procédures de déblocage des fonds.

Les sous-bureaux n'ont pas été mis en situation de relever les défis de territoires vastes et où les difficultés de circulation sont importantes (CJ 5.2).

Les deux sous-bureaux ont été établis pour améliorer la proximité et la réactivité du FNUAP dans les régions du nord et du sud de l'île. Les deux dispositifs sont très légers tant du point de vue du personnel mobilisé (un conseiller, avec une assistante à Tuléar) que de l'autonomie qui leur a été accordée, y compris en situation d'urgence. La modicité des moyens, étendue au budget de déplacement, a fortement limité la couverture géographique réelle de ces entités déconcentrées. Cette couverture géographique s'est progressivement réduite à la seule région où chaque sous-bureau est implanté, les régions avoisinantes n'étant pas couvertes. Dans les deux zones, une mission en dehors de la région d'implantation du sous-bureau implique automatiquement 2 ou 3 jours de déplacement, dans des conditions souvent difficiles.

L'absence d'autonomie de décision a amené les partenaires locaux à conserver des liens forts avec le bureau de pays à Antananarivo, ce dernier continuant par ailleurs à assurer l'essentiel des tâches de suivi des activités mises en œuvre localement à travers des missions de supervision. Cette absence de délégation s'est maintenue lors des situations d'urgence, notamment dans le Sud, où le potentiel de valeur ajoutée – proximité, connaissance de la nature et de l'étendue des besoins, réactivité – n'a pas été exploité par le Bureau de pays.

4.6 L'alignement stratégique du programme

Dans quelle mesure le programme de pays du FNUAP pour Madagascar correspond-il (i) aux priorités exprimées par le Fonds dans son plan stratégique (2008-2011) et (ii) au cadre stratégique du système des Nations Unies ? (QE6)

Résumé de la réponse

Le programme de pays du FNUAP est bien aligné sur les objectifs de l'UNDAF. Les priorités du plan stratégique (2008-2011) du Fonds sont en revanche diversement reflétées dans son programme pour Madagascar. Au sein du système des Nations Unies, le FNUAP contribue activement à la coordination entre agences, bien que la recherche de complémentarités et de synergies demeure peu développée.

Les documents de programmation du FNUAP (qu'il s'agisse du CPAP ou des PTA) se caractérisent par un clair alignement sur les objectifs de l'UNDAF (CJ.6.1). Le CPAP se réfère en effet explicitement aux effets 1 et 5 de l'UNDAF, auxquels sont censés contribuer respectivement les composantes Population et développement et Genre et la composante Santé de la reproduction. La référence aux effets de l'UNDAF est également présente dans les différents PTA. Dans le cas de la composante Santé de la reproduction, par exemple, les activités des PTA liés au produit 2 (« Des mécanismes de prévention et de réponse en situation d'urgence [sont] mis en place »), destinées aux populations en situation d'urgence, sont censées contribuer à l'effet 1 de l'UNDAF, qui prévoit « la jouissance par la population, **en particulier les plus pauvres et les plus vulnérables**, de leurs droits sociaux, économiques, civils et politiques ».

Les priorités du plan stratégique (2008-2011) du FNUAP sont prises en compte de manière inégale dans le programme de pays du FNUAP pour Madagascar (CJ.6.2). La dimension « **renforcement des capacités nationales** », par exemple, est au cœur du programme de coopération. Elle inspire l'ensemble des stratégies des différents produits du CPAP dans ses trois composantes. La dimension « **ciblage particulier des groupes vulnérables et désavantagés** » est particulièrement visible dans les composantes Santé de la reproduction et Genre; elle l'est moins dans la composante Population et développement. En ce qui concerne la dimension « **jeunesse** », bien que les jeunes constituent un groupe cible prioritaire dans les trois composantes du programme, elle ne donne pas lieu pour autant à une véritable approche intégrée. En matière de « **coopération sud-sud** », quelques activités ont été entreprises, telles que la formation de formateurs à l'utilisation du système CHANNEL dans d'autres pays bénéficiant de l'appui du PMSPSR (au titre de la composante SR), la mise en place de la plateforme régionale de l'océan Indien pour la lutte contre les VBG (au titre de la composante Genre) et la collaboration établie entre l'INSTAT et l'ENSEA d'Abidjan pour un cursus diplômant en statistiques et démographie (au titre de la composante Population et développement). Le bureau de pays n'a cependant pas établi de stratégie destinée à systématiser l'usage de cette modalité d'intervention.

Le FNUAP contribue activement au bon fonctionnement du système des Nations Unies à Madagascar (CJ.6.3). Le FNUAP participe à une dizaine de groupes et sous-groupes thématiques du SNU (cf. Annexe 6) et assure (ou a assuré) la présidence de plusieurs d'entre eux depuis 2008 :

- celle du groupe thématique communication (en 2010 et 2011) ;
- celle du groupe GISE (en 2008, 2009, 2010 et à nouveau en 2012) ;
- celle du groupe thématique Droits humains et genre (depuis 2010) ;
- celle du groupe axe information, suivi et évaluation et communication (depuis 2012).

Le rôle du FNUAP a été particulièrement déterminant au sein du groupe GISE, à travers l'élaboration d'outils destinés au suivi de l'UNDAF.

Le FNUAP a également pris part de façon active au groupe technique de travail sur la santé maternelle et néonatale créé à la suite du lancement de l'initiative H4+ à Madagascar. Le Conseiller Technique Principal en santé maternelle en était le coordonnateur.

Sur le plan de la **coordination et de la recherche de complémentarités** avec les autres agences du SNU, les résultats sont variables selon la composante et/ou le(s) partenaire(s) considéré(s). Dans le domaine de la santé de la reproduction, le FNUAP et l'OMS interviennent de manière coordonnée et complémentaire en matière de santé maternelle. Il en va de même du partenariat entre le FNUAP et l'ONUSIDA, le FNUAP se concentrant sur l'approvisionnement et la distribution de préservatifs et d'antirétroviraux et les activités de prévention auprès des jeunes, des femmes et des militaires. Plus récemment, le FNUAP est devenu chef de file pour l'élaboration de lignes directrices relatives à la prise en charge des violences sexuelles. Le partenariat entre le FNUAP et l'UNICEF dans le domaine de la santé maternelle se

caractérise en revanche par des difficultés de coordination et une complémentarité insuffisante. Dans les régions « quick wins », où les deux agences sont présentes, les initiatives insuffisamment coordonnées du FNUAP et de l'UNICEF produisent davantage de confusion que d'effets véritablement synergiques. C'est le cas, par exemple, pour la contractualisation des sages-femmes, qui donne lieu au sein d'une même région à une rémunération différente selon que leur salaire est pris en charge par l'UNICEF ou par le FNUAP. Dans la composante Population et développement, les interventions du FNUAP n'ont pas conduit à la recherche de complémentarités avec les autres agences du SNU. Les synergies potentielles auxquelles aurait pu donner lieu l'appui au SNISE, en particulier, n'ont pas été réalisées. Dans le domaine du Genre, les relations entretenues par le FNUAP avec les autres agences du SNU se caractérisent par un bon niveau de coordination. C'est le cas, par exemple, en ce qui concerne le choix des lieux d'implantation respectifs des CECJ et des cliniques juridiques, pour lequel les discussions entre le FNUAP et le PNUD ont permis d'éviter des doublons. La coordination entre agences du SNU au sein des deux programmes conjoints¹²⁰ auxquels le FNUAP participe n'a cependant pas conduit à une harmonisation des outils de collecte de données et/ou de suivi employés.

4.7 La capacité de réponse du bureau de pays

Dans quelle mesure le bureau du FNUAP à Madagascar a-t-il été capable de répondre aux changements intervenus dans le contexte national durant la période de mise en œuvre du programme ? (QE7)

Résumé de la réponse

Le FNUAP a fait preuve d'une grande flexibilité qui lui a permis de s'adapter aux changements intervenus dans le contexte national, particulièrement après la crise politique de 2009. Le FNUAP a apporté une réponse appropriée aux besoins nouveaux exprimés par ses partenaires ainsi que la population, même s'il lui est arrivé pour ce faire de sortir parfois du cadre strict de son mandat.

¹²⁰ Ces programmes sont : (i) le programme conjoint FNUAP, PNUD, UNICEF visant à la mise en place d'un mécanisme de suivi de l'accès à la justice et à la lutte contre les VBG dans 3 villes pilotes : Antananarivo, Tuléar et Diégo ; (ii) le programme conjoint UNICEF, FNUAP, UN HABITAT et OCHA visant la prévention de la violence et la réduction de la vulnérabilité en matière de sécurité humaine dans la ville d'Antananarivo.

Après la crise politique de 2009, et alors que la majorité des partenaires techniques et financiers de Madagascar avaient décidé de mettre fin à toute coopération avec le secteur public, le FNUAP a maintenu son soutien aux principaux partenaires nationaux, en particulier le Ministère de la Santé, en limitant sa coopération à un niveau technique. En adaptant les modalités de sa coopération au nouveau contexte politique malgache (dans lequel le SNU a suspendu toutes relations de niveau ministériel avec le gouvernement intérimaire, non reconnu), **le FNUAP a fait preuve d'une grande flexibilité qui lui a permis de garantir la continuité de sa réponse aux besoins de la population dans les trois composantes de son programme (CJ.7.1)**. Le FNUAP a ainsi permis de maintenir l'approvisionnement de Madagascar en contraceptifs, grâce à l'intervention du GPRHCS, et ce malgré le retrait des principaux bailleurs de fonds.

Le FNUAP a démontré sa flexibilité dans l'adaptation de ses modalités d'intervention, comme ce fut le cas, par exemple, avec l'adoption de l'approche « quick wins », dans la composante SR. Constatant la raréfaction des ressources financières du Ministère de la Santé après la crise de 2009, le bureau de pays a en effet décidé de concentrer ses interventions dans les régions marquées par les indicateurs les plus faibles en matière de santé maternelle, limitant ainsi le risque de « saupoudrage » de ses activités. Le FNUAP a également été conduit à modifier le contenu de ses activités du fait de la crise. Dans la composante population et développement, par exemple, l'ensemble des activités initialement planifiées ont été affectées par la crise de 2009 : le retrait des principaux bailleurs de fonds censés contribuer au financement du RGPH a entraîné le report de ce dernier ainsi que la remise en cause d'activités liées à l'INSTAT et à la sensibilisation des décideurs sur les liens entre population et développement. Le cadre du CPAP s'est cependant révélé suffisamment souple pour permettre au Fonds de réorienter ses activités sans impliquer une reformulation de ses produits. Dans la composante genre, l'obligation faite au FNUAP de suspendre toute forme de coopération à caractère politique a conduit le bureau de pays à abandonner le volet du CPAP concernant la participation des femmes aux principales instances de décision. Le FNUAP est cependant parvenu à contourner cette difficulté et à poursuivre ses efforts en faveur de la participation des femmes dans les sphères de décision en collaborant avec la Commission de l'Océan indien.

Outre sa capacité d'adaptation aux changements intervenus dans le contexte socio-politique national, **le FNUAP a été en mesure de fournir une réponse appropriée aux nouveaux besoins exprimés par ses partenaires ainsi que la population (CJ.7.2)**. Dans le domaine de la SR, en particulier, l'initiative du FNUAP de fournir des véhicules de transport à SALAMA (la centrale d'achats de médicaments essentiels et de consommables médicaux de Madagascar) et de financer l'acheminement de produits de SR dans certaines formations sanitaires a permis d'empêcher des ruptures d'approvisionnement (en particulier en contraceptifs) dans les régions les plus difficiles d'accès du pays. Ce faisant, **le FNUAP a cependant été conduit à dépasser le cadre de son mandat**, en prenant en charge certains budgets de fonctionnement qui relevaient normalement du gouvernement.

4.8 La valeur ajoutée du FNUAP à Madagascar

Dans quelle mesure le programme du FNUAP a-t-il contribué à l'obtention de résultats additionnels à ceux produits par le gouvernement de Madagascar et les autres partenaires de développement (QE8)

Résumé de la réponse

La valeur ajoutée du FNUAP tient au bon usage qu'il fait de ses forces comparatives, et en particulier de sa capacité de plaidoyer. Cette valeur ajoutée est globalement bien perçue par ses partenaires, mais moins par les bénéficiaires finaux des interventions qu'il soutient.

La valeur ajoutée du FNUAP tient pour une grande part au bon usage qu'il a fait de sa **capacité de plaidoyer (CJ.8.1)**, sur des sujets relativement sensibles touchant à la SR et au Genre. Dans le domaine de la SR, le plaidoyer du FNUAP a permis de faire évoluer la politique du Ministère de la santé en faveur d'un renforcement des SONU, d'une revalorisation du métier des sages-femmes, de l'introduction des méthodes contraceptives de longue durée ou encore de l'inclusion des indicateurs standards internationaux de SR dans les systèmes nationaux. Dans le domaine du genre, le FNUAP a contribué par un plaidoyer actif à un infléchissement du cadre réglementaire et institutionnel en faveur d'une plus grande participation

des femmes à la vie politique malgache (gouvernement, parlement, collectivités territoriales, etc.).

Dans le domaine de la population et du développement, la valeur ajoutée du FNUAP tient au fait qu'il est le **seul acteur à intervenir**, en particulier depuis la crise politique de 2009. Cette position d'acteur unique, liée à l'expertise technique qui lui est reconnue, a conduit les autres agences du SNU à contribuer financièrement à la réalisation d'activités spécifiques conduites par le FNUAP, telles que l'Enquête périodique des ménages.

Le FNUAP s'est en revanche également positionné sur des thèmes **pour lesquels il n'a pas d'avantages comparatifs évidents** par rapport à d'autres partenaires de développement, en particulier les autres agences du SNU. C'est notamment le cas en ce qui concerne les interventions du FNUAP en matière de santé des jeunes : l'appui du FNUAP aux centres de jeunes n'a pas produit de véritable valeur ajoutée dans un domaine qui semble davantage correspondre au mandat de l'UNICEF.

La valeur ajoutée du FNUAP est généralement bien perçue par les partenaires directs du FNUAP, et, dans une moindre mesure, par les bénéficiaires finaux des interventions qu'il soutient (CJ.8.2). Dans le domaine de la SR, les partenaires du FNUAP associent principalement sa valeur ajoutée à l'approvisionnement en contraceptifs, les autres aspects de la planification

familiale étant moins mis en avant. Le FNUAP 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 son appui à la profession de sage-femme grâce à la contribution du FTSM. La valeur ajoutée du FNUAP est associée à la mise en place du système Channel, quoique dans ce dernier cas, la contribution du Fonds soit souvent assimilée à la dotation en équipement informatique qui accompagnait l'introduction du système. Le FNUAP est également reconnu pour sa contribution au traitement des fistules obstétricales.

En matière de P&D, les partenaires du FNUAP reconnaissent sa contribution aux bons résultats obtenus par l'INSTAT en termes de production de données démographiques et administratives fiables. La contribution du FNUAP à la promotion du suivi et de l'évaluation est également appréciée par ses partenaires du SNU, qui saluent son rôle actif au sein du groupe de travail Gestion de l'Information, Suivi et Evaluation (GISE).

Dans le domaine du genre, le FNUAP est identifié comme le principal partenaire des centres d'écoute et de conseil juridique (CECJ). La perception de sa valeur ajoutée demeure cependant essentiellement associée à son appui financier. Le FNUAP est également reconnu pour sa contribution à une meilleure participation des femmes aux affaires publiques.

Analyse du système de suivi et d'évaluation

5.1 Les objectifs et le champ de l'analyse du système de S&E

L'objectif de l'analyse du système de suivi et d'évaluation (S&E) est de porter des constats sur la capacité de chacune de ses composantes à informer, sur la base de données fiables, le processus de planification pluriannuelle. Il s'agit également d'apprécier dans quelle mesure le système contribue à introduire dans les programmes annuels des inflexions liées aux contraintes et opportunités rencontrées pour atteindre les résultats attendus.

Le système de S&E comporte les composantes suivantes : (i) le suivi des ressources et des activités ; (ii) le suivi des réalisations et des résultats ; (iii) le suivi des hypothèses et des risques ; (iv) l'intégration des évaluations dans le système de suivi et d'évaluation (existence d'un plan d'évaluation au niveau du bureau de pays ; utilisation des données issues du suivi dans le cadre des évaluations ; utilisation des résultats d'évaluations) ; (v) le renforcement des capacités des partenaires nationaux en matière de suivi et d'évaluation.

Pour chacune des composantes du système, le champ de l'analyse porte sur le système de suivi, son opérationnalisation, les moyens humains et financiers mis à sa disposition, la réalisation des activités de suivi et d'évaluation programmées, la qualité des livrables et l'effectivité de l'intégration des résultats obtenus dans le processus de planification et d'ajustement de la programmation.

Cette analyse repose sur les entretiens réalisés au sein du bureau de pays et l'appréciation des éléments constitutifs

du système (cadre stratégique, programmation, moyens) et des livrables mis à disposition de l'équipe d'évaluation pour la période de référence. Les évaluateurs ont recouru aux outils 15 et 16 du manuel d'évaluation élaboré par le service d'évaluation du FNUAP¹²¹ et présentés dans l'annexe 5.

5.2 Suivi des ressources et des activités

Le suivi des ressources et des activités fait l'objet d'un plan annuel. Le plan comporte le chronogramme des activités et la répartition des responsabilités et a évolué de 2009 à 2011 vers une simplification croissante des attentes du système de suivi. D'une définition large et détaillée des priorités, des activités et des livrables de suivi en 2009, il a été ramené, en 2011, aux documents et activités standards de suivi, réduisant de fait la portée explicative du système de suivi. Alors que le plan de 2009 distinguait notamment le suivi des ressources et des activités de celui des résultats, cette distinction n'est désormais plus faite.

Le suivi des ressources est développé sur une base de données dédiée (Atlas), sans lien avec le dispositif de suivi; le flou au niveau des descriptifs d'activités introduits au niveau du Bureau de pays en réduit, rétrospectivement, leur utilité en tant qu'outil de suivi pour le bureau de pays.

Le suivi des ressources ne fait pas l'objet d'un développement particulier dans le CPAP, lequel rappelle que: (i) « *Les partenaires d'exécution conviennent de coopérer avec*

¹²¹ Handbook on How To Design And How To Conduct A Country Programme Evaluation, 2012, <http://www.unfpa.org/public/home/about/Evaluation/Methodology>

l'UNFPA pour suivre toutes les activités financées à travers la remise de fonds et ils faciliteront l'accès aux documents financiers pertinents par le personnel responsable de l'administration des ressources en espèces fournies par l'UNFPA (CPAP, p.23)»; (ii) « l'UNFPA fera effectuer des vérifications des comptes par des services d'audit du secteur privé (CPAP, p.23). »

Des appuis à la gestion administrative et financière sont mis à la disposition de tous partenaires de mise en œuvre, sur les ressources mêmes des PTA. Les assistants techniques assument en définitive l'intégralité du suivi des ressources des PTA au niveau des partenaires, sans nécessairement disposer d'un format commun ni de l'appui du Bureau de pays. Les informations sont centralisées par le BP dans le système global de gestion financière du FNUAP (Atlas).

L'analyse de la base de données a fait apparaître des erreurs d'encodage et l'absence de typologie précise des activités, qui en limite l'utilité comme intrant dans le processus de suivi des activités (impossibilité à regrouper les allocations de ressources). Le suivi des ressources est donc comptablement effectif mais inutilisable comme dispositif de suivi. Il n'est d'ailleurs pas intégré dans le système de suivi et d'évaluation : les données d'Atlas ne sont pas utilisées dans les revues et les évaluations. Par ailleurs, Atlas est géré au niveau du bureau de pays, sans lien avec les rapports financiers des partenaires de mise en œuvre.

Le suivi des activités est laissé entièrement aux gestionnaires des composantes, avec un appui méthodologique du responsable S&E sans contribution sur le contenu du suivi.

Les missions de supervision sont le principal outil de suivi du bureau de pays, nettement plus valorisées par les responsables des composantes du programme et la hiérarchie du FNUAP que les rapports standards de progression des partenaires de mise en œuvre. Ces rapports de supervision sont établis par les chargés de programmes eux-mêmes à l'occasion de visites sur le terrain qui sont faites à intervalles réguliers mais durant lesquelles ils sont rarement accompagnés par le responsable S&E. Les chargés de programme font un état des lieux détaillé de l'avancement de la mise en œuvre des activités mais n'ont

en général pas le recul nécessaire pour analyser les ajustements stratégiques à prendre. Ils identifient des ajustements opérationnels qui sont, cependant souvent insuffisants, comme démontré par l'analyse comparative des contributions respectives des responsables de programme et du responsable S&E aux comptes-rendus des rares missions conjointes réalisées depuis 2010.

Les moyens propres au responsable du suivi et de l'évaluation ont permis, sur les deux dernières années, d'organiser annuellement une mission de suivi dans une des trois zones du pays, soit un budget annuel de l'ordre de 3 000\$. Le responsable du suivi et de l'évaluation a également été associé par les composantes SR et P&D à de rares (une à deux) missions de supervision au cours des deux dernières années. Les rapports de mission mettent en valeur la spécificité de l'approche et son intérêt pour identifier de manière systématique les contraintes et les opportunités de la mise en œuvre des programmes. Ces rapports sont transmis et présentés à la hiérarchie et à la composante concernée. Les constats sont généralement partagés (ils peuvent se retrouver de manière dispersée dans les rapports de supervision de chaque composante) sans que cela induise une discussion sur les conclusions et un suivi de la mise en œuvre effective des recommandations.

5.3 Suivi des réalisations et des résultats

Le CPAP met clairement en avant la gestion axée sur les résultats (CPAP, p.22) et en étend la prise en compte dans toutes les activités, particulièrement celles des partenaires de mise en œuvre. « *La gestion axée sur les résultats sera appliquée par tous les intervenants en s'assurant que les activités convergent vers les Produits et Effets escomptés du Programme et les indicateurs dans la matrice annexée (CPAP, p.23) ».*

La planification et la programmation des interventions du FNUAP sont fortement structurées sur la chaîne effets-produits-résultats-stratégies-activités mais les indicateurs d'effet ne sont pas informés.

Aux fins de mettre en œuvre la gestion axée sur les résultats, un outil de planification et de suivi est joint en annexe du CPAP. Il définit, pour chaque effet et produit,

des indicateurs, des moyens de vérification, un responsable, une valeur initiale et une valeur cible (annuelle pour les produits et en fin de période pour les effets).

Les indicateurs constitutifs de l'outil de planification et de suivi du CPAP sont, dans l'ensemble, bien formulés, pertinents, spécifiques et opérationnels.

Ces moyennes relativement élevées masquent de fortes disparités entre la composante SR, qui comporte majoritairement des indicateurs suivis au niveau global et qui pèse pour l'essentiel du score (31 indicateurs sur 48), et les composantes P&D et genre qui ont mis au point des indicateurs spécifiques aux activités à Madagascar. Les indicateurs hors SR sont moins pertinents, moins bien formulés et inégalement spécifiques; ils sont par contre aussi opérationnels que ceux de la SR.

Le 6^{ème} programme FNUAP-Madagascar dans sa partie relative au suivi et à l'évaluation envisage de mettre en place une base de données de suivi des résultats pour informer l'outil de planification et de suivi. À l'issue du programme, le système d'information n'a pas été développé¹²². Ces éléments sont repris dans le plan de suivi annuel du programme, qui repose uniquement sur les partenaires de mise en œuvre.

La fréquence des activités de suivi est définie dans les plans annuels de suivi. Ces derniers identifient les sources de financement et les objectifs de chaque activité sur la base du cadre de suivi du CPAP, lequel identifie le responsable de la collecte et du traitement des indicateurs. La fréquence proposée par le plan est appropriée en termes de production de données et de rapportage. Elle n'est, de fait, généralement pas respectée par les

Tableau 11 : Appréciation des indicateurs

Critères d'appréciation des indicateurs								
	Formulation claire	Pertinence	Spécifique	Opérationnel				
				Baseline disponible	Endline disponible	Cible Disponible	Moyen de vérification	Valeurs collectées
Oui	38	44	34	39	40	43	47	36
Non	10	4	9	9	8	5	1	12
Total	48	48	48	48	48	48	48	48
Oui	79 %	92 %	71 %	81 %	83 %	90 %	98 %	75 %
Non	21 %	8 %	29 %	19 %	17 %	10 %	2 %	25 %

Tableau 12 : Appréciation des indicateurs par composante

Critères d'appréciation des indicateurs								
	Formulation claire	Pertinence	Spécifique	Opérationnel				
				Baseline disponible	Endline disponible	Cible Disponible	Moyen de vérification	Valeurs collectées
SR	90 %	97 %	81 %	90 %	77 %	87 %	97 %	74 %
P&D	44 %	67 %	22 %	56 %	89 %	89 %	100 %	56 %
Genre	75 %	100 %	88 %	75 %	100 %	100 %	100 %	100 %

¹²² Le Ministère de la Santé dispose d'un système d'information géographique global (GESIS) dont il extrait les données de suivi.

partenaires de mise en œuvre qui accusent des retards réguliers de plusieurs semaines.

Toutes les tâches de suivi sont assumées par le personnel des partenaires de mise en œuvre, sans recours à une externalisation qui n'est d'ailleurs pas financée par les PTA et que les partenaires seraient incapables de financer sur ressources propres dans la situation des finances publiques à Madagascar. La redevabilité entre en concurrence avec les tâches administratives et techniques des services et ne constitue pas une priorité.

Le problème majeur au niveau des indicateurs réside dans l'incapacité d'informer les indicateurs de résultat pour la composante SR qui constitue l'essentiel des objectifs du FNUAP à Madagascar. Les indicateurs de résultat liés à la SR sont collectés périodiquement par des enquêtes nationales comme l'EDS et le RGPH. Le pilotage de la stratégie est donc possible seulement par « à-coups », et ce d'autant plus quand la réalisation des enquêtes accuse des retards importants, comme pour le RGPH. Le contenu de l'Enquête Périodique des Ménages réalisée au cours du 6^{ème} programme est insuffisamment calé sur les besoins de suivi de la SR, alors même que celle-ci est financée en majeure partie par le FNUAP.

Cette longue absence d'indications de résultat est une incitation à se reporter sur des indicateurs de produits. Or ceux-ci ne fournissent qu'une vision parcellaire de la capacité du programme à atteindre les effets attendus, et n'alimentent pas la réflexion stratégique. Les évaluations à mi-parcours et finales du programme peuvent alimenter la réflexion stratégique en remontant la chaîne des effets mais se heurtent, nécessairement, au même déficit d'informations statistiques sur l'atteinte des effets.

Le système de suivi définit bien les lignes de rapportage entre les partenaires de mise en œuvre et le BP. Au sein du BP, en revanche, le circuit de l'information de suivi entre les composantes, le responsable S&E et la hiérarchie est insuffisamment formalisé.

Les rapports standards de progression ne fournissent pas les informations requises pour un suivi véritablement axé sur les résultats.

Le suivi des réalisations et des résultats est effectué par chaque partenaire de mise en œuvre par le biais des rapports standard de progression¹²³ (RSP) annuels qui présentent l'exécution des PTA. Les RSP sont reçus au niveau des composantes (programme component manager, PCM). La responsabilité de la production des livrables de suivi est partagée entre le PCM et le partenaire de mise en œuvre. L'appui institutionnel du FNUAP positionné auprès des partenaires porte également sur l'appui aux activités de suivi et à la production des livrables.

Le contenu, la qualité et l'élaboration du plan de suivi ne semble pas avoir d'incidence sur les PTA futurs des partenaires de mise en œuvre. Sur les quatre partenaires de mise en œuvre du FNUAP, l'un d'entre eux, l'INSTAT n'a pas soumis de RSP sur la période sans que cela ait d'incidence sur le déroulement de l'appui. Sur la base des RSP délivrés par les partenaires malgaches entre 2009 et 2011, il est difficile d'en définir un contenu standard sinon le rappel des liens « effets – produits – stratégies ». Alors que la nature du compte rendu diffère d'un partenaire à un autre, on notera que (i) le rapport est essentiellement narratif; (ii) il n'existe pas de rapports pour tous les PTA; (iii) les rapports ne fournissent en général pas de justification à des ajustements apportés en cours de réalisation (comme par exemple pour l'abandon des études socio culturelles pour la composante SR ou l'intégration des coopératives dans la composante P&D).

Les RSP sont globalement de qualité médiocre. Ils se cantonnent très généralement à la présentation de l'avancement des activités dans le cadre de la chaîne effet-produits-résultats, sans analyser l'atteinte du produit, les synergies entre stratégies, etc. Dans ce contexte, les contributions sont cependant de qualité variable; celle du Ministère de la Santé Publique (composante SR) se distinguant par son caractère détaillé, en relation avec l'importance des financements FNUAP. Cependant, tous les rapports de la composante SR ne sont pas systématiquement calqués sur les PTA et ne donnent que peu d'information sur les progrès en matière de résultats attendus.

Les RSP des autres composantes sont sommaires et n'aboutissent pas à une conclusion basée sur les indicateurs définis dans le CPAP. Si les rapports annuels

¹²³ Le rapport annuel compile les rapports périodiques trimestriels qui rendent compte de l'exécution des Plans de Travail trimestriels (PTT).

conjointes des fonds thématiques fournissent un peu plus d'informations, ils restent toutefois très vagues et ne fournissent que très peu de données spécifiques pour certaines interventions (étendu, lieu géographique). La description des interventions ne donne pas d'informations ni de données quantitatives sur l'importance de certaines actions, comme par exemple les campagnes de sensibilisation.

Il n'est pas noté d'amélioration sensible des productions d'une année sur l'autre malgré les canevas mis à disposition par le responsable du suivi et de l'évaluation. Ceci indique que l'encadrement du FNUAP au niveau des composantes ne contribue pas à la mise en œuvre d'un dispositif de suivi contraignant.

Les revues annuelles restent fortement déséquilibrées en faveur du suivi des activités plutôt que des résultats et la participation du gouvernement demeure largement formelle.

Les revues annuelles et trimestrielles sont chargées d'établir le lien entre le système de suivi axé sur les réalisations et les résultats et les évolutions de la réponse stratégique des composantes du FNUAP. Le gouvernement, représenté par la Direction de la Coordination Économique et des Aides Extérieures (de la VPEI), participe aux revues annuelles qui sont donc conjointes. La DCEAE rédige en principe le rapport annuel sur la base de la préparation des composantes auxquelles les partenaires de mise en œuvre sont directement associés. Il n'y a pas de canevas pour le rapport annuel qui mette en évidence le lien entre la réponse stratégique et des évolutions liées aux informations produites par la gestion orientée sur les résultats.

La faible qualité des rapports de suivi produits par les partenaires de mise en œuvre les disqualifie comme outils d'ajustement stratégique. L'essentiel des orientations sont discutées lors des réunions préparatoires des revues trimestrielles et annuelles, principalement sur la base des missions de supervision réalisées par le STP et les chargés de programme. La gestion conjointe de la programmation reste largement maîtrisée par le FNUAP en termes de contenu.

Du fait de l'instabilité politique pendant la période sous revue, seul le rapport de revue annuelle de 2010 a été finalisé à ce jour. Le rapport résume sommairement (en une dizaine de pages) les activités réalisées dans le cadre des trois composantes ainsi que les leçons apprises sur

la base des interventions de la revue annuelle conjointe, laquelle a consisté en un atelier d'une journée. Le rapport n'est pas calqué sur le cadre de résultats du CPAP et n'a qu'un intérêt limité en matière d'ajustement stratégique.

Le suivi des résultats ne fait pas l'objet d'un dispositif spécifique d'intégration dans la programmation. En dehors de la gestion assurée au niveau de chaque composante par les PCM, il est également pris en compte dans les revues trimestrielles et annuelles, lesquelles sont, en principe, centrées sur la gestion axée sur les résultats (cf. ci-après). L'autonomie institutionnelle des composantes par rapport au responsable S&E est complète et la tendance est à la minoration de la pertinence des observations et des recommandations du fait de la présomption de manque de connaissances techniques détaillées du responsable S&E, particulièrement par rapport à la SR. Il apparaît que la hiérarchie ne s'est pas encore approprié au niveau requis la fonction de suivi et d'évaluation qu'elle a mise en place.

Le responsable S&E est insuffisamment intégré au système de suivi et de programmation.

Il n'est pas demandé au responsable S&E de contributions spécifiques aux revues trimestrielles et annuelles, ni de présentation des conclusions et recommandations liées au suivi et aux évaluations. L'équipe d'évaluation n'a pas trouvé trace des remarques émises par le responsable S&E dans ses rapports de suivi suite aux missions sur le terrain dans les conclusions des revues annuelles par composante. Ces remarques ont cependant été communiquées aux chargés des composantes et à la hiérarchie. Elles sont convergentes avec les constats faits par l'équipe d'évaluation finale du 6^{ème} cycle. A fortiori, responsable S&E n'a pas de fonction de coordination des revues pour la partie FNUAP. Il est présent aux réunions et peut donc faire état de ses observations de terrain et de ses recommandations, la composante concernée restant libre de les prendre en compte. De manière générale, le contenu des revues trimestrielles et annuelles ne tient pas compte des rapports établis par le responsable S&E.

Le responsable S&E n'est pas en mesure d'établir périodiquement des rapports cohérents et pleinement informés de gestion orientée sur les résultats. En effet, Il est entièrement dépendant pour cela de chacune des trois composantes du FNUAP. Or, les canevas mis à la disposition des

composantes ces deux dernières années n'ont pas été utilisés et la visibilité des résultats des composantes se limite aux contributions aux revues trimestrielles et annuelles sous la responsabilité du gouvernement (cf. ci-dessous).

La chaîne des effets-produits-résultats du CPAP est reprise dans l'outil de suivi du CPAP géré par le responsable S&E (matrice qui reprend les indicateurs de produit et d'effet) sur la base des informations mises à disposition par les partenaires de mise en œuvre. L'outil de suivi est mis à jour et disponible. Il ne fait cependant pas l'objet d'un rapport narratif qui organiserait les constats et proposerait un cadre de conclusions et de recommandations directement utilisable dans le cycle de programmation annuel. Il n'est pas explicitement repris par les composantes dans les revues trimestrielles et annuelles.

L'une des fonctions du responsable S&E est d'élaborer le COAR, sur la base des contributions des composantes et des sous-bureaux. Le COAR, par sa structure même, a une utilité pour la gestion globale du FNUAP mais ne constitue pas une contribution à la gestion orientée sur les résultats du bureau de pays. Il ne reprend pas, pour sa majeure partie, des indicateurs précis basés sur des moyens objectifs de vérification. Le COAR est largement soit descriptif, soit subjectif, notamment pour les bonnes pratiques mises en exergue par le bureau (à l'exemple de la présentation de Channel en 2009).

Le système de suivi ne permet pas de cerner la contribution spécifique du FNUAP à l'atteinte des objectifs sectoriels et à ceux du CPAP.

La pertinence du cadre de résultats (enchaînement stratégie-produit-effet) du CPAP (et des PTA) et la relation des résultats attendus (produit-effets) avec le système d'indicateurs constituent des éléments critiques pour lier le suivi des résultats à des ajustements fondés de la stratégie du FNUAP. De ce point de vue, le principal critère d'appréciation est la capacité du dispositif logique à isoler la contribution du FNUAP des réalisations de la politique sectorielle et des programmes thématiques.

Il n'y a pas de lien entre les stratégies développées par produit dans le CPAP et le système de suivi des résultats. Par exemple le planning familial, qui est transversal à (au moins) trois stratégies sur 6 du produit 1 de la SR, est

suivi par deux indicateurs globaux (taux de couverture contraceptive au niveau national; pourcentage de centres de santé offrant au minimum trois méthodes de PF). Il est impossible, sur cette base, de dire si les stratégies du FNUAP (les trois totalisant une vingtaine d'activités distinctes) ont été effectivement mises en œuvre et, dans l'affirmative, si elles ont contribué (et dans quel ordre de grandeur) à mettre à disposition et à rendre accessible « un paquet essentiel d'informations et de services de santé de la reproduction ». Cette rupture est entérinée par le cadre de suivi du CPAP qui ne retient que les grandes approches thématiques (PF, SONU, SPSR, etc.) comme niveau d'agrégation des indicateurs. Partant de la rupture du principe d'allocation au niveau du produit, le FNUAP n'est pas en capacité d'apprécier sa contribution aux effets attendus et par là même, d'ajuster sa réponse stratégique en utilisant les procédures et livrable du système de suivi. Logiquement, le dispositif d'ajustement stratégique se reporte sur le seul niveau où l'effectivité et l'efficacité des stratégies est maîtrisé : les composantes, sur la base de leur gestion quotidienne et des missions de supervision, avec un risque important de conflit d'intérêt.

5.4 Les moyens consacrés au système de suivi

Un responsable S&E à plein temps a été recruté en 2008. Ses termes de référence lui donnent une responsabilité globale sur le système de suivi et les évaluations. Il a également la responsabilité du plan de gestion du bureau (Office Management Plan) et du cadre annuel de planification des tâches de chaque membre du personnel du bureau.

Le budget global du suivi et des évaluations est inscrit dans le CPAP. Il est décomposé par les PTA dans la rubrique suivi et supervision, pour un montant de l'ordre de 10% de l'enveloppe globale. Les activités de suivi et les évaluations prévues pour l'année sont mentionnées dans chaque PTA des partenaires de mise en œuvre.

Les rapports et outils de suivi ont subi une inflation au cours des dernières années, sans que des ressources spécifiques aient été mobilisées. Ils sont venus s'ajouter aux tâches de gestion de programme du personnel du FNUAP et aux routines administratives des partenaires de mise en œuvre.

Les rapports standard d'avancement (« Standard Progress Reports ») font partie des obligations faites aux partenaires de mise en œuvre sans qu'il ne leur soit affecté de ressources particulières. Ces rapports ne constituent pas spécifiquement des enjeux en termes d'engagements financiers futurs dans la mesure où le volume financier des PTA à venir ont été définis dans le CPAP pour l'ensemble de la période. Le caractère indicatif de la programmation financière ne se traduit pas concrètement dans les faits comme en témoigne la composante P&D où, même dans un contexte aussi différent de la situation initiale, les enveloppes financières annuelles sont restées pratiquement inchangées. Seule l'affectation des ressources aux tâches spécifiques peut varier, sachant que l'essentiel, constitué par l'appui technique et logistique, reste inchangé.

Les responsabilités de suivi ne sont pas définies pour chaque personne au sein du BP. Le suivi est encore très largement perçu comme une tâche qui interfère avec les activités administratives et techniques nécessaires à la mise en œuvre des programmes. Le personnel a cependant reçu des formations qui lui permettraient d'avoir une maîtrise suffisante, avec l'appui des canevas et du responsable S&E, pour mettre en œuvre un système de suivi.

Il n'y a pas de budget spécifique dans les PTA pour les activités de suivi identifiées par le plan. La préparation des revues trimestrielles et annuelle est financée par les composantes. La tenue des réunions de revue (trimestrielles et annuelles) est financée sur le PTA de la DCEAE, au même titre que les missions conjointes de supervision. Le responsable S&E n'a pu réaliser qu'une mission de suivi par an au cours des deux années qui ont suivi son recrutement.

5.5 Suivi des hypothèses et des risques

Les hypothèses et risques n'ont pas été explicités dans le cadre stratégique du 6^{ème} programme. Ces éléments n'avaient pas été requis dans le format transmis par le siège. Les hypothèses et risques ne font donc pas l'objet d'un suivi spécifique du FNUAP et d'un compte rendu structuré mais sont suivis par la hiérarchie du BP dans ses contacts avec les autorités et dans le cadre plus général de l'UNDAF.

5.6 Intégration des évaluations dans le système de suivi et d'évaluation

Les évaluations et les études sont programmées annuellement dans le plan de suivi. Le contenu des plans correspond aux besoins du BP avec un niveau de détail satisfaisant (cf. tableau ci-après).

Le budget programmé pour 2009-2011 était de 306 000\$. Il a été porté à 445 000\$ à l'issue de la période, soit une augmentation de 45 %.

La liste des évaluations et études fait apparaître une relative confusion terminologique entre les deux types d'activité ainsi que les contributions au suivi des indicateurs. Sur un total de 33 interventions programmées, 20 ont été effectivement réalisées. Sur ces 20 « études » réalisées, 7 sont des évaluations à proprement parlé, 5 du suivi et 8 des études (soit études de faisabilité, soit études sur des données existantes ou les politiques en cours). Les pondérations financières respectives sont très dépendantes du classement de l'enquête SONU comme une évaluation ou du suivi car elle représente à elle seule un quart du budget. En la considérant comme une activité de suivi, les évaluations représentent 32 % du budget, pour 54 % pour le suivi et 15 % pour les études.

Dès 2007, cinq évaluations ont été identifiées comme prioritaires en association avec le responsable S&E (SONU, SRA, sécurisation des produits SR, fistule et composante P&D). L'évaluation SONU, proposée dès 2007, a été réalisée en 2010 sur la base de termes de référence élaborés par le responsable du suivi et de l'évaluation. L'évaluation SRA, proposée en 2010 n'a pas été financée dans l'espoir que l'évaluation finale 6^{ème} cycle apporte des conclusions suffisantes. Les autres sont à l'état de proposition malgré l'intérêt de l'approche évaluative démontré par les missions sur le terrain du responsable S&E (rapports de mission).

Le résultat des évaluations est systématiquement transmis à la hiérarchie du FNUAP. Les constats portés n'ont pas systématiquement donné pas lieu à des ajustements stratégiques comme, par exemple, pour les difficultés identifiées pour CHANNEL et les actions de promotion du lien population et développement.

Tableau 13 : Répartition du budget de plan de suivi par nature des interventions

Coût Nature	Année			
	2009	2010	2011	Total général
Études	17 500	17 230	30 000	64 730
Évaluations		36 500	105 000	141 500
Suivi	239 000	-		239 000
Total général	256 500	53 730	135 000	445 230

Source : Plan de suivi - évaluation et études, données Bureau de pays

Tableau 14 : Liste des évaluations réalisées sur la période et leur coût respectif

Année	Évaluations/études	Total
2010	Audit de décès maternel dans les formations sanitaires Site du STP Atsimo Andrefana	20 500
	Étude pour déterminer les causes des problèmes d'approvisionnement des CSB en produits SR à partir des districts sanitaires	-
	Évaluation de la formation des parents en SRA et en communication avec les jeunes.	3 000
	Évaluation du mécanisme de suivi et de réduction des GBV à Madagascar	-
	Évaluation du projet pilote d'AGR dans le programme Santé de la reproduction des adolescents.	3 000
	Évaluation du STP/FPCU région Atsimo-Andrefana	10 000
2011	Évaluation du système logistique et d'approvisionnement en intrants	105 000
Total général		141 500

Les composantes opposent une certaine résistance à ces éléments d'évolution exogènes auxquels elles opposent l'expérience pratique acquise par la gestion des programmes et les missions de supervision, notamment pendant les réunions préparatoires aux revues trimestrielles et annuelles.

Le nombre insuffisant d'évaluations réalisées et leur faible niveau de prise en compte limitent leur utilisation pour ajuster le cadre de résultats du CPAP dont la formulation est restée quasiment inchangée pendant toute la durée du programme, malgré le contexte troublé que connaît Madagascar depuis 2009. L'évaluation finale est privilégiée comme véhicule d'ajustement d'un CPAP à l'autre.

Il n'y a pas de lien formel entre le système de suivi d'une part, et, d'autre part, le dispositif et la planification des évaluations. Les thématiques abordées, notamment dans le plan de 2009, tendent cependant à démontrer que les évaluations, au même titre que les études, sont identifiées sur la base des contraintes pratiques rencontrées sur le terrain dans la mise en œuvre des stratégies des composantes.

5.7 Renforcement des capacités des partenaires nationaux

Dans le cadre du renforcement de la fonction de suivi au sein du BP, des appuis méthodologiques ont été préparés à partir de 2010 par le responsable S&E et progressivement mis à disposition des chargés de programme et des partenaires de mise en œuvre, et notamment :

- *Un canevas de plan de travail annuel (PTA)* : reprend la trame du PTA au niveau du lien effet-produits mais indique que la cible pour l'année des indicateurs de produit doit être spécifiée; cette disposition n'est cependant pas adoptée dans les PTA disponibles. Il est adossé à un canevas de plan de travail trimestriel (PTT) qui identifie les activités prévues, les indicateurs d'activité, la valeur cible, les responsables et le budget.
- *Un outil de suivi du PTA* : reprend par résultat les indicateurs avec leur valeur cible pour l'année; énumère les activités prévues (« énumérez toutes les

Tableau 15 : Canevas de l'appui aux partenaires

2008	2009	2010	2011
Visites sur le terrain pour le suivi			
Développer des outils de suivi et évaluation pour les partenaires			
Appui dans l'élaboration et le remplissage des collectes de données			
Fournir des appuis techniques dans la planification et le rapportage (élaboration de plan de travail annuel, plan de travail trimestriels, rapport de progression)			
	Fournir des feed back ou recommandations à l'issue des études de base		
	Fournir des appuis techniques pour améliorer le système de suivi et évaluation des partenaires		

activités, y compris les activités de suivi et d'évaluation à entreprendre durant l'année pour réaliser les produits du PP énoncés », les dépenses (« Énumérez les dépenses effectives en les comparant aux activités »), le degré d'achèvement de chaque activité, les progrès réalisés pour l'atteinte des produits du programme pays (PP) (« Sur la base des données sur les cibles d'indicateur annuel, indiquez les progrès réalisés vers la réalisation des produits du PP. Le cas échéant, faites des commentaires sur les facteurs qui ont facilité et/ou entravé les résultats y compris : (i) Si les risques et hypothèses identifiés dans l'Outil de planification et de suivi du CPAP se sont matérialisés ou si de nouveaux risques sont apparus et (ii) si des facteurs internes tels que l'échelonnement, les intrants et les activités, la qualité des produits et des services, la coordination et/ou d'autres problèmes de gestion »). A ce jour, cet outil n'a pas été utilisé par les partenaires de mise en œuvre. Il est adossé à un outil de suivi du PTT qui reprend la trame du PTT avec l'ajout des informations de réalisation suivantes : réalisations techniques par rapport aux indicateurs d'activité, dépenses et commentaires-remarques.

L'appui aux partenaires a donné lieu à une programmation dans le CPAP (cf. tableau suivant). Cette programmation n'a pas été mise en œuvre en dehors de la production de canevas.

Le responsable S&E du bureau de pays n'a pas vocation à intervenir en appui aux partenaires de mises en œuvre ou pour le contrôle de conformité de l'application des canevas dans les rapports. Cette fonction est dévolue aux appuis institutionnels positionnés auprès des partenaires de mise en œuvre. Au vu de la qualité des livrables, tant au niveau du suivi des activités que des résultats, cette disposition n'est pas suffisante pour faire parvenir au FNUAP les informations requises pour ajuster en temps voulu sa programmation.

Conclusions

Les conclusions sont classées selon trois niveaux de priorité, de 1 (élevé) à 3 (faible).

6.1 Niveau stratégique

CONCLUSION 1 (C1)

Les objectifs du CPAP se fondent sur une bonne appréhension des besoins de la population et sont alignés sur le Plan d'action pour Madagascar, les politiques nationales sectorielles, et le cadre d'intervention du système des Nations Unies.

► **Niveau de priorité :** 1

► **Origine :** QE1, QE6, QE7

► **Recommandation associée :** R1

En réponse à la crise socio-politique de 2009, le FNUAP a fait preuve de flexibilité, et sa capacité d'adaptation au nouveau contexte national lui a permis de garantir la continuité de sa réponse aux besoins de la population. Le lien de causalité entre les activités programmées dans les plans de travail annuel et les produits attendus du CPAP est cependant difficile à mettre en évidence, ce qui contribue à brouiller la logique d'intervention globale du FNUAP.

CONCLUSION 2 (C2)

En dépit d'efforts soutenus, le bureau de pays n'a pas suffisamment contribué au renforcement des capacités nationales (au niveau central et régional).

► **Niveau de priorité :** 2

► **Origine :** QE2, QE3, QE4, QE5

► **Recommandation associée :** R2

De nombreuses interventions du FNUAP ont concouru au renforcement des compétences au sein des institutions partenaires. Cependant, la faible capacité initiale de certains interlocuteurs, combinée à des déficits structurels, constitue un obstacle à la continuité des actions initiées. L'avènement de la crise de 2009 et la fragilisation des administrations centrales et régionales qui en découle ont encore renforcé cette tendance. En effet, les interventions du bureau de pays ne se sont pas inscrites dans une réévaluation des compétences de ses partenaires d'exécution dans le contexte de crise, ce qui a conduit à une sous-estimation des faiblesses structurelles (au niveau décentralisé en particulier). Par ailleurs, la multiplication des partenaires d'exécution et des interventions n'a pas permis au bureau de pays de concentrer suffisamment son appui en vue d'un renforcement efficace des capacités nationales.

CONCLUSION 3 (C3)

Le FNUAP a démontré une réelle valeur ajoutée dans les trois composantes de son programme.

► **Niveau de priorité :** 2

► **Origine :** QE2, QE3, QE4, QE8

► **Recommandation associée :** Aucune

Dans le domaine de la P&D, la valeur ajoutée du FNUAP tient à sa situation de seul partenaire de développement

actif. Dans les domaines du genre et de la SR, la valeur ajoutée du Fonds réside dans sa capacité de plaider auprès des partenaires nationaux. En matière de SR, le FNUAP contribue en outre, de manière significative, à l’approvisionnement du pays en contraceptifs. La valeur ajoutée du FNUAP est moins perceptible dans ses interventions en faveur des jeunes, public pour lequel d’autres partenaires de développement (en particulier l’UNICEF) apparaissent mieux positionnés.

6.2 Niveau programmatique

Santé de la reproduction

CONCLUSION 4 (C4)

L’appui du FNUAP a permis de promouvoir au sein du Ministère de la Santé : (i) une planification basée sur les faits, (ii) l’introduction de standards internationaux et (iii) un dispositif de contrôle de qualité assorti d’outils de supervision appropriés.

► **Niveau de priorité** : 1

► **Origine** : QE2

► **Recommandation associée** : R2

Les interventions du FNUAP ont contribué à renforcer les capacités institutionnelles au niveau central. Toutefois le bureau de pays a fait face à de nombreuses difficultés pour l’intégration des réalisations du niveau central au niveau des régions. Ceci est le résultat de la capacité d’absorption limitée du gouvernement ainsi que d’une stratégie ne prenant pas suffisamment en compte les différentes contraintes nées de la crise de 2009 et de l’aggravation des faiblesses structurelles des partenaires d’exécution.

CONCLUSION 5 (C5)

L’appui du FNUAP en matière d’approvisionnement des intrants de santé de la reproduction est un soutien essentiel pour le gouvernement malgache et pour la population grâce, notamment, à l’introduction du Programme mondial de sécurisation des produits de la santé de la reproduction.

► **Niveau de priorité** : 1

► **Origine** : QE2

► **Recommandation associée** : R3

Le Programme mondial de sécurisation des produits de la santé de la reproduction permet de maintenir les résultats positifs en matière de prévalence contraceptive obtenus au cours des dernières années. L’appui au système logistique est en cours d’amélioration mais tous les mécanismes et outils mis en place ne sont pas entièrement opérationnels. Les autres aspects de la planification familiale, tels que la lutte contre les freins socio-culturels à son utilisation ont peu été abordés par le FNUAP, ce qui a limité les effets du programme dans ce domaine.

CONCLUSION 6 (C6)

L’appui du FNUAP, renforcé par le Fonds thématique pour la santé de la reproduction, a contribué au développement d’une approche intégrée de la santé maternelle en s’appuyant sur des politiques gouvernementales existantes.

► **Niveau de priorité** : 1

► **Origine** : QE2

► **Recommandation associée** : R4

Outre l’appui à l’éducation des sages-femmes, le renforcement du cadre réglementaire de la profession de sage-femme favorise l’augmentation du nombre d’accouchements assistés par du personnel formé. De même, le soutien à la politique de gratuité du gouvernement (notamment l’approvisionnement en kits d’accouchement) constitue une contribution significative à l’amélioration des services de santé maternelle. Cependant, le manque de planification opérationnelle et l’absence d’un suivi rigoureux, doublés de lacunes institutionnelles au niveau décentralisé, diminuent le potentiel de succès des différentes interventions appuyées par le FNUAP.

CONCLUSION 7 (C7)

Le FNUAP n'a pas opérationnalisé de façon suffisante les stratégies d'implication communautaire dans l'amélioration de la santé de la reproduction.

- **Niveau de priorité :** 1
- **Origine :** QE1, QE2
- **Recommandation associée :** R4

Les effets des nombreuses activités de sensibilisation entreprises auprès des populations n'ont pas été clairement établis, particulièrement en matière de santé de la reproduction. Cependant, une implication réelle des communautés permettant la mise en place de mécanismes visant à améliorer l'accès aux services de santé de la reproduction et, par conséquent, l'utilisation de ces services, n'a pas été mise en œuvre.

Population et développement

CONCLUSION 8 (C8)

Le FNUAP n'a pas suffisamment tenu compte des effets de la crise de 2009 sur sa capacité à contribuer à la production de données de suivi, ainsi qu'à sensibiliser les décideurs au lien entre données fiables et planification utile et efficace.

- **Niveau de priorité :** 1
- **Origine :** QE2
- **Recommandation associée :** R4

La crise politique de 2009 et la déstabilisation consécutive de la planification, tant au niveau national que décentralisé, ont affecté en profondeur la capacité du FNUAP à atteindre les objectifs du CPAP dans la composante population et développement. Ces objectifs, trop ambitieux dans leur énoncé par rapport aux moyens engagés par le FNUAP, supposaient a minima que la planification soit améliorée. Or, le statut particulier du gouvernement après 2009 lui a interdit d'engager le pays pour l'avenir et donc de produire des documents de pla-

nification, même annuels. Ainsi, deux des trois produits de la composante P&D se sont-ils trouvés sans application concrète : (i) l'utilisation des données de suivi de l'exécution des programmes de développement et (ii) la sensibilisation des parties prenantes actives en matière de planification nationale et régionale. Confronté à ces nouvelles limitations, le bureau de pays n'a cependant modifié ni la stratégie ni les budgets du CPAP pour la composante P&D, d'où une perspective réduite d'obtenir des résultats probants.

CONCLUSION 9 (C9)

L'appui du FNUAP n'a pas contribué à un développement significatif des capacités de ses partenaires d'exécution au sein de la Vice-Primature chargée de l'Économie et de l'Industrie, responsable du suivi des politiques de développement et de l'utilisation des données socioéconomiques et de suivi.

- **Niveau de priorité :** 1
- **Origine :** QE3
- **Recommandation associée :** R2, R7

Les moyens mobilisés par le FNUAP pour l'appui institutionnel à ses partenaires de mise en œuvre n'ont pas été adaptés à aux faiblesses structurelles de ces derniers (vieillesse et départ de l'encadrement; problème de formation de base et technique des recrutements récents; démotivation grandissante et manque croissant de moyens de fonctionnement), aggravées par la crise de 2009. Il a manqué au FNUAP un diagnostic des contraintes à la mise en place d'un système de suivi au sein des administrations centrale et déconcentrée qui lui aurait permis de : (i) cibler ses actions, (ii) les programmer dans le temps de manière réaliste et (iii) les ajuster aux ressources disponibles. La mise à disposition d'un conseiller technique au niveau central ne correspondait pas aux besoins tant d'un point de vue quantitatif qu'en termes de positionnement. En effet, les principaux goulets d'étranglement sont apparus au niveau régional. Malgré l'absence de résultats cohérents avec les objectifs du CPAP, le FNUAP n'a pas modifié sa stratégie en matière d'appui institutionnel.

CONCLUSION 10 (C10)

En intégrant une démarche de pérennisation avec des formations longues, l'appui du FNUAP à l'Institut national de Statistiques a contribué à l'amélioration de la capacité de production de données socioéconomiques fiables au niveau central, particulièrement pour les enquêtes de niveau national.

- ▶ **Niveau de priorité :** 2
- ▶ **Origine :** QE3
- ▶ **Recommandation associée :** R7

Les interventions du FNUAP ont contribué au renforcement des compétences (appui institutionnel et formations longues de techniciens supérieurs) et des capacités techniques (équipements informatique, outils, méthodes) de l'INSTAT. Le Fonds a ainsi permis la production de données fiables en utilisant le système d'information géographique mis en place pour le recensement (recensement général de la population et de l'habitat, RGPH) au niveau communal aux fins de conduire d'autres grandes enquêtes socio-économiques (l'Enquête périodique des ménages, en particulier). Les acquis méthodologiques et techniques (échantillonnage, organisation des enquêtes, traitement des données, analyse) créés pendant la préparation du RGPH (reporté sine die avec le retrait des financements extérieurs suite à la crise politique de 2009) ont ainsi pu être pérennisés. Les formations longues mises en place en collaboration avec l'ENSEA d'Abidjan et avec l'appui du FNUAP vont permettre de rajeunir le personnel de l'INSTAT, même si des mesures ciblées sur l'encadrement (formations d'ingénieurs) ne sont pas encore mises en place. En s'alignant sur la politique de développement de la statistique (2007) et en s'adaptant rapidement aux perturbations introduites par la crise de 2009, le FNUAP a joué un rôle décisif dans l'amélioration qualitative et quantitative de la production de données socio-économiques fiables.

Genre

CONCLUSION 11 (C11)

Le FNUAP a contribué à l'établissement d'un cadre institutionnel favorable à l'amélioration de la condition des femmes.

- ▶ **Niveau de priorité :** 1
- ▶ **Origine :** QE4
- ▶ **Recommandation associée :** R8

Les interventions du FNUAP ont permis de vulgariser les textes réglementaires relatifs aux droits humains en général et au genre en particulier. Le FNUAP a favorisé la sensibilisation de la population par plusieurs canaux de communication ainsi que la formation des responsables et acteurs locaux à tous les niveaux (régions et communes). Le Fonds a ainsi permis de contribuer à la rupture de la culture du silence vis-à-vis des VBG et à la réduction des pratiques discriminatoires envers les femmes. Par ailleurs, le FNUAP a contribué à la mise en place de plates-formes regroupant les acteurs impliqués dans la promotion de l'égalité de genre avec l'objectif d'harmoniser et de coordonner les actions dans leurs régions respectives. Enfin, le renforcement des capacités des réseaux de femmes en politique a contribué à l'amélioration de la participation des femmes dans les affaires publiques aussi bien au niveau du gouvernement qu'au niveau du parlement.

CONCLUSION 12 (C12)

La mise en place des centres d'écoute et de conseil juridique (CECJ) initiée par le FNUAP a contribué à la prise en charge psychologique, médicale et juridique des victimes de VBG.

- ▶ **Niveau de priorité :** 2
- ▶ **Origine :** QE4
- ▶ **Recommandation associée :** R9

Les appuis techniques et surtout financiers à l'endroit des associations pour la défense des droits de l'Homme (ADDH), gestionnaires de CECJ, ont permis à ces

derniers de mener à bien la prise en charge des victimes de VBG. Ainsi, le FNUAP a contribué à la sensibilisation de la population sur l'existence et les rôles des CECJ et à la mise à disposition des ADDH des moyens leur permettant de faire fonctionner les CECJ. Par contre, FNUAP n'a pas encore défini de stratégie pour faire face au double défi de l'élargissement de la zone de couverture des ADDH (qui voient de ce fait augmenter leurs charge de fonctionnement et de suivi), d'une part, et de la dépendance financière de ces ADDH vis-à-vis des financements du FNUAP, d'autre part.

CONCLUSION 13 (C13)

Le FNUAP n'a pas mis en place d'outils de gestion et de suivi des ressources humaines à même de compenser la pénurie de compétences et le manque de motivation qui caractérisent ses partenaires d'exécution.

► **Niveau de priorité :** 2

► **Origine :** QE2, QE5

► **Recommandation associée :** R10, R11

Une part importante des résultats attendus du CPAP est liée à la qualité des ressources humaines mobilisées auprès des partenaires d'exécution pour en renforcer la capacité d'action. L'administration malgache, comme, dans une large mesure, les organisations de la société civile, souffre de manière chronique d'un manque de compétences et de motivation du personnel. Le recrutement et le suivi des postes d'assistance liés aux PTA du FNUAP n'ont pas toujours permis de garantir l'apport de valeur ajoutée attendu par les partenaires soutenus. Le personnel national d'appui auprès des Directions Régionales de la Santé et des partenaires d'exécution ne présente que trop rarement le profil et les aptitudes requises pour accroître durablement les compétences et l'efficacité des structures appuyées. Les conseillers techniques restent très largement cantonnés aux résultats attendus des activités des PTA, ce qui amène les partenaires à sous-exploiter leur potentiel, alors même que l'appui institutionnel représente une part importante du budget mobilisé par le FNUAP. Le bureau de pays n'a pas mis en place des outils de suivi de ses

interventions d'appui institutionnel pourtant nécessaires pour mesurer le renforcement des capacités, notamment la mesure dans laquelle elles permettent l'acquisition de compétences techniques, leur adaptation aux besoins des partenaires et l'effectivité de leur contribution à l'atteinte des objectifs.

CONCLUSION 14 (C14)

Alors que le niveau régional apparaît comme un goulot d'étranglement majeur pour la bonne mise en œuvre du CPAP, le FNUAP n'a pas fait un usage optimal de ses sous-bureaux en vue d'atteindre les résultats escomptés, en particulier dans les régions « quick wins ».

► **Niveau de priorité :** 2

► **Origine :** QE2, QE5

► **Recommandation associée :** R10

Le FNUAP a mis en place deux sous-bureaux pour relayer l'action du bureau de pays dans le sud et le nord de l'île. Cette initiative avait un potentiel important qui n'a pas été exploité à la mesure des besoins, notamment dans les situations d'urgence. La déconcentration voulue n'a pas été mise en œuvre effectivement par les gestionnaires des composantes du bureau de pays qui n'ont utilisé les sous-bureaux que comme des appuis logistiques. Par ailleurs, les moyens humains et matériels n'ont pas été adaptés aux contraintes régionales de déplacement et à l'étendue des besoins d'appui des partenaires déconcentrés des actions appuyées au niveau central par le FNUAP. Pour toutes les composantes et, de fait, toutes les activités du FNUAP, l'échelon déconcentré apparaît comme un goulot d'étranglement majeur pour atteindre les bénéficiaires. Ce déficit de moyens a été aggravé par l'autonomie insuffisante des sous-bureaux, même dans des situations d'urgence.

Durabilité

CONCLUSION 15 (C15)

Malgré des efforts visant à développer des interventions ayant un effet durable, le contexte actuel ne permet pas de prévoir de stratégie de sortie.

- **Niveau de priorité :** 2
- **Origine :** QE1, QE2, QE3, QE4
- **Recommandation associée :** R2

Le FNUAP a contribué à l'élaboration de politiques et à la mise en place de cadres stratégiques qui permettent de pérenniser les orientations promues en matière de santé de la reproduction et d'égalité de genre. La pérennisation des mécanismes mis en place est incertaine dans la mesure où les interlocuteurs du secteur public – qui pourraient être les garants de la continuité dans la mise en œuvre de ces mécanismes – font l'objet de fréquents transferts du fait de l'instabilité politique actuelle. L'appui institutionnel aux partenaires d'exécution non-gouvernementaux n'a pas permis de renforcer leur capacité financière ; ces partenaires sont donc fortement dépendants du maintien de financements externes.

Suivi et évaluation

CONCLUSION 16 (C16)

Dans un contexte marqué par l'absence d'un système de suivi axé sur les résultats au sein du FNUAP au niveau global, la mise en place d'un tel système au niveau national se heurte à des résistances tant à l'intérieur du bureau de pays qu'auprès de ses partenaires d'exécution.

- **Niveau de priorité :** 1
- **Origine :** S/E
- **Recommandation associée :** R11

Le bureau de pays a recruté un responsable du suivi et de l'évaluation (S&E). Cette initiative a permis des avancées en termes de méthodologie et de formatage des documents de suivi des résultats mais n'a pas encore été pleinement intégrée dans le fonctionnement du bureau. Le S&E est encore essentiellement financé sur les PTA et demeure donc dépendant des partenaires et des gestionnaires de composantes. Il ne dispose pas de l'autonomie nécessaire et n'est, par ailleurs, pas intégré en amont du processus de revue des résultats du CPAP et de programmation. Par conséquent, le S&E reste là-encore entièrement dépendant de la qualité du rapportage sur les résultats par les composantes, que ce soit au travers des rapports de progression établis par les partenaires ou des missions de supervision (lesquelles constituent l'essentiel du suivi, bien qu'axées sur les activités plutôt que sur les résultats). De la même manière, et pour des raisons similaires (conflit d'intérêt latent), la qualité du rapportage par les partenaires est particulièrement faible et privilégie le suivi narratif des activités plutôt que le suivi des résultats du CPAP. Les composantes n'ont pas appuyé les partenaires pour améliorer le rapportage et validé des rapports inadaptés aux besoins d'un suivi axé sur les résultats. Par conséquent, la programmation est séquentielle, avec des liens de plus en plus distendus avec le cadre de résultats du CPAP et sans mise en perspective des évolutions d'un PTA à l'autre. Les apports du responsable de S&E sont souvent négligés par les responsables de composantes alors que le contenu des revues annuelles, réalisées en principe conjointement avec la Vice-Primature chargée de l'Économie et de l'Industrie, est très sommaire. Le bureau de pays ne dispose donc pas encore d'un système opérationnel de suivi orienté sur les résultats, en dehors d'un tableau de bord établi par le responsable du S&E. Le COAR, de par sa structure et ses modalités d'information par le bureau de pays, n'a pas de valeur ajoutée par rapport au dispositif local. Il n'existe par ailleurs pas de passerelle entre le suivi des résultats et les évaluations réalisés par le bureau de pays, d'une part, et le suivi réalisé au niveau du siège, d'autre part. La mise en place d'un système intégré de gestion du cycle du projet au sein du bureau de pays demeure embryonnaire.

Recommandations

Les recommandations sont classées selon trois niveaux de priorité, de 1 (élevé) à 3 (faible).

RECOMMANDATION 1 (R1)

La mise en œuvre du CPAP à tous les niveaux devrait se concentrer sur les axes prioritaires, avec pour unique perspective l'obtention des résultats attendus.

- ▶ **Niveau de priorité :** 1
- ▶ **Destinataire :** bureau de pays
- ▶ **Origine :** C1, C15

IMPLICATIONS OPÉRATIONNELLES

Le FNUAP devrait être attentif, particulièrement en situation de crise, à adopter un mode de planification permettant :

- de se concentrer sur un nombre d'activités et un nombre de partenaires d'exécution limité (et mieux sélectionnés) sur la base des priorités établies;
- d'introduire un lien explicite entre les activités éligibles pour les plans de travail annuels de l'année et la revue annuelle des performances de chaque partenaire d'exécution au vu des résultats obtenus l'année précédente;
- de garantir un lien de causalité suffisant entre les activités programmées et les résultats attendus;
- de prendre en compte la durabilité des actions entreprises, y compris les stratégies de sortie si elles sont pertinentes et réalisables dans le contexte de crise;

- de prendre en compte la sortie de la crise et d'intensifier la mise en place de mécanismes qui seront utiles pour la période post-crise.

RECOMMANDATION 2 (R2)

Les stratégies visant à renforcer les capacités nationales devraient être réexaminées à la lueur du contexte national né de la crise.

- ▶ **Niveau de priorité :** 1
- ▶ **Destinataire :** bureau de pays
- ▶ **Origine :** C2, C4, C9, C10, C13

IMPLICATIONS OPÉRATIONNELLES

Compte tenu de l'affaiblissement des capacités au sein des institutions partenaires dû au contexte politique, le FNUAP devrait programmer les étapes suivantes:

- une actualisation de l'appréciation des compétences et des capacités structurelles existantes;
- la définition d'une stratégie d'appui adapté à la situation existante et visant à renforcer les capacités afin de garantir une appropriation accrue des interventions par les partenaires;
- un réexamen et, le cas échéant, une reconfiguration des ressources humaines du bureau de pays afin de fournir l'appui nécessaire.

RECOMMANDATION 3 (R3)

Le FNUAP devrait réviser sa stratégie de planification familiale dans le cadre d'une approche intégrée de santé de la reproduction.

► **Niveau de priorité :** 1

► **Destinataire :** bureau de pays

► **Origine :** C5

IMPLICATIONS OPÉRATIONNELLES

La contribution du FNUAP à la sécurisation des produits contraceptifs est indispensable mais insuffisante pour renforcer des services de planification familiale de qualité. Une attention accrue est nécessaire pour les axes suivants :

- le réexamen des facteurs liés aux taux de mortalité maternelle et constituant un frein à l'utilisation des services et des méthodes de planification familiale;
- la redéfinition des axes prioritaires en matière de santé de la reproduction (y compris la planification familiale) sur la base des besoins identifiés;
- l'amélioration de la qualité de prestation de services de planification familiale dans les structures de santé;
- l'amélioration des compétences des prestataires de services en *counselling* pour des services de planification familiale de qualité, permettant aux femmes de choisir la méthode qui leur est la plus adaptée;
- le renforcement de la coordination entre les stratégies avancées et les formations sanitaires;
- l'amélioration du système de gestion logistique au niveau décentralisé;
- renforcer la demande pour les services de planification familiale (voir recommandation 4)

RECOMMANDATION 4 (R4)

Garantir la création d'un environnement communautaire favorable au recours aux services de santé de la reproduction.

► **Niveau de priorité :** 1

► **Destinataire :** bureau de pays

► **Origine :** C5, C6, C7

IMPLICATIONS OPÉRATIONNELLES

La création d'un tel environnement requiert, notamment :

- L'identification de tous facteurs liés aux forts taux de mortalité maternelle, tels que les facteurs socio-économiques, culturels et de genre;
- La révision des approches de sensibilisation et le développement de stratégies claires de communication basées sur des messages ciblant les problématiques identifiées et prioritaires telles que : la prévention des grossesses précoces, la promotion de l'accouchement dans les structures de santé, le ciblage des hommes pour une sensibilisation accrue sur la planification familiale;
- La mise en œuvre d'interventions favorisant une implication active des communautés dans la santé de la reproduction : la reconnaissance de signes de dangers et l'organisation de transport pour référer les cas d'urgence;
- L'utilisation des résultats des interventions en vue d'en tenir compte dans l'élaboration de politiques nationales.

RECOMMANDATION 5 (R5)

La mise en œuvre des interventions dans les régions « quick wins » devrait être planifiée afin d'améliorer les services de SR et nourrir le dialogue politique au niveau national.

► **Niveau de priorité :** 2

► **Destinataire :** bureau de pays

► **Origine :** C2, C4, C5, C6

IMPLICATIONS OPÉRATIONNELLES

La valeur ajoutée d'une mise en œuvre intensifiée dans des régions ciblées réside dans sa capacité à fournir un modèle que le gouvernement pourrait ensuite généraliser à d'autres zones. Néanmoins des pré conditions sont nécessaires telles que :

- Une planification opérationnelle stricte, permettant de renforcer les capacités des gestionnaires à différents niveaux.
- Une mise en œuvre se concentrant sur des axes prioritaire
- Une documentation rigoureuse des interventions, des processus et des résultats obtenus.

RECOMMANDATION 6 (R6)

La poursuite de l'appui du FNUAP à la production et à l'utilisation des données socio-économiques et des données de suivi devrait être conditionnée à la reprise du processus de planification des politiques publiques, aux niveaux central et décentralisé.

► **Niveau de priorité :** 1

► **Destinataire :** bureau de pays

► **Origine :** C8, C9

IMPLICATIONS OPÉRATIONNELLES

L'appui à la production et à l'utilisation des données de suivi de la mise en œuvre des programmes de développement ne prend son sens qu'avec l'existence effective d'un système de planification, c'est-à-dire une programmation informée par une vision de l'avenir et les succès ou les échecs des interventions de la période précédente. Ce système n'est pas en place à Madagascar depuis 2009 et ne sera restauré qu'après les élections et la stabilisation de la situation politique. Dans cette période intermédiaire, le bureau de pays devrait :

- Conditionner l'appui du FNUAP dans le prochain cycle de programmation à la restauration de l'effectivité du système de planification dans la formulation des politiques publiques au niveau central, déconcentré et décentralisé;

- Moduler le volume de l'appui du FNUAP dans les PTA en fonction des ressources humaines et financières effectivement mises à la disposition des échelons déconcentrés, et en particulier aux membres des cellules de centralisation et d'analyse régionales;

- Réorienter l'appui du FNUAP vers une approche sectorielle de la remontée d'information et de la planification, plus à même d'intégrer le lien Population et Développement dans les politiques publiques que l'approche centralisée actuelle;

- Poursuivre le soutien à la réalisation du RGPH dans les meilleurs délais.

RECOMMANDATION 7 (R7)

Le FNUAP devrait se concentrer sur l'appui à la reconstitution des compétences de base en matière de production de données (au sein de l'INSTAT) puis, progressivement, s'orienter vers les utilisateurs de données socio-économiques.

► **Niveau de priorité :** 1

► **Destinataire :** bureau de pays

► **Origine :** C9, C10

IMPLICATIONS OPÉRATIONNELLES

Les actions du FNUAP devraient se concentrer sur la production de données fiables. Il y a lieu de conforter les acquis et de continuer à investir fortement dans l'avenir en soutenant le programme de formation en statistique. À cette fin, le bureau de pays devrait :

- Combiner systématiquement l'appui technique à l'encadrement avec des formations continues destinées aux cadres moyens des partenaires d'exécution;

- Ouvrir les formations continues aux échelons régionaux, et en particulier aux membres des cellules de centralisation et d'analyse régionales;
- Pérenniser la formation diplômante en statistiques réalisée par l'Institut National de Formation Administrative (INFA) en association avec l'ENSEA d'Abidjan;
- Soutenir directement l'INFA pour développer d'autres formations diplômantes dans les domaines liés à la planification et au suivi orienté sur les résultats.

RECOMMANDATION 8 (R8)

Le FNUAP devrait mener des actions de plaidoyer auprès des partenaires de mise en œuvre dans le domaine de l'égalité de genre pour s'assurer de l'opérationnalisation et de l'application des réformes menées (textes réglementaires, plateformes de lutte contre les violences basées sur le genre, mécanisme de suivi des violences basées sur le genre, etc.).

- ▶ **Niveau de priorité** : 3
- ▶ **Destinataire** : bureau de pays
- ▶ **Origine** : C11

IMPLICATIONS OPÉRATIONNELLES

A cette fin, le bureau de pays devrait :

- Collaborer avec la Direction Générale chargée du genre auprès du Ministère de la Population et des Affaires Sociales, pour un inventaire des résolutions prises et des réformes menées dans la thématique genre, ainsi que des blocages ne permettant pas l'opérationnalisation et l'application de ces réformes;
- Discuter avec les responsables des départements ministériels et/ou des institutions concernées sur les mesures à prendre;
- Mener des actions de renforcement des capacités ou des actions de plaidoyer pour résoudre les problèmes identifiés.

RECOMMANDATION 9 (R9)

Le FNUAP devrait définir avec le Ministère de la Population et des Affaires sociales les critères de sélection pour la création de tout nouveau centre d'écoute et de conseil juridique et/ou l'extension géographique de la zone de couverture d'une association de défense des Droits de l'Homme.

- ▶ **Niveau de priorité** : 1
- ▶ **Destinataire** : bureau de pays
- ▶ **Origine** : C12

IMPLICATIONS OPÉRATIONNELLES

A cette fin, le bureau pays devrait :

- Collaborer avec la Direction Générale chargée du Genre auprès du Ministère de la Population et des Affaires Sociales, pour : (i) analyser la capacité d'une Association de Défense des Droits de l'Homme à ouvrir d'autres Centres d'Ecoute et de Conseil Juridique; (ii) identifier d'autres associations opérant dans la zone capable de devenir une Association de Défense des Droits de l'Homme et de gérer un Centre d'Ecoute et de Conseil Juridique;
- Mener des actions de renforcement de capacité à l'endroit de cette nouvelle association;
- Impliquer les Collectivités Territoriales dans le financement des activités des nouveaux centres d'écoute et de conseil juridique.

RECOMMANDATION 10 (R10)

Le FNUAP devrait opter entre : (i) mobiliser davantage de ressources pour les sous-bureaux tout en leur accordant une autonomie accrue ou (ii) recentraliser son dispositif.

- ▶ **Niveau de priorité** : 1
- ▶ **Destinataire** : bureau de pays
- ▶ **Origine** : C13

IMPLICATIONS OPÉRATIONNELLES

L'existence d'entités déconcentrées du FNUAP au niveau des régions « quick wins » constitue un potentiel important en termes de proximité et de réactivité. Cependant, afin d'en tirer parti, le FNUAP devrait mobiliser des moyens humains et logistiques nettement plus importants que ceux actuellement engagés. Il devrait également déléguer une plus grande capacité de décision aux sous-bureaux, particulièrement en situation d'urgence. Le FNUAP devrait donc choisir entre réaliser le potentiel des sous-bureaux ou revenir à une centralisation assumée. Afin d'éclairer sa décision, le bureau de pays devrait:

- Évaluer les coûts récurrents liés au scénario d'octroi aux sous-bureaux d'une capacité de réaction accrue (i) en situation d'urgence (stockage, distribution); (ii) en matière d'appui aux échelons déconcentrés de l'administration publique (gestion des ressources humaines, appui logistique); (iii) tout en prenant compte les difficultés de circulation dans les territoires couverts par les sous-bureaux;
- Élaborer un scénario alternatif de reconcentration, à Antananarivo, des activités actuellement menées par les sous-bureaux (implications en terme de ressources humaines, budget, etc.);
- Identifier les modifications à apporter au fonctionnement et aux procédures du bureau de pays dans chacun des scénarios et procéder à un arbitrage raisonné en faveur de l'un d'eux.

RECOMMANDATION 11 (R11)

Le FNUAP doit augmenter le budget alloué au responsable du suivi et de l'évaluation (S&E) et donner à ce dernier un rôle effectif dans le suivi des résultats, les revues et la programmation pour valider leur qualité et leur cohérence avec le CPAP. Le niveau régional doit être mobilisé pour valider la cohérence du CPAP.

► **Niveau de priorité :** 1

► **Destinataire :** bureau de pays

► **Origine :** C16

IMPLICATIONS OPÉRATIONNELLES

- Inclure dans les fonctions des composantes l'appui au suivi axé sur les résultats réalisé par les partenaires de mise en œuvre et le contrôle qualité des rapports de progression avant les revues ;
- Augmenter le budget du responsable S&E pour l'autonomiser par rapport aux PTA des partenaires et des composantes et, ainsi, introduire dans les revues et la programmation, les résultats du suivi axé sur les résultats ainsi que les recommandations des évaluations réalisées;
- Augmenter le nombre de missions de suivi sur le terrain pour le responsable S&E, dans la mesure du possible associées aux missions de supervision;
- Privilégier dans le plan de suivi et d'évaluation, les évaluations ciblées sur les goulots d'étranglement des programmes plutôt que sur les programmes dans leur ensemble;
- Intégrer le responsable S&E et formaliser sa participation au circuit de validation des rapports standards de progression élaborés par les partenaires. Le responsable S&E pourra ainsi assurer que le contenu permet un suivi informé des réalisations et du degré d'atteinte des résultats;
- Définir clairement la place du responsable S&E dans le processus de revue et de programmation, en lui donnant un droit de regard (visa) sur la qualité des produits, leur cohérence avec le CPAP et la prise en compte des recommandations du suivi des résultats et des évaluations.



UNFPA-Because everyone counts

United Nations Population Fund

Evaluation Branch,
Division for Oversight Services
605 Third Avenue
New York, NY 10158 U.S.A.

<http://www.unfpa.org/public/home/about/Evaluation/EBIER/CPE>