



RAPPORT D'ÉVALUATION

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.

Remerciements

Le Service de l'évaluation tient à remercier toutes les personnes qui ont contribué à l'évaluation finale du 6^{ème} programme de coopération entre le FNUAP et Madagascar (2008-2013).

L'équipe d'évaluation dirigée par Hicham Daoudi (Conseiller en évaluation, Service de l'évaluation du FNUAP) était composée 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.

L'évaluation a été préparée et réalisée avec l'aide précieuse du personnel du Bureau du FNUAP à Madagascar, en particulier Cheikh Tidiane Cisse, lequel était alors Représentant résident, ainsi que Jozef Maerien (Représentant adjoint) et Nohisoa Rabenampoizina (responsable chargée du suivi et de l'évaluation). L'équipe d'évaluation a été très sensible à l'accueil chaleureux qui lui a été réservé tout au long de la phase de terrain (en juin 2012) et lors du séminaire de restitution avec les parties prenantes (octobre 2012), pour lequel l'engagement d'Agathe Lawson, Représentante résidente du FNUAP nouvellement nommée à Madagascar, a été déterminant.

Nous tenons à remercier également les partenaires nationaux, l'ensemble de l'équipe de pays du système des Nations Unies à Madagascar, les représentants de la société civile et des organisations non gouvernementales, ainsi que les bénéficiaires des interventions du FNUAP qui se sont rendus disponibles pour rencontrer les évaluateurs.

Notre souhait est que ce rapport, ses conclusions et recommandations, permettent à l'équipe du Bureau de pays de tirer des enseignements en vue de l'élaboration de la stratégie du prochain programme de pays.

Table des Matières

Remerciements	ii
Abréviations et acronymes.....	vii
Madagascar : faits et chiffres clés	xii
Résumé	xv
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	5
2.4 Limites et contraintes de l'exercice	6
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	11
3.4 Le 6 ^{ème} programme de coopération entre le FNUAP et Madagascar	12
3.4.1 Enseignements tirés des précédents cycles de coopération	12
3.4.2 La logique d'intervention du 6 ^{ème} programme	14
3.4.3 La structure financière du programme.....	16
CHAPITRE 4 - Les constats (réponses aux questions d'évaluation)	20
4.1 La pertinence du programme	20
4.1.1 Prise en compte des besoins des populations, en particulier des groupes vulnérables, lors de la planification.....	20
4.1.2 Cohérence des stratégies des composantes du CPAP avec les politiques et stratégies nationales	23
4.1.3 Appui du FNUAP à la collecte et au traitement des données démographiques et socio-économiques	25
4.1.4 Les modalités de renforcement des capacités des décideurs par rapport à l'intégration population et développement.....	25
4.1.5 Cohérence des activités avec les orientations en termes de décentralisation/déconcentration.....	25
4.1.6 Prise en compte des orientations du programme intérimaire des Nations Unies dans la planification annuelle du FNUAP	26
4.2 Efficacité et durabilité dans la composante santé de la reproduction	27
4.2.1 Profil de la composante santé de la reproduction	27

4.2.2	Disponibilité et accessibilité d'un paquet essentiel de services de santé de la reproduction	28
4.2.3	Des mécanismes de prévention et de réponse en situation d'urgence	37
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	40
4.2.5	Durabilité des effets des interventions soutenues par le FNUAP au titre de la composante SR.....	43
4.3	Efficacité et durabilité dans la composante population et développement	44
4.3.1	Profil de la composante P&D.....	45
4.3.2	Affectation des dépenses	45
4.3.3	Production et utilisation des données démographiques et socio-économiques	46
4.3.4	Production et utilisation des données de suivi des programmes de développement	47
4.3.5	Intégration des liens entre population et développement	48
4.3.6	Durabilité des effets des interventions soutenues par le FNUAP au titre de la composante P&D	49
4.4	Efficacité et durabilité dans la composante genre	50
4.4.1	Profil de la Composante.....	51
4.4.2	Contribution à l'amélioration des cadres institutionnels et réglementaires	51
4.4.3	Contribution à l'autonomisation économique des femmes.....	52
4.4.4	Contribution à la participation des femmes dans les affaires publiques	53
4.4.5	Service de conseil, de protection et de référence pour les victimes de VBG.....	54
4.4.6	Activités de sensibilisation et d'information	56
4.4.7	Activités de formation	58
4.4.8	Durabilité des effets des interventions soutenues par le FNUAP au titre de la composante Genre	58
4.5	L'efficacité du programme	59
4.6	L'alignement stratégique du programme.....	62
4.7	La capacité de réponse du bureau de pays	64
4.8	La valeur ajoutée du FNUAP à Madagascar.....	65
CHAPITRE 5 - Analyse du système de suivi et d'évaluation		66
5.1	Les objectifs et le champ de l'analyse du système de S&E.....	66
5.2	Suivi des ressources et des activités.....	67
5.3	Suivi des réalisations et des résultats.....	68
5.4	Les moyens consacrés au système de suivi	72
5.5	Suivi des hypothèses et des risques	73
5.6	Intégration des évaluations dans le système de suivi et d'évaluation	73
5.7	Renforcement des capacités des partenaires nationaux	75
CHAPITRE 6 - Conclusions.....		77
6.1	Niveau stratégique.....	77
6.2	Niveau programmatique.....	78

CHAPITRE 7 - Recommandations.....	83
Annexe 3 Liste des personnes rencontrées.....	113

ANNEXES

Annexe 1 Termes de référence	90
Annexe 2 Documents consultés	108
Annexe 3 Liste des personnes rencontrées.....	113
Annexe 4 Matrice d'évaluation	119
Annexe 5 Suivi Evaluation	193
Annexe 6 Groupes et sous-groupes thematiques du SNU	206
Annexe 7 Tableau Réalisations dans les régions quick wins	209

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1: Correspondance entre critères et questions d'évaluation	4
Tableau 2: Réalisations financières du SNU	12
Tableau 3: Décaissement du SNU par secteur	12
Tableau 4: Évolution des budgets et des dépenses par composante, 2008-2011	18
Tableau 5: Les principaux indicateurs de santé de la reproduction.....	21
Tableau 6: Ressources engagées pour la composante SR pour la période du 6ème programme (en dollars US)	28
Tableau 7: Résumé des évaluations concernant la sécurisation des intrants de santé.....	35
Tableau 8: Dépenses relatives à la composante Population et Développement, 2008-2011	46
Tableau 9: Ressources engagées pour la composante Genre pour la période du 6ème programme (en dollars US)	51
Tableau 10: Évolution des ressources engagées pour la composite SR par source de financement 2008-2011	60
Tableau 11: Appréciation des indicateurs.....	68
Tableau 12: Appreciation des indicateurs par composante.....	69
Tableau 13: Répartition du budget de plan de suivi par nature des interventions	74
Tableau 14: Liste des évaluations réalisées sur la période et leur coût respectif.....	74
Tableau 15: Canevas de l'appui aux partenaires.....	75

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Le processus d'évaluation	2
Figure 2: Critères d'évaluation	3
Figure 3: La logique d'intervention du 6ème programme de pays du FNUAP à Madagascar	15
Figure 4: Origine des ressources du programme	17
Figure 5: Répartition des dépenses par composante, 2008-2011	17
Figure 6: Évolution des dépenses par composante, 2008-2011	18
Figure 7: Évolution des dépenses par produit pour composante SR, 2008-2011	19
Figure 8: Évolution de la capacité d'absorption, 2008-2011.....	19

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	Centres d’Ecoute et de Conseil Juridique
CENIT	Comité Electoral 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
CRCA	Cellule Régionale de Centralisation et d’Analyse
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'Economie
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'Electronique et ses Applications
EPIC	Etablissement Public Industriel et Commercial
EPM	Etablissement Public Industriel et Commercial
EPT	Education pour Tous
EVF	Education à la Vie Familiale
FEMM	Femmes Elues Maires de Madagascar
FISA	Association malgache pour le bien-être familial
FPFE	Fédération pour la Promotion de la Femme et de l'Enfance
FTSM	Fonds Thématique pour la Santé Maternelle
FNUAP (UNFPA)	Fonds des Nations Unies pour la population
FVTM	Fédération des Femmes Rurales à Madagascar
GATPA	Gestion active de la troisième période de l'accouchement
GISE	Gestion de l'information, Suivi et Evaluation
HACT	Harmonized Approach for Cash Transfer

HAT	Haute Autorité de Transition
H4+	UNFPA, UNICEF, Banque Mondiale, Organisation mondiale de la santé, ONUSIDA
ICM	Institut Catholique de Madagascar
IDH	Indice de Développement Humain
IEC	Information, Education et Communication
IFP	Instituts 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 Evangélique
JICA	Agence de coopération internationale du Japon
JPE	Jeunes Pairs Educateurs
LNME	Liste Nationale des Médicaments Essentiels
MAP	Madagascar Action Plan
MAS	Médecins d'Appui et de Soutien
MENRS	Ministère de l'Education 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	Opérations Césariennes
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 du Genre et Développement
PATH	Program for Appropriate Technologie in Health
PCM	Programme Component Manager
PDR/C	Plans de Développement Régionaux / Communaux
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
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 du 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 et 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 Africains 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)

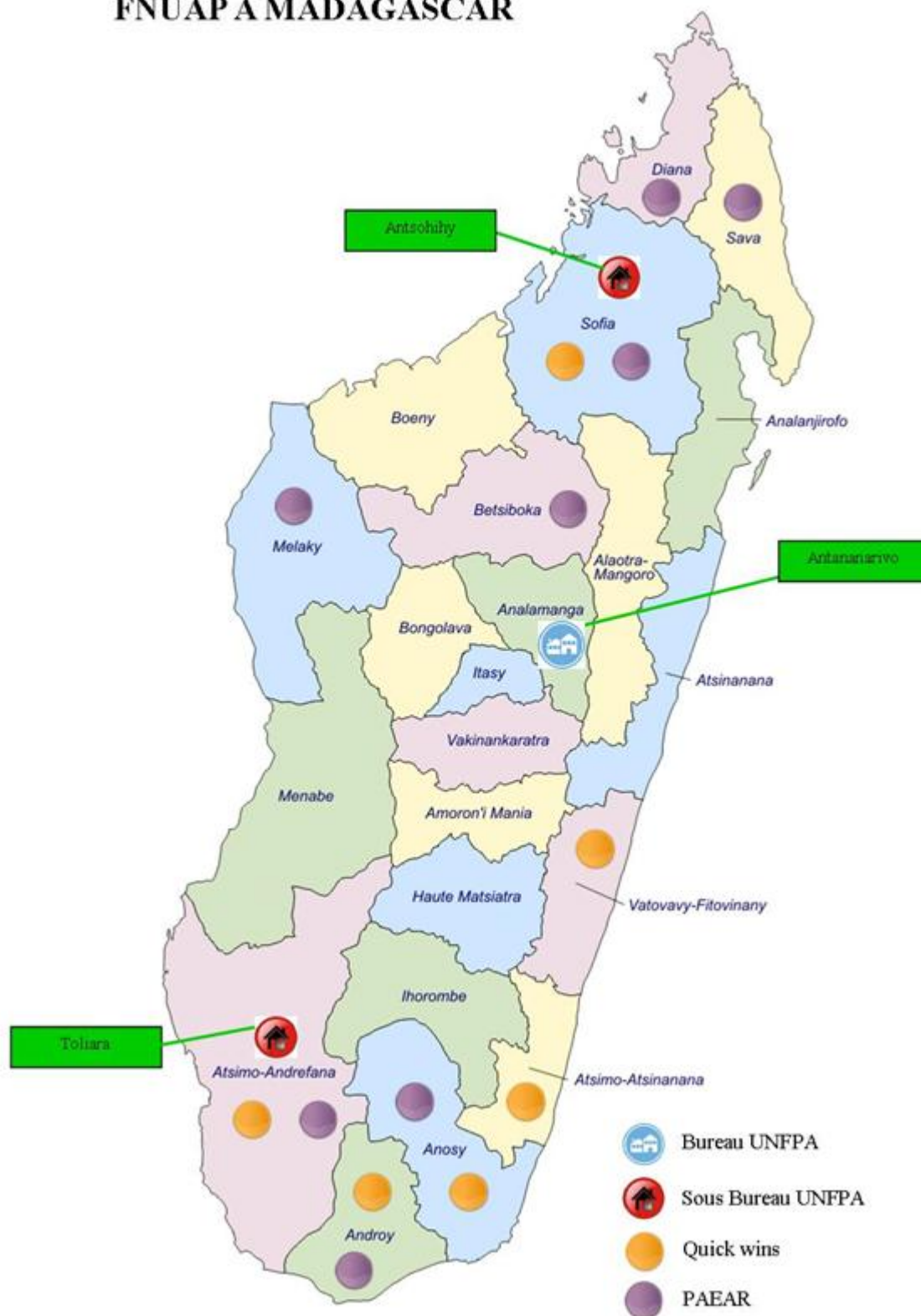
SALFA	Département/ONG de santé de l'Église luthérienne malagasy)
SE	Suivi Évaluation
SE/CNLS	Secrétariat Exécutif du Comité National de Lutte contre le SIDA
SEM	Service Exploitation et Maintenance
SIDA	Syndrome de l'Immunodéficience Acquise
SMSR	Service de la Maternité Sans Risque
SNDS	Stratégie Nationale de Développement de la Statistique
SNISE	Système National Intégré de Suivi Evaluation
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	United Nations Development Assistance Framework
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
USAID	United States Agency for International Development
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
VBG	Violences Basées sur le Genre
VPEI	Vice-Primature chargée de l'Économie 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	44%	EDS 2008 -2009

personnel formé		
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

CARTE D'INTERVENTION DU FNUAP A MADAGASCAR



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) et 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. En conséquence, l'évaluation du programme couvre la période 2008-2013.

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 effets et les produits 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 des trois composantes du programme, 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 (ou 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 ; (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 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, et, en particulier, aux barrières socio-culturelles à l'utilisation des services.

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 oeuvre. 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 oeuvre, ne correspondent pas à l'ampleur des besoins

identifiés, du fait notamment de la faiblesse souvent démontrée par les partenaires eux-mêmes. 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 compréhension 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 de la reproduction, a contribué au développement d'une approche intégrée de la santé maternelle en s'appuyant sur des politiques gouvernementales existantes. 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 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 du 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 des partenaires d'exécution. La qualité des rapports fournis par les partenaires de mise en œuvre du FNUAP est particulièrement faible, ces derniers privilégiant par ailleurs 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 planification 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 liés au taux de mortalité maternelle et 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 l'activité des 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 modulé en fonction des ressources humaines et financières effectivement mises à la disposition des échelons déconcentrés, et en particulier des cellules régionales de centralisation et d'analyse.

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.

1 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 6ème 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.

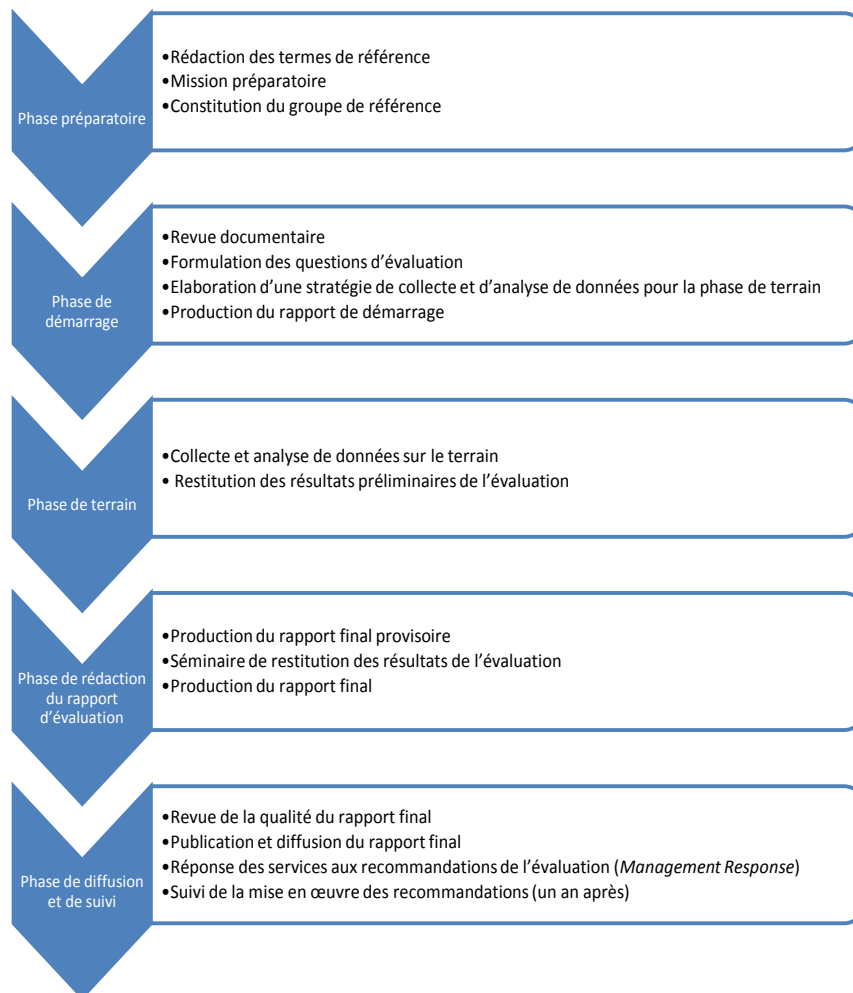
¹ DP/FPA/2009/18

2 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).

Figure 1: Le processus d'évaluation



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.

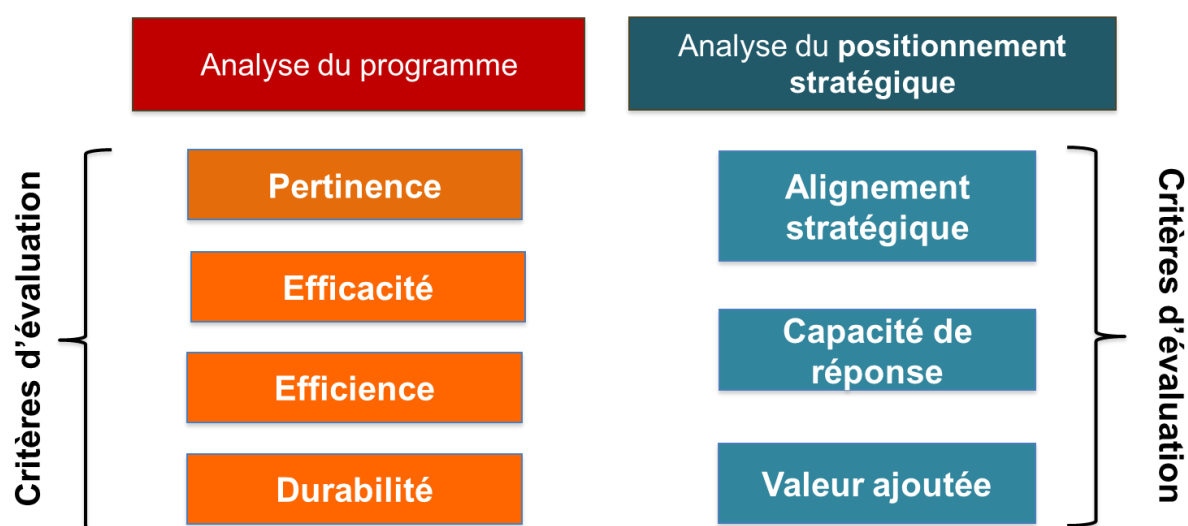
La **phase de rédaction du rapport d'évaluation**, qui a débuté à l'issue de la phase de terrain, a conduit à la rédaction d'un rapport final provisoire. Ce rapport a été présenté par le chef de l'équipe d'évaluation à Antananarivo le 16 octobre 2012, à l'occasion d'un séminaire auquel participaient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

Figure 2: Critères d'évaluation



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

² A l'exclusion du critère de l'impact

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 ?
- **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.

Tableau 1: Correspondance entre critères et questions d'évaluation

Question	Pertinence	Efficacité	Efficience	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 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, 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 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 ;
- les documents gouvernementaux stratégiques pertinents, comprenant les politiques nationales et les cadres stratégiques de ces politiques ;
- les données de suivi disponibles au bureau de pays ;
- les documents décrivant et 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 6 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 oeuvre 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 leaders 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 6^{ème} 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.

3 Le programme du FNUAP et son contexte

3.1 Le contexte politique et socio-économique

Madagascar est un pays confronté à 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, tels que cyclone, inondation, grêle, invasion acridienne, vulnérabilisent les populations des zones côtières et des bas-fonds. La crise politique qui a commencé en 2009 a aggravé cette situation de pauvreté pour atteindre des niveaux alarmants. L'incidence de la pauvreté a augmenté de 7,8 points en 2010 par rapport à 2005.

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 2010.⁶

La population malgache vivant en milieu rural représente 79,7% contre 20,3%⁷ vivant en milieu urbain. La comparaison 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 malagasy 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 lacune de recensement général, et en vue d'opérationnaliser un meilleur pilotage de la vie économique et sociale de la nation, l'Etat Malagasy, 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.

Pour des besoins sectoriels, des enquêtes thématiques ont été réalisées avec l'INSTAT. Entre autres, on peut citer 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 et 2010).

Sur un autre plan, pour un meilleur pilotage du développement, l'Etat malagasy, en collaboration avec ses PTF, a décidé d'élaborer la Stratégie Nationale de Développement de la Statistique (SNDS) en 2005. Avec une approche participative, le document stratégique a été publié en 2007 et a donné lieu à une restructuration de l'INSTAT et au renouvellement des agents statisticiens.

Parallèlement à la SNDS, et en vue de mieux suivre les progrès de la mise en œuvre des politiques et programmes de développement, 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

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

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

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

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.

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. En effet, la proportion de la population vivant au-dessous du seuil de pauvreté qui était de 67,5%²⁰ en 2006 a atteint 76,5% en 2010²¹, soit une population pauvre estimée à 15 millions sur un total de 20 millions²². De même, entre ces deux périodes, l'intensité de la pauvreté s'est accrue de plus de 7 points, passant de 26,8% à 34,9% en 2009. Le phénomène de pauvreté²³ dont la sévérité est plus prononcée en milieu rural 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 cette hausse positive. Ce taux a atteint 71,4% en 2008 s'il était de 62,9% en 2006.

En cette période de crise que traverse le pays depuis 2009, les tendances²⁴ montrent qu'il est peu probable pour Madagascar d'atteindre l'OMD. Néanmoins, en post-crise, la mobilisation de ressources importantes en faveur de l'éducation pourra remettre le pays sur la bonne voie d'atteindre ces objectifs.

Concernant l'objectif 3 - **Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes** : sur le plan de la situation d'alphabétisation, il est constaté que les disparités entre les deux sexes s'amenuisent. En effet, si le taux d'alphabétisation des femmes âgées de 15 ans et plus était de 59,6%²⁵ en 2006, celui-ci a atteint 68%²⁶ en 2010.

Par ailleurs, 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

¹⁷ Baromètre Genre et Développement – SADC 2010

¹⁸ Programme intérimaire des Nations Unies 2012 -2013

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 Rapport de suivi des OMD 2010

²⁵ Enquête Périodique auprès des Ménages 2005

²⁶ Enquête Périodique auprès des Ménages 2010

parlementaires occupent 9% des sièges contre 7,8% en 2008 et deux des institutions de l'Etat 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 genre²⁷.

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‰²⁸ s'il était de 58‰²⁹ en 2006. De plus, la proportion d'enfants vaccinés contre la rougeole a chuté à 43%³⁰ en 2009 alors qu'il était à 83%³¹ en 2006. Toutefois, la mortalité infanto-juvénile a régressé, passant de 94‰ à 43‰³² 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 2008³³. Néanmoins, il importe de noter que la proportion d'accouchements assistés par un personnel de santé qualifié a diminué. Le taux d'accouchement assisté par un personnel de santé qualifié qui était de 51% en 2006 est descendu à 44%.³⁴

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%³⁵ 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%³⁶. 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 fléau³⁷.

²⁷ Rapport de suivi OMD 2010

²⁸ UNICEF : www.unicef.org/madagascar

²⁹ UNICEF 2006 : www.unicef.org/madagascar

³⁰ UNICEF 2010.. www.unicef.org/madagascar

³¹ Idem

³² Enquête Démographique et de Santé 2008-2009

³³ Statistique mondiale : www.statistiques-mondiales.com

³⁴ Enquête Démographique et de Santé 2008-2009

³⁵ Idem

³⁶ Rapport de suivi OMD 2010

³⁷ Réflexions basées sur le Symposium national sur l'environnement forestier organisé par l'ONG Voary Gasy en 2012

Concernant l'objectif 8 – **Mettre en place un partenariat mondial pour le développement** :

L'aide publique au développement

La période de transition actuelle est marquée par la dégradation des financements extérieurs suite à des multiples suspensions. L'Aide Publique au Développement (APD) accuse une baisse de 80% ³⁸ 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. Aussi, les partenariats conclus ont essentiellement concerné les secteurs d'urgence et humanitaires.

Technologie de l'information et de la communication

Depuis 2000, l'utilisation du téléphone a connu une avancée rapide à Madagascar avec l'arrivée des opérateurs en téléphonie mobile. En 2010, 51,6% des ménages urbains avaient un téléphone portable contre seulement 17% des ménages ruraux. En revanche, le taux d'accès à l'internet reste très faible avec à peine 1,6 pour 100 personnes en 2009 et 0,2% en 2008³⁹.

Structures d'activités et situation de l'emploi

L'économie de Madagascar repose sur une structure d'activités essentiellement rurale. Le secteur primaire concourt à la création de plus de 80,5%⁴⁰ des emplois créés à Madagascar. Le commerce, les services privés et l'administration publique suivent ce secteur avec respectivement 6,9%, 4,8% et 2,4%. Pour l'ensemble de la population, le taux d'activité atteint 63,7% en 2010 avec une légère supériorité chez les hommes (66%) par rapport aux femmes (63%).

Accès aux marchés mondiaux

L'économie du pays est toujours fragilisée par le déficit du commerce international.

Disponibilité des médicaments essentiels

Avec 208 pharmacies agréées et 1448 dépôts de médicaments, la couverture en distribution de médicaments est de 1 pour 100 000 habitants pour les pharmacies et de 7 pour 100 000 habitants pour les dépôts de médicaments. Actuellement, des mesures administratives sont prises afin de viabiliser les services assurés par les dépôts de médicaments.

3.3 L'aide extérieure

En 2008, avec un volume d'aide extérieure de l'ordre de 698,048 millions USD⁴¹, 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 USD contre 66,8 USD 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 d'USD, soit une diminution de 43% par rapport à la situation d'avant crise. L'APD par habitant est ainsi descendue à 20,33 USD 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 USD avec l'amélioration des financements extérieurs. Le volume de financement extérieur a atteint 470,332 millions USD en 2010 et 405,498 millions USD en 2011.

³⁸ Rapport de suivi OMD 2010

³⁹ Rapport de suivi OMD 2009

⁴⁰ Enquête Périodique auprès des Ménages 2010

⁴¹ Rapport sur la Coopération au Développement 2010 -2011 – Primature de Madagascar

En 2011, l'aide extérieure est assurée pour 62,75% par les institutions multilatérales contre 27,5% en partenariat bilatéral. La France et les Etats 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.

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 USD, 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

Le 5^{ème} Programme 2005-2009 avait comme objectif prioritaire de soutenir les efforts du Gouvernement dans la réduction de la pauvreté de moitié 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 Country Program Document (CPD), du Country Program Action Plan (CPAP) et du Nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique (NEPAD). Ainsi, le programme a focalisé ses interventions 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, le PF par des formations, des sensibilisations et des plaidoyers au niveau des décideurs, des responsables locaux et des entités influentes. Par ailleurs, des actions contribuant à faciliter l'accès de la population aux services de SR/SRA, PF ont été menées via la mise en place des services SR/PF de 'counselling', de prévention et de prise en charge. En effet, 100% des districts sanitaires offrent des services de PF. La disponibilité et la sécurisation des produits SR/PF ont également été assurées⁴².

Les résultats obtenus sont significatifs dans la mesure où les actions entreprises ont permis de renforcer la connaissance du PF, du SR et du VIH/sida à un public large qu'il s'agit des acteurs potentiels que des bénéficiaires. Par ailleurs, le 5^{ème} programme a concouru à accroître les informations et les services afin de prévenir les maladies sexuellement transmissibles et le VIH/SIDA.

⁴² Rapport d'évaluation du 5^{ème} programme de coopération Madagascar-UNFPA, Mars 2008

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 contraceptifs et par la mise en place des services concernés dans toute l'étendue du territoire.

La mise en œuvre de la composante Population et développement cadrée par les produits 1 et 2 s'est faite d'une part, à travers des sensibilisations/formations 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 amené la partie nationale à la reconnaissance des liens population-développement. A la suite des actions de plaidoyers menées, le MAP et les plans d'actions régionaux et communaux ont retenu à leurs niveaux respectifs la corrélation population et développement.

D'autre part, les réalisations ont trait à la mise en place d'un cadre favorable à l'appropriation du concept population-développement. Au niveau central, la Politique Nationale de Population et du Développement Social (PNPDS) est mise à jour puis validée et un manuel de formation en malagasy officiel et en dialecte est conçu. Au niveau infra, pour une meilleure gestion des informations, la collecte des données démographiques, la gestion des fiches de renseignements, désagrégés homme, femme, âge, activités ont fait l'objet de sensibilisations et de formations. Au niveau des services de santé, un canevas de rapport mensuel est vulgarisé et les jeunes pairs éducateurs sont formés dans la gestion des fiches de renseignement.

En somme, à travers la mise en œuvre de la composante Population-Développement, le 5^{ème} programme a concouru à une meilleure connaissance de l'utilité du concept population-développement au niveau des décideurs centraux, des responsables des Services Territoriaux Déconcentrés (STD) et des Collectivités Territoriales Décentralisées (CTD) et des organismes non étatiques. Par ailleurs, le programme a ouvert des chantiers d'actions en vue de mettre à disposition des planificateurs, des données fiables et ventilées sur la population, par sexe et âge.

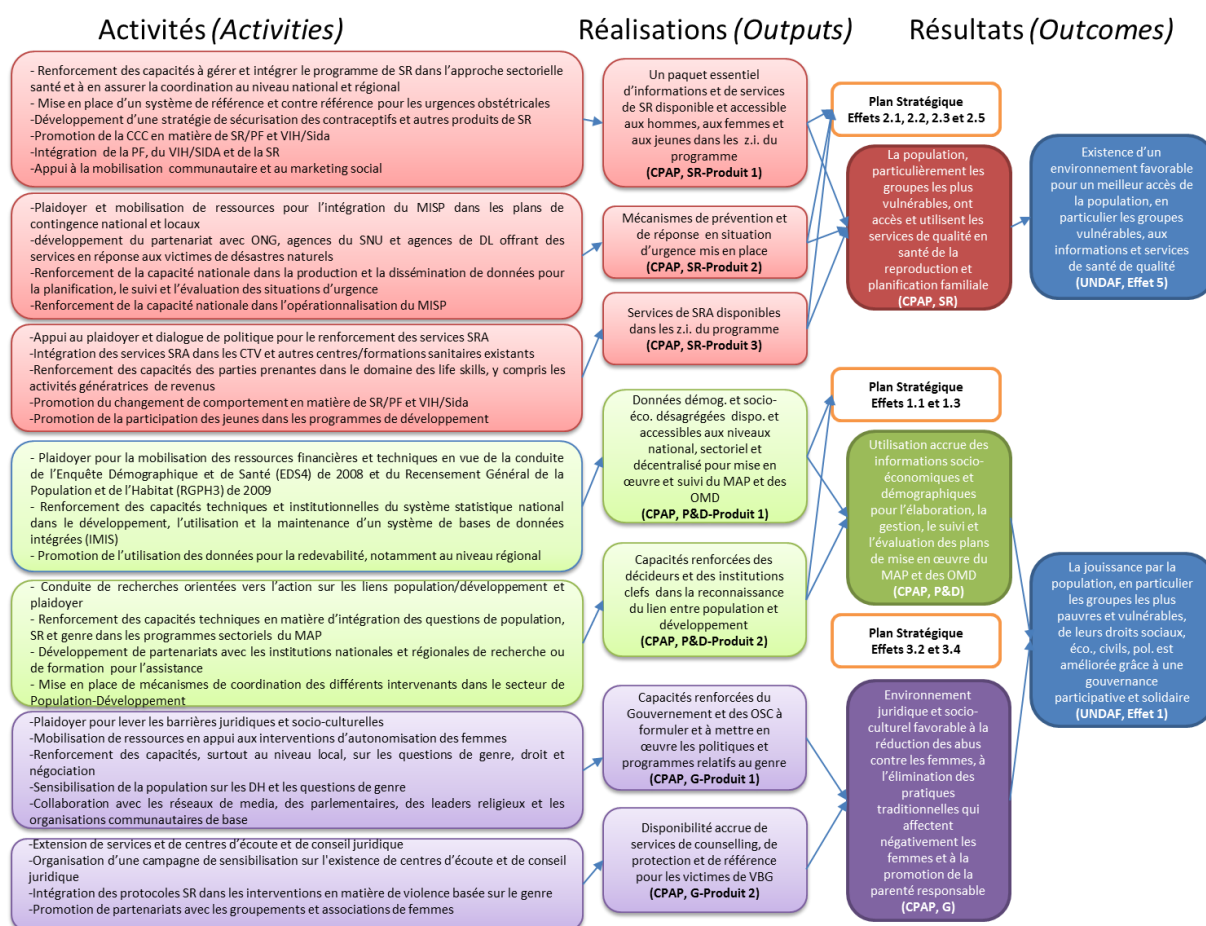
L'exécution de la composante Genre cadrée par le produit 6 a trait d'une part à la réalisation des formations de formateurs issus du Ministère de l'Education Nationale et de la Recherche Scientifique (MENRS), de la Fédération des Femmes Rurales à Madagascar (FVTM) et des Associations des animateurs à l'Education à la Vie Familiale (EVF) sur le genre, les droits et les responsabilités des hommes sur le planning familial et les activités de production. D'autre part, les réalisations ont concerné la vulgarisation des droits de la femme, de la famille, des connaissances et pratiques relatives à la Santé de la Reproduction et au Planning familial auprès de la population. D'autre part, les objectifs en matière de droit, de SR et de promotion du genre ont été vulgarisés à différents niveaux de décideurs, de responsables nationaux et régionaux ainsi qu'au niveau des leaders d'opinion.

La mise en œuvre de la composante Genre a contribué à la compréhension des problèmes et des objectifs de genre au niveau des bénéficiaires et des acteurs partenaires du programme.

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).

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



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 plaidoyer, 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 'counseling' et protection pour les femmes victimes de violence. Cet effet contribue aux OMD 1 (Elimination 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 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.

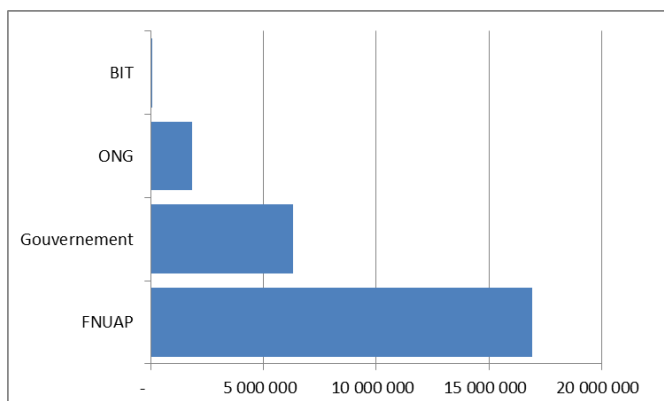
3.4.3 La structure financière du programme

L'enveloppe indicative du programme 2008-2011⁴³ 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 minime. 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

⁴³ Les données 2012-2013 ne sont pas disponibles.

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 augmentée 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\$.

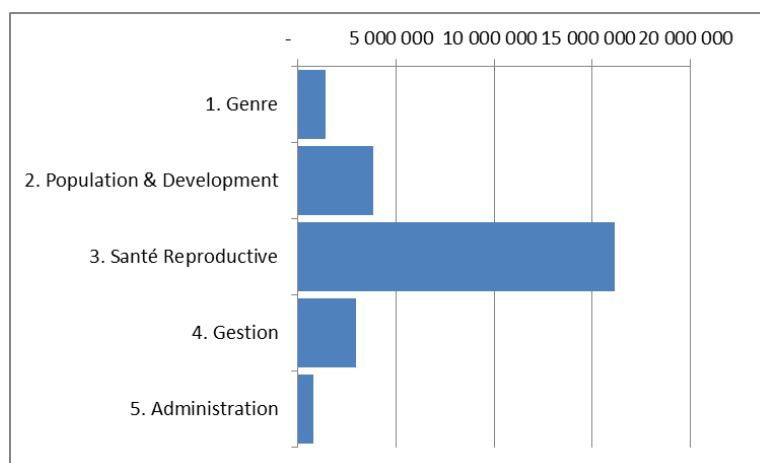
Figure 4: Origine des ressources du programme



Source : Atlas

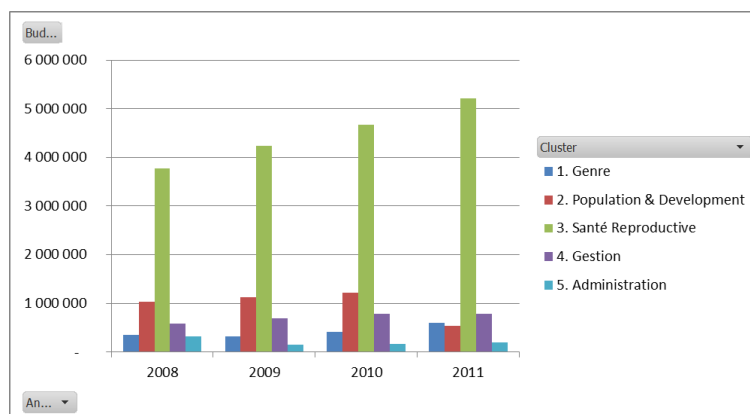
La santé de la reproduction constitue l'essentiel (17,9 M\$, 65,9%) des dépenses du CPAP 2008-2011. Les budgets des composantes Population et développement et Genre ont été respectivement de 3,9 et 2,8 M\$ (25% des dépenses). Les dépenses de gestion et d'administration s'élevaient respectivement à 2,8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

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



Source : Atlas

Figure 6: Évolution des dépenses par composante, 2008-2011



Source : Atlas

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). Les dépenses relatives 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 :

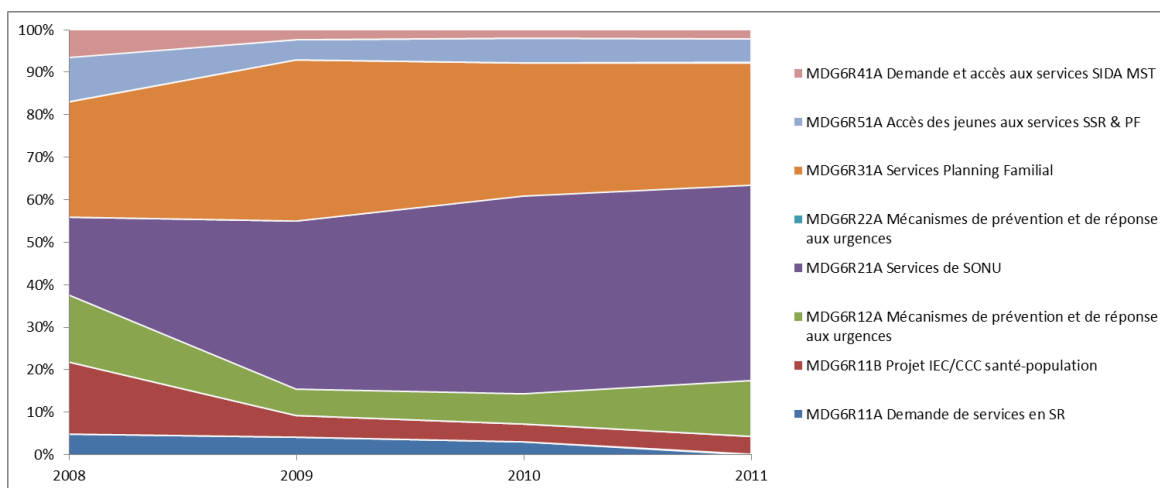
Tableau 4: Évolution des budgets et des dépenses par composante, 2008-2011

Années	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
2. Population & Development	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

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.

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

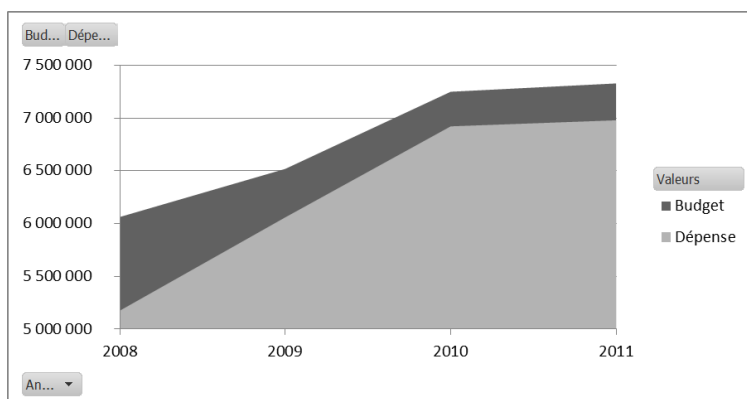


Source : Atlas

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

4 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 de Santé appuyées par la composante P&D ainsi que d'autres études concernant l'offre de services de 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

CPAP⁴⁴. 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 Méthode 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 contraception.⁴⁵ 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**⁴⁶ 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 maternelle⁴⁷ (FTSM), le FNUAP a initié une « Evaluation des besoins en matière de soins obstétricaux et néonataux d'urgence »⁴⁸ et une « Enquête confidentielle des décès maternels »⁴⁹ 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

⁴⁴ 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.

⁴⁵ 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

⁴⁶ Voir la liste en annexe 2, matrice d'évaluation, QE 1, critère de jugement 1.1

⁴⁷ 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 consultée sur le site: <http://www.unfpa.org/public/home/about/Evaluation/EBIER/TE/pid/10094>

⁴⁸ Vice Primature Chargée de la Santé Publique, FNUAP, UNICEF, OMS, AMDD, MSIS, *Evaluation des Besoins en Matière de Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence à Madagascar*, 2010

⁴⁹ Ministère de la Santé Publique avec l'appui de l'OMS et de l'UNFPA, *Enquête Confidentielle des Décès Maternels*, 2010

en fonction du nombre d'habitant à desservir⁵⁰ 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 familiale⁵¹ 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.

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 »⁵² 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

⁵⁰ La distribution des structures de services SONU prise en compte lors de la planification est de 5 structure SONU pour 500 000 habitants dont au moins une structure de SONU complet.

⁵¹ Ministère de la Santé Publique, UNFPA, *Evaluation de la Politique de gratuité des Services de Santé Maternelle et de Planification Familiale*, 2010

⁵² Atsimo Andrefana, Androy, Anosy (Sud), Vatovavy Fitovinany, Atsimo Atsinanana (Sud-Est) et Sofia (Nord).

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 6ème programme s'appuie sur le Plan d'Action de 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 **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 santé⁵³ 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.

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. Les problématiques de transport jusqu'aux structures de référence restent 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**.⁵⁴

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.

Le CPAP en matière de SR est censé **contribuer aux effets 1 et 5 du cadre 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 la réponse du CPAP concerne la prévention IST et VIH/Sida et prévention des grossesses chez les adolescentes, les activités sont plus clairement orientées sur la prévention VIH/Sida et adresse la problématique des grossesses précoces de façon peu stratégique.

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.⁵⁵

⁵³ Ministère de la Santé, du Planning Familial et de la Protection Sociale, *Plan de Développement Secteur Santé 2007-2011*

⁵⁴ Ministère de la Santé et du Planning Familial, *Programme d'Action pour l'Intégration des intrants de Santé (PAIS), Plan Stratégique 2008-2012*

Pour ce qui est de la composante **P&D**, la stratégie du CPAP en matière de production de données fiables a correctement pris en compte lors de la planification de la stratégie d'intervention du FNUAP les éléments saillants du diagnostic porté par le Schéma National de Développement de la Statistique de 2007. Ils 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 pour toutes les composantes, 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 Madagascar Action Plan – 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 nouveaux cadres, ces derniers constituent des références en matière de 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, si 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 avait comme 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 l'intégration du genre dans les institutions, les programmes et projets de développement. En effet, le programme fixait des objectifs en matière de mise à disposition des institutions nationales, régionales, publiques et privées des responsables capables de piloter et d'intégrer le genre dans les politiques cadres 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.

⁵⁵ Annexe2 – Matrice d'évaluation, QE n°1, CJ 1.1

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 RGPH et à l'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 en 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 de l'UNFPA 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 2012-2013.⁵⁶ 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)

A la suite de la crise socio-politique et économique 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 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 restent adaptés aussi bien à la situation de crise socio-politique actuelle à Madagascar qu'avec les nouvelles lignes du Système des Nations Unies.

⁵⁶ République de Madagascar, Système des Nations Unies, *Programme Intérimaire des Nations Unies à Madagascar 2012-2013*

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 :

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 suivant :

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

Produit	Code Atlas	PMSPSR	FTSM	Other	Regular resources	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

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 6ème 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)⁵⁷ en 2009⁵⁸ 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 lors 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 conseillère 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'association⁵⁹ 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

⁵⁷ 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>

⁵⁸ 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.

⁵⁹ 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

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 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 formation.⁶⁰ Le déploiement et la fidélisation des sages femmes formées n'ont pas été planifiés malgré une revue documentaire⁶¹ 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 SONU⁶², dotation des formations sanitaires en équipement SONU⁶³ (table d'accouchement, en kits OC et médicaments essentiels SONU sur a base des besoins), diffusion des protocoles SONU, stratégies avancées dans les régions reculées⁶⁴, 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%.⁶⁵ Les taux d'accouchements des zones quick wins n'atteignent pas encore la moyenne nationale qui était de 34.8 en 2009,⁶⁶ 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 FNUAP.⁶⁷ 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:

⁶⁰ Annexe 2 – Matrice d'évaluation, QE n°2, Critère de jugement 2.1

⁶¹ FNUAP, Revue documentaire de la profession sage-femme dans le secteur privé et public, 2009

⁶² Voir les détails en annexe 2 – Matrice d'évaluation, QE n°2, CJ 2.1

⁶³ Idem

⁶⁴ Idem

⁶⁵ Annexe 2 – Matrice d'évaluation, QE n°2, Critère de jugement 2.1

⁶⁶ Etude Démographique et de Santé 2008-2009

⁶⁷ Annexe 2 – Matrice d'évaluation, QE n°2, Critère de jugement 2.1

- 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 3ème 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 ;
- 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, ambu⁶⁸). 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 raisons⁶⁹ 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 cervical** 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 2011.⁷⁰ 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. Soixante six 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

⁶⁸ Insufflateur manuel

⁶⁹ Annexe 2, Matrice d'évaluation, QE n°2, critère de jugement 2.1

⁷⁰ Idem

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 va contribuer à prévenir 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).

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 Stratégie Avancée 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, l'UNFPA 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 2009.⁷¹ Au moment de la crise politique en 2009, les autres partenaires techniques et financiers (USAID, Banque Mondiale) se

⁷¹ 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 2, critère de jugement 2.1

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 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 santé.⁷² 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

⁷² Idem

pays en 2009⁷³ 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 manuellement.⁷⁴

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 fonctionnels.⁷⁵ 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. 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'utilisaient.⁷⁶

Des évaluations annuelles ont été menées avec le soutien du FNUAP en ce qui concerne la sécurisation des intrants de santé⁷⁷ et ont permis d'obtenir des données suivantes :

⁷³ Annexe 2 – Matrice d'évaluation, Critère de jugement 2.1

⁷⁴ Dans chaque district 2 à 3 personnes ont été formées – voir détails en Annexe 2 – Matrice d'évaluation, Critère de jugement 2.1

⁷⁵ Entretien avec les partenaires d'exécution

⁷⁶ HLSP, Mid term review of the UNFPA Global Programme to Enhance Reproductive Health Commodity Security (GPRHCS), Madagascar case study, 2011

⁷⁷ Ces évaluations, bien qu'utilisant des méthodologies différentes chaque année ne permettent pas de comparer tous les résultats obtenus.

Tableau 7: Résumé des évaluations⁷⁸ 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%

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 annuel⁷⁹ 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 dépo-provéra⁸⁰ 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 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 5^{ème} programme de coopération des outils visant à **renforcer les compétences des agents de santé** en ce qui concerne le DIU et l'intégration de la PF. Lors du 6^{ème} programme la dissémination de l'Implanon⁸¹ et la formation des agents de santé aux techniques d'insertion et de retrait permet

⁷⁸ 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 sante 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 Sante à Madagascar, Décembre 2011

⁷⁹ Ministère de la Santé Publique, FNUAP, Evaluation de la Sécurisation des Intrants de Sante à Madagascar, Décembre 2011

⁸⁰ Contraceptif injectable à longue durée d'action (3 mois)

⁸¹ Implant sous cutané contraceptif

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 durée.⁸² Toutefois le coût élevé des implants reste un facteur à prendre en considération et les alternatives moins coûteuses ne sont pas évoquées telles que le DIU dont la promotion à large échelle est faite de manière limitée.⁸³

Dans les **régions quick wins** l'offre de services PF s'est accrue avec un approvisionnement amélioré des produits contraceptifs. Les taux de couverture ont 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 %.⁸⁴

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**⁸⁵ 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 implants.⁸⁶ 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 stratégie avancée 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 l'amélioration de certains aspects a été identifiée tels que la coopération avec les CSB afin de renforcer le suivi et la prise en charge des utilisateurs ainsi que la planification pour 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 »⁸⁷ 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 expérimentent 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** »⁸⁸ 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.

⁸² Les données concernant l'utilisation des différentes méthodes ne sont pas disponibles.

⁸³ HLSP, Mid term review of the UNFPA Global Programme to Enhance Reproductive Health Commodity Security (GPRHCS), Madagascar case study, 2011

⁸⁴ Annexe 2– Matrice d'évaluation, Critère de jugement 2.1

⁸⁵ Equipe mobile offrant des services dans les zones reculées

⁸⁶ Annexe 2 – Matrice d'évaluation, Critère de jugement 2.1

⁸⁷ Idem

⁸⁸ 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 documents.⁸⁹ Or cette problématique **n'a pas fait l'objet d'interventions particulières** par le 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 on 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

⁸⁹ Annexe 2 – Matrice d'évaluation, Critère de jugement 1.1 et 2.1

- 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
- 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)**⁹⁰ 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 l'UNFPA 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 appropriées.⁹¹

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

⁹⁰ Le BNGRC est rattaché au Ministère de l'Intérieur

⁹¹ Annexe 2 – Matrice d'évaluation, Critère de jugement 2.2

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.

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**.⁹²

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/UNFPA 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 ciblées.⁹³ 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.

⁹² Annexe 2 – Matrice d'évaluation, Critère de jugement 2.2

⁹³ Annexe 2 – Matrice d'évaluation, Critère de jugement 2.2

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
- 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

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'Etat 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.
- 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 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.⁹⁴ Grâce à l'appui du FNUAP, des

⁹⁴ COAR 2011

représentants des jeunes ont pu participer au processus d'élaboration de stratégies nationales et dans des conférences internationales.⁹⁵

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 la lutte contre le SIDA du SNU a renforcé la prévention SRA/VIH en faveur des jeunes notamment par l'UNFPA et 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 quand à la couverture de ces activités.⁹⁶

Un expert national a été recruté par le FNUAP pour appuyer la mise en œuvre de la planification des activités et 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 adoptés les outils développés avec le soutien du FNUAP.⁹⁷

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).⁹⁸ 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 toutefois les zones géographiques concernées n'y sont 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

⁹⁵ Annexe 2 – Matrice d'évaluation, Critère de jugement 2.1

⁹⁶ Idem

⁹⁷ Interview partenaires techniques et financiers

⁹⁸ Annexe 7 : Tableau réalisations quick wins

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).⁹⁹ En 2010 le curriculum 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 agences.¹⁰⁰

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. Leurs **activités ne font pas l'objet d'un suivi régulier** (à part 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 rural.¹⁰¹ 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 socio culturels 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 sensibilisation.¹⁰² 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.

⁹⁹ Les données exactes n'étaient pas disponibles au moment de l'évaluation

¹⁰⁰ Les détails de ces formations n'étaient pas disponibles au moment de l'évaluation

¹⁰¹ Annexe 2 – Matrice d'évaluation, Critère de jugement 2.1

¹⁰² Annexe 2 – Matrice d'évaluation, QE n° 2, Critère de jugement 2.1

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 d'attente 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 FNUAP.¹⁰³

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. où la problématique jeune est envisagée comme une problématique plus globale qui sera abordée par toutes les composantes (genre, P&D). L'avantage comparatif de l'implication du FNUAP se situe principalement dans l'aspect santé de la reproduction des jeunes. Cependant cet aspect positif 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 autant en matière de compétences que de ressources humaines pour un suivi adéquat.¹⁰⁴ Considérant que l'UNICEF est 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, activités qu'il soutient déjà.

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.

¹⁰³ Idem

¹⁰⁴ Idem

La diminution du budget national dans le contexte actuel ne laisse pas présager une augmentation de la contribution de l'Etat 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 2011.¹⁰⁵

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 l'UNFPA 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 satisfaisante.¹⁰⁶

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 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.

¹⁰⁵ Annexe 2 – Matrice d'évaluation, Critère de jugement 2.1

¹⁰⁶ Voir paragraphe 4.2.2

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%).

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 RGHP	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

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 recensement 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 financement 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 AO, 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 administratives.¹⁰⁷

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 définis 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 Comités régionaux de centralisation et d'analyse (CRCA) n'ont été établis 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'Economie-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.

¹⁰⁷ Annexe2X – Matrice d'évaluation, QE n°3, CJ 3.1

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).

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 canevas 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)¹⁰⁸.

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 jour¹⁰⁹.

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

¹⁰⁸ Annexe 2 – Matrice d'évaluation, QE n°2, CJ 3.2

¹⁰⁹ idem

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 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 socioéconomiques 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 jour¹¹⁰ 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'insérer dans la durée en attendant qu'un contexte plus favorable 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

¹¹⁰ Elles sont prévues en octobre-décembre 2012.

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'INSTAT¹¹¹.

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.

¹¹¹ Annexe2 – Matrice d'évaluation, QE n°2, CJ 3.3

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 :

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

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 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 2007¹¹². 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. A 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

¹¹² Loi n°2007-022 du 20 août 2007

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 (Amoron'i Mania et Menabe) et 4 nouvelles autres plates-formes sont en cours de constitution (Boeny, Betsiboka, Vakinankaratra 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 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 lever partiellement.

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 »¹¹³ 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 associations 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 VAM¹¹⁴ a ouvert un CECJ à Behara en complément du centre d'Amboasary. De même, SOS VND¹¹⁵ a ouvert un CECJ à Antsirabe en complément de celui d'Analamanga. Enfin, la Fédération pour la promotion de la femme et de l'enfance (FPFE) a ouvert des centres à Moramanga, Vatomandry 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 personnes¹¹⁶. 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 2010¹¹⁷, 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'Etat à la Gendarmerie Nationale et à la Police Nationale un protocole de standards de services de prise en 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.

¹¹³ Terme utilisé pour définir les victimes de violence basée sur le genre

¹¹⁴ ADDH : rapports de réalisation

¹¹⁵ ADDH : rapports de réalisation

¹¹⁶ Ministère de la Population : rapport de réalisation, Expert en Genre 2012

¹¹⁷ BOSS Corporation : évaluation du mécanisme de réduction et de prise en charge des victimes de VBG – FNUAP 2010

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'Etat (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'Etat 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 bénéficiées 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, 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 2010¹¹⁸, 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 à 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 ANAY¹¹⁹ 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.

¹¹⁸ Évaluation du mécanisme de suivi et de réduction des VBG à Madagascar, FNUAP, 2010

¹¹⁹ Association de journaliste ANAY : Rapport d'activité 2011

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 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 (Ecole 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 élaboré un module de formation standard pour servir de base à toutes formations relatives au genre. Différents centres de formation (université, institut professionnel) 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

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 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'efficience 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 produit de la SR et du fonds thématique pour la santé maternelle (FTSM).¹²⁰

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 chevauchent¹²¹, 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,

¹²⁰ Annexe 2 – Matrice d'évaluation, QE n°5, CJ 5.1

¹²¹ Annexe 2 – Matrice d'évaluation, QE n°5, CJ 5.1

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 interventions SR des quickwins, 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. 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 des quick wins en 2010 a sans doute permis d'accélérer le taux d'absorption.

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

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

Budget Sources	Années					
	2008	2009	2010	2011	Total général	
GPRHCS	212 740	1 376 345	1 210 033	1 376 102	4 175 220	
MHTF	-	812 757	499 820	878 157	2 190 734	
OTHER	514 697	301 041	452 054	700 814	1 968 606	
REGULAR RESOURCES	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

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 coopération¹²²). 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

¹²² Annexe 2 – Matrice d'évaluation, CJ 5.1

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 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 restée 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 sante 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 SR, 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 conjoints¹²³ 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.

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

¹²³ 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.

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 appui aux formations en SONU et au programme sages-femmes. Au niveau régional, 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. De manière plus localisée (région d'Anosy), 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.

5 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 (i) la capacité de chacune de ses composantes à informer, sur la base de données avérées, le processus de planification pluriannuelle et (ii) d'introduire à temps 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 l'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 BP 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 FNUAP¹²⁴ et présentés dans l'annexe 5.

¹²⁴ Handbook on How To Design And How To Conduct A Country Programme Evaluation, 2012, <http://www.unfpa.org/public/home/about/Evaluation/Methodology>

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 grandissante 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 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 point focal 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 point focal 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 point focal S&E aux comptes-rendus des rares missions conjointes réalisées depuis 2010.

Les moyens propres au point focal de suivi ont permis, sur les 2 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 point focal de suivi et d'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.

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%

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 sur 48 indicateurs), 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.

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%

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 développé¹²⁵. 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 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, 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 A 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 point focal et la hiérarchie est insuffisamment formalisé.

¹²⁵ Le Ministère de la Santé dispose d'un système d'information géographique global (GESIS) dont il extrait les données de suivi.

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 progression¹²⁶ (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, les rapports de la composante SR ne sont pas systématiquement calqués sur les PTA et ne donnent aucune information sur ce qui a été réalisé.

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 conjoints 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 point focal de suivi et d'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

¹²⁶ Le rapport annuel compile les rapports périodiques trimestriels qui rendent compte de l'exécution des Plans de Travail trimestriels (PTT).

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 point focal de suivi et d'évaluation 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 point focal de suivi et d'évaluation, 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 point focal S&E est insuffisamment intégré au système de suivi et de programmation.

Il n'est pas demandé au point focal de suivi et d'évaluation 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 point focal 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, le point focal de suivi et d'évaluation 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 point focal S&E.

Le point focal 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 point focal (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.

Une fonction du point focal de suivi et d'évaluation 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 aA 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 point focal à plein temps a été recruté en 2009-2010. 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 RSP font partie des obligations faites aux partenaires de mise en œuvre sans qu'il ne leur soit affecté de ressources particulières. Les RSP ne constituent pas spécifiquement des enjeux en termes d'engagements financiers futurs dans la mesure où le volume financier des PTA A 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 point focal, 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 point focal 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 6ème 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.

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

Coût	Année			
	2009	2010	2011	Total général
Nature				
Etude	17 500	17 230	30 000	64 730
Evaluation		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 et données Bureau de pays

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

Année	Evaluations / 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

Dès 2007, cinq évaluations ont été identifiées comme prioritaires en association avec le point focal (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 point focal de suivi et d’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 point focal (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. 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 point focal 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 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.

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		

Le point focal du BP 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.

6 Conclusions

6.1 Niveau stratégique

C1	Niveau de priorité : 1	Origine : QE1, QE6, QE7	Recommandation associée : R.1
Les objectifs du CPAP sont alignés sur les politiques nationales sectorielles, sur le Madagascar Action Plan (lequel est basé sur une analyse des besoins de la population) et sur le cadre UNDAF.			
Le lien de causalité entre les activités programmées dans les PTA 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. 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.			

C.2	Niveau de priorité : 2	Origine : QE.2, QE.3, QE.4, QE.5	Recommandation associée : R.2
En dépit d'efforts soutenus, le bureau de pays n'a pas suffisamment contribué au renforcement des capacités nationales (au niveau central et régional).			
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 constituent 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). D'autre part la multiplication des partenaires d'exécution et des interventions n'ont pas permis au bureau de pays de concentrer suffisamment son appui en vue d'un renforcement efficace des capacités nationales			

C.3	Niveau de priorité : 2	Origine : QE.2, QE.3, QE.4, QE.8	Recommandation associée : Aucune
Le FNUAP a démontré une réelle valeur ajoutée dans les trois composantes de son programme.			
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 plaidoyer 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

C4	Niveau de priorité : 1	Origine : QE2	Recommandation associée : R.2
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 qualité assorti des outils de supervision appropriés.			
Ces interventions ont contribué à renforcer les capacités institutionnelles au niveau central. Toutefois le bureau 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.			

C.5	Niveau de priorité : 1	Origine : Q.E2,	Recommandation associée : R.3
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.			
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.			

C.6	Niveau de priorité : 1	Origine : QE.2	Recommandation associée : R.4
Les interventions du FNUAP, renforcées par le fonds thématique pour la santé de la reproduction, ont contribué à développer une approche intégrée de la santé maternelle en s'appuyant sur des politiques gouvernementales existantes.			
Ainsi, outre l'appui à l'éducation des sages-femmes, le renforcement du cadre réglementaire de la profession de sage-femme favorise aussi 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 du FNUAP.			

C.7	Niveau de priorité : 2	Origine : QE.1, QE.2	Recommandation associée : R.4
Le FNUAP n'a pas opérationnalisé de façon suffisante les stratégies d'implication communautaire dans l'amélioration de la santé de la reproduction.			
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.			

C.8	Niveau de priorité : 1	Origine : QE.3	Recommandation associée : R.6
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 données fiables et planification utile et efficace. La crise politique de 2009 et la déstabilisation consécutive de la planification, tant au niveau national que décentralisé, a 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 planification, 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.			

C9	Niveau de priorité : 1	Origine : QE3	Recommandations associées: R.2, R.7
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, responsable du suivi des politiques de développement et de l'utilisation des données socio-économiques et de suivi. Les moyens mobilisés par le FNUAP pour l'appui institutionnel à ses partenaires de mise en œuvre n'ont pas été adaptés à leurs faiblesses structurelles (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 du système de suivi au sein des administrations centrale et déconcentrée qui lui aurait permis de : cibler ses actions, de les programmer dans le temps de manière réaliste et de 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 goulots 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.			

C10	Niveau de priorité : 2	Origine : QE3	Recommandation associée : R.7
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. 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

C11	Niveau de priorité : 1	Origine : QE.4	Recommandation associée : R8
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 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 plate-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.			

C12	Niveau de priorité : 2	Origine : QE4	Recommandation associée : R9
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.			
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.			

Efficiences

C13	Niveau de priorité : 2	Origine : QE2, QE5	Recommandation associée : R 10, R11
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.			
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.

C14	Niveau de priorité : 2	Origine : QE2, QE5	Recommandation associée : R10
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 <i>quick wins</i>. 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

C15	Niveau de priorité : 2	Origine : QE1, QE2, QE3 , QE4	Recommandation associée : R 2
Malgré des efforts visant à développer des interventions ayant un effet durable, le contexte actuel ne permet pas de prévoir de stratégie de sortie. 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.			

C16	Niveau de priorité : 1	Origine : S/E	Recommandation associée : R 11
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 des partenaires d'exécution. 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. 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 gestionnaires de composantes alors que le contenu des revues annuelles, réalisées en principe conjointement avec la Vice-Primature chargée de l'Économie, 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 de du FNUAP, 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.			

7 Recommandations

R.1	Niveau de priorité : 1 Destinataire(s) : bureau de pays	Origine : C.1, C.15
Recommandation	<i>La mise en œuvre du CPAP à tous les niveaux doit se concentrer sur les axes prioritaires en gardant dans l’optique l’obtention des résultats attendus.</i>	
Implications opérationnelles	Le FNUAP doit 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 en termes de résultats de l’année précédente ; • de garantir que le lien de causalité établi soit suffisamment 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.	

R.2	Niveau de priorité : 1 Destinataire(s) : bureau de pays	Origine : C.2, C.4, C.9, C.10, C.13
Recommandation	<i>Les stratégies visant à renforcer les capacités nationales doivent être réexaminées à la lueur du contexte national né de la crise.</i>	
Implications opérationnelles	Compte tenu de l’affaiblissement des capacités au sein des institutions partenaires dû au contexte politique, le FNUAP doit 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.	

R.3	Niveau de priorité : 1 Destinataire(s) : bureau de pays	Origine : C.5
Recommandation	<i>Le FNUAP doit réviser sa stratégie de planification familiale dans le cadre d'une approche intégrée de santé de la reproduction.</i>	
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 prestation de services de planification familiale de qualité dans les structures de santé ; • l'amélioration des compétences des prestataires de services en <i>counselling</i> pour des services de qualité de planification familiale permettant aux femmes de choisir la méthode 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)	

R.4	Niveau de priorité : 1 Destinataire(s) : bureau de pays	Origine : C.5, C.6, C.7
Recommandation	<i>Garantir la création d'un environnement communautaire favorable au recours aux services de santé de la reproduction.</i>	
Implications opérationnelles	La création d'un tel environnement requiert, notamment : • 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.	

R.5	Niveau de priorité : 2 Destinataire(s) : bureau de pays	Origine : C2, C4, C5, C6
Recommandation	<i>La mise en œuvre des interventions dans les régions quick wins doit être planifiée afin d'améliorer les services de SR et nourrir le dialogue politique au niveau national.</i>	
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
--	--

R.6	Niveau de priorité : 1	Origine : C.8, C.9
	Destinataire(s) : bureau de pays	
Recommandation	<i>La poursuite de l'appui du FNUAP à la production et à l'utilisation des données socio-économiques et des données de suivi doit être conditionnée à la reprise du processus de planification des politiques publiques, aux niveaux central et décentralisé.</i>	
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 à ces produits 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 Comités Régionaux de Collecte et d'Analyse ; • 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.	

R.7	Niveau de priorité : 1	Origine : C.9, C.10
	Destinataire(s) : bureau de pays	
Recommandation	<i>Le FNUAP doit 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 socioéconomiques.</i>	
Implications opérationnelles	Les actions du FNUAP doivent 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. A 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 Comités Régionaux de Collecte et d'Analyse ; • Pérenniser la formation diplomante 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.
--	--

R.8	Niveau de priorité : 1	Origine : C.11
	Destinataire(s) : bureau de pays	
Recommandation	<i>Le FNUAP doit 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, plates-formes de lutte contre les violences basées sur le genre, mécanisme de suivi des violences basées sur le Genre, ...).</i>	
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 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 le problème.	

R.9	Niveau de priorité : 1	Origine : C.12
	Destinataire(s) : bureau de pays	
Recommandation	<i>Le FNUAP doit définir avec le Ministère de la Population et des Affaires Sociales les critères de choix pour la création d'un 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.</i>	
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.	

R.10	Niveau de priorité : 1 Destinataire(s) : bureau de pays	Origine : C.13
Recommandation	<i>Le FNUAP doit soit mobiliser plus de ressources pour les sous-bureaux et leur donner un certain degré d'autonomie, soit re-centraliser son dispositif.</i>	
Implications opérationnelles	L'existence d'entités déconcentrées du FNUAP au niveau des régions <i>quick wins</i> 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 doit donc choisir entre réaliser le potentiel des sous-bureaux ou revenir à une centralisation assumée. A cette fin, le bureau de pays doit : • 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 ; • Elaborer un scénario alternatif de déconcentration, a 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.	

R.11	Niveau de priorité : 1 Destinataire(s) : bureau de pays, Bureau régional Afrique	Origine : C.16
Recommandation	<i>Le FNUAP doit augmenter le budget alloué au point focal suivi et évaluation 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.</i>	
Implications opérationnelles	• 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, 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.	

ANNEXES



DOS Branche Evaluation

EVALUATION FINALE DU 6EME PROGRAMME DE COOPERATION ENTRE MADAGASCAR ET LE FNUAP (2008-2013)

TERMES DE REFERENCE

1. INTRODUCTION

Le FNUAP, Fonds des Nations Unies pour la population, est une agence de développement international qui oeuvre en faveur du droit à la santé et de l'égalité des chances de chacun, femme, homme et enfant. Le FNUAP offre son appui aux pays pour utiliser les données démographiques dans la formulation des politiques et des programmes visant à réduire la pauvreté et pour faire en sorte que chaque grossesse soit désirée, que chaque accouchement soit sans danger, que chacun soit protégé du VIH/SIDA et que toutes les filles et toutes les femmes soient traitées avec dignité et respect.

Conformément au plan stratégique du FNUAP pour 2008-2013, les domaines d'intervention du Fonds sont : (i) la population et le développement, (ii) la santé reproductive et (iii) le genre.

2. CONTEXTE

Madagascar et le FNUAP ont signé en 2008 leur 6^{ème} programme de coopération qui couvre la période 2008-2011. Cette signature est intervenue après l'adoption du Plan d'Action pour Madagascar (ou MAP), le document stratégique de réduction de la pauvreté du pays pour la période 2007-2012. Le programme était également aligné sur le nouveau Plan Cadre des Nations Unies pour l'Assistance au Développement (UNDAF) couvrant la période 2008-2011.

Les interventions du programme du FNUAP couvraient : (i) l'accès de la population (et en particulier des groupes les plus vulnérables) à des services de qualité en matière de santé de la reproduction et de planification familiale, (ii) l'intégration des services SR/PF/VIH/Sida (ciblant les jeunes en particulier), (iii) l'utilisation accrue d'informations socio-économiques et démographiques fiables aux fins d'élaboration, de gestion, de suivi et d'évaluation des stratégies et programmes nationaux, décentralisés et sectoriels de mise en œuvre du MAP et des OMD, (iv) l'environnement juridique et socio-culturel favorable à l'autonomisation de la femme. Le programme comportait également un

important volet humanitaire pour faire face aux multiples catastrophes naturelles auxquelles Madagascar est confronté de manière récurrente : sécheresse au sud, cyclones et inondations, etc.

Le FNUAP a également été choisi pour mettre en œuvre un projet du Gouvernement financé par la Banque africaine de développement (BAD) dans 8 régions du pays, le Projet d'alimentation en eau potable et assainissement en milieu rural (PAEAR). Pour ce faire, mais aussi pour accompagner le projet de décentralisation du gouvernement, le FNUAP a ouvert deux sous-bureaux couvrant respectivement les régions nord et sud du pays et posté des équipes opérationnelles constituées d'un médecin, d'une assistante administrative et financière et d'un chauffeur dans les 8 régions du projet.

Depuis début 2009, Madagascar traverse une crise politique causée par un changement de régime non constitutionnel et l'avènement d'un pouvoir non reconnu par la communauté internationale, entraînant la suspension d'une grande partie de l'aide internationale dont bénéficiait le pays. Les effets négatifs de cette crise continuent à se faire sentir sur l'économie du pays, sur les conditions de vie de la population malgache et sur les dépenses publiques, en particulier dans les secteurs sociaux. C'est ainsi que l'Etat a réduit de 30% le budget du secteur de la santé pour 2010 par rapport à celui de 2008. De même, selon un rapport du Ministère de la santé, 214 centres de santé ont été fermés en 2011 compromettant davantage l'accès des populations aux soins de santé, surtout dans les zones les plus reculées du pays. Ce contexte a également eu pour conséquence l'abandon d'une activité majeure inscrite dans le plan d'action du programme pays (CPAP) du FNUAP à Madagascar : le Recensement général de la population et de l'habitat (RGPH).

Suite à la non reconnaissance des autorités de transition par la communauté internationale, le système des Nations Unies (SNU) a adopté la modalité de mise en œuvre de ses programmes dite « situation de développement spécial » qui interdit de travailler directement avec les autorités politiques de niveau ministre, premier ministre et président. Il devenait également urgent de revisiter l'UNDAF pour adapter la réponse du SNU à la nouvelle situation marquée par la remise en cause du MAP par les nouvelles autorités et l'émergence de nouveaux domaines d'intervention prioritaires (lutte contre l'insécurité, respect des droits humains, dialogue politique, consolidation de la paix, prévention des conflits). Le SNU a donc élaboré une vision stratégique pour la période 2010-2011, fixant les priorités de l'assistance du SNU à Madagascar en tenant compte du nouveau contexte d'intervention. Cette vision stratégique devait permettre aux agences des Nations Unies d'exercer leurs mandats respectifs dans un contexte de crise et de transition. Le FNUAP a ainsi poursuivi son appui au pays mais en adoptant la modalité de « paiement direct » de la modalité NEX pour les activités réalisées par les partenaires de mise en œuvre gouvernementaux et en maintenant les procédures d'avant crise avec les partenaires de mise en œuvre non étatiques.

A l'issue de la période couverte par l'UNDAF (2008-2011) et la vision stratégique (2010-2011), et en attendant le retour à une situation normale pour élaborer le nouvel UNDAF, le SNU a développé un Programme intérimaire d'assistance au pays qui couvre la période 2012-2013. Ce nouveau programme capitalise les résultats acquis de l'UNDAF précédent et traduit en actions les axes d'orientations de la vision stratégique tout en intégrant les recommandations du « Peace and Conflict Impact Assessment » (PCIA). Les principaux axes de ce programme intérimaire sont : (i) l'appui au processus de transition et à la réconciliation, à l'état de droit et à la promotion de la culture de la paix ; (ii) la protection des couches vulnérables et des populations à risque, y compris la gestion des catastrophes ; (iii) l'accès aux services sociaux de base dans les domaines de l'éducation,

de la santé, de l'eau et de l'assainissement ; (iv) le soutien à l'économie et (v) le renforcement de l'information, du suivi/évaluation et de la communication.

En ce qui concerne le FNUAP Madagascar, un cadre de développement intérimaire vient d'être finalisé pour s'aligner sur le Business Plan et le Plan stratégique intérimaire 2012- 2013 adoptés au siège, ainsi que sur le Cadre de résultats de développement du bureau régional Afrique (ARO), tout en se conformant au programme intérimaire du SNU. Ainsi, le 6ème programme du FNUAP Madagascar commencé en 2008 est étendu jusqu'en 2013.

Durant la mise en œuvre du programme, le bureau du FNUAP à Madagascar a travaillé avec 14 partenaires de mise en œuvre pour les trois composantes du programme (santé de la reproduction ; population et développement ; genre) aux niveaux national et régional (cf. **annexe I** : liste des partenaires de mise en œuvre).

La couverture du programme était nationale pour les composantes Genre et Population et Développement et pour certains volets de la santé de la reproduction (SR) : sécurisation des produits contraceptifs, renforcement de capacités en prestation de services SR/PF, IEC/CCC, plaidoyer, mobilisation de ressources et élaboration de guides et normes en SR/PF. Pour les autres volets de la SR, il était prévu au début du programme d'avoir 12 Régions de concentration pour fournir un paquet complet de services SR et de planification familiale (PF). Depuis l'année 2010, suite à une réorientation stratégique, une initiative baptisée « Quick Wins » a été lancée en tenant compte de la situation sanitaire au niveau du pays. Cette initiative consistait à intensifier les efforts dans les zones où la situation de la santé de la reproduction est la plus problématique, ceci en vue d'obtenir davantage de résultats. Les régions vulnérables ciblées pour cette intervention ont été identifiées grâce à la disponibilité de données sur la SR issues de l'Enquête Démographique et de Santé de 2008-2009 et d'une enquête nationale auprès des formations sanitaires sur les SONU (Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence) effectuée en 2008. Ainsi, 6 régions ont été identifiées, dont la liste se trouve en **annexe II**.

En matière de suivi et d'évaluation, des revues annuelles ont été effectuées durant la mise en œuvre du programme pour ajuster et/ou ré-orienter les prochaines interventions. Les partenaires de mise en œuvre ont rendu compte des résultats obtenus au moyen d'outils de suivi et d'évaluation (standard progress report (SPR), outil de suivi des PTA, outil de suivi du CPAP, rapports de suivi sur le terrain). Depuis l'année 2011, une revue trimestrielle du programme a été instaurée afin de renforcer la communication entre le FNUAP et ses partenaires et, également, de mieux appréhender les problèmes et les contraintes de mise en œuvre. Par ailleurs, des études, enquêtes et évaluations spécifiques ont été réalisées pour tirer des leçons dans le but d'ajuster les prochaines planifications.

3. OBJECTIFS ET CHAMP DE L'EVALUATION :

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.

L'évaluation finale du programme 2008-2013 portera sur les effets et les produits des trois composantes du 6^{ème} programme définis dans le CPAP 2008- 2011 et dans le programme intérimaire 2012-2013.

En complément de l'évaluation des trois composantes du programme, l'équipe d'évaluation mènera en outre une analyse du système de suivi et d'évaluation du programme.

4. QUESTIONS ET CRITERES DE L'EVALUATION

L'évaluation sera basée sur un certain nombre de questions (questions d'évaluation) couvrant les critères suivants :

Pertinence :

- Dans quelle mesure les objectifs du programme sont-ils adaptés aux besoins nationaux identifiés ?
- Dans quelle mesure le cadre de résultats du programme a-t-il été adapté aux changements observés dans le contexte national ?

Efficacité :

- Dans quelle mesure les résultats prévus ont-ils été ou sont-ils en passe d'être atteints ?

Efficiences :

- Dans quelle mesure les ressources humaines, financières et administratives allouées au programme ont-elles favorisé ou au contraire entravé la production des résultats observés ?

Durabilité :

- Dans quelle mesure les effets des activités appuyées par le FNUAP sont-ils susceptibles de durer après la fin des interventions ?

Alignement stratégique:

- Dans quelle mesure l'appui fourni par le FNUAP au pays partenaire respecte-t-il les orientations du plan stratégique du Fonds : développement de capacités, appui aux groupes défavorisés et vulnérables, soutien à la jeunesse, et promotion de la coopération sud-sud ?
- Dans quelle mesure le FNUAP a-t-il favorisé la coordination et les complémentarités et évité la duplication d'activités au sein du système des Nations Unies à Madagascar ?

Capacité de réponse :

- Dans quelle mesure le bureau de pays a-t-il été capable de répondre aux changements intervenus dans le contexte et les besoins nationaux (y compris les priorités nationales)?

Valeur ajoutée :

- Dans quelle mesure les résultats observés dans les différentes composantes du programme auraient-ils pu être obtenus sans le soutien du FNUAP ?

Il convient de souligner que les questions ci-dessus feront l'objet d'une discussion entre l'équipe d'évaluation et le groupe de référence avant leur formulation définitive au cours de la phase de démarrage.

5. PRINCIPES ET APPROCHE METHODOLOGIQUE DE L'EVALUATION

L'évaluation sera guidée par les principes suivants :

- Une approche participative garantissant l'implication des parties prenantes principales du programme dans l'exercice d'évaluation;
- Une approche conjointe associant étroitement le FNUAP et des représentants de la partie nationale au sein d'un groupe de référence chargé de suivre les progrès de l'évaluation.

L'évaluation se déroulera en trois phases :

1) Phase de démarrage

Cette phase comportera :

- Une revue documentaire ;
- L'établissement d'une cartographie des parties prenantes du programme (*stakeholder mapping*)
- La conception d'une stratégie de collecte et d'analyse de données pour la phase de terrain.

La phase de démarrage se conclura avec la **production d'un rapport de démarrage**.

2) Phase de terrain

Au cours de cette phase, l'équipe d'évaluation collectera et analysera les données nécessaires à l'évaluation dans le cadre d'entretiens et de groupes focaux avec les parties prenantes identifiées lors de la phase de démarrage.

A l'issue de la phase de terrain, une réunion de restitution permettra à l'équipe d'évaluation de présenter au groupe de référence les premiers constats et les recommandations provisoires de l'évaluation.

3) Phase de rédaction du rapport final

L'équipe d'évaluation préparera une première version du rapport d'évaluation ou rapport final provisoire de l'évaluation qui sera soumis au groupe de référence (pour commentaires) à la fin du mois de septembre 2012.

Les commentaires du groupe de référence seront pris en compte lors de la révision du rapport par l'équipe d'évaluation qui produira alors le rapport final de l'évaluation.

Il est prévu de tenir un atelier de restitution des résultats de l'évaluation auxquels participeront le bureau du FNUAP à Madagascar, des représentants de la partie nationale ainsi que l'ensemble des parties prenantes du programme, en vue de la préparation de la prochaine programmation. Cet atelier sera organisé par la Vice Primature de l'Economie et de l'Industrie qui est l'organe de coordination de mise en œuvre du programme de coopération entre Madagascar et le FNUAP.

6. CALENDRIER INDICATIF DE L'EVALUATION

Etapas/Produits de l'évaluation	Dates
1. Rédaction des TdR provisoires	mars 2012
2. Mission préparatoire	avril 2012
3. Finalisation des TdR et recrutement des experts	avril 2012
4. Phase de démarrage – Soumission du rapport de démarrage	mai 2012
5. Phase de terrain	juin 2012
6. Rédaction du rapport d'évaluation	juillet-septembre 2012
7. Soumission du rapport d'évaluation final provisoire (dont les résultats doivent permettre de nourrir la préparation du prochain document de programme) – Séminaire de restitution	fin septembre 2012
8. Soumission du rapport d'évaluation final	mi-octobre - fin octobre 2012

7. COMPOSITION DE L'EQUIPE D'EVALUATION

Le **chef d'équipe** (conseiller en évaluation de la Branche Evaluation du FNUAP) assumera la responsabilité globale du processus d'évaluation, de la préparation des termes de référence jusqu'à la production du rapport final. Il dirigera et coordonnera les travaux de l'équipe et sera le garant de la qualité des différents produits de l'évaluation.

Un(e) **consultant(e) international(e)** fournira à l'équipe d'évaluation l'expertise requise en matière de **santé reproductive et maternelle**. Le/la consultant(e) en santé de la reproduction contribuera à la rédaction du rapport de démarrage (caractérisation du contexte national, affinement des questions et de la matrice d'évaluation pour la composante santé de la reproduction). Il/elle participera aux travaux de collecte et d'analyse de données lors de la phase de démarrage (analyse documentaire) et de la phase de terrain (entretiens et groupes focaux). Il/elle contribuera à la rédaction du rapport

final de l'évaluation (en particulier pour les parties relatives aux constats, aux conclusions et aux recommandations). Compte tenu du poids particulier de la composante SR dans le programme de coopération, le/la consultant(e) en SR assistera en outre le chef d'équipe dans la coordination des activités de rédaction et de révision du rapport final.

Un(e) **consultant(e) international(e)** sera chargé des questions de **population et développement (P&D)** et de **l'analyse du système de suivi et d'évaluation (S&E)** du programme. Le/la consultant(e) en P&D contribuera à la rédaction du rapport de démarrage (caractérisation du contexte national, affinement des questions et de la matrice d'évaluation pour la composante population et développement ; formulation de questions spécifiques pour l'analyse du système de suivi et d'évaluation). Il/elle participera aux travaux de collecte et d'analyse de données lors de la phase de démarrage (analyse documentaire) et de la phase de terrain (entretiens et groupes focaux). Il/elle contribuera à la rédaction du rapport final de l'évaluation (en particulier pour les parties relatives aux constats, aux conclusions et aux recommandations).

Un(e) **consultant(e) national(e)** sera chargé de la **composante genre** du programme. Il/elle contribuera à la rédaction du rapport de démarrage (caractérisation du contexte national, affinement des questions et de la matrice d'évaluation pour la composante genre). Il/elle participera aux travaux de collecte et d'analyse de données lors de la phase de démarrage (analyse documentaire) et de la phase de terrain (entretiens et groupes focaux). Il/elle contribuera à la rédaction du rapport final de l'évaluation (en particulier pour les parties relatives aux constats, aux conclusions et aux recommandations). Les liens étroits entre les composantes genre et SR du programme conduiront le/la consultant(e) chargé(e) du genre à assister le/la consultant(e) chargé(e) de la SR dans ses travaux. Du fait de sa connaissance du pays, le/la consultant(e) national(e) jouera également un rôle essentiel lors de l'organisation (notamment logistique) et de la mise en œuvre de la phase de terrain.

8. DOCUMENTS ATTENDUS

L'équipe d'évaluation produira les documents suivants :

- Un rapport de démarrage comprenant notamment : la cartographie des parties-prenantes du programme ; la matrice d'évaluation (incluant les questions d'évaluation) ; la description de l'approche méthodologique retenue pour la mission de terrain (troisième semaine du mois de mai 2012) ;
- Un document de présentation (Power Point) des principaux constats et des recommandations provisoires de l'évaluation à l'issue de la phase de terrain (troisième semaine du mois de juin 2012) ;
- Un rapport d'évaluation final provisoire (fin septembre 2012)
- Un rapport final intégrant les commentaires du groupe de référence (fin du mois d'octobre 2012).

L'ensemble des documents seront rédigés en **français**. Le résumé analytique du rapport sera également rédigé en anglais en vue de la diffusion des résultats de l'évaluation au sein du FNUAP.

9. RESPONSABILITE DE LA GESTION ET DU SUIVI DE L'EVALUATION

La gestion de l'évaluation sera confiée au chef de l'équipe d'évaluation, de la Branche Evaluation du FNUAP, basé à New York.

Les progrès de l'évaluation seront suivis par un groupe de référence qui comprendra des représentants du bureau du FNUAP à Madagascar, du bureau régional du FNUAP pour l'Afrique, des services du siège du FNUAP concernés par l'évaluation et de représentants de la partie nationale.

10. PROFILS DES CONSULTANTS

a- Consultant international en SR

- Diplôme d'étude approfondies en sciences sociales ou domaine similaire ou diplôme de médecine ;
- Spécialisation en santé publique ;
- Connaissances en matière de Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence (SONU) et Santé de la reproduction des adolescents ;
- Expérience significative de la conduite d'évaluations dans le domaine du développement pour le compte d'agences des Nations Unies ou d'autres organisations internationales ;
- Expérience de l'évaluation de programmes humanitaires (en situation d'urgence) ;
- Excellente capacité de rédaction et de communication en français.

b- Consultant International en Population et Développement (également chargé de l'analyse du système de suivi et d'évaluation du programme)

- Diplôme d'étude approfondies en sciences sociales ou domaine similaire ;
- Expérience significative de la conduite d'évaluations dans le domaine du développement pour le compte d'agences des Nations Unies ou d'autres organisations internationales ;
- Bonne connaissance des systèmes de suivi et d'évaluation de programmes ;
- Bonnes compétences en analyse et traitement de données qualitatives et quantitatives ;
- Excellente capacité de rédaction et de communication en français.

c- Consultant National en Genre :

- Diplôme d'étude approfondies en sciences sociales ou domaine similaire ;
- Expériences dans le domaine du genre et des violences basées sur le genre ;
- Expérience significative de l'évaluation de projets et programmes de développement et en recherche qualitative et quantitative ;
- Compétences en matière de collecte, traitement et d'analyse de données;

- Bonne connaissance de l'environnement et du fonctionnement de la justice à Madagascar ;
- Des connaissances en santé de la reproduction seraient un atout.

11. DUREE DU CONTRAT ET CONDITIONS DE REMUNERATION DES CONSULTANTS

Les contrats des consultants qui prendront part à l'évaluation couvriront la période de mai à fin octobre 2012 et pour un nombre de jours de travail correspondant au total à :

- 55 jours pour le/la consultant(e) en SR ;
- 45 jours pour la/le consultant(e) en P&D ;
- 40 jours pour la/le consultant(e) en genre.

Le paiement des honoraires des consultants s'effectuera comme suit :

- 20% après la validation du rapport de démarrage par le groupe de référence ;
- 50% après la validation du rapport final provisoire par le groupe de référence ;
- 30% après la validation du rapport final par le groupe de référence.

Annex 1. Liste des Partenaires de mise en oeuvre

Composante Population et Développement :

- Direction de Suivi et Evaluation du Programme (Vice Primature Chargée de l'Economie et de l'Industrie) ;
- Direction de Méthode et Planification (Vice Primature Chargée de l'Economie et de l'Industrie) ;
- INSTAT (Institut National de la Statistique).

Composante Santé de la Reproduction :

- Ministère de la Santé ;
- Central d'Achats SALAMA ;
- Ministère de la Jeunesse ;
- ONG PACT MSIS ;
- ONG FISA ;
- ONG SALFA (Partenaire de mise en œuvre et sous-contractant) ;
- ONG SAF (Partenaire de mise en œuvre et sous-contractant) ;
- ONG Somontsoy (Urgence humanitaire) ;
- ONG Marie Stopes International.

Composante Genre

- Ministère de la Population ;
- Agence des Nations Unies : Bureau International de Travail (BIT).

Annexe 2: Distribution géographique des activités du FNUAP

Régions d'intervention selon le CPAP

Androy, Anosy, Atsimo Andrefana, Vatovavy Fitovinany, Melaky, Sofia, Diana, Sava, Vakinankaratra, Analamanga.

Regions d'intervention Projet BAD/ FNUAP

Androy, Anosy, Atsimo Andrefana, Vatovavy Fitovinany, Melaky, Sofia, Diana, Sava.

Régions d'intervention Stratégies Quick Wins

Androy, Anosy, Atsimo Andrefana, Vatovavy Fitovinany, Atsimo Atsinanana, Sofia.

Annexe 3 : Grille de jugement de qualité des rapports d'évaluation (EQA)

Origin and Purpose of the EQA

The introduction, as of May 2011, of the Evaluation Quality Assessment grid (EQA) was driven by the willingness to come on par with similar best practices enforced by our sister agencies and other international organizations and bilateral donors.

The main purpose of the EQA is to ensure that evaluation reports comply with professional standards while meeting the information needs of their intended users.

Use of the tool

The EQA grid should be filled twice by the evaluation manager, at the last two stages of the evaluation process.

The first time corresponds to the assessment of the draft final evaluation report. The grid is mainly directed to the evaluation team, with a view to pointing out areas of improvement for the final version of the report.

The second assessment concerns the final report and consists in expressing a final quality judgment on the evaluation report. This final EQA grid is the one that will be sent to Headquarters (HQ) management, along with the evaluation final report, to be published in the database of the Evaluation Branch at DOS. The audience targeted is HQ management but also the general public, as the grid is made available on the Internet. Internally (at UNFPA), the assessment of the strengths and weaknesses of the evaluation report gives an indication of the relative reliability of its results and determines the extent to which the report (or elements of it) can be used to feed lessons learned into future programming.

From an external perspective, publishing the final EQA grid together with the evaluation report contributes to the transparency and credibility of UNFPA when reporting on its performance.

The Quality Assessment criteria

1. Structure and Clarity of Reporting

Does the report clearly describe the evaluation, how it was conducted, the findings of the evaluation, and their analysis and subsequent recommendations?

Is the structure *logical*? Is the report *comprehensive*?

Can the information provided be *easily understood*?

2. Executive Summary

Does it read as a stand-alone section, and is a *useful* resource in its own right?

Is it brief yet *sufficiently detailed*, presenting the main results of the evaluation, and including *key elements* such as methodology and conclusions and recommendations?

3. Design and Methodology

Is the *methodology* used for the evaluation clearly described and is the rationale for the methodological choice justified?

Have cross-cutting issues (vulnerable groups, youth and gender equality) been paid specific attention (when relevant) in the design of the evaluation?

Are key processes (tools used, triangulation, consultation with stakeholders) discussed in sufficient detail? Are *constraints* and *limitations* made explicit (including limitations applying to interpretations and extrapolations; robustness of data sources, etc.) and discussed?

4. Reliability of Data

Are *sources* of data clearly stated for both primary and secondary data?

Is it clear why case studies were selected and what purpose they serve?

Are all relevant materials related to case studies, interviews (list of interviewees, questionnaires) etc. annexed to the report?

Are the limitations, and methods to address them, discussed?

What other *data gaps* are there and how have these been addressed?

5. Findings and Analysis

Findings

Is there a *clear pathway* from data to findings, so that all findings are *evidence-based*?

Are *biases* stated and discussed?

Are *unintended* findings reported and discussed?

Analysis

Are *interpretations* of the findings understandable? Are *assumptions* clearly stated and extrapolations well explained?

Are their *limitations* (or drawbacks) discussed?

Does the analysis respond to all evaluation questions?

If not, are *omissions* (of both evaluation criteria and questions) recognized and explained?

Has the analysis examined *cause and effect* links between an intervention and its end results?

Are *contextual factors* identified and their influence discussed?

6. Conclusions

Are the conclusions organized in priority order?

Do the conclusions amount to a reasonable *judgment* of the findings and are their links to evidence made clear?

Are there any limitations and are these made clear?

Do they present an *unbiased* judgment by the evaluators of the intervention or have they been influenced by preconceptions or assumptions that have not been discussed?

7. Recommendations

Is there a *logical flow* from the conclusions to recommendations?

Are they strategic and clearly presented in a priority order which is consistent with the *prioritization* of conclusions? Are they *useful* – sufficiently detailed, targeted and likely to be implemented and lead to *further action*?

How have the recommendations *incorporated* stakeholders' views and has this affected their *impartiality*?

8. Meeting Needs

Does the report adequately address the information needs and responds to the *requirements stated in the ToRs*?

In particular does the report respond to the evaluation questions, issues or criteria identified in ToR?

Annexe 4 : Ethical Code of Conduct for UNEG/UNFPA Evaluations

Evaluations of UNFPA-supported activities need to be independent, impartial and rigorous. Each evaluation should clearly contribute to learning and accountability. Hence evaluators must have personal and professional integrity and be guided by propriety in the conduct of their business

Evaluation Team /Evaluators:

1. To avoid **conflict of interest** and undue pressure, evaluators need to be **independent**, implying that members of an evaluation team must not have been directly responsible for the policy/programming-setting, design, or overall management of the subject of evaluation, nor expect to be in the near future.

Evaluators must have no vested interest and have the full freedom to conduct impartially their evaluative work, without potential negative effects on their career development. They must be able to express their opinion in a free manner.

2. Should protect the anonymity and **confidentiality of individual informants**. They should provide maximum notice, minimize demands on time, and: respect people's right not to engage. Evaluators must respect people's right to provide information in confidence, and must ensure that sensitive information cannot be traced to its source. Evaluators are **not expected to evaluate individuals**, and must balance an evaluation of management functions with this general principle.
3. Evaluations sometimes uncover evidence of wrongdoing. Such cases must be reported discreetly to the appropriate investigative body.
4. Should be **sensitive to beliefs, manners and customs** and act with integrity and honesty in their relations with all stakeholders. In line with the UN Universal Declaration of Human Rights, evaluators must be sensitive to and **address issues of discrimination and gender equality**. They should avoid offending the dignity and self-respect of those persons with whom they come in contact in the course of the evaluation. Knowing that evaluation might negatively affect the interests of some stakeholders, evaluators should conduct the evaluation and communicate its purpose and results in a way that clearly respects the stakeholders' dignity and self-worth.
5. They are responsible for the clear, accurate and fair written and/or oral presentation of study limitations, evidence based findings, conclusions and recommendations.

For details on the ethics and independence in evaluation, please see UNEG Ethical Guidelines and Norms for Evaluation in the UN System.

<http://www.unevaluation.org/search/index.jsp?q=UNEG+Ethical+Guidelines>

http://www.unevaluation.org/papersandpubs/documentdetail.jsp?doc_id=21

Annexe 5 : Management response

UNFPA Management response	Country Programme Evaluations (from-to):(name of the country)
--	--

Note: The following management response lists the recommendations as they appear in the evaluation report. Please refer to the report for more details on each recommendation. Recommendations may be organized by clusters, e.g.: strategic recommendations, recommendations associated with the country programme, recommendations associated with cross-cutting issues. Within each cluster, recommendations should be ranked by priority levels (from 1 to 3).

Instructions for completing the management response:

1. Boxes in white to be completed upon receiving the present request
2. Boxes in grey to be completed one year later.

Cluster 1: Strategic recommendations				
Recommendation #	To (e.g Executive Director's Office)	Priority Level(from 1 to 3)		
Management response - Please provide your response to the above recommendation. Where recommendations (or parts of) are not accepted, please provide detailed justification. Where accepted, please indicate key actions for implementation:				
Key action(s)	Deadline	Responsible unit(s)	Annual implementation status updates	
			Status (ongoing or completed)	Comments

--	--	--	--	--

Recommendation #	To(e.g. Country office)	Priority level		
Management response - Please provide your response to the above recommendation. Where recommendations (or parts of) are not accepted, please provide detailed justification. Where accepted, please indicate key actions for implementation:.....				
Key action(s)	Deadline	Responsible unit(s)	Annual implementation status updates	
			Status (ongoing or completed)	Comments

Cluster 2: Recommendations associated with the programme		
Recommendation #	To	Priority level
Management response - Please provide your response to the above recommendation. Where recommendations (or parts of) are not accepted, please provide detailed justification. Where accepted, please indicate key actions for implementation:.....		

.....				
Key action(s)	Deadline	Responsible unit(s)	Annual implementation status updates	
			Status (ongoing or completed)	Comments

Clusters 3: Recommendations associated with cross-cutting issues				
Recommendation #	To	Priority level		
Management response - Please provide your response to the above recommendation. Where recommendations (or parts of) are not accepted, please provide detailed justification. Where accepted, please indicate key actions for implementation:..... 				
Key action(s)	Deadline	Responsible unit(s)	Annual implementation status updates	
			Status (ongoing or completed)	Comments

Annexe 2 Documents consultés

Gender links, Rapport de lancement de la plate forme des femmes en politique à Madagascar ,
Septembre 2011

Gouvernement de Madagascar: *Madagascar Action Plan 2007-2012*

Gouvernement de Madagascar, *Plan d'Action National Genre et Développement 2004-2008*
(PANAGED) , Janvier 2004

Gouvernement de Madagascar, *Plan National de Promotion de la femme*, Octobre 2000

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

INSTAT, *Rapport national de suivi (+10) des OMD 3 Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes et OMD 5 Améliorer la santé maternelle* , 2010

INSTAT/DSEP/DMP, *Rapports de progression standard 2008-2011*

Marie Stopes Madagascar, *Rapport de Progression Standard*, 2011

Ministère de la population et des affaires sociales, Politique nationale de Promotion de la femme ,
2000-2015

Ministère de la population et des affaires sociales, Rapport de la campagne de 16 jours d'activisme
contre les violences de Genre , 2011

Ministère de la Santé, du Planning Familial et de la Protection Sociale, *Analyse de la Situation de Base sur l'Ampleur et les Impacts des Fistules Obstétricales à Madagascar*, 2007

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

Ministère de la Sante et du Planning Familial, Direction de la Sante de la Mère et de l'Enfant, Service de Maternité sans Risque, *Evaluation de l'utilisation des kits pour les activités de maternité sans risque*, 2008

Ministère de la Santé et du Planning Familial/UNFPA : *Étude sur la disponibilité l'accessibilité et des services SR/PF dans les centres de santé publics de Madagascar*

Ministère de la sante et du Planning Familial, Direction du Planning Familial et UNFPA, *Evaluation de l'Application de la Méthode Rapid Result Initiative (RRI) en planification familiale*, Décembre 2008

Ministère de la Santé et du Planning Familial, *Feuille de route pour la Réduction de la Mortalité Maternelle et Néonatale à Madagascar 2005 - 2015*

Ministère de la Santé et du Planning Familial, *Plan Stratégique de Sécurisation des Produits de Sante de La Reproduction à Madagascar 2008 – 2012*, Mai 2008

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

Ministère de la Santé et du Planning Familial, UNFPA, International Confederation of Midwives, *La Profession de Sage-femme à Madagascar - Revue documentaire sur la formation, la réglementation, la supervision et l'association des sages-femmes en exercice à Madagascar*, Juillet 2009

Ministère de la Santé et du Planning Familial/ UNFPA: *Étude sur la disponibilité l'accessibilité et des services SR/PF dans les centres de santé publics de Madagascar*, 2008

Ministère de la Santé et du Planning Familial, UNFPA, *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 sante de la reproduction*, 2009

Ministère de la Santé et du Planning Familial, Politique Nationale de Santé Communautaire à Madagascar, Janvier 2009

Ministère de la Santé Publique, Programme National de Lutte contre le SIDA, *Stratégie Nationale de Programmation des Préservatifs Masculins et Féminins*, 2011

Ministère de la Santé Publique, UNFPA, *Evaluation de la Politique de gratuité des Services de Santé Maternelle et de Planification Familiale*, 2010

Ministère de la Santé Publique, UNFPA, 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 , UNFPA, *Évaluation de la campagne pour l'éradication de la fistule obstétricale à Madagascar, rapport d'évaluation*, Août 2011

Ministère de la Santé Publique, UNFPA, *Evaluation de la Sécurisation des Intrants de Sante à Madagascar*, Décembre 2011

Ministère de la Santé Publique, *Guide de Supervision Intégrée - Bureau De Santé Du District : Centre de Santé de Base*, 2012

Ministère de la Santé Publique, UNFPA, *Guide D'orientation sur l'Organisation de Stratégie Avancée en Planification Familiale*, 2011

Ministère de la Santé Publique, *Manuel de Suivi Evaluation SONU*, 2012

Ministère de la Santé Publique, UNFPA, *Formation en Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Guide De Facilitation* Septembre 2010

Ministère de la Sante Publique, Direction de la Santé de la Mère, Service de la Vulgarisation du Planning Familial, MSIS, UNFPA, *Rapport du Suivi de l'offre de Service de Stratégie Avancée en Planification Familiale, Région Sava (Antalaha et Vohémar)* 2011

Ministère de la Santé Publique, *Plan opérationnel de mise en œuvre des recommandations de l'évaluation des besoins en SONU*, 2010 - 2012

Ministère de la Santé Publique, UNFPA, Marie Stopes Madagascar, Futures Group, *TMI Total Market Initiative: Accroissement de la Participation du Secteur Privé pour la Planification Familiale à Madagascar*, 2010

Ministère de l'Économie et de l'Industrie, Institut National de la Statistique, *Enquête Démographique et de Santé Madagascar 2008-2009*, Avril 2010

Ministère de l'Economie et de l'Industrie - Institut National de la Statistique INSTAT avec l'appui du PNUD, l'UNFPA, l'UNICEF et la BAD, *Enquête Périodique auprès des ménages 2010*, Août 2011

Ministère de l'économie et de l'industrie, Evaluation du mécanisme de coordination de la Mise en Œuvre du CPAP , 2011

Ministère de la Sante Publique avec l'appui de l'OMS et de l'UNFPA, *Enquête Confidentielle des Décès Maternels*, 2010

Présidence de la République, Comite National de Lutte contre le VIH/Sida, Secrétariat Exécutif, *Plan d'Action de Madagascar pour une Lutte Efficace contre le VIH/Sida 2007-2012*

United Nations Population Fund, *Analyse Rapide de Situation - Système de Gestion Logistique des Intrants de Santé de la Reproduction*, Janvier – Février 2009

United Nations Population Fund, Madagascar, *Cadre de Résultat de Développement UNFPA Madagascar*, 2012-2013

United Nations Population Fund, *Country Programme Document for Madagascar*, 2007

United Nations Population Fund, *Country Programme Action Plan 2008 -2011*

United Nations Population Fund, *Country Programme Action Plan 2005 -2009*

United Nations Population Fund, EngenderHealth. *Madagascar Country Profile: Status of Family Planning*, May 2009

United Nations Population Fund, *Country Office Annual Report 2008, 2009, 2010, 2011*

United Nations Population Fund, Divers Aide-mémoires de revue trimestrielle

United Nations Population Fund, Divers rapports de mission des composantes et du point focal S&E

United Nations Population Fund. *Evaluation des Besoins en Matière de Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence à Madagascar*, 2010

United Nations Population Fund, Madagascar, *Evaluation des Mécanismes d'actions et de réduction de la violence basée sur le genre* , UNFPA, septembre 2010

United Nations Population Fund, *Outil de suivi CPAP*

United Nations Population Fund, *Plans de Suivi-évaluation 2009-2011*

United Nations Population Fund Madagascar, *Plans de travail annuels*, 2008, 2009, 2010, 2011

United Nations Population Fund, *Rapport Annuel Conjoint des Fonds Thématiques à Madagascar 2009 & 2010*

United Nations Population Fund, Madagascar, *Rapport d'évaluation 5e Programme de coopération Madagascar*

United Nations Population Fund, Madagascar, *Rapport de la revue annuelle du programme de Coopération Madagascar-UNFPA*, 2010

United Nations Population Fund, Madagascar, *Rapport de progression standard* 2008, 2009, 2010, 2011

P.A. Robinson, *Acheminement des Produits de Sante de la Reproduction*, 2008

Reproductive Health Supplies Coalition, UNFPA, Marie Stopes International, *Récapitulation des Résultats de l'Etude Total Market Initiative*, 2010

Reproductive Health Supplies Coalition (RHSC), Appropriate Technology in Health (PATH), Marie Stopes International, Marie Stopes Madagascar, UNFPA, Futures Group, *Total Market Initiative Project - Increasing Private Sector Participation in Family Planning in Madagascar Final Report*, January –December 2010

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

Système des Nations Unies, *Vision Stratégique du Système des Nations Unies Madagascar 2010-2011*

Système des Nations Unies, *Modalités d'intervention des agences du système des Nations Unies à Madagascar en cette période de crise*, Juin 2009

Système des Nations Unies, *Rapport national de suivi des OMD*, 2007

UNDAF Madagascar, *Plan cadre des Nations Unies pour l'Assistance au développement*, 2008-2011

Université Catholique de Madagascar, *Module de formation*

Université d'Antananarivo, *Étude sur le phénomène du jiromena dans le district de Vatomandry (région Atsinanana) et dans le district de Fenerive-est (région Analanjirofo)*,

VMP, Divers curriculum de formation P&D

Vice-Primature chargée de l'Économie et de l'Industrie, Direction Méthode et Planification (DMP), *Ampleur et impacts des risques et catastrophes naturelles dans les régions de Vatovavy Fitovinany et d'Atsimo Atsinanana et résilience des populations*, 2011

Vice-Primature chargée de l'Économie et de l'Industrie, Direction Méthode et Planification (DMP), *Disponibilité, accessibilité et utilisation des services sociaux de base dans deux régions du sud de Madagascar : Androy et Anosy*, Décembre 2011

Vice-Primature chargée de l'Économie et de l'Industrie, Direction Suivi Évaluation des Programmes (DSEP), *Manuel de procédures et d'organisation du système national intégré de suivi évaluation (SNISE)*, 2010

Vice-Primature chargée de l'Économie et de l'Industrie, Direction Suivi Évaluation des Programmes DSEP, *Rapport de l'atelier de recyclage en système national intégré de suivi évaluation (SNISE) du 30 mars au 02 avril 2011*

VMP, Divers modules de formation au lien P&D

Vice-Primature chargée de l'Économie et de l'Industrie,, Décret SNISE, 2008

Vice-Primature chargée de l'Économie et de l'Industrie,, Diverses monographies régionales

Vice-Primature chargée de l'Économie et de l'Industrie,, *Évaluation du mécanisme de coordination de la mise en œuvre du Programme de Coopération Madagascar-UNFPA (CPAP) , rapport final, 2011*

Vice-Primature chargée de l'Économie et de l'Industrie, *Rapport annuel de revue de programme 2010*

Vice-Primature chargée de l'Économie et de l'Industrie,, *Rapports de mise en œuvre des programmes 2007-2011*

PTA et Rapports d'activités partenaires d'exécutions, 2008, 2009, 2010, 2011 (ceux qui étaient disponibles)

Annexe 3 Liste des personnes rencontrées

NOM	TITRE
FNUAP	
Mr Cisse, Cheikh Tidiane,	Représentant du bureau de pays
Me Rabenampoizina Nohisoa	Chargée du Programme Suivi et évaluation,
Mr Rakoto Victor	Assistant au Représentant
Me Andriamanana Tolotra	Chargée du Programme Genre UNFPA
Me Ramiliarijaona Onja	Spécialiste en Genre UNFPA
Mr Thiam Macoumba	Conseiller Technique Recensement, FNUAP
Dr Lordfred, Achu	Conseiller Technique Principal SR
Dr Ravaomanana Edwige	Chargée de Programme SR
Mr Ndremana Philemon	Chargée de Programme SRA/HIV
Me Rabefitia Ginette	Sage Femme Conseillère
Dr Solomandresy, Ratsarazaka,	Chargée de Programme Urgences Humanitaires et Santé de la Reproduction des Adolescents
Mr Wanogo Ali	Expert Sécurisation Produit SR
Organisation Mondiale de la Santé OMS	
Dr Masy Harisoa Ramiliarijaona	Chargée de Programme, Promotion Santé de la famille
Mr Andrianarisoa Samuel	Chargé du Programme Lutte contre les Maladies Tropicales Négligées
UNICEF	
Mr Lauwerier Steven	Représentant
Me Daher Aden Anne	SRA
Dr Muhoza Denis	Santé Mère Enfant
ONUSIDA	
Mr Diallo Mamoudou	Coordonnateur Inter-Pays
USAID	
Dr Andriamiadana Jocelyne	Chargée de programme, bureau santé, population et nutrition
Vice-Primature chargée de l'Économie et de l'Industrie	
Mr Randrianarison Jean-Gabriel	Secrétaire Général, Vice-Primature chargée de l'Économie et de l'Industrie
Mr Rahaingoarimanana Noelisoa	Directrice des Méthodes de Planification, Direction Générale de l'Économie, Vice-Primature chargée de l'Économie et de l'Industrie
Me Rakotondrazafy Arlette	Directrice du Suivi-Évaluation, Direction Générale de l'Économie, Vice-Primature chargée de l'Économie et de l'Industrie
Mr Razafiarison Jean Claude	Expert national en Population et Développement, Vice-Primature chargée de l'Économie et de l'Industrie
Mr Rakotoarisoa Claude	Directeur Général de l'Économie, Vice-Primature chargée de l'Économie et de l'Industrie
Ministère de la Santé Publique	
Dr Ramihantaniarivo Herelyne	Directeur Général de la Santé
Dr Ramanandraibe Lucie	(poste UNFPA)
Dr Rajerison Chara Sylvie	Chef Service de la Maternité sans Risque, Direction de la Santé Mère Enfant et Planification Familiale
Dr Razafindravony Bakollisoa H.	Chef Service PF et Santé de la Reproduction des Adolescents , Direction de la Santé Mère Enfant et Planification Familiale

Dr Rakotobe Rosa	Direction Ressources Humaines
Mr Randriamanomana	Directeur de la Pharmacie, du Laboratoire et de la Médecine Traditionnelle(DPLMT)
Mr Randrianarisoa Christian	Expert en suivi &évaluation PNLS et SECNLS (poste UNFPA)
Dr Razafindranazy Eulalie	Responsable Traumatisme dû aux violences, service de la protection des personnes vulnérables, Ministère de la Santé Publique
Mr Malijaona Rado	Directeur des Études et Planification, Ministère de la Santé Publique
M Rakotondrafahitra Andrianina	Chef de service Exploitation et maintenance informatique, Direction des Système d'information, Ministère de la Santé Publique
Mr Ramahatanaharisoa Aristide	Direction des Système d'information, Ministère de la Santé Publique
Dr. Janine	Chef de Service Suivi-Évaluation, Direction des Études et Planification, Ministère de la Santé Publique
Ministères de la population et des affaires sociales	
Mr Ramandasoa Jaona Andriamboahangy	Directeur Général de la protection sociale, du genre, de la famille et de l'enfance, Ministère de la population et des affaires sociales
Mr Andrianirinarimanana James	Expert en Genre, Ministères de la population et des affaires sociales
Ministère de la justice	
Maitre Rakotomalala Nadia	Chef de service, vulgarisation juridique et point focal genre, Direction des Réformes législatives, Ministère de la justice
Ministère de la jeunesse	
Dr Tifana Marie Ange	Directeur de la Promotion de la Jeunesse, Coordinatrice Nationale du Programme Santé des Jeunes
BNGRC	
Dr Randriatahina Raymond	Adjoint du secrétaire exécutif
Colonel Randriamanantsoa Edmond	Responsable suivi évaluation
INSTAT	
Mr Ravelomanantsoa Paul Gérard	Directeur général, INSTAT
SALAMA	
Mr Andrianjafy, Tahina	Directeur Général de la Centrale d'Achat SALAMA
Niveau Central	
Me Ranorolala Omega	Présidente de l'ordre des sages femmes :
Me Ralamboson Tatavy Amélie	Directeur des Instituts de Formation des Paramédicaux (DIFP)
Dr Randrianatoandro Oly	Directeur Stratégie Avancée, Marie Stopes Madagascar
Dr Gourraud François	Directeur de Projet, Marie Stopes Madagascar
Me Vololomanana Brigitte	Chargée Recherche Suivi et Evaluation
Dr Rasoarimanana Sahondra	Responsable de l'hôpital de MARAMBARA, SALFA Madagascar
Me Zenaid Ramampy Lechat	Présidente du Réseau des femmes africaines Ministre et parlementaire
Mr Amana Nahoda	Président de la Plate Forme des leaders religieux et des organisations confessionnelles
Mr Ndriandahy Mahamoudou	Secrétaire exécutif national de la plate forme nationale des organisations de la société civile de Madagascar

Me Rasamoelina Brigitte	Présidente nationale de l'association des femmes élues Maire de Madagascar
Mr Rabisaona Andry	Chef du projet MIFOHAZA, association SOS victime du non droit
Mr Rakotomalala Tiana	Responsable Microcrédit de l'institution de micro finance HARDI
Me Rasoanaivo Anjara	Présidente de l'association des journalistes ANAY
Me Randriambololona Norosoa Perle	Chargée de projet SR et Genre, Croix Rouge Malagasy
Me Papisy Alphine	Responsable Nationale Gender LINKS
	Directrice, Institut National de Formation Administrative
Région d'ANOSI	
Dr Mahafenotoky Evelyn	Médecin d'appui et de soutien UNFPA Région Anosy
Dr Rakotomavoarisona Toussaint,	Chef SMS, Direction Régionale de la Santé, Région Anosy
Me Rabebiarisoa Noela	Responsable Gestion Intransit de Santé, Direction Régionale de la Santé
Mr Raharison Serge Auguste	Directeur régional de la population et des affaires Sociales Anosy
Me Rasoamandimbirina Faustine	Présidente des femmes leaders à Anosy
Me Bertina	Bénéficiaire du Programme de Réinsertion Sociale des femmes Fistuleuses
Me Nomenjanahary Theophine	Bénéficiaires services CECJ Ambosari
Dr Edwine Ramiandrisoa, Medecin Chef	Hopital de référence SALFA à Manambaro
Dr Rabetsivahiny Andriatsararanto,	Médecin Inspecteur, + Responsable SR, Sage femme Maternité, Centre Hospitalier District , Ambosari
Me Danieli	PhaGDdis, Ambosari
Me Razafimamonji Hamitra Nirina	Sage femme (UNFPA), Centre de Santé de Base 1, Commune de Tanandava, District d'Ambosari
Mr Lambo	Animateur Somosoy
Région d'ANDROY	
Dr Martin Andrianteragna,	Médecin d'Appui et de Soutien, FNUAP Région Androy
Dr Ralaïarimanana R. Zaka	Medecin Inspecteur District d'Ambovombe
Me Gistineria Clarisse Zozy Délice	Sage-femme CHRR Ambovombe + Femme ayant récemment accouché
Me Soatsara Marie Hélène	Responsable SR, Direction Régionale de la Santé, Région Androy
Dr Fama	Responsable Santé UNICEF région Androy
Me Alimana Michelle	Responsable de la Maison des Jeunes Ambovombe;
Me Bertine,	Pair éducateur Maison des Jeunes Ambovombe;
Mr Resambany André	ONG SOMONTSOY, Ambovombe
Me Chantal Aimée Nirina,	Sage femme, Centre de Santé de Base 2 Ambondro, Ambovombe
Mr Manatsoa Army Monja	Directeur régional de la population et des affaires sociale ANDROY
Me Simone Rakoto Andriamihamina	Présidente CECJ Ambovombe
Mr Rabeson Maurice et Hanjanaray Viviane	Bénéficiaires services CECJ Ambovombe
Me Voahangy Ramanandrisoa Ida	Bénéficiaires microcrédit HARDI
Mr Randrianaivoson	Président de l'ONG KIHOMBA Ambovombe

Région de TOLIARA	
Dr. Jocelyne	Responsable du Sous-Bureau du FNUAP, région Sud
Mr Abodou Allahri	DRPAS Toliara ; membre de la Cellule Régionale de Collecte et d'Analyse, Toliara
Mr Joujou Olivier Alfred	Directeur INSTAT Toliara ; membre de la Cellule Régionale de Collecte et d'Analyse, Toliara
Mr Naivoson Aina	membre de la Cellule Régionale de Collecte et d'Analyse, Toliara
Mr Rabeson Narisua	INSTAT Toliara ; membre de la Cellule Régionale de Collecte et d'Analyse, Toliara
MR Rafanomezantioa Ludovic	Madagascar National Parks ; membre de la Cellule Régionale de Collecte et d'Analyse, Toliara
Me Rasoarivelomanga Lalatiana	Responsable SR, District de Toliara II
Mr Rasolon Christian Gilles	Directeur Régional de la Santé (par intérim), Toliara
Mr Ratolojanahary Toojo	Responsable IEC, District de Toliara II
Mr Ratovontahiany Bertrand Nicolas	Responsable GESIS, Direction Régionale de la Santé, Toliara
Mr Velomanatsoa	Directeur Régional de l'Économie, Toliara ; Président de la Cellule Régionale de Collecte et d'Analyse, Toliara
Me Yvette Derason	Coordinatrice régionale de la Croix Rouge Malagasy
Dr Chritine	Directrice CHRR de Tulear
Région de SOFIA	
Mr Xavier Jean-François	Chargé du Sous-Bureau du FNUAP, région Nord
Dr Razafimahefa Alfred	Médecin d'Appui et de Soutien, FNUAP Région, Sofia
Dr Waibel Jean Pierre	Directeur Régional de la Santé, Sofia (avec Responsable Régional du sous programme SR)
Dr Rabenanraoama Florent	Adjoint technique de la DRSP, Chef SMS -Sofia, Direction Régionale de la Santé, Sofia
Dr Brillant	Directeur CHRR Sofia
Dr Vohanirana	Médecin Chef de Service de la Maternité, CHRR Sofia
Dr Ramarosandratana Lisy	Responsable Régional SR/PF, CHRR Sofia
Mr Pinatoni Rabarison,	Président Association Vilavila
Me Mme Tsiatandra Blandine	Responsable du Coin Jeune, Antsohihy
Mr Beariniaina Harriul	Directeur exécutif CCI Sofia ; membre Cellule Régionale de Collecte et d'Analyse, Sofia
Mr Jaosolo Gelasi	Directeur régional de l'Économie, Sofia ; Président de la Cellule Régionale de Collecte et d'Analyse, Sofia
Mr Kalion Ramarolaly	Chef de section des logements administratifs, Sofia ; membre Cellule Régionale de Collecte et d'Analyse, Sofia
Mr Rakotoarimanana Jimi	Responsable Channel, Direction Régionale de la Santé, Sofia
Mr Ranaivoson Nilson Julio	RSE Sofia ; membre Cellule Régionale de Collecte et d'Analyse, Sofia
Mr Rasolonniraibe Jean	Chef de service INSTAT, Sofia ; membre Cellule Régionale de Collecte et d'Analyse, Sofia
Dr Rambeloson Zakatiana	Médecin Inspecteur, District de Mampikony
Mme Rajoanamiaranjara Lucienne,	Responsable SR, District de Mampikony sage femme,
Mme Rahelimanana Flavienne,	Infirmière Centre de Santé de Base 2 Malakialina, District de Mampikony
Mr Razafindraibe Hubert,	Infirmier, District de Mampikony

	+ Matrone
Région de TAMATAVE	
Me Soamelina Razafimalala Nirina	Bénéficiaire services CECJ Ampasamadinika
Mr Rakotomalala Georges et Me Lelaka Brigitte	Bénéficiaires services CECJ Toamasina
MANJAKANDRIANA	
Me Razazarivola Vololona	Présidente de l'association AVENIR et du centre d'écoute de Manjakandriana
	Bénéficiaires des services du CECJ Manjakandriana

Groupes focaux menés pour la composante SR

Lieux	Participants	Thèmes traités abordés
Tsimanarka Fokontani, District de Fort Dauphin, Région d'Anosy	6 femmes en âge de procréer avec jeunes enfants	Suivi pendant la grossesse, le lieu d'accouchement, raisons pour choisir le lieu de l'accouchement, Planification familiale, perceptions, utilisation, raisons pour utiliser/ ne pas utiliser la PF
Commune de Tanandava, District d'Ambosari, Région d'Anosy	3 femmes en âge de procréer	Lieux d'accouchement, raisons pour choisir le lieu de l'accouchement, cas d'urgences obstétricales, perceptions des services de santé de la reproduction, coûts des services Planification familiale, perceptions, utilisation, raisons pour utiliser/ne pas utiliser la PF, rôle du partenaire
Commune d'Ambondro, District Ambovombe Région d'Androy	6 femmes en âge de procréer avec jeunes enfants	Lieux d'accouchement, raisons pour choisir le lieu de l'accouchement, cas d'urgences obstétricales, kit individuel d'accouchement Planification familiale, perceptions, information, utilisation, raisons pour utiliser/ ne pas utiliser la PF,
Commune de Malakialin, District de Manpikoni, Région de Sofia	7 femmes en âge de procréer avec jeunes enfants	Lieux d'accouchement, raisons pour choisir le lieu de l'accouchement, cas d'urgences obstétricales, , coûts des services de santé de la reproduction Planification familiale, perceptions, utilisation, raisons pour utiliser/ ne pas utiliser la PF, rôle du partenaire

Groupes focaux menés pour la composante Genre

Publics	Lieu	Thèmes
Leaders traditionnels et Chefs fokontany	Amboasary - ANOSY	Evolution de la perception des violences basées sur le genre Utilité et efficacité des CECJ
Leaders traditionnels et Chefs fokontany	Behara - ANOSY	Evolution de la perception des violences basées sur le genre Utilité et efficacité des CECJ
Association des femmes	Behara – ANOSY	Evolution de la perception des

		violences basées sur le genre
Chefs fokontany	Ambovombe - ANDROY	Evolution de la perception des violences basées sur le genre Utilité et efficacité des CECJ

Annexe 4 Matrice d'évaluation

Evaluation du 6^{ème} programme de coopération entre Madagascar et le FNUAP (2008-2013) Matrice d'évaluation

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 ?			
Critères de jugement	Indicateurs	Sources d'information	Outils/Méthodes de collecte
CJ.1.1 : Les besoins des populations malgaches, en particulier des groupes vulnérables, sont correctement pris en compte lors de la planification	- Les besoins ont été identifiés de manière exhaustive afin de guider la planification des composantes SR, P&D et Genre du CPAP - La sélection des zones d'interventions du FNUAP et la couverture des interventions des composantes SR, P&D et genre dans ces zones sont en cohérence avec les besoins identifiés et les priorités nationales - Les indicateurs standards internationaux sont mesurés dans les systèmes d'information et servent de base pour la planification des interventions de la composante de la SR	<u>SR</u> Enquêtes Démographiques de Santé Enquête auprès des ménages Documents stratégiques et politiques de santé Etudes réalisées dans le domaine de la santé de la reproduction Entretiens avec l'équipe du FNUAP et les partenaires d'exécutions au niveau central et au niveau régional Discussions avec les bénéficiaires CPAP UNDAF MAP	- Analyses documentaire - Entretien avec les Responsables des différents départements Ministériels - Réunion de groupe avec les Responsables thématiques au sein du FNUAP Madagascar - Discussion de groupe
SR <u>Les besoins ont été identifiés de manière exhaustive afin de guider la planification des composantes SR du CPAP</u> • La vulnérabilité particulière des femmes en âge de procréer a été identifiée dans le 6^{ème} CPAP 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 également soulignées. 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 enfant¹²⁷. Les infections sexuellement transmissibles (IST) constituent un problème de santé publique à Madagascar. Le taux de prévalence du VIH chez les femmes enceintes était de 0,95% en 2003 mais le taux de prévalence de la syphilis chez les femmes enceintes était de 4,2 en 2005 et environ 15% des garçons et 11,9% des filles ont présenté un signe d'IST en 2004 (EDS 2003 – 2004). • L'EDS 3 (2003 – 2004) a été la principale source de données pour le 6^{ème} CPAP et ces données ont été réactualisées sur la base de L'EDS 4 (2008 – 2009) (réalisée avec l'appui			

127 Ministère de l'Économie et de l'Industrie, Institut National de la Statistique, Enquête Démographique et de Santé Madagascar 2008-2009, Avril 2010

du FNUAP). Si les EDS successives ont fourni des données cruciales pour la sante de la reproduction, en revanche l'enquête de pauvreté des ménages EPM 2010 appuyée par le FNUAP ne fait aucune référence à la santé de la reproduction or santé maternelle ou santé des jeunes et fournit des informations très vagues sur la santé.

- **Planification familiale** : L'EDS4 fait référence à des besoins non satisfaits en matière de PF « 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 » Les facteurs intervenant dans la faible utilisation des méthodes contraceptives ont été explorés lors de l'EDS 4 mais les barrières spécifiques au niveau des différentes régions n'ont pas fait l'objet d'études particulières. Par exemple même si la barrière due à l'opposition du partenaire (parmi les raisons pour lesquelles les femmes n'ont pas l'intention d'utiliser la contraception) n'est que de 4,2%, c'est un facteur qui est apparu de façon proéminente lors des discussions de groupe avec les femmes (en âge de procréer). Ceci est confirmé par l'écart important entre le nombre idéal d'enfants préféré par les hommes (5.4) et par les femmes (4.8). Peu de recherche ont été faites sur les raisons de ces différences.¹²⁸ Le FNUAP a mis l'accent sur les méthodes de longue durée considérant que ces méthodes ne représentent qu'une proportion très faible dans ce taux de prévalence. Des études socioculturelles sur les barrières à l'utilisation des méthodes de longue durée avaient été planifiées faites mais n'ont pas été réalisées.¹²⁹
- Des études a été réalisé en ce qui concerne la situation de la planification familiale financées par le FNUAP telles que :
 - Evaluation de l'Application de la Méthode Rapid Result Initiative (RRI) en planification familiale, en 2008¹³⁰
 - Étude sur la disponibilité l'accessibilité et des services SR/PF dans les centres de santé publics de Madagascar, 2008
 - 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
 - Acheminement des Produits de Sante de la Reproduction, 2008
 - Analyse Rapide de Situation de la Sécurité des Intrants de Santé de la Reproduction¹³¹ qui visait à l'actualisation des données existantes sur la sécurisation des produits de SR afin de mieux planifier les activités de SPSR pour 2009 en tenant compte des réalités actuelles. L'étude s'est focalisée sur les capacités de gestion logistique des différentes structures du MSPF.
 - Madagascar faisait partie des pays dans lequel le FNUAP et Engender Health ont entrepris une étude de la situation sur le statut de la planification familiale en 2009 afin d'identifier les leçons apprises et de proposer des interventions en ce qui concerne les points faibles des composantes prestations de service, demande et politiques¹³².
 - Evaluation du système logistique pour la sécurisation des produits de sante de la reproduction, 2009
 - Evaluation de la disponibilité et de l'accessibilité des intrants essentiels pour les enfants et les femmes à Madagascar, 2010
 - Evaluation de la Sécurisation des Intrants de Sante à Madagascar, Décembre 2011
 - Le FNUAP a collaboré avec Marie Stopes International pour une étude de marché segmentée sur la disponibilité et l'utilisation des contraceptifs, les groupes ayant le moins d'accès et les plus grands besoins en matière de service de planification familiale. Cette étude a pris en compte les différents niveaux socio économiques dans les milieux urbains et ruraux.¹³³ Ces études ont permis d'obtenir des données sur la situation des services et des politiques afin de constituer une base pour améliorer la

¹²⁸ United Nations Population Fund, Engender Health. Madagascar Country Profile: Status of Family Planning, May 2009

¹²⁹ Rapport Annuel Conjoint des Fonds Thématiques à Madagascar 2009

¹³⁰ Ministère de la sante et du Planning Familial, Direction du Planning Familial et FNUAP, Evaluation de l'Application de la Méthode Rapid Result Initiative (RRI) en planification familiale, Décembre 2008

¹³¹ United Nations Population Fund. Analyse Rapide de Situation - Système de Gestion Logistique des Intrants de Santé de la Reproduction, Janvier – Février 2009

¹³² United Nations Population Fund, EngenderHealth. Madagascar Country Profile: Status of Family Planning, May 2009

¹³³ Reproductive Health Supplies Coalition (RHSC), Appropriate Technology in Health (PATH), Marie Stopes International, Marie Stopes Madagascar, FNUAP, Futures Group, Total Market Initiative Project - Increasing Private Sector Participation in Family Planning in Madagascar Final Report, January –December 2010

planification des services. Toutefois la répétition d'études, semble peu coordonnée et fournit des recommandations très larges et peu harmonisées et opérationnelles qui ne sont pas toujours utiles pour répondre aux besoins identifiés.

- En matière de santé maternelle, le FNUAP grâce aux fonds additionnels du Fond Thématique pour la Santé Maternelle (FTSM/MHTF) a initié une 'Evaluation des Besoins en Matière de Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence' et une 'Enquête Confidentielle des Décès Maternels' 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 SONU ce qui permet d'affiner la planification des services en fonction des besoins.
- La disponibilité initiale de structures SONU est extrêmement faible, avec seulement 22 formations sanitaires offrant des services SONU. Le plan d'opérationnalisation SONU 2010-2012 vise à « Augmenter la disponibilité des SONU avec une répartition géographique adéquate pour atteindre au moins 1 SONU par district (de 0,5/500 000 habitants à 5/500 000 habitants = passer de 19 à 47 structures offrant les SONUC (soit un gap de 28 à combler) et de 3 à 163 structures offrant les SONUB (soit un gap de 160 à combler) »¹³⁴. Une dissémination régionale des résultats de l'enquête SONU suivie d'une micro planification par districts (avec sélection des CSB2 à renforcer) a été organisée concomitamment à la dissémination régionale des résultats de l'EDS4. Les centres hospitaliers régionaux et de districts (CHRR et CHD) sont les formations prioritaires. Il a été observé que la sélection des CSB se fait en fonction de la population à desservir et parfois en fonction de la disponibilité de sage femmes ou de médecins plutôt que pour servir les zones les plus enclavées élargir des soins SONU vers les populations rurales et enclavées, il a aussi été observé dans le district d'Ambovombe que 2 structures SONU était relativement proches et que le reste du district était très mal desservi.
- Une Evaluation de la Politique de gratuité des Services de Santé Maternelle et de Planification Familiale promulguée en 2008 a été entreprise avec le soutien du FNUAP en 2010. Cette étude a permis d'obtenir des informations importantes du point de vue de l'offre de services mais aussi du point de vue du coût pour les utilisateurs de ces services et de la façon dont ils peuvent faire face à ces coûts.¹³⁵

La plupart de ces études concernent l'offre de soins et fournissent des informations qui peuvent permettre d'améliorer les services. Les processus d'utilisation de ces informations ne sont pas toujours très clairs comme démontré par l'observation faite sur le terrain comme décrit ci-dessus. Les recommandations sont souvent élaborées sur la base d'un système de santé fonctionnel et ne prennent pas en compte la situation réelle de façon suffisante.

- Cohérence de la sélection des zones d'interventions du FNUAP et la couverture des interventions des composantes SR dans ces zones avec les besoins identifiés et les priorités nationales

- En tenant compte du contexte les régions « quick wins » ont été sélectionnées afin de « *concentrer les activités dans les zones les plus vulnérables tout en conservant le paquet d'activités déjà prévu dans les PTA pour redéfinir les modalités de mise en œuvre du Programme afin d'en optimiser l'impact à la population bénéficiaire* » ceci Ces régions ont été sélectionnées sur la base des indicateurs socio économique et de santé de la reproduction les plus faibles en fonction de l'EDS 4 (2008-2009).
- Le Plan Stratégique de Sécurisation des Produits de Sante de La Reproduction à Madagascar 2008 – 2012, a été développé sur la base d'une analyse de la situation préalable réalisée avec le soutien du FNUAP
- Inclusion des indicateurs standards internationaux dans les systèmes d'information La plupart des indicateurs standards internationaux sont inclus dans le système

134 Ministère de la Santé Publique, Plan opérationnel de mise en œuvre des recommandations de l'évaluation des besoins en SONU, 2010 - 2012

135 Ministère de la Santé Publique, FNUAP, Evaluation de la Politique de gratuité des Services de Santé Maternelle et de Planification Familiale, 2010

d'information sanitaire (GESIS) mais ils ne sont pas tous compilés et analysés . Par exemple bien que les informations concernant les femmes de moins de 18 ans qui ont accouché dans les formations sanitaires sont collectées et compilées les informations concernant la planification familiale parmi les moins de 18 ans sont collectées mais ne sont pas compilées.¹³⁶

Genre

- Le MAP qui est le document cadre de développement de Madagascar a été élaboré en respectant le principe de l'approche participative (consultation de tous les acteurs au niveau régional avant la compilation au niveau national) et de ce fait, reflétant les besoins de la population. Les activités stipulées dans le CPAP ont été programmées pour répondre aux engagements et défis du MAP, et par conséquent aux besoins de la population.
- Le Produit 1 du CPAP, à savoir « les capacités techniques et institutionnelles du Gouvernement et des organisations de la société civile (OSC) 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 » s'inscrit dans le défi 5 de l'engagement 8 du MAP qui a comme objectif l'accroissement de la participation de la femme dans la vie communautaire et la protection et la promotion des droits de la femme. A cet effet, l'intégration de la dimension genre dans toute action de développement ainsi que la mise en place et le renforcement des capacités de l'institution gouvernementale pour la promotion des conditions féminines (MPAS) menées dans le cadre de ce 6^{ème} programme s'aligne dans ce défi du MAP.
- Le Produit 2 du CPAP, à savoir « la disponibilité de services de counselling, de protection et de référence pour les victimes de violence basée sur le genre est accrue » s'inscrit dans le défi 4, activités prioritaires 3 de l'engagement 8 qui veut assurer la protection juridique des groupes vulnérables, notamment les femmes et les enfants. En effet, la protection juridique est une des attributions des CECJ via son volet « conseil juridique » qui est destiné à une catégorie des femmes vulnérables : les victimes de VBG.

CJ1.2 : Les stratégies des composantes SR, P&D et genre du CPAP sont cohérentes avec les politiques et stratégies nationales	- Les stratégies des composantes SR, PD et Genre sont cohérentes avec les politiques de développement nationales - Les stratégies des composantes SR, PD et Genre sont cohérentes avec les politiques et stratégies sectorielles dans chaque domaine respectif - Les stratégies nationales développées avec l'appui du FNUAP prennent en compte les besoins identifiés en matière de SR, PD et Genre - Les produits stipulés dans le CPAP répondent aux objectifs évoqués dans ces documents de références - Les réorientations du SNU face à la	- Enquêtes Démographiques de Santé - Enquête auprès des ménages - Documents stratégiques et politiques nationaux et sectoriels - Etudes réalisées dans le domaine de la santé de la reproduction - Entretiens avec l'équipe du FNUAP et les partenaires d'exécutions au niveau central et au niveau régional - Discussions avec les bénéficiaires - CPAP - UNDAF - MAP	- Analyses documentaire - Entretien avec les Responsables des différents départements Ministériels - Réunion de groupe avec les Responsables thématiques au sein du FNUAP Madagascar - Discussion de groupe
---	--	--	--

¹³⁶ Observation Rapport GESIS pendant la visite terrain

	crise ne mettent pas en cause la cohérence entre le CPAP et les documents de référence		
SR <u>Les stratégies des composantes SR, du CPAP sont cohérentes avec les politiques et stratégies nationales</u> - Le <u>Plan d'Action de Madagascar 2007-2012</u> (Madagascar Action Plan MAP) vise à mettre en œuvre des 'initiatives de réforme transformationnelle' en vue de l'atteinte des OMD. La Réforme n°5 concerne la mise en œuvre de 'nouvelles mesures audacieuses concernant la santé et la planification familiale' visant à réduire la taille moyenne des familles et le taux de croissance démographique et à intensifier la lutte contre le VIH – SIDA¹³⁷ - L'appui du FNUAP en matière de SR s'appuie sur le <u>Plan de Développement Secteur Santé 2007-2011</u> qui décrit l'opérationnalisation sectorielle du MAP et qui vise à réduire la mortalité maternelle et néonatale avec entre autre l'objectif de satisfaire les 'demandes en matière de PF surtout en zones enclavées et rurales' ; et sur la <u>Feuille de Route pour la Réduction de la Mortalité Maternelle et Néonatale à Madagascar 2005-2015</u>. La réduction de la mortalité maternelle et néonatale est devenue une priorité politique de premier rang qui s'est traduit par la signature de la déclaration commune en janvier 2003, conjointement par le Ministère de la Santé et de Planning Familial, l'OMS, FNUAP, UNICEF et la Banque Mondiale sur « La réduction de la mortalité maternelle à Madagascar ». Cette déclaration indique la démarche à suivre pour tous les intervenants ou parties prenantes qui agissent dans ce domaine.' Les objectifs de la feuille de route sont : <i>Rendre accessibles et disponibles les soins maternels et néonataux de qualité à tous les niveaux du système de santé dans 70% des structures sanitaires, d'ici 2015.</i> <i>Renforcer les capacités des individus, des familles et de la communauté sur la prise en charge de leur santé</i> - Le FNUAP a soutenu le gouvernement pour la mise en œuvre d'interventions qui ont contribué à atteindre l'objectif 1 de la Feuille de route avec un accent particulier sur les 6 régions quick wins en ce qui concerne l'opérationnalisation - Par contre le second objectif n'apparaît pas comme ayant fait l'objet d'interventions spécifiquement orientées pour impliquer les communautés. Les actions de sensibilisation restent vagues et ne semblent pas être particulièrement ciblées (les informations concernant ces interventions sont très difficiles à obtenir). D'autre part les problématiques de transport jusqu'aux structures de référence restent un énorme défi et les populations vivant dans les zones les plus enclavées ont un accès plus limité. Une des approches pour tenter de répondre à cette contrainte majeure est d'impliquer les communautés de façon plus systématique comme le prône la feuille de route. - Le renforcement de la capacité de la centrale d'achats SALAMA incluant des formations en système d'information de gestion logistique y compris CHANNEL s'inscrit dans une démarche de soutien au Programme d'Action pour l'Intégration des intrants de Santé (PAIS), Plan Stratégique 2008-2012. - Le CPAP en matière de SR 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 ») du cadre UNDAF 2008-2011. Il n'y a pas de définition claire des groupes vulnérables dans le cadre UNDAF. Bien que les besoins des jeunes en santé de la reproduction en matière de grossesse précoce soient mentionnés dans le cadre UNDAF, la réponse concerne uniquement la prévention IST et VIH/SIDA. - <u>Cohérence de la sélection des zones d'interventions du FNUAP et la couverture des interventions des composantes SR dans ces zones avec les besoins identifiés et les priorités nationales</u> - En tenant compte du contexte les régions « quick wins » ont été sélectionnées afin de « concentrer les activités dans les zones les plus vulnérables tout en conservant le paquet d'activités déjà prévu dans les PTA pour redéfinir les modalités de mise en œuvre du Programme afin d'en optimiser l'impact à la population bénéficiaire » ceci Ces			

137 Plan d'Action de Madagascar 2007-2012

régions ont été sélectionnées sur la base des indicateurs socio économique et de santé de la reproduction les plus faibles en fonction de l'EDS 4 (2008-2009).

- Les stratégies nationales développées avec l'appui du FNUAP prennent en compte les besoins identifiés en matière de SR
- Le plan d'opérationnalisation SONU 2010-2012 a été développé sur la base de l'évaluation SONU réalisée avec le soutien du FNUAP.
- Une Revue documentaire sur la formation, la réglementation, la supervision et l'association des sages-femmes en exercice à Madagascar¹³⁸ a été réalisée avec l'appui du FNUAP en 2009 et constitue la base pour la programmation du programme sage femme.
- Le Plan Stratégique de Sécurisation des Produits de Santé de La Reproduction à Madagascar 2008 – 2012, a été développé sur la base d'une analyse de la situation préalable réalisée avec le soutien du FNUAP

P&D

- Le dernier document de planification nationale est le Madagascar Action Plan (MAP), adopté en 2006 : « *Le Plan d'Action pour Madagascar ou MAP, adopté officiellement en Novembre 2006, est un Plan d'action ambitieux et réaliste qui définit la feuille de route et les priorités de Madagascar de 2007-2012. Il décrit les engagements, les stratégies et les actions pour une croissance économique rapide et ce, par rapport aux avantages et défis de la mondialisation, selon la Vision « Madagascar Naturellement » et les Objectifs du Millénaire pour le Développement.* » (Rapport annuel MAP, 2007, p.1) Il s'inscrit en rupture avec les documents précédents : le Document Cadre de Politique Économique (DCPE, 1999), puis le Document de Stratégie pour la Réduction de la Pauvreté (DSRP) en 2002.
- Le MAP a défini les principaux défis posés aux décideurs par la dynamique démographique, enjeux de la prise en compte de la composante P&D. Les données ont été reprises dans le CPAP 2008-2011 : « *la population de Madagascar est estimée à 18 millions d'habitants, avec un taux de croissance annuelle de 2,8%. Ce qui signifie que l'effectif de la population est appelé à doubler tous les 25 ans. 55 % de la population malgache sont âgés de moins de 20 ans, et les jeunes entre 10 et 24 ans représentent environ 32% de la population totale. Trois personnes sur quatre (74%), vivent en milieu rural. L'espérance de vie à la naissance est de 55,5 ans.* ». Le CPAP établit un lien entre ces défis et « (...) *les barrières socioculturelles liées aux us et coutume et le manque d'information et d'éducation de qualité* », lien qui n'est pas pris en compte dans la réponse stratégique qui se limite à : « *Pour faire face à cette situation, le PDSSPS accorde une place importante au PF en vue de la réalisation de l'objectif du MAP dans ce domaine* » (CPAP, p.6), ce qui indique une analyse étroite (malthusienne) des liens entre population et développement dans le processus de développement. L'intégration des objectifs de PF dans le MAP est présentée comme un acquis des efforts P&D des cycles précédents.
- Le CPAP 2008-2011 pose le défi P&D de la disponibilité des données statistiques de base comme suit : « *Le Pays connaît actuellement un problème de fiabilité de données car le dernier recensement général de la population et de l'habitat (RGPH), qui constitue l'unique base de sondage pour les enquêtes, date de 1993. Le budget nécessaire pour effectuer le 3^{ème} RGPH, prévu initialement pour 2005, n'est pas encore bouclé, alors que la plupart des indicateurs nécessaires au suivi du MAP et des OMD doivent provenir du recensement. Ce manque de données fiables est encore plus grave au niveau périphérique [des services déconcentrés]. Par ailleurs, l'existence des données produites de manière dispersée et hors du contrôle de l'INSTAT rend encore plus difficile l'effort de production de données harmonisées et fiables dans le pays.* » (CPAP 2008-11, p.7). Le CPAP ne comporte pas d'autres éléments de diagnostic ni ne renvoie à une référence (politique nationale, étude spécifique, étude de faisabilité) sur la disponibilité et la fiabilité des données statistiques. La Vision Stratégique 2010-2011 du SNU n'apporte pas d'éléments supplémentaires.
- La planification des actions du FNUAP n'a donc pas été faite sur un état des lieux (baseline) exhaustif de la situation. Le problème n'en est pas moins réel : Avec un dernier RGPH datant de 1993 et donc des indicateurs de performance dans tous les secteurs, y compris la SR, qui se basent sur des projections largement hasardeuses de la

¹³⁸ Ministère de la Santé et du Planning Familial, FNUAP, International Confederation of Midwives, La Profession de Sage-femme à Madagascar - Revue documentaire sur la formation, la réglementation, la supervision et l'association des sages-femmes en exercice à Madagascar, Juillet 2009

population (conduisant localement par exemple à des taux de vaccination de 115%), la réalisation du RGPH de 2008 (déjà en retard de 5 ans par rapport à la périodicité décennale d'un recensement) était une priorité logique de la composante P&D. Le CPAP inscrit cette action dans le cadre du dialogue de politique en tant que leçon à retenir des cycles précédents.

- Le CPAP 2008-11 identifie un autre défi : « *Le pays ne dispose pas suffisamment d'études de cas (evidence based) pouvant faciliter la compréhension des liens existant entre la population et le développement. À ce manque s'ajoute la faible utilisation des universités et institutions supérieures de formation ayant une certaine capacité dans le domaine et l'absence d'un mécanisme de coordination et de suivi des programmes de développement.* » De la même manière que pour la disponibilité des données statistiques de base, le diagnostic s'arrête à cette affirmation. La Vision stratégique 2010-2011 du SNU n'apporte pas d'éléments supplémentaires.
- La stratégie nationale en matière de mise à disposition de statistiques fiables a été définie en 2007 (Stratégie nationale de développement de la statistique, SNDS), donc juste avant le déclenchement de la crise. Elle identifie notamment des faiblesses en termes de renouvellement des effectifs à l'INSTAT (vieillesse des cadres de niveau ingénieurs statisticiens et démographes) et de compétence au niveau des ministères sectoriels, tant au niveau central (planification) que déconcentré (collecte, contrôle, traitement des données administratives et appui à la planification de niveau régional et local).

FORCES	FAIBLESSES
- Pertinence des informations recueillies en général au niveau des ministères grâce à la décentralisation de la production statistique. - Existence de cadres statisticiens expérimentés même insuffisants en quantité. - Reconnaissance de l'utilité des statistiques dans l'élaboration des programmes. - Présentation des résultats (INSTAT Point Information)	- Insuffisance des statisticiens diplômés - L'INSTAT ne représente pas les institutions statistiques au niveau international : - Existence d'effectif pléthorique à l'INSTAT - La coordination statistique n'a jamais été opérationnelle - Difficulté dans la confection des comptes nationaux - Faible capitalisation des acquis des projets - Absence de centre de formation en statistique - Insuffisance de l'analyse économique au niveau national - Lacunes dans les lois statistiques - Pas d'analyse de la demande en information statistique - Absence de gestion des carrières
OPPORTUNITES	MENACES
- La mise en œuvre de : MAP, Vision Madagascar naturellement, Politique Générale de l'État - Adhésion à : SADC, COMESA, - La réalisation de : OMD, engagement de Bruxelles et SGDD - L'adoption de l'approche programmes du budget de l'État - Le développement de l'appui budgétaire - La mise en place des Régions	- Disparition du métier de statisticien à Madagascar - Dégradation de la qualité des données et désorganisation totale de la production statistique - Externalisation des activités de l'INSTAT - Pas de sécurisation du financement des activités statistiques - Non réalisation des engagements internationaux (SADC, COMESA, COI) - Problème de négociation avec les bailleurs de fonds

Source : SNDS, 2007, p.38

- Les volets de la stratégie P&D du FNUAP qui visent à former de nouvelles générations de statisticiens et appuyer les directions régionales dans le cadre du SNISE sont sensées contribuer à répondre à ces défis et ils sont pleinement cohérents avec la politique nationale. Le renforcement des compétences techniques existantes à l'INSTAT sont moins en cohérence avec la politique nationale ; ils ne s'avèrent pas moins utiles pour compenser partiellement la crise des dotations financières à laquelle l'INSTAT doit faire face depuis 2009 (à l'instar des autres départements ministériels et EPIC).
- Le but du CPAP 2008-11 pour la composante P&D est une « 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 » (CPAP, p.9). L'atteinte de cet objectif passait par : « (...) le renforcement des capacités nationales dans la planification, le suivi et évaluation des programmes nationaux et régionaux de développement. (...) Les interventions se feront essentiellement au niveau national. ». Il est associé étroitement au MAP (qui est devenu obsolète avec le changement de régime de 2009).
- L'état civil fait parties des éléments stratégiques pour la disponibilité et la fiabilité des données couvertes par la composante P&D qui n'ont pas été pris en compte par le 6ème cycle. « L'enregistrement de l'état civil est censé être obligatoire pour la naissance et le décès. Toutefois, même s'il n'y a pas de données fiables sur le degré de couverture de cet enregistrement, il y a une évidence qui montre que beaucoup sont les événements non enregistrés. Il est néanmoins clair que la couverture est plus élevée dans les grandes villes du pays par rapport à celle du milieu rural. » (COAR 2008, p.15)

Genre

- Le MAP qui est le document cadre de développement de Madagascar a été élaboré en respectant le principe de l'approche participative (consultation de tous les acteurs au niveau régional avant la compilation au niveau national) et de ce fait, reflétant les besoins de la population. Les activités stipulées dans le CPAP ont été programmées pour répondre aux engagements et défis du MAP, et par conséquent aux besoins de la population.
- Le Produit 1 du CPAP, à savoir « les capacités techniques et institutionnelles du Gouvernement et des organisations de la société civile (OSC) 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 » s'inscrit dans le défi 5 de l'engagement 8 du MAP qui a comme objectif l'accroissement de la participation de la femme dans la vie communautaire et la protection et la promotion des droits de la femme. A cet effet, l'intégration de la dimension genre dans toute action de développement ainsi que la mise en place et le renforcement des capacités de l'institution gouvernementale pour la promotion des conditions féminines (MPAS) menées dans le cadre de ce 6^{ème} programme s'aligne dans ce défi du MAP.
- Le Produit 2 du CPAP, à savoir « la disponibilité de services de counselling, de protection et de référence pour les victimes de violence basée sur le genre est accrue » s'inscrit dans le défi 4, activités prioritaires 3 de l'engagement 8 qui veut assurer la protection juridique des groupes vulnérables, notamment les femmes et les enfants. En effet, la protection juridique est un des attributions des CECJ via son volet « conseil juridique » qui est destiné à une catégorie des femmes vulnérables : les victimes de VBG.
- Le programme est en cohérence avec les documents de politiques nationales en vigueur actuellement, à savoir, le MAP (2007 -2012), la PNPF (2000 – 2015) et le PANAGED (2003 – 2008), qui sont des documents élaborés de manière participative et assurant une bonne identification des besoins de la population. Faute de nouveaux cadres, ces derniers demeurent le cadre de référence opérationnel pour l'ensemble des acteurs.
- En 2008, comme la plupart des PTF, le FNUAP a aligné ses PTA avec les priorités du MAP. En effet, si 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 avait comme 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 VBG.

- Le programme est également en conformité avec les composantes du PANAGED qui prévoient l'intégration du genre dans les institutions, les programmes et projets de développement. En effet, le programme fixaient des objectifs en matière de mise à disposition des institutions nationales, régionales, publiques et privées des responsables capables de piloter et d'intégrer le genre dans les politiques cadres de promotion du genre.
 - Enfin, le programme du FNUAP s'accorde avec les objectifs de la PNPF. En effet, Les PTA prévus dans le cadre de la promotion de la femme concernent la réalisation d'actions au niveau supra et infra. Au niveau supra, le FNUAP prévoit de renforcer les capacités d'intervention des OSC Femmes en matière de lobbying et de prise de responsabilités dans les affaires publiques. Au niveau infra, le FNUAP a prévu de soutenir l'autonomisation des femmes au niveau des communautés via le renforcement de leurs responsabilités économiques et surtout la réinsertion socio-économique des femmes vulnérables. Ces objectifs définis dans le programme du FNUAP contribuent à la mise en œuvre de la PNPF.
- Par contre, avec le concours du 5^{ème} programme, le ministère a réalisé des formations d'animateurs à l'éducation familiale 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 les résultats satisfaisants, le volet Education à la vie familiale qui permettait de répondre à certains besoins de jeunes et des ménages les plus fragiles dans le 5^{ème} CPAP a été abandonné.

Critères de jugement	Indicateurs	Sources d'information	Outils/Méthodes de collecte
CJ1.3 : L'appui du FNUAP à la collecte et au traitement des données démographiques et socio-économiques, ainsi qu'au RGPH et à l'EDS est adapté aux besoins en termes de suivi de la mise en œuvre du MAP et de l'atteinte des OMD.	- Les besoins de suivi du MAP et de l'atteinte des OMD ont été identifiés de manière exhaustive - La stratégie d'appui à la collecte et au traitement des données démographiques et socio-économiques est cohérente avec les besoins de suivi du MAP et de l'atteinte des OMD identifiés - La stratégie d'appui à la collecte et au traitement des données démographiques et socio-économiques est cohérente avec la politique nationale de développement de la statistique	- CPAP, PTA de la composante Population et développement - Documents de politique pour les statistiques et la planification - Rapports de suivi FNUAP - Etudes et notes de dossier - Rapports RGPH, EDS4, autres enquêtes	- Revue documentaire - Entretiens auprès du Bureau National et des sous-bureaux - Entretiens auprès des CTP, assistants techniques et points focaux du FNUAP - Entretiens auprès des directions qui mettent en œuvre l'appui du FNUAP - Entretiens avec les responsables des ministères ou EPIC qui bénéficient de la mise en œuvre - Entretiens auprès des services déconcentrés qui bénéficient des appuis - Visites sur site
▪ Le MAP a défini des indicateurs de suivi pour chacun de ses 8 engagements. Le tableau de suivi qui s'en déduit par exemple pour l'engagement 5 : santé, planning familial et lutte contre le VIH/SIDA comporte notamment le taux de consultations externes des centres de santé de base (%), le taux de prévalence contraceptive au sein de la population et parmi les adolescents, le taux d'accouchements au niveau des CSB et CHD (%), le taux de morbidité du paludisme au niveau CSB (%), le taux de mortalité du paludisme en milieu hospitalier en (%), etc. À chaque indicateur est affecté ses valeurs annuelles précédant l'état des lieux de 2006, la valeur de l'état des lieux de 2006, des valeurs-cibles annuelles puis à moyen (SNISE 2012) et long terme (OMD 2015) ▪ Le décret n°2008-524 portant organisation générale du cadre institutionnel du SNISE autorise seulement un affinement méthodologique des indicateurs avec l'appui de l'INSTAT. Le dernier rapport SNISE disponible (2010) modifie cependant profondément la liste des indicateurs, pour s'aligner sur les données sectorielles existantes. Pour ces nouveaux indicateurs, le SNISE n'affecte plus de valeur-cible à moyen et long terme, ce qui en limite fortement sa portée en termes de planification, et donc vecteur de la composante P&D du FNUAP (cf. annexe du Rapport annuel SNISE 2010). Cet ajustement ne compromet pas le suivi des indicateurs des OMD. Cette déviation n'a pas été identifiée dans les PTA qui ont poursuivi sur la lancée initiale de l'appui au SNISE. ▪ Le dispositif institutionnel qui a la charge du suivi de la mise en œuvre du MAP est la Direction du Suivi-Évaluation des Programmes (DSEP) au sein de la Vice-Primature chargée de l'Économie et de l'Industrie (VPEI). Au niveau des services techniques déconcentrés, la Cellule Régionale de Centralisation et d'Analyse (CRCA) assure le secrétariat d'une plateforme régionale qui regroupe les services déconcentrés sectoriels, les entreprises publiques et offices, les cellules de programmes sur financement extérieurs et les ONG. La Directeur régional de l'Économie est responsable de la CRCA. Il est appuyé par la représentation régionale de l'INSTAT. Le dispositif ne dispose pas de moyens spécifiques de fonctionnement, les fonctions de la plateforme et de la Cellule rentrant de fait dans les attributions de chacune des directions impliquées, ce qui n'est pas le cas pour les intervenants privés. Avec l'abandon du MAP comme document de référence pour la planification nationale en 2009, le dispositif de suivi est resté en place sur la base du décret n°2008-524 « <i>portant organisation générale du cadre institutionnel du Système National Intégré de Suivi Évaluation (SNISE)</i> » pris en juin 2008. ▪ La décision des PTF principaux du RGPH 2009 de retirer leur financement au lendemain de la crise de 2009 a suspendu sine die sa réalisation. La Vision intérimaire du SNU décentre l'appui sur les statistiques administratives sectorielles « <i>pour sauvegarder les systèmes d'information des ministères sectoriels à l'instar des ministères de</i>			

l'éducation, de la santé et de l'agriculture » et reporte sur les enquêtes sectorielles mises en œuvre par l'INSTAT une part des résultats attendus du RGPH (Cf. CJ 1.2). La composante P&D du FNUAP a été fortement réactive par rapport à l'appui à l'INSTAT, qui constituait 80% du budget disponible. Elle n'a quasiment pas pris en compte le 1^{er} terme de la réorientation qui a partiellement été pris en charge pour le seul Ministère de la Santé Publique (MINSAP) sur le budget SR.

- La stratégie d'appui du FNUAP au SNISE est pleinement cohérente avec le dispositif institutionnel technique organisé par le décret de 2008. La DSEP et l'INSTAT sont les organes techniques au niveau central et déconcentré. La DSEP reçoit un appui technique direct (assistant technique), les cellules régionales un appui indirect (du moins pour les régions où siègent les sous-bureaux du FNUAP) et les directions régionales ont reçu des formations. Le FNUAP n'a cependant pas couvert le dispositif de pilotage (Comité de pilotage) au niveau central, ce qui a affaibli le système dans son entier puisque les attributions essentielles n'ont plus été assurées comme (i) la validation de stratégies (« Donner des orientations et des cadrages pour la conduite des analyses ; Fournir des orientations générales pour la conception des outils, méthodes et procédures du SNISE; Assurer l'orientation concernant les différents types de rapports à élaborer selon les cibles ainsi que sur les modes d'accès ; Déterminer le standard des rapports ; Définir la stratégie de dissémination et de communication des résultats dans les rapports de progrès; Initier des exercices d'évaluation »), (ii) la coordination de la mise en œuvre des stratégies (« Promouvoir le système, en général; Assurer la supervision et l'encadrement du système; Donner un appui politique envers le système de suivi; Veiller à l'assurance quant au respect des délais d'établissement des rapports et autres produits d'information ; Procéder à la validation des principaux rapports émanant de la Cellule de Planification et de Suivi Évaluation (CPSE) de la Primature et de la Direction chargée du Suivi Évaluation des Programmes (DSEP) du Ministère chargé de l'Économie, du Commerce et de l'Industrie, préalablement à leur diffusion ; Procéder à la validation des conclusions et des recommandations des évaluations émanant du CPSE de la Primature »), et (iii) la prise de décisions sur l'actualisation et sur les arbitrages budgétaires.

CJ1.4 : Les modalités de renforcement des capacités des décideurs par rapport à l'intégration population et développement sont adaptées à leurs besoins et à leurs contraintes	- Les besoins en matière de modalités de renforcement des capacités des décideurs par rapport à l'intégration population et développement ont été identifiés de manière exhaustive - La stratégie de renforcement des capacités des décideurs par rapport à l'intégration population et développement est cohérente avec les contraintes propres à chaque secteur, et particulièrement de la santé - La stratégie de renforcement des capacités des décideurs par rapport à l'intégration population et développement est cohérente avec la politique nationale de de planification	- CPAP, PTA de la composante Population et développement - Documents de politique pour la planification - Rapports de suivi - Etudes et notes de dossier	- Revue documentaire - Entretiens auprès du Bureau National et des sous-bureaux - Entretiens auprès des CTP, assistants techniques et points focaux du FNUAP - Entretiens auprès des directions qui mettent en œuvre l'appui du FNUAP - Entretiens avec les responsables des ministères ou EPIC qui bénéficient de la mise en œuvre - Entretiens auprès des services déconcentrés qui bénéficient des appuis
---	---	---	---

- Le CPAP 2008-2011 pose le triple défi des liens entre population et développement dans le processus de développement comme suit : (i) l'insuffisance d'études de cas (evidence based) et (ii) la faible utilisation des universités et institutions supérieures de formation ayant une certaine capacité dans le domaine et (iii) l'absence d'un mécanisme de coordination et de suivi des programmes de développement. De la même manière que pour la disponibilité des données statistiques de base, le diagnostic

s'arrête à cette affirmation. Les contraintes sectorielles ou propres aux organisations susceptibles de porter les projets ne sont pas analysés dans ce document, ni dans des diagnostics spécifiques. Il n'y a donc pas de cohérence (démontrable) entre la stratégie de renforcement de capacité des décideurs et leurs besoins, que ce soit globalement, (encore moins) par secteur et par institution (universités et institutions supérieures de formation en particulier).

- Il n'y a pas de passerelle particulière entre l'appui à l'amélioration de la disponibilité de données fiables dans le cadre de la composante P&D et le Ministère de la Santé, que ce soit pour le GESIS ou pour CHANNEL. Les faiblesses de ces deux systèmes indispensables à la dimension SR soutenue par le FNUAP sont apparues pourtant importantes pendant la mission de terrain, particulièrement pour le second. Le logiciel de logistique de produits SR au niveau des districts, CHANNEL, a été implanté en 2009 avec des formations dédiées. « *L'année 2009 a vu la mise à l'échelle de l'utilisation de CHANNEL et le renforcement du système logistique des produits SR à travers le renforcement de capacité de personnel de santé de 22 Régions et de 111 districts, la dotation en matériels informatiques et l'approvisionnement en produits de SR.* » (COAR 2009, p.4) Dès la 1^{ère} année, des défis importants ont été identifiés dans la mise en œuvre, par exemple « *Transfert automatique des données logistiques entre le logiciel de comptabilité SAARI et CHANNEL et importation des données des districts par CHANNEL du niveau central* » (COAR 2009, p.17). Défis auxquels doivent s'ajouter des pannes fréquentes des ordinateurs (dues aux conditions d'utilisation et aux utilisateurs).¹³⁹ Des actions palliatives ont été mises en place, notamment de « *Formation sur l'utilisation du logiciel Channel pour les médecins inspecteurs, les responsables SR et les directeurs régionaux de santé pour améliorer la qualité de rapports en SR et surtout éviter la rupture des stocks en intrants SR et PF au niveau des formations sanitaires* » (COAR 2011, p.29) et une convention (en 2010) avec la Service Exploitation et Maintenance (SEM) du Ministère de la Santé (assistance matérielle et maintenance). Le taux de rapportage est estimé à 15-20% par la DSI (confirmé par la mission de terrain à Tuléar où Channel est fonctionnel dans seulement 2 districts sur 9), ce qui enlève beaucoup de son utilité au dispositif. Les difficultés identifiées en 2009 ont largement perdurées et se sont aggravées dans la mesure où le surcroît de travail (de saisie et de validation) ne s'est pas traduit en une amélioration notable de la disponibilité des produits SR au niveau des districts et a fortiori des CSB. Le parc d'ordinateurs dédiés à CHANNEL manque d'entretien, le service ne disposant pas des ressources financières pour effectuer plus de 2 missions par an sur le terrain. L'estimation du SEM est que 75% du parc n'est pas fonctionnel à des degrés divers (confirmé lors des missions de terrain à Tuléar et Antsohihy) et que la majorité des utilisateurs ne disposent pas d'une formation adéquate pour utiliser les machines. Les coupures d'électricité dans certaines régions et l'absence d'accès à internet¹⁴⁰ sont d'autres facteurs limitant. Une réorientation stratégique a été arrêtée en juin 2012 qui comporte l'amélioration des fonctionnalités du logiciel CHANNEL (sur appel d'offres de la Direction du Système d'Information), une réorganisation et surtout l'institutionnalisation du dispositif par arrêté et notes de service. Il est attendu en particulier que les résultats au niveau de CHANNEL soient pris en compte dans l'évaluation annuelle des médecins inspecteurs et des directeurs régionaux ce qui identifie bien rétrospectivement les responsabilités. Le dispositif de suivi et de programmation du FNUAP ne fait pas mention de ces difficultés depuis 2009.
- Les rapports de suivi du partenaire d'exécution ne fournissent pas non plus d'éléments de cohérence entre la stratégie et les besoins.
- La Vision stratégique 2010-2011 du SNU n'apporte pas d'éléments supplémentaires. A ce diagnostic correspond le produit « *Les capacités des décideurs et des institutions clefs de mise en œuvre en charge d'élaboration des programmes de développement aux niveaux central et régional pour reconnaître les liens entre population et développement sont renforcées.* » dans le CPAP. Le lien terme à terme est relativement faible et le contenu gagne à être mis en perspective avec le budget de 195 909 \$ sur 4 ans (2008-2011) ou de 130 606\$ sur 6 ans (extension jusqu'en 2013).
- L'atteinte du renforcement des capacités des décideurs et des institutions-clés (projet 6P11A) devait être recherchée en développant 4 stratégies : « *la conduite des recherches orientées vers l'action sur les liens population/développement et plaidoyer* », « *le renforcement des capacités techniques en matière d'intégration des questions de population, SR et genre dans les programmes sectoriels du MAP* », « *le développement des partenariats avec les institutions nationales et régionales de recherche ou de*

¹³⁹ Voir le critère de jugement 2 .1

¹⁴⁰ Le FNUAP a mis en place un projet pilote de fourniture d'un modem avec crédit prépayé dans 50 districts (10 Mo/mois, 55 000 Ar/trimestre) qui donne de bons résultats.

formation pour l'assistance technique » et « la mise en place de mécanismes de coordination des différents intervenants dans le secteur de Population-Développement » (CPAP, p.16). À chacune de ces stratégies correspond un nombre variable d'actions (de 1 à 5) qui ne renvoient pas à un diagnostic des besoins, ni d'ailleurs à leur faisabilité technique et financière. La mise en œuvre ultérieure (PTA) des activités de ce volet de la composante P&D n'a qu'un rapport lointain et anecdotique avec ce cadre stratégique, comme par exemple le travail avec une plateforme religieuse (PLEROC) et un réseau de journalistes. - Les PTA du projet 6P11A entre 2008 et 2011 ont varié chaque année de format et de contenu, ce qui en 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. De manière schématique, les deux 1ère années se sont focalisées sur la vulgarisation de l'approche de planification à tous les niveaux, jusqu'au niveau communal, avec des actions de sensibilisation plutôt que de formation (du fait de l'absence de répétition et de suivi des acquis). Les années suivantes ont pris acte du report des échéances de la décentralisation, et donc de la disparition des Plans de développement régionaux (PDR) et des Plans de développement communaux (PDC), et se sont focalisés sur la formation des planificateurs sectoriels (et de responsables de coopératives), des conférences-débat en région (animées par l'AT auprès de la DMP) et d'études (3) circonstancielles. - Le lien entre la stratégie développée progressivement par le FNUAP pendant la période de référence et la politique nationale en matière de planification, et plus particulièrement de liens entre population et développement dans le processus de développement, s'est considérablement distendu. À partir d'un point de départ de forte cohérence entre le MAP et le CPAP, les interventions du FNUAP en sont venues à préparer une après-transition politique, quand logiquement les instances étatiques retrouveront leurs attributions planificatrices. Cette perspective étant liées à la tenue des élections (2013, 2014), elles sont entièrement décalées par rapport à la politique nationale. Le contenu des actions de formation (et leur niveau très basique), de sensibilisation et des études ne prête pas à controverse et constitue potentiellement une contribution à l'intégration des liens P&D dans la prise de décision en matière de politiques publiques.			
CJ1.4 : Les objectifs et produits définis dans le CPAP dans le domaine du genre correspondent aux orientations de la PNPF et du PANAGED	- Les produits stipulés dans le CPAP répondent aux objectifs évoqués dans ces documents de références - Les réorientations du SNU face à la crise ne mettent pas en cause la cohérence entre le CPAP et les documents de référence	- Ministère de la Population - Document PANAGED - Document PNPF - Document CPAP - Documents UNDAF	- Entretien avec le DG chargé du genre au sein du MPAS - Entretien avec la chargée du programme Genre FNUAP - Analyse documentaires
- Le programme est en cohérence avec les documents de politiques nationales en vigueur actuellement, à savoir, le MAP (2007 -2012), la PNPF (2000 – 2015) et le PANAGED (2003 – 2008), qui sont des documents élaborés de manière participative et assurant une bonne identification des besoins de la population. Faute de nouveaux cadres, ces derniers demeurent le cadre de référence opérationnel pour l'ensemble des acteurs. - En 2008, comme la plupart des PTF, le FNUAP a aligné ses PTA avec les priorités du MAP. En effet, si 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 avait comme 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 VBG. - Le programme est également en conformité avec les composantes du PANAGED qui prévoient l'intégration du genre dans les institutions, les programmes et projets de développement. En effet, le programme fixaient des objectifs en matière de mise à disposition des institutions nationales, régionales, publiques et privées des responsables capables de piloter et d'intégrer le genre dans les politiques cadres de promotion du genre.			

- Enfin, le programme du FNUAP s'accorde avec les objectifs de la PNPF. En effet, Les PTA prévus dans le cadre de la promotion de la femme concernent la réalisation d'actions au niveau supra et infra. Au niveau supra, le FNUAP prévoit de renforcer les capacités d'intervention des OSC Femmes en matière de lobbying et de prise de responsabilités dans les affaires publiques. Au niveau infra, le FNUAP a prévu de soutenir l'autonomisation des femmes au niveau des communautés via le renforcement de leurs responsabilités économiques et surtout la réinsertion socio-économique des femmes vulnérables. Ces objectifs définis dans le programme du FNUAP contribuent à la mise en œuvre de la PNPF.
- Par contre, avec le concours du 5^{ème} programme, le ministère a réalisé des formations d'animateurs à l'éducation familiale 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 les résultats satisfaisants, le volet Education à la vie familiale qui permettait de répondre à certains besoins de jeunes et des ménages les plus fragiles dans le 5^{ème} CPAP a été abandonné.

CJ1.5 : Les activités du FNUAP en matière de SR, P&D et Genre au niveau régional sont cohérentes avec les orientations stipulées dans la Programme National de de décentralisation et de déconcentration (2006 – 2015)et sont adaptées aux enjeux régionaux.	- Les modalités d'action du FNUAP sont différenciées selon les régions pour tenir compte des enjeux régionaux - Les modalités d'action du FNUAP sont en région sont cohérentes avec l'organisation de la déconcentration administrative - Les modalités d'action du FNUAP sont en région sont cohérentes avec le degré de mise en œuvre de la décentralisation	- CPAP, PTA des trois composantes du FNUAP - Documents de politique de décentralisation - Rapports de suivi du Bureau national et des sous-bureaux - Etudes et notes de dossier	
SR • Le FNUAP, malgré les restrictions dues à la crise politique, a continué à collaborer avec le ministère de la santé au niveau central et avec les régions, en particulier avec les régions « quick wins ». • Dans les 6 régions « quick wins » le FNUAP a mis en place des médecins d'appui afin de soutenir la direction Régionale de la santé pour la mise en œuvre des activités de SR (Planification familiale, SONU, SRA). Ce renforcement du niveau régional est une étape dans le renforcement des capacités régionales. Toutefois malgré le fait que le secteur de la santé ait été un des premiers à être décentralisé (2003 -2004) le système reste très centralisé et même les mouvements de personnels sont avalisés par le niveau national (inter régions). • L'implication des régions et districts dans l'élaboration du plan SONU a aidé à une implication importante des structures décentralisées dans les décisions concernant l'amélioration de services SONU dans chaque région. P&D • 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 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. « La non effectivité de la décentralisation surtout pour les allocations des ressources humaines, matériels et financières aux régions nouvellement érigées ainsi que la capacité limitée au niveau décentralisé constituent une barrière pour l'atteinte des objectifs. » (COAR 2008, P5) • En matière de P&D, la sélection des zones de concentration du FNUAP (régions quick-wins) ne correspond pas à des besoins spécifiques, hormis ceux auxquels il pourrait être mieux répondu par une plus grande effectivité des liens entre population et développement dans le processus de planification du développement. Les services déconcentrés de toutes les régions et districts du pays souffrent également des mêmes carences de compétences et de moyens (confirmé par les missions sur le terrain à Tuléar et à Antsohihy). La dimension P&D est d'ailleurs définie dans le CPAP et la vision stratégique pour être mise en œuvre au niveau national. • 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 représentants des différentes régions ont été réunis par exemple à Antsirabe et à Diégo pour la formation sur la planification orientée vers les résultats. Des initiatives ont été prises pour adapter les matériaux de formation au publics concernés par la décentralisation, en présentant en malgache et en simplifiant les dimensions trop techniques. Il n'en va pas de même pour la sensibilisation aux liens P&D à travers des conférences-débats, pour lesquelles des consultants locaux ont été recrutés, sur la base de TDR rédigés par l'AT auprès de la VPEI, pour introduire les dimensions régionales, par exemple à Antsohihy en 2010. De plus, avec la mise en suspend en 2009 de la décentralisation, les			

interventions de la FNUAP pour la composante P&D se sont ajustées en réorientant les activités de sensibilisation du projet 6P11A sur les directions régionales et les coopératives. 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. Or la remontée des données administratives qui étaient attendues de ces plateformes régionales est naturellement un préalable à la complétude et la viabilité du SNISE.

Genre

- La planification dans le CPAP a été menée au niveau du Ministère central mais le suivi des activités sur terrain a été confié aux directions régionales du MPAS. Pourtant force est de constater que la DRPAS ou Direction Régionale de la Population et des Affaires Sociales n'a été installée que récemment ; en effet, comme le MPAS n'a été instauré qu'en fin 2009, donc pendant la crise, la mise en place des directions régionales n'a été initiée progressivement qu'à partir de mi 2010. Ainsi, peu de région dispose encore de DRPAS.
- Pour être en phase avec le concept de décentralisation/déconcentration, FNUAP en collaboration avec le MPAS central ont formé les planificateurs régionaux composés des responsables au niveau des régions et au niveau des services techniques déconcentrés au niveau régional. Cette formation sur le concept de genre a été délivrée pour que ces planificateurs puissent intégrer dans les futurs plan de développement régional ou plan régional de développement sectoriel les différentes composantes du genre. Compte tenu de la situation de crise politico-administrative actuelle, aucun nouveau plan n'a été élaboré permettant de juger l'efficacité de cette approche.

CJ1.6 La planification annuelle du FNUAP tient compte des orientations du programme intérimaire des Nations Unies (opérationnalisation d'un cadre intérimaire)	La stratégie d'appui à la collecte et au traitement des données démographiques et socio-économiques est cohérente avec les orientations du programme intérimaire des NU - La stratégie de renforcement des capacités des décideurs par rapport à l'intégration population et développement est cohérente avec les orientations du programme intérimaire des NU Le contenu des PTA a évolué après l'adoption du programme intérimaire	PTA Programme Intérimaire des Nations Unies à Madagascar 2012-2013 CPAP, PTA Rapports de suivi Entretiens avec l'équipe du FNUAP	- Analyses documentaire - Réunion de groupe avec les Responsables thématiques au sein du FNUAP Madagascar
---	--	--	--

SR

- 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 préparé 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 la composante SR du FNUAP contribue à 2 des 5 axes programmatiques: la protection des couches vulnérables et des populations à risque, y compris la gestion des catastrophes; et l'accès aux services sociaux de base dans les domaines de l'éducation, de la santé. Ce n'a pas entraîné de refonte importante de la composante SR. Le Programme intérimaire des Nations Unies vise à soutenir les « populations vulnérables, à savoir : les enfants, les jeunes, les femmes, les personnes souffrant de handicaps et les groupes marginalisés ». ¹⁴¹

¹⁴¹ République de Madagascar, Système des Nations Unies, *Programme Intérimaire des Nations Unies à Madagascar 2012-2013*

- En ce qui concerne les effets du secteur santé les interventions SR s'inscrivent dans le programme intérimaire comme suit :
Effet 1 : Le Ministère de la Santé avec les parties prenantes met en place l'opérationnalisation d'un cadre intérimaire de politique et de coordination du secteur santé
Effet 2 : Le Ministère de la Santé au niveau central, avec les Directions Régionales et Districts sanitaires, assure que les services préventifs, curatifs et promotionnels sont utilisés par la population, en particulier les groupes vulnérables dans les zones d'intervention
Effet 3 : Le Ministère de la Santé au niveau central avec les Directions Régionales et Districts sanitaires maîtrise et suit l'évolution des principales maladies transmissibles ainsi que de celles à tendance épidémique
- Dans le Programme Intérimaire des Nations Unies, les interventions du FNUAP en matière de SR sont beaucoup claires que dans le cadre UNDAF. Ceci semble être le résultat d'un positionnement plus clair de la part du bureau pays.
- Afin de maintenir le fonctionnement des services de santé publique, en général, et des institutions sanitaires publiques et privées dans le pays pour la fourniture des services de santé de base le SNU prévoit un soutien à la chaîne d'approvisionnement, à la gratuité dans les zones vulnérables, et à la fourniture des services essentiels aux populations les plus défavorisées dans les zones prioritaires à travers les stratégies avancées et mobiles (outreach) de santé, de santé reproductive. Le FNUAP s'inscrit tout à fait dans cette approche. Il prévoit la mise en place d'un cadre intérimaire de politique et de coordination du secteur santé

P&D

- La Vision stratégique 2010-2011 du SNU est venue ajuster le cadre d'intervention du FNUAP à la situation politique du pays. Les limites de la composante P&D du FNUAP sont redéfinies dans un des cinq axes retenus : « *le renforcement de l'information, du suivi/évaluation et de la communication* ». Le cadre stratégique est adapté à la mise en suspens du RGPH et au développement de la vulnérabilité de la population du fait de la conjonction des crises économique et politique. L'approche de gestion de l'information, suivi et évaluation des programmes est la suivante : « *Le Système des Nations Unies continuera son appui aux systèmes d'information pour améliorer la disponibilité des informations fiables sur la réponse aux besoins de la population et sa vulnérabilité. L'appui consistera, d'une part, à valoriser et renforcer la collecte et l'utilisation des données des sources administratives pour sauvegarder les systèmes d'information des ministères sectoriels à l'instar des ministères de l'éducation, de la santé et de l'agriculture ; et d'autre part, à organiser des enquêtes ou études périodiques, particulièrement pour le suivi et évaluation de la vulnérabilité aggravée de la population malgache, comme l'enquête de pauvreté des ménages 2010, y inclus un module sur la nutrition, et les enquêtes périodiques urbaines McRAM. Par ailleurs, une attention spéciale sera accordée à la collecte de données en situation d'urgence humanitaire et au renforcement du système d'alerte précoce dans les zones exposées aux catastrophes naturelles.* » (Vision SNU, p.8) Il est à noter que (i) le défi des liens entre population et développement dans le processus de développement est exclu de la nouvelle vision, (ii) que l'enquête EDS 4 quoiqu'appuyée par le FNUAP, ne fait pas référence à la santé de la reproduction, la santé maternelle ou la santé des jeunes et (iii) qu'une orientation nouvelle est donnée aux informations à mettre à disposition en priorité. Cette réorientation ne se retrouver pas dans les PTA ultérieurs du FNUAP qui continueront à faire référence aux objectifs du CPAP qui, plus généraux, ont permis une (trop ?) grande flexibilité par rapport à la stratégie initiale et d'une année sur l'autre (en particulier pour la dimension spécifique P&D mise en œuvre par la DMP).
- Globalement, la vision intérimaire n'a été opérationnalisée que pour les aspects qui étaient déjà cohérents avec le CPAP. 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 et même l'amélioration du système de centralisation des données et informations sanitaires et logistiques pour le ministère de la santé, entre autre leur fiabilité (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.

Genre

- Pour la composante Genre, aucun réajustement des activités stipulé dans le CPAP n'a été nécessaire dans la mesure où les activités qu'on a menées dans le CPAP répondent déjà aux effets programmes du Programme Intérimaire des Nations Unies
- L'effet programme Gouvernance du Programme intérimaire des Nations Unies « Les acteurs judiciaires et parajudiciaires protègent et appliquent les droits liés à l'interdiction de la torture et des mauvais traitements, aux violences à l'encontre des femmes et des enfants, incluant la traite des personnes et le tourisme sexuel » ainsi

que l'effet programme Protection « Les groupes de population exposés aux abus, violence, exploitation et discrimination ont accès et utilisent les services de prise en charge, notamment dans les zones d'intervention prioritaires » sont traités dans les deux produits du CPAP notamment le Produit 2 relatif à la VBG qui stipule que « la disponibilité de services de counselling, de protection et de référence pour les victimes de violence basée sur le genre est accrue »..

QE2 : Dans quelle mesure les interventions appuyées par le FNUAP ont-elles contribué (ou sont-elles susceptibles de contribuer) à une amélioration durable de (i) 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) de l'utilisation de ces services ?

Critères de jugement	Indicateurs	Sources d'information	Outils/Méthodes de collecte
CJ.2.1 : L'accès à des services de SR et de PF de qualité s'est amélioré et l'utilisation de ces services par la population – en particulier les groupes les plus vulnérables s'est accru dans les zones d'intervention du programme	- augmentation des accouchements assistés par un personnel qualifié, - augmentation de la prévalence contraceptive - réduction des taux de fertilité chez les adolescents	CPAP PTA, rapports Enquêtes Démographiques de Santé Enquête auprès des ménages Documents stratégiques et politique de santé Etudes réalisées dans le domaine de la santé de la reproduction Entretiens avec l'équipe du FNUAP et les partenaires d'exécutions au niveau central, régional, des districts et des formations sanitaires (public et non gouvernemental) Entretien avec les PTF Discussions avec les bénéficiaires	- Analyses documentaire - Entretiens avec les Responsables des différents départements Ministériels - Entretien avec des gestionnaires des services de santé et des prestataires à différents niveaux - Entretien avec PTF et ONG - Entretien avec les responsables thématiques de la SR au sein du FNUAP Madagascar - Discussion de groupe - Observation des services de santé

Au niveau national les données disponibles sont celles des EDS 3 (2003 – 2004) et EDS 4 (2008 -2009). Les indicateurs de Santé de la Reproduction montrent une évolution très positive. En particulier en ce qui concerne la planification familiale. En Septembre 2007, le Gouvernement a décrété que tous les contraceptifs seraient gratuits pour les clients du secteur public: l'Indice Synthétique de Fécondité (ISF) et les besoins non satisfaits en PF ont diminué et la prévalence contraceptive a augmenté.

Bien qu'il n'y ait pas de données disponibles pour la période du CPAP, ceci démontre une dynamique positive pour l'évolution des indicateurs de SR ; Le 6^{ème} programme a été élaboré dans l'esprit de cette dynamique positive.

Indicateur	2004 (EDS 3)	2009 (EDS 4)
Indice Synthétique de Fécondité (ISF)	5.2	4.8
Méthode contraceptive: toutes les méthodes (%)	27.1	39.9
Méthode contraceptive: Méthode moderne (%)	18.3	29.2
Besoins non satisfaits en PF (%)	24.5	19.0
Accouchements avec personnel formé(%)	51.3	43.9*
Accouchement dans une formation sanitaire (%)	30.5	34.8
Taux de mortalité infantile (/1000)	70	53
Taux de mortalité néonatale (/1000)	34.0	24.0
Taux de mortalité maternelle	469	498

* erreur de calcul; c'était 50% in 2009

Santé maternelle

En 2008 le FNUAP, sur fonds propres, a réactualisé le curriculum de formation en Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de Base (SONUB), a réalisés des formations SONUB et a doté des formations sanitaires en équipement et a introduit les audits de décès maternels. En 2008 100 centres de santé de base ont été dotés de kits d'accouchement, Aspiration Manuelle Intra Utérine (AMIU) et ventouses obstétricales. 8 hôpitaux publics sont dotés des kits- laparo césariennes, 11 Centres Hospitaliers de Districts, 10 Centres Hospitaliers de Référence Régionaux dotés en kit AMIU et de ventouses obstétricales. En tout 52 000 kits individuels d'accouchement (KIA) ont été mis à disposition dans les formations sanitaires pour permettre d'effectuer les accouchements gratuits au niveau de ces centres de santé des zones d'interventions. Des spots radiotélévisés ont été diffusés sur la gratuité des kits individuel d'accouchement et kits opérations césariennes (OC) ainsi que 27 000 exemplaires du carnet d'invitation de la femme à accoucher au niveau formation sanitaire ont été reproduits (aucune information n'est disponible quand à leur distribution). Un suivi de l'utilisation des kits individuels d'accouchement et des kits opérations césariennes avait été réalisé au niveau de 3 régions mais le compte rendu n'est pas disponible. La plupart des interlocuteurs rencontrés au cours de l'évaluation ont établi un lien entre l'amélioration des taux d'accouchement dans les formations sanitaires et la distribution des kits individuels d'accouchement.

Au niveau **central**, avec l'introduction du Fond Thématique pour la Santé Maternelle (FTSM / MHTF) en 2009 plusieurs types d'appui ont été apportés par le FNUAP en collaboration avec les autres partenaires (OMS) :

- Evaluation SONU
- Plan SONU
- Révision du module de formation SONU a été adapté et servira pour la formation des sages femmes et des étudiants dans les IFP et formation des enseignants et des tuteurs sur les modules revus. Support à 6 IFP et à l'école privée des paramédicaux(en collaboration avec d'autres PTF). Des matériels didactiques ont été offerts à la DIFP pour les IFPs publics et pour le SMSR.
- Production et diffusion de posters de protocoles SONU pour les formations sanitaires
- Manuel de suivi SONU développé sur la base des indicateurs internationaux
- Guide et grille de supervision Intégrée - Bureau De Santé Du District : Centre de Santé de Base
- L'audit des décès maternels a été introduit et suivi dans les établissements hospitaliers (CHU Mahajanga, Toamasina, Fianarantsoa, centre hospitalier régional de référence CHRR Toliara, Ambositra, Fénérive Est, centre hospitalier de district CHD II Itaosy, Moramanga). La surveillance épidémiologique des décès maternels a été instituée par la mise en place de sites sentinelles dans les districts de Toliara II, de Fénérive Est, Moramanga, Itaosy, Ambositra. Un Comité National de l'Audit de Décès Maternel a été créé en 2010.
- L'ordre des sages-femmes a été régi par une succession de médecins pendant 49 ans. La présidence est remise en 2012 à une sage-femme qui apprend à mieux visibiliser la profession. L'association es sages femmes vient récemment de faire partie de « l'International Confederation of Midwives ». Elle a aussi récemment signé une convention de partenariat avec le Ministère de la Santé afin de faire valoir ses droits et prouver ses obligations quant à son mandat de promouvoir la profession sage-femme. le renforcement des capacités en plaidoyer des 14 sages femmes responsables de communication (membres de l'association et membres des conseils de l'ordre des sages femmes nationaux et régionaux). Célébration de la journée internationale de la sage femme.
- L'élaboration et la réactualisation des textes régissant la formation et la profession de sage femme pour les recentrer sur l'amélioration de la santé maternelle et

néonatale.

- Formation en chirurgie obstétricale de médecins généralistes et d'infirmier anesthésiste dans le cadre de la mise à l'échelle des capacités de prise en charge en SONUC selon un plan de répartition des ressources humaines du secteur publique¹⁴² (FTSM)

En vue d'augmenter le taux d'accouchement par personnel qualifié et le taux des opérations césariennes, le Ministère de Santé a initié une politique de gratuité des Opérations Césariennes (OC) dans tous les hôpitaux publics avec l'appui du FNUAP. L'introduction de cette initiative a suivi plusieurs étapes, notamment : le développement d'un protocole pour la gratuité de l'OC pour toutes les femmes enceintes qui ont besoins de l'OC, spécification des contenu des différents kits OC (8 kits basés sur 8 scénarios des pathologies fréquentes et nécessitant une OC), estimation des coûts pour chaque kit OC, estimation des besoins pour 2008-2012, budgétisation, allocation des fonds, et plaidoyer. Depuis janvier 2009, le FNUAP a contribué à l'achat des kits OC pour la satisfaction des besoins. Depuis le début de cette initiative, les femmes qui avaient besoin d'OC ont été opérées gratuitement. Le conditionnement des kits OC est fait par la Centrale d'Achat « SALAMA » et les kits sont distribués gratuitement aux hôpitaux. Comme plan de contingence, il a été demandé aux hôpitaux de constituer les kits OC à partir des médicaments généraux en cas de rupture des kits OC. Les intrants utilisés par les hôpitaux pour constituer les kits OC en cas de rupture sont remplacés après par la Centrale d'Achat. Cependant certains défis ont été rencontrés dont la soumission tardive des rapports mensuels par certaines formations sanitaires, la rupture des stocks, le contenu des kits OC n'étant pas approprié pour tous les cas, et difficulté d'assurer la continuité à long-terme.

Les fonds régulier du FNUAP ont été utilisés pour l'achat d'équipement, d'intrants, pour des formations spécifiques et pour co-financer certaines interventions planifiées avec des fonds thématiques.¹⁴³

Le FNUAP grâce à l'appui qu'il apporte à la formation des sages femmes va contribuer à augmenter le volume des sages-femmes dans le pays. Toutefois un certain nombre de contraintes été identifiées qui peuvent être contreproductives. Par exemple le Direction des Ressources Humaines (DRH) n'est pas en mesure d'employer toutes les sages femmes formées bien qu'il y ait eu un accord au moment de la formation sur le nombre de sages femmes qui pouvait être absorbées dans le système de santé ; ceci à cause du budget qui n'a pas été mis à disposition par le Ministère des Finances. De plus il n'y a que peu de coordination entre les différents départements du ministère de la santé. Par exemple, la DRH a établi des besoins en sages femmes qui ne sont pas estimés sur la base de l'évaluation SONU (qui s'est effectuée avec la DSME) ou encore le déploiement et de rétention de ces sage femme n'est pas planifié (malgré une revue documentaire réalisée en 2009¹⁴⁴) ou encore la DRH souhaite former des infirmiers en SONU en formation continue alors que cela ne correspond pas aux critères de sélection pré établis par la DSME.

En 2011 Le plan opérationnel de l'engagement de Madagascar à la Stratégie Globale du Secrétaire Général des Nations Unies sur la Santé de la Femme et de l'Enfant a été élaboré de façon participative avec toutes les parties prenantes sous le leadership du Ministère de la santé. Le groupe H4+ à Madagascar avec le leadership du FNUAP a fourni un technique et financier à cette élaboration. Ce document a offert une occasion de faire une analyse détaillée des problèmes qui entrave l'atteinte des OMD 4 et 5 à Madagascar et a été adopté par tous comme document de référence pour toutes les interventions futures dans le domaine de la santé maternelle, néonatale et infantile.

Au niveau des **régions** « quick wins » (qui on fait l'objet d'une attention accrue en ce qui concerne l'appui au paquet de services SR en 2010) les indicateurs sont légèrement en progression (voir les diagrammes ci-dessous), en particulier dans les régions de Sofia et de Androy. Les données montrent une tendance à l'augmentation de ces indicateurs. En ce qui concerne les accouchements dans les formations sanitaires l'amélioration touchent les populations qui vivent dans un rayon de 8 à 10 km des formations. Les populations

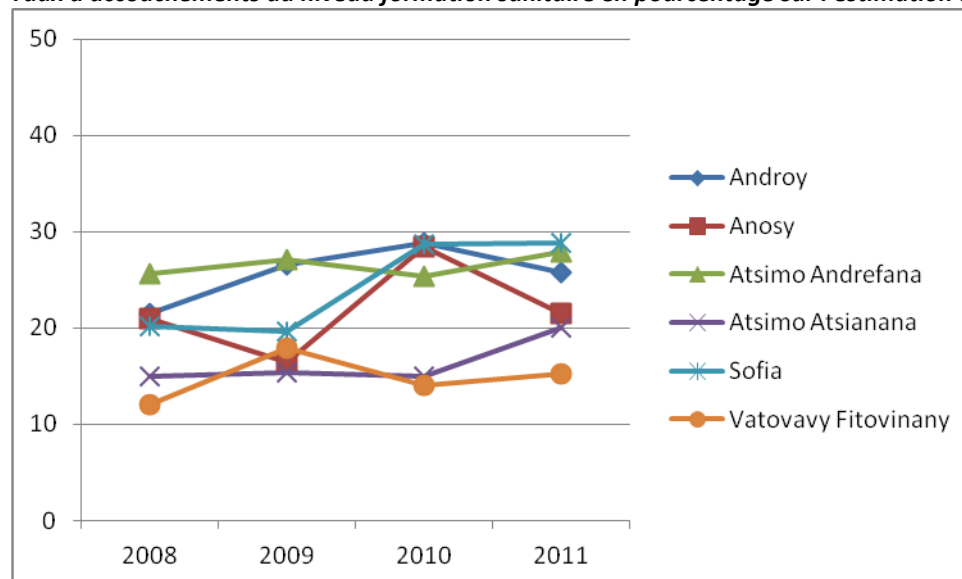
142 Rapport conjoints fonds thématiques 2010

143 ATLAS, Rapport conjoints fonds thématiques

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

qui vivent dans les zones enclavées ont un accès beaucoup plus limité.

Taux d'accouchements au niveau formation sanitaire en pourcentage sur l'estimation du nombre d'accouchement total



Source : Données fournies par les MAS postés dans les régions quick wins.

Les interventions mises en œuvre dans ces régions sont les suivantes :

- Formation des agents de santé en matière de SONU
- Formation des agents de santé communautaire en sensibilisation (PF, MMR, SRA)
- Dotation des FS en équipement SONU et table d'accouchement, en kits OC et médicaments essentiels SONU sur a base des besoins
- Diffusion des protocoles SONU
- Stratégies avancées
- Sensibilisation (télévision, radio, communauté, écoles, marchés..)

Formation SONU et dotation en équipement SONU dans les régions quick wins (2010 – 2011) :

	Androy	Anosy	Atsimo Andrefana	Atsimo Atsianana	Sofia	Vatovavy Fitovinany
Nombre de districts	4	3	9	5	7	6

Nombre de structures dont le personnel a été formé en SONU (SONUC/SONUB)	9	16	59	7	9	23
Nombre de structures ayant reçu équipement SONU (SONUC/SONUB)	9	7	58	7	9	23
Nombre de structures qui ont bénéficié de la présence d'une sage-femme contractuelle (FNUAP)		3	12 + 3 VNU	2		7

Source : Données fournies par les MAS postés dans les régions quick wins.

L'extension des services SONU est prévue dans le cadre du plan d'opérationnalisation des SONU. Le FNUAP a contribué à la formation des personnels et à l'équipement des structures. Lors de l'évaluation les structures sanitaires visitées avaient reçu des équipements tels que les kits OC ou kit d'accouchement. Dans les structures visitées la mise à disposition du matériel coïncidait avec la formation des personnels en SONU. Ces derniers ont ainsi pu mettre en pratique la formation qu'ils avaient reçue.

Parmi les sages femmes rencontrées dans les structures de référence au moins une avait reçue la formation SONU (souvent la seule parmi 3 ou 4).

Toutefois certains obstacles à des services de qualité ont pu être observés:

- dans certaines structures (CHD or CSB) les agents de santé avaient été formés en SONU mais ne savaient pas se servir de certaines pièces d'équipement livrées. Par exemple les concentrateurs d'oxygène et les ambus étaient encore dans leur emballage. Les ambus pour nouveau né et les sondes à aspiration n'étaient pas disponibles malgré le fait que la formation des prestataires porte également sur la réanimation du nouveau né.

certaines structures (y compris les structures de références SONUC) ne possèdent pas de matériel essentiel (par exemple le CHRR de référence SONUC d'Ansuhihi n'as pas une table d'accouchement correcte)

- l'acheminement des matériels entre le PhaGDis et les centre de santé de base (CSB) dépend du personnel du CSB (qui est parfois distant à plus de 100 km)
- la fréquente mutation des personnes formées (surtout) pendant la vague de formation de 2009 ne permet pas de maintenir le personnel à leur poste (pouvoir de décision limité au niveau de la région). Il n'existe pas de base de données du personnel et de leur formation.
- si la plupart des prestataires rencontrés pratique la GATPA, l'utilisation du partogramme est loin d'être systématique par manque de fiches ou manque de 'temps'
- les mécanismes de suivi du plan SONU ne sont pas clairs
- manque de collaboration avec les communautés pour établir des systèmes de transports ou pour motiver les femmes afin d'accoucher dans les structures de santé
- Certains intrants en santé maternelle ne sont pas disponibles au niveau des CSB. – Il y a avait de l'ocytocine dans toutes les structures visitées. mais pas toujours gratuitement (selon la provenance) Par contre il n'y avait pas de sulfate de magnésie.

La maternité Marie Stopes Madagascar de Tuléar a délivré gratuitement aux femmes les plus défavorisées, des services de maternité sans risque (MSR) comme des consultations pré natales (CPN), des échographies, des analyses et des accouchements (voie basse et OC). Cette action répond aux besoins des populations vulnérables mais reste ponctuelle, et crée des attentes auxquelles les services de santé ne peuvent pas répondre¹⁴⁵.

¹⁴⁵ Rapport annuel Marie Stopes 2010

Tiers payant : En 2008 et 2009 le FNUAP a contribué à la mise en œuvre du système tiers payant (STP) dans la zone de Sud Est de Madagascar (fond de prise en charge universelle pour les soins obstétricaux et néonataux et d'urgence) en appuyant la prise en charge des urgences obstétricales et néonatales par le système tiers payant. Plusieurs femmes malgaches ont bénéficié d'accouchements gratuits à travers de cette initiative. Toutefois les données chiffrées ne sont pas disponibles de façon systématique. De plus la mise à l'échelle du système tiers payant n'a pas été possible due au manque des ressources financières.¹⁴⁶

Autres activités :

- En 2010 le FNUAP en collaboration avec l'OMS a appuyé le dépistage et la prévention du cancer du col de l'utérus dans au niveau de 5 districts dans 5 régions avec la mise en place de 35 centres de dépistage dont 4 centres de cryothérapie, la formation de 85 agents de santé formés au dépistage et 200 agents communautaires formés pour sensibiliser. Entre 2007 et 2011 des dépistages ont été effectués auprès de 7600 femmes. Des lésions précancéreuses ont été dépistées auprès de 8% des femmes examinées et des cryothérapies effectuées auprès de 49% d'entre elles.
- Fistule obstétricale : Le FNUAP a collaboré avec le Ministère de la Santé et des ONG (SALFA) en ce qui concerne le dépistage, le traitement et la réinsertion des femmes souffrant de fistules obstétricales. En 2008, le bureau pays a initié la prise en charge d'une dizaine de fistuleuses au niveau de 2 hôpitaux confessionnels et de réaliser également un film pour le plaidoyer. Les résultats obtenus ont été très encourageant car 90% des cas ont été totalement réparés. En 2009, 10 médecins (6 publics et 4 privés) ont été formés en chirurgie réparatrice de fistules obstétricales, et par la suite, 29 fistuleuses ont été réparées avec l'appui du FNUAP durant l'année 2009.
- Le nombre de centres de traitement est de 6 en 2010 et le nombre de femmes traitées et bénéficiant de réinsertion sociale est de 100 en 2010.¹⁴⁷
- En 2011 une campagne a été organisée pour traiter les fistules obstétricales : 104 femmes ont été opérées au CHRR. La campagne a permis la formation de chirurgiens (3 chirurgiens de l'hôpital) et de sages femmes (formation théorique et pratique). Le FNUAP a financé la campagne : réhabilitation de la maternité et du service d'urgence ; réhabilitation également du bloc opératoire, mais il n'est pas opérationnel (le devis ne prévoyait pas l'adduction d'eau), fourniture de matériels et consommables (kits d'accouchement et kits d'OC, parfois, le petit matériel était manquant). MSIS s'est occupée du recrutement des femmes souffrant de fistules et la CRM s'est occupée de l'hébergement. Pendant la campagne fistule, 2 experts internationaux ont assisté les chirurgiens de l'hôpital ; ont apporté leurs "boîtes à fistules" (matériel de "réparation") puis sont repartis avec leurs boîtes. Le FNUAP avait promis des boîtes : à ce jour elles n'ont toujours pas été fournies.¹⁴⁸ Pas de bloc non plus pour opérer les "fistuleuses" qui se présentent ne peuvent être prises en charge que si le bloc des urgences est disponible. En mai 2012 une mission conjointe entre la consultante SM FNUAP et la direction de la santé de la mère et de l'enfant (Ministère santé) a été organisée pour le suivi des résultats de la campagne. Une évaluation, effectuée en août 2011, a observé que la campagne a permis de traiter avec succès 66 FFO soit 63,46% des FFO traitées. Des réparations au nombre de 15 ne sont que partiellement réussies soit 14,42%. On a enregistré 23 cas d'échecs de traitement soit 22,11%.¹⁴⁹
- La première campagne nationale de 30 jours pour l'éradication de fistules obstétricales (FO) a permis la sensibilisation de la population vulnérable (environ 4 millions de femmes en âge de procréer), la formation de 14 médecins en chirurgie réparatrice pour les FO, et le développement d'un film documentaire sur la campagne.
- En 2011 le FNUAP a financé l'élaboration de la stratégie nationale pour l'éradication de fistule obstétricale qui a été validée.

¹⁴⁶ COAR 2009

¹⁴⁷ Rapport conjoint FTSR. Ce rapport cite le nombre de 80 également.

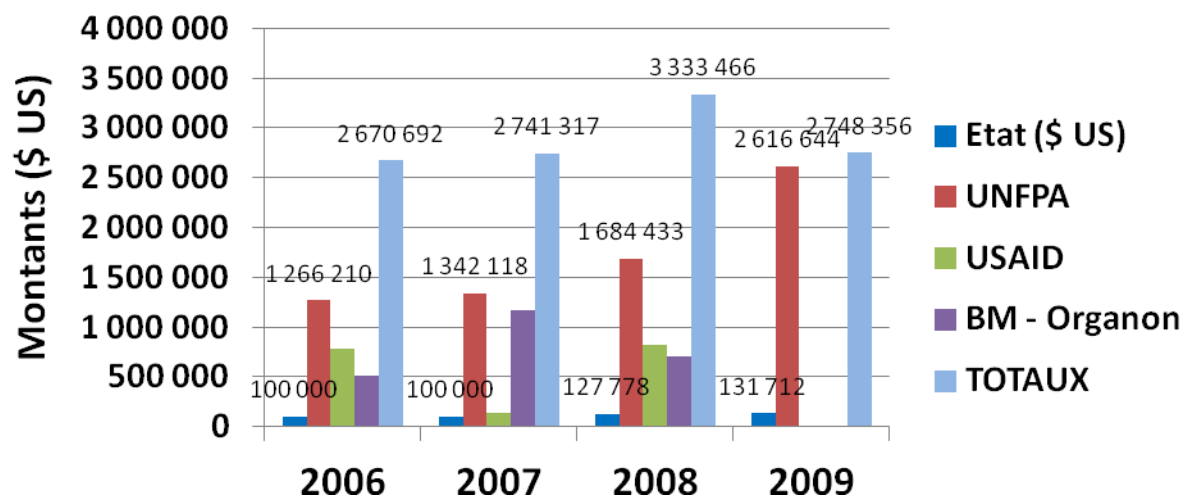
¹⁴⁸ Entretien avec les prestataires formés

¹⁴⁹ Ministère de la Santé Publique, UNFPA, *Évaluation de la campagne pour l'éradication de la fistule obstétricale à Madagascar, rapport d'évaluation*, Août 2011

Planification familiale

Depuis 2009, le Programme mondial pour améliorer la sécurité d'approvisionnement en produits de santé reproductive (PMSPSR/GPRHCS) a soutenu la majorité des activités menées par le Ministère de la Santé dans le domaine de la SPSR, y compris le soutien et la supervision des activités de routine des départements impliqués dans ce domaine. En raison des contraintes financières dues à la situation politique actuelle, le ministère de la Santé n'a pas de budget pour financer ses activités et repose en grande partie (sauf pour les salaires de base et les frais d'exploitation) sur l'appui du FNUAP. De fait, les coûts de fonctionnement des ministères Ministère de la santé traitant de la SPSR sont fournis par le FNUAP à travers le paiement direct de toutes les activités.

Contribution des partenaires en complément de celle de l'Etat dans l'achat des contraceptifs par rapport aux besoins nationaux (Source : MINSAN/DSMER)



Le programme mondial a apporté des contributions importantes dans la fourniture de produits PF (les seuls contraceptifs disponibles dans le secteur public sont ceux fournis par le FNUAP) et dans le renforcement des capacités, avec la majeure partie des fonds du programme mondial dépensés sur les produits. 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), le préservatif (moins de 1% de la valeur totale), et peu de DIU (seulement 0,1% de la valeur totale). Le renforcement des capacités a inclus les travaux sur SIGL (CHANNEL) et le renforcement du système d'approvisionnement national (SALAMA).¹⁵⁰

L'appui du FNUAP en ce qui concerne la planification familiale a été intensifié par l'introduction du programme mondial en 2008 et s'est traduit par des interventions à différents niveaux :

¹⁵⁰ HLSP, Mid term review of the UNFPA Global Programme to Enhance Reproductive Health Commodity Security (GPRHCS), Madagascar case study, 2011

- l'appui au développement du 'Plan Stratégique de Sécurisation des Produits de Sante de La Reproduction 2008 – 2012'
- l'approvisionnement en contraceptifs (voir ci-dessus),
- l'appui au système logistique à travers un soutien à la Directeur 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) qui vise à renforcer le système d'approvisionnement et à intégrer tous les intrants de santé
- Différents manuels ont été développés : un manuel de quantification des besoins en intrants de santé qui a été utilisé comme document de référence lors des séances de quantification ; un manuel de gestion logistique pour le niveau de district et un autre pour les formations sanitaires (traduits en malagasy) ; un guide supervision
- l'appui aux stratégies avancées en planification familiale avec entre autre l'élaboration du 'Guide D'orientation sur l'Organisation de Stratégie Avancée en Planification Familiale, 2011

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.

Le FNUAP a en outre appuyé SALAMA en mettant à sa disposition des ordinateurs, des motos pour les antennes de la centrale et a planifié la dotation en camion 4X4 pour le transport des intrants de Santé dans les zones difficiles d'accès et des équipements pour la manutention. Des formations ont été organisées et permettront à SALAMA de mieux gérer les intrants de santé et de quantifier les besoins du pays en intrants de santé de qualité. D'autres appuis en termes de développement de progiciel de suivi des distributions des intrants sont en cours.

En 2008 le logiciel de logistique de produits SR, CHANNEL, a été introduit pour la gestion des intrants de santé. CHANNEL, a été implanté au niveau des districts, en 2009 :« *L'année 2009 a vu la mise à l'échelle de l'utilisation de CHANNEL et le renforcement du système logistique des produits SR à travers le renforcement de capacité de personnel de santé de 22 Régions et de 111 districts, la dotation en matériels informatiques et l'approvisionnement en produits de SR.* »¹⁵¹ :

- Formation sur le software de gestion des intrants de santé CHANNEL au Sénégal en 2008
- 36 responsables formés sur l'utilisation du software CHANNEL en 2008
- Formation des 22 Responsables Régionaux de la Gestion des intrants de Santé en gestion logistique et en utilisation du logiciel CHANNEL, en juin 2009
- Formation de 299 personnes en utilisation du logiciel CHANNEL en utilisation du logiciel CHANNEL dans les 111 districts des 22 régions (entre 2 et 3 personnes par district : médecin, responsable SR, PhaGDis or PHANOME)
- Elaboration du Plan Opérationnel sur l'utilisation de CHANNEL Novembre 2010
- Outils de collecte de données logistiques conçus et validés
- Réactualisation des Manuels de gestion des Intrants de Santé et des Finances dans les PHAGDIS et PHAGECOM, avril 2009 et traduction en version malagasy et multiplication de 3400 exemplaires pour les gestionnaires et les prestataires de services à tous les niveaux en 2011
- Implication et orientation de 22 responsables régionaux de la gestion des intrants et orientés (22 Directeurs régionaux de la santé Publique ainsi que les 112 médecins inspecteurs en utilisations de CHANNEL en 2011.
- Dotation des 22 Responsables Régionaux de la Gestion des Intrants de santé en matériels informatiques (ordinateurs complets), 10 en 2010 et 12 en 2011. Une

¹⁵¹ COAR 2009, p.4

convention de collaboration avec le Département du Système d' Information (DSI) a été signée pour la maintenance et pour la bonne marche des matériels informatiques octroyés par le FNUAP. Réalisation de l'Enquête sur l'évaluation périodique du système logistique et d'approvisionnement dans les 22 régions, décembre 2010

- Voyage d'études et visite du port de Toamasina sur le processus d'embarquement et d'enlèvement des Intrants de Santé
- Le logiciel est aussi utilisé au niveau de trois ONG (FISA, SALFA et SAF/FJKM)¹⁵². La supervision Channel a été réalisée dans 11 régions sur 22 (soit 50%)

Cependant es défis importants ont été identifiés dans la mise en œuvre :

- *Importation des données des districts par CHANNEL du niveau central ;*
- *Implication des Directeurs régionaux et des médecins chefs de districts dans l'utilisation et le suivi de CHANNEL aux niveaux décentralisés ;*
- *Mobilité fréquente des personnels impliqués dans la mise en œuvre du plan stratégique en SPSR ne permettant pas une appropriation des interventions planifiées*
- *Non fonctionnalité des comités logistiques SR/PF mis en place, surtout aux niveaux décentralisés ;*
- *Inexistence d'un plan de suivi/supervision intégré pour le suivi de la gestion logistique des produits de santé de la reproduction. »*¹⁵³(COAR 2009, p.17)

Auxquels doivent s'ajouter des pannes fréquentes des ordinateurs (dues aux conditions d'utilisation et aux utilisateurs). Des actions palliatives ont été mises en place, une convention (en 2010) avec la Service Exploitation et Maintenance (SEM) du Ministère de la Santé (assistance matérielle et maintenance) et des« *Formations sur l'utilisation du logiciel Channel pour les médecins inspecteurs, les responsables SR et les directeurs régionaux de santé pour améliorer la qualité de rapports en SR et surtout éviter la rupture des stocks en intrants SR et PF au niveau des formations sanitaires* »¹⁵⁴

Le service de l'exploitation et de la maintenance informatique au sein de la DSI estime que 25% du parc informatique est fonctionnel en 2012. Ce constat est cohérent avec la situation relevée pendant la mission de terrain au niveau des sous-bureaux de Tuléar et de Sofia : 2 districts sur 9 disposent d'un poste informatique dédié à Channel fonctionnel dans la région sanitaire de Tuléar ; le poste Channel au niveau de la DRS de Sofia en panne depuis des mois.

Cette situation est liée à

- la fragilité du matériel (relativement bas de gamme), onduleurs compris, notamment par rapport à la mauvaise qualité du courant électrique ;
- aux erreurs de manipulation des utilisateurs (manque de formation initiale) ;
- aux conditions d'utilisation (locaux non aménagés) ;
- à l'absence d'antivirus.

Les pannes matérielles les plus fréquentes concernent les cartes mères (oxydation accélérée sur le littoral à l'est), le bloc alimentation et les ventilateurs (à l'ouest). Les pannes logicielles sont nombreuses, liées à l'absence d'antivirus alors que les postes ne sont pas sécurisés.

Le dispositif de maintenance a été mis en place au sein de la DSI mais dispose de moyens très insuffisants pour remplir ses missions et notamment pour entretenir les 111 postes (Dell) livrés en 2010 aux services de santé de district sur un financement du FNUAP.

Le Service de l'Exploitation et de la Maintenance Informatique (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). En principe, une mission par trimestre serait nécessaire ; seulement 2 par an ont pu être réalisées en 2010 et 2011 (aucune jusqu'à mi-2012). Ce déficit de mission est lié à la fois à la lenteur des procédures du FNUAP pour lancé les missions et du faible niveau de motivation des agents avec des indemnités des missionnaires (18\$/jour) et des frais de mission jugés trop faibles (non indexés).

¹⁵² Entretien avec le personnel FNUAP

¹⁵³ COAR 2009, p.17

¹⁵⁴ COAR 2011, p.29

La couverture de 75% des districts couverts par une mission de maintenance n'implique pas que 75% des postes soient fonctionnels : ils sont susceptibles de retomber en panne très rapidement dans la mesure où les conditions d'utilisation ne sont pas modifiées. Dans quelques cas, les services eux-mêmes amènent les postes en panne au service central pour réparation à l'occasion de missions à la capitale.

Le taux de rapportage pour CHANNEL est estimé à 15-20% par la DSI ¹⁵⁵ (confirmé par la mission de terrain à Tuléar où Channel est fonctionnel dans seulement 2 districts sur 9), ce qui enlève beaucoup de son utilité au dispositif. Les difficultés identifiées en 2009 ont largement perdurées et ont amené un surcroît de travail (de saisie et de validation) au niveau des districts. Le parc d'ordinateurs dédiés à Channel manque d'entretien, le service ne disposant pas des ressources financières pour effectuer plus de 2 missions par an sur le terrain. Des données spécifiques permettant de savoir si CHANNEL est fonctionnel dans tout le pays ne sont pas disponibles. L'estimation du SEM est que 75% du parc n'est pas fonctionnel à des degrés divers (confirmé lors des missions de terrain à Tuléar et Antsohihy)

Dans les districts quick wins il est rapporté que CHANNEL est fonctionnel dans 70 % des districts (voir les tableaux ci-dessous). Toutefois ces données sont compilées par les MAS qui n'ont pas accès aux districts et les informations recueillies lors de la visite des régions durant l'évaluation ne correspondent pas toujours aux informations compilées ci-dessous

Nombre de districts dans la région où l'Ordinateur fourni pour Channel est fonctionnel

Régions (Nombre de districts)	2008	2009	2010	2011
Androy (4)	-	4	4	4
Anosy (3)	-	1	1	2
Atsimo Andrefana (9)	-	-	9	8
Atsimo Atsianana (5)	-	5	5	5
Sofia (7)	-	7	7	5
Vatovavy Fitovinany (6)	-	5	4	6

Nombre de districts dans la région où Channel est fonctionnel (Channel est utilisé pour la gestion des stocks et pour les commandes d'intrants)

Régions (Nombre de districts)	2008	2009	2010	2011
Androy (4)	-	1	2	3
Anosy ¹⁵⁶ (3)	-	0	0	0
Atsimo Andrefana (9)	-	-	9	8
Atsimo Atsianana (5)	-	0	2	2
Sofia (7)	-	7	7	5

¹⁵⁵ Direction des Systèmes d'Information – Ministère de la Santé Publique

¹⁵⁶ L'intégration de tous les intrants de santé dans CHANNEL n'est pas encore effective pour tous les districts. Pour Betroka, seuls les produits contraceptifs sont gérés et commandés à partir des données du Channel.

Vatovavy Fitovinany (6)	-	5	4	6
-------------------------	---	---	---	---

Lors de la visite terrain, il a été noté que les personnes formées en CHANNEL ne disposent pas d’une formation adéquate pour utiliser les machines, ou ne disposent pas du temps nécessaire à la saisie des données. Parfois la personne formée n’est pas celle qui est censée utiliser le logiciel. Les coupures d’électricité dans certaines régions et l’absence d’accès à internet¹⁵⁷ sont d’autres facteurs limitant. Les rapports sont habituellement très en retard. Il a été rapporté que les commandes sont donc faites manuellement. Le dispositif de suivi et de programmation du FNUAP ne fait pas mention de ces difficultés depuis 2009.

L’évaluation à moyen terme du programme mondial 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’utilisent.¹⁵⁸

Une réorientation stratégique a été arrêtée en juin 2012 qui comporte l’amélioration des fonctionnalités du logiciel Channel (sur appel d’offres de la Direction du Système d’Information), une réorganisation et surtout l’institutionnalisation du dispositif par arrêté et notes de service. Il est attendu en particulier que les résultats au niveau de Channel soient pris en compte dans l’évaluation annuelle des médecins inspecteurs et des directeurs régionaux ce qui identifie bien rétrospectivement les responsabilités.

Des évaluations annuelles¹⁵⁹ ont été menées en ce qui concerne la sécurisation des intrants de santé. Ces évaluations, ne permettant pas de comparer les résultats d’une année sur l’autre car elles utilisaient des méthodologies différentes. Elles ont toutefois permis d’obtenir des données suivantes :

	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 les injectables et contraceptifs oraux)	4% pour contraceptifs oraux et 6,3% pour les injectables 20% des FS en rupture de stock 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%

¹⁵⁷ Le FNUAP a mis en place un projet pilote de fourniture d’un modem avec crédit prépayé dans 50 districts (10 Mo/mois, 55 000 Ar/trimestre) qui donne de bons résultats.

¹⁵⁸ HLSP, Mid term review of the UNFPA Global Programme to Enhance Reproductive Health Commodity Security (GPRHCS), Madagascar case study, 2011

¹⁵⁹ 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 sante 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 Sante à Madagascar, Décembre 2011

En 2009 la cause principale des ruptures de stock avancée par les responsables de points de prestation de services (PPS) était la rupture de stock au niveau du PhaGDis. EN 2011, l'absence de personnel formé pour l'offre de service PF (essentiellement le DIU et l'implant), la commande non honorée par les PhaGDis et la commande non effectuée sont les principales raisons de non disponibilité et de rupture de stock des produits PF dans les formations sanitaires. –Il a été observé des ruptures de stock de depoprovera dans le sud qui sont la conséquence de difficultés d'approvisionnement au niveau central (SALAM A n'a pas été livré) ainsi que des difficultés de recouvrement des coûts de transports (les SSD éprouvent des difficultés pour honorer leurs engagements vis-à-vis de SALAMA).

Lors du 5ème programme le FNUAP a appuyé le développement d'outils visant à renforcer la formation des agents de santé en insertion de DIU et des agents de santé communautaire en SR.

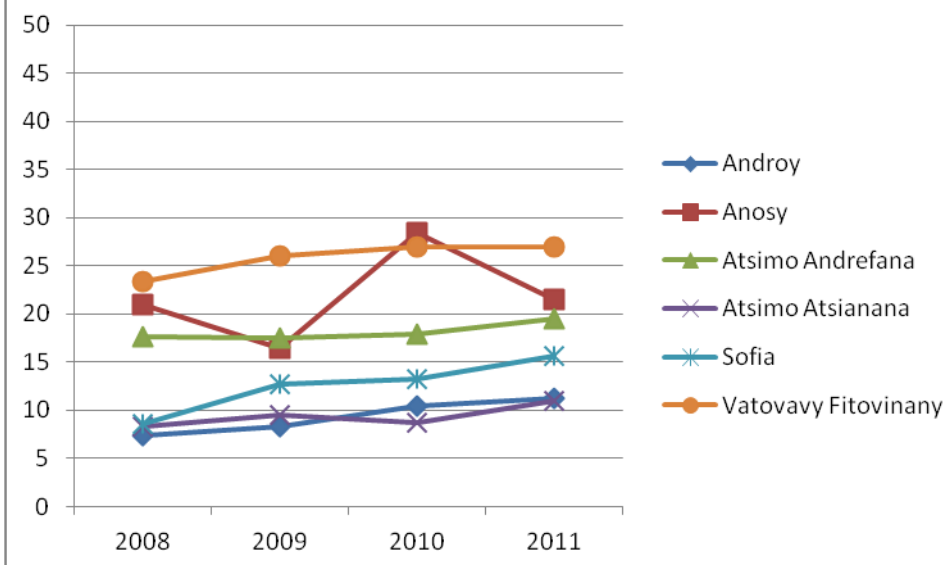
- Carnet de stage pour participants : formation en planification familiale contraception par DIU avec différents modules incluant le counseling (2006)
- Manuel du formateur : formation en planification familiale contraception par DIU avec différents modules incluant le counseling (2006)
- Manuel de référence : formation en planification familiale contraception par DIU avec différents modules incluant le counseling (2006)
- Guide pratique en planification familiale intégrée à l'intention des agents de santé (2007)
- Guide pour la santé de la reproduction à l'intention des agents de santé de service à base communautaire ASBC (version Malgache)

Le FNUAP vise à étendre l'offre des méthodes de longue durée particulièrement l'implanon dans les districts d'intervention. Le nombre des agents de santé formés en Implanon et en DIU par district varie d'une région à l'autre ainsi que le nombre de nouveau sites offrant des implanons.

Formations en Implanon et en DIU dispensées pour les AS des régions Quick Wins de 2008 à 2011

	Androy	Anosy	Atsimo Andrefana	Atsimo Atsianana	Sofia	Vatovavy Fitovinany
Nombre de personnel formés en Implanon	52	31	32	55	47	35
Nombre de nouveau site ouvert en Implanon	22	27	21	53	45	35
Nombre de personnes formées en insertion DIU	-	-	-	-	10	-

Taux de couverture contraceptive (%) dans les régions quick wins



L'offre de services PF s'est accrue avec un approvisionnement amélioré en produits contraceptifs, une diversification de l'offre avec l'introduction de l'implanon et les méthodes de longue durée (minilap et vasectomie) proposées lors de stratégie avancée mise en œuvre par différents partenaires tels que Marie Stopes Madagascar.

Les services de Stratégie Avancée de MSM fournissent leurs services aux plus défavorisés dans 160 communes de 7 (régions Atsimo Andrefana, Anosy, Androy, Vatovavy Fitovinany, Atsimo Atsinanana, Sofia et Betsiboka) visent à offrir des services de planification familiale de proximité, plus particulièrement, aux couches défavorisées et vulnérables. Les clients reçoivent ainsi gratuitement des services de planning familial en Méthodes Longue Durée et permanente, est aussi réalisée le suivi des femmes enceintes grâce à des consultations prénatales (CPN) gratuites.

Un guide d'orientation sur l'organisation de stratégie avancée en planification familiale a été élaboré avec la DSME en 2011 détaillant les étapes :

- Etape 1 : Orientation des responsables de régions et district sur l'organisation de la stratégie avancée en utilisant le guide (l'équipe SDSP Service de District de Santé Publique et l'équipe DRSP Direction Régionale de Santé Publique)
- Etape 2 : Orientation des agents communautaires et organisation des activités (COSAN);
- Etape 3 : Sensibilisation des chefs Fokontany sur la tenue des séances de stratégie avancée et forte CCC avec des messages adaptés localement
- Etape 4 : Séance d'offre de service de Planification familiale

Le programme de Stratégie Avancée a permis de contribuer à l'augmentation du taux de couverture contraceptive dans les régions d'intervention. « La réalisation des objectifs dépendent de la méthode, le DIU et ligature des trompes sont en baisse surtout dans certaines régions comme l'Androy. Tandis que l'implant, malgré une courte période de

rupture, a dépassé les objectifs prévus. La réalisation des objectifs dépendent de la méthode, le DIU et ligature des trompes sont en baisse (par rapport à l'année précédente) surtout dans certaines régions comme l'Androy. Tandis que l'implant, malgré une courte période de rupture, a dépassé les objectifs prévus. »¹⁶⁰

Résultat stratégies avancées 2011 – Marie Stopes Madagascar

	Objectif Initial	Réalisation Finale	%
DIU	2760	1554	56%
Vasectomie		2	
Ligature	1860	882	47%
Implanon	3660	4554	124%

Cette stratégie aide au développement de Partenariat Public - Privé (rapportage programme et approvisionnement au niveau des formations sanitaires) et avec les autres programmes (Collaboration avec Sante Net II¹⁶¹ pour référer des femmes). Toutefois la couverture des stratégies avancées est difficile à évaluer et certaines lacunes ont été notées telles que la coopération avec les CSB qui ne fournissent pas toujours le suivi et la prise en charge des clients, ou parfois les équipes se déplacent pour juste une intervention de minilap, ce qui n'est pas coût efficient.

Le projet « Total Marketing Initiative » débuté en 2010 par une étude financée par Program for Appropriate Technologie in Health (PATH), Reproductive Health Supplies Coalition (RHSC) et Marie Stopes International dans plusieurs pays d'Afrique. Elle a été mise en œuvre à Madagascar par Marie Stopes Madagascar et le bureau de pays de FNUAP avec l'appui de Futures Group. L'étude doit informer le développement d'une approche 'total market' qui vise à accroître le rôle du secteur privé dans la distribution des produits contraceptifs et l'offre des services de planification. L'étude a permis « d'analyser l'évolution de la politique de la planification familiale (PF) à Madagascar, d'analyser l'équité en matière de planification familiale et la segmentation du marché en produits contraceptifs à partir du document de l'EDS 2008-2009, de démontrer l'importance de l'apport du secteur privé dans le marché des produits contraceptifs, de mettre en exergue le partenariat public privé et de faire ressortir les meilleures pratiques en planification »¹⁶²

La gratuité des services de planification familiale (mise en place en 2007) a certainement amélioré le taux d'utilisation de la contraception comme le démontre l'évolution de la demande de planification familiale dans le secteur public entre 2004 et 2009.¹⁶³ Néanmoins une analyse de la situation réalisée en 2009 a reconnu l'importance de se concentrer sur l'élargissement des méthodes à long terme ou permanente. Un quart des femmes mariées aimeraient limiter ou arrêter de procréer. Pourtant, presque toutes ces femmes utilisent soit des méthodes temporaires ce qui place un lourd fardeau sur elle mêmes et le système de santé pour leur réapprovisionnement ou qui ont recours à des méthodes traditionnelles moins efficaces se plaçant au risque d'une grossesse non désirée.¹⁶⁴

Lors des discussions de groupe il est apparu que de nombreux problèmes sont liés à l'activité counselling des agents de santé offrant les services de PF, les effets secondaires

¹⁶⁰ Rapport final 2011 MSM

¹⁶¹ Programme USAID

¹⁶² Reproductive Health Supplies Coalition, FNUAP, Marie Stopes International, Récapitulation des Résultats de l'Etude « Total Market Initiative », 2010

¹⁶³ Idem

¹⁶⁴ Madagascar Country Profile: Status of Family Planning, UNFPA and Engender Health, May 2009

sont une raison importante d'interruption de la contraception. Il est aussi apparu que le pouvoir décisionnel n'est pas entre les mains des femmes et malgré leur désir d'utiliser des méthodes de PF elles n'osent pas à cause de la crainte de leur mari et ne peuvent souvent utiliser le planning familial sans l'accord de leur famille (père, mari, belle-mère...). Ceci est confirmé par un écart important dans le nombre idéal d'enfants préférés par les hommes (5,4) et les femmes (4,8). Enfin le désir de grandes familles est très présent parmi les femmes rencontrées. Une barrière importante à l'utilisation de la PF est que les femmes perçoivent des attitudes communautaires négatives.¹⁶⁵ Certaines femmes ne peuvent prendre le repos nécessaire après une intervention minilap car elles doivent subvenir aux besoins de leur famille.¹⁶⁶

Sensibilisation

Des supports IEC pour des activités de sensibilisation en SR ont été produits avec l'appui du FNUAP: des bandes dessinées, des affiches, des panneaux muraux, des calendriers de poche, des polos, cartables et casquettes bob. Les activités de sensibilisation sur des services SR/VIH/PF ont été menées lors de différentes campagnes (FO, SRA) :

- lors des différents événements socioculturels, journées ou semaine de la santé et à travers les diffusions des messages de SR (notamment de MMR, PF et IST/VIH) au niveau de l'audio-visuel : les stations de radio et de télévision nationales et régionales.
- Concernant l'appui à la demande, 200 partenaires communautaires ont été formés en Maternité à Moindre Risque (MMR) et que 30 Accoucheuses traditionnelles et 230 Animateurs communautaires (publics, privés) sont formés en IEC et MMR en 2009.
- Dans le but d'atteindre les populations rurales, 190 agents de santé et 988 agents communautaires ont été formés pour sensibiliser la communauté sur l'utilisation des services de santé de la reproduction dans six régions à faible performance en 2010.¹⁶⁷
- Les Unités Mobiles Vidéo (UMV) ont été utilisées pour organiser des séances de communication pour le changement de comportement en faveur des populations rurales et celles vivant dans les zones enclavées. De même un documentaire sur les références obstétricales, les accouchements assistés par un personnel qualifié et de nombreux spots sur la Maternité Sans Risque (accouchement institutionnel) et la Planification Familiale (méfaits des enfants nombreux, gratuité des contraceptifs) ont été réalisés.¹⁶⁸

Il est particulièrement difficile d'apprécier les résultats de ces interventions dans la mesure où peu d'informations sont disponibles quant aux stratégies adoptées, à la sélection des groupes cibles et au processus de définition des messages dans les supports visuels qui ont été produits avec le soutien du FNUAP ou lors des animations soutenues par le FNUAP. En outre les données concernant la couverture de ces activités ne sont pas disponibles et aucune évaluation de l'effet des activités de sensibilisation n'a été effectuée.

Malgré une prise de conscience de la planification familiale, de grandes lacunes subsistent dans la connaissance de la planification familiale. Près de 20 % des femmes ne peut pas nommer une seule méthode moderne de planification familiale. Les campagnes de communication ne ciblent pas spécifiquement des groupes de population ayant un faible niveau de connaissance concernant la planification familiale et la santé sexuelle et reproductive en général. Les messages doivent être ciblés sur les populations marginalisées, comme les hommes et les femmes analphabètes, les adolescents et les populations rurales pauvres.

SRA/HIV

Plaidoyer

- En 2008 la SRA a été priorisée dans la politique générale de l'Etat du Ministère de la Santé. La révision de la politique nationale de santé des jeunes et adolescents et

¹⁶⁵ Madagascar Country Profile: Status of Family Planning, UNFPA and Engender Health, May 2009

¹⁶⁶ Marie Stopes Madagascar, Rapport de Progression Standard, 2011

¹⁶⁷ Rapport conjoint fonds thématiques 2010

¹⁶⁸ Rapport conjoint fonds thématiques 2009

élaboration du plan stratégique pour la SRA avait été planifiée en 2008 et a eu lieu en 2009. Une réunion de concertation de tous les acteurs en matière de SRA a été organisée à Antananarivo pour déterminer les paquets d'activités en SRA et les rôles de chaque acteur avec l'appui du FNUAP.

- Le bureau pays du FNUAP a participé activement au processus de l'élaboration du nouveau Plan stratégique national (PSN 2013 - 2017) de la lutte contre le VIH et le Sida en recrutant un consultant national et en participant dans les différentes réunions technique de préparation et ce en vue de renforcer la prise en compte des adolescents et des jeunes et les populations clés à haut risque dans le nouveau Plan et surtout renforcer l'intégration VIH et SR ;
- Le décret ministériel en application de la loi portant sur la Politique Nationale de la Jeunesse officialise le « comité interministériel pour la jeunesse » qui réunit plusieurs entités gouvernementales œuvrant dans les domaines de la jeunesse et/ou impliquées dans des problématiques liées à la jeunesse. La charte africaine de la jeunesse a été ratifiée à Madagascar. Les partenaires ont reconnu le rôle de leaders de du FNUAP en matière de la santé de la reproduction des adolescents et la promotion des droits des jeunes en général¹⁶⁹
- 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.
- Les représentants des jeunes de Madagascar ont pu participer à la conférence internationale des jeunes à New York et à la Conférence internationale sur l'IST/VIH/SIDA (ICASA) à Addis Abeba. – Les représentants des jeunes ont participé dans le processus d'élaboration du plan stratégique national de la lutte contre le Sida. - Les jeunes font partie de la 'task force' régionale qui coordonne les activités en matière de jeunes dans la localité. Aussi le bureau pays a appuyé la participation de jeunes à l'Assemblée générale de l'AFRYIAN au Burkina Faso, la participation au forum des jeunes en marge de l'ICASA à Dakar Sénégal.
- Les ONG partenaires du FNUAP ont organisé des plaidoyers auprès de certains responsables religieux et directeurs d'établissements scolaires pour l'intégration de service SRA dans les activités médico-sociales¹⁷⁰
- Participation dans les Réseau des partenaires pour l'intégration SR et VIH; Task force jeunes pour la promotion de Life skills; Réseau des partenaires intervenants dans la SRA/VIH et la promotion du changement de comportement en matière de SR/PF et VIH/Sida
- « Le programme conjoint de la lutte contre le SIDA du SNU surtout dans le domaine de prévention co-dirigé par le FNUAP et l'UNICEF a renforcé la couverture d'intervention en faveur des jeunes et cette collaboration a renforcé la complémentarité des actions avec les autres intervenants dans le domaine SRA/VIH ». ¹⁷¹
- EN 2008, les médecins d'appui aux régions ainsi que l'expert en suivi et évaluation mis à la disposition du secrétariat exécutif du Comité national de la lutte contre le sida, ont appuyé les régions dans l'élaboration du plan régional intégré de la lutte contre le Sida.

Intégration des services SRA dans les centres de dépistage volontaire (CTV) et autres centres/formations sanitaires existants

- Un curriculum de formation intégrée SRA/PF/VIH/IST a été élaboré et mis en pratique en 2009. Une formation intégrée en SRA, PF, IST et counselling et dépistage a été dispensée aux prestataires de deux régions en complémentarité de la formation sur le counselling pour les groupes clés à haut risques.
- En 2011 plusieurs partenaires (dont le FNUAP était le chef de file) ont été impliqués dans l'opérationnalisation du concept "service ami des jeunes" par le biais de la mise en œuvre des centre de santé amis des jeunes. Le document sur le concept "centre de santé amis des jeunes" a été validé par le comité interministériel. et est une référence. La validation de ce document a permis de disposer d'un document de référence en normes et standard pour tous les acteurs qui vont intervenir dans le domaine de santé et développement des jeunes

¹⁶⁹ COAR 2011

¹⁷⁰ Rapport de Progression Standard SALFA 2010

¹⁷¹ COAR 2008

- En matière de santé de la reproduction des adolescents un nombre très limité d'agents de santé a été formé en services amis des jeunes (9 agents de santé dans 3 régions quick wins). Le FNUAP a appuyé les cliniques SRA FISA et SALFA toutefois le matériel nécessaire n'a pas été fourni (y compris les préservatifs et le matériel IEC) et les services SR n'ont pas pu être offerts. Certains rapports mentionnent l'accroissement de la fréquentation mais sans données pour appuyer ce constat. Un des facteurs est l'utilisation des cartes de références par les JPE. « *Les résultats de celle-ci sont palpables dans la mesure où des jeunes viennent aux centres munis de ces cartes pour demander des services* »¹⁷²
- Une offre continue des prestations de services cliniques en Counselling, diagnostique et prise en charge des IST avec dépistage des VIH à l'endroit des Jeunes dans les sites d'interventions ont été organisés dans les 22 centres de santé amis des jeunes dont 12 centres sont de cliniques privés et 10 formations sanitaires publiques
- Les données concernant le nombre de jeunes référés dans les structures de santé 'amis des jeunes' n'est pas disponible de façon systématique. « *La collecte des données sur l'impact de la formation des prestataires n'a pas été réalisée. Le programme n'est pas en mesure d'évaluer la fréquentation de ces structures existantes* ». ¹⁷³ Seules certaines données sont disponibles et concernent les nouveaux utilisateurs jeunes en PF, jeunes diagnostiqués pour IST, cas IST jeunes traités, jeunes dépistés du VIH/sida.

Renforcement les capacités dans le domaine de life skills (compétences à la vie courante) y compris les activités génératrices des revenus (AGR)

- EN 2008, 340 jeunes pairs éducateurs (JPE) ont été formés en matière de la SRA/life skills pour stimuler la demande de services SR; des chansons de la lutte contre le SIDA (variétés et chants folkloriques) ont été composées et les agences d'exécution ont utilisé des manifestations culturelles de la localité pour véhiculer les messages de la lutte contre la propagation des IST/VIH-Sida Pour l'offre de services, les prestataires des centres de santé de base des directions régionales de la santé d'Analamanga et de Vakinankaratra ont reçu des formations intégrées en SRA, PFI, PEC IST et counselling et dépistage du VIH. Deux Maisons des jeunes offrent aussi un service de CTV en VIH/Sida et, dans chaque centre il y a un médecin prestataire qui y travaille tous les jours pour accueillir les jeunes.¹⁷⁴
- Le FNUAP soutient les maisons des jeunes au travers du ministère de la jeunesse, SAF, SALFA et FISA. Le soutien observé lors de l'évaluation se traduit par des équipements de loisirs (clavier, baby-foot, jeux de société, ballons...) et parfois du matériel IEC. Des causeries concernant la SR sont organisées dans ces centres de jeunes. Le Ministère de la Jeunesse considère que le FNUAP a beaucoup aidé pour redynamiser la SRA.¹⁷⁵ Lors des visites de terrain il est apparu que la qualité de l'animation varie en fonction des personnes présentes et de leur compétence technique et en animation (parfois ce sont des prestataires de santé ou encore des enseignants)
- La formation des jeunes pairs éducateurs (JPE) est mise en œuvre par le ministère de la santé, jeunesse, SAF, SALFA et FISA (entre 25 et 65 par région dans 5 régions quick wins). Les pairs éducateurs sont sensés faire de visites à domicile afin de disséminer des messages d'information à leurs pairs. Cependant très peu de suivi est effectué (à part par certaines ONG) et aucune information n'est disponible sur le pourcentage de JPE encore actifs à la suite de la formation au niveau central (A Androy 23 JPE étaient encore actifs sur 50 formés dans le centre visité) et sur la qualité des messages disséminés pour ceux qui menaient des activités de sensibilisation. Les JPE interviennent uniquement en zone urbaine et touchent principalement les jeunes scolarisés. « *On ne touche pas la majorité des jeunes ; majorité des grossesses non désirées concernent le milieu rural* »¹⁷⁶ Peu de stratégies ont été définies afin de toucher les jeunes non scolarisés (à part par FISA). Aucune information n'est disponible en ce qui concerne la couverture exacte de ces actions.
- Aucun parents/leaders religieux ont été formés en SRA dans les régions quick wins mais un rapport de 2010 mentionne qu'entre 300 et 500 leaders et pair éducateurs ont

¹⁷² Rapport FISA 2010

¹⁷³ Grandes lignes de réalisation pour 2008 – rapport SRA FNUAP

¹⁷⁴ COAR 2008

¹⁷⁵ Entretien dans les zones d'interventions

¹⁷⁶ Entretien avec les partenaires d'exécution

été formes par le ministère de la santé, jeunesse, SAF, SALFA et FISA sans information quant à la location et le ciblage de ces activités.

- En 2010 le curriculum compétences de vie (paix civismes et environnement) a été harmonisé en collaboration avec l'UNICEF
- 30 formateurs formés en 2011 ont permis la formation de 155 JPE et des formations en SRA et life skills aux JPE régions Anosy et Atsimo Andrefana, en partenariat avec la SALFA, Direction Régionale de la Jeunesse et Loisirs (DRJL)

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

- En 2008 la réponse de la lutte contre le VIH/Sida a commencée à être décentralisée. Les actions qui ont été entreprises se sont déroulées au niveau des régions à travers les prestataires de service de santé, les jeunes pairs éducateurs et les ONG et ce, sous la supervision des médecins d'appui aux régions (MAS). Le bureau a appuyé la tenue de la célébration de la journée mondiale de lutte contre le VIH/Sida dans 8 régions d'interventions en partenariat avec les Unités de coordination régionale de la lutte contre le Sida et les directions régionales de la santé. Des séances de sensibilisation et de et des conférences débat sur les jeunes et le VIH/Sida avec un accent sur la santé de la reproduction et la double protection sur les méthodes PF(y compris l'abstinence) et le VIH ont été tenues dépistage ont été organisées..
- La sensibilisation des responsables régionaux et responsables de conseils communaux sur les liens entre la grossesse précoce et les problèmes de santé sexuelle des jeunes a eu certains résultats avec plusieurs communes qui ont manifesté leurs engagements en donnant/ aménageant des espaces pour les jeunes.¹⁷⁷
- Des activités de sensibilisation ont été menées sur les thèmes de la grossesse précoces et l'IST/VIH et Sida principalement lors d'évènements socio culturels ponctuels : Célébration de la journée mondiale de lutte contre le VIH/Sida, célébration de 110ème anniversaire d'évangélisation et d'action sociale de l'archidiocèse du Nord, rencontres nationales de sport scolaires...¹⁷⁸ Ces activités de sensibilisation consistent en la distribution de bandanas, porte-clés, stylos et sacs bananes et flyers. « *L'organisation d'une campagne sur la vulnérabilité des adolescentes aux grossesses précoces et non désirées dans 3 communes a permis de rallier les différents acteurs au niveau décentralisé et d'avoir leur engagement avec emphase sur les leaders traditionnels. Le succès de la campagne prouve que les jeunes sont capables de mener des activités importantes pour susciter la demande en service SR.* »¹⁷⁹
- Les activités de sensibilisation restent ponctuelles sans faire partie d'une stratégie globale et ne sont pas toujours accompagnées de distributions d'objets promotionnels et les aides visuelles ne sont pas toujours disponibles.
- Le FNUAP a travers les activités mis en œuvre par les agences d'exécution a renforcé la création de la demande et l'accès des jeunes au dépistage VIH. « *Nous avons utilisé les festivals, les événements socio-culturels et des rencontres sportives pour véhiculer les messages et mettre à la disposition de publics de service de counselling et de dépistage. La campagne sur l'utilisation des préservatifs auprès des jeunes et la population en générale a été menée. Le FNUAP a appuyé la réalisation de la campagne sur la SRA dans les écoles Les activités de sensibilisation pour la création de demande en matière de SRA a connu également un développement remarquable* ». ¹⁸⁰

¹⁷⁷ COAR 2008

¹⁷⁸ Rapports des réalisations en SRA

¹⁷⁹ COAR 2011

¹⁸⁰ COAR 2008

Promotion de la participation des jeunes dans les programmes de développement, à travers l'opérationnalisation des conseils des jeunes

Le FNUAP a appuyé plusieurs activités pour stimuler la participation des jeunes comme suit :

- Formation des jeunes en plaidoyer pour qu'ils puissent plaider leurs causes lors de l'élaboration des plans locaux de développement. Le FNUAP a mis en place dans 14 communes des réseaux communautaires des jeunes, une plateforme de discussion pour les problématiques de la jeunesse dans la localité¹⁸¹
- Des supports IEC pour lutter contre la grossesse précoce et pour la sensibilisation des jeunes et de la population en général sur les droits en SR ont été développés.
- Un programme pilote pour le développement des activités génératrices des revenus en attaquant les déterminants économiques de comportement des jeunes en matière de santé a été entrepris en faveur des 20 jeunes défavorisés dans une région. Le FNUAP a appuyé l'évaluation de la phase pilote

Position de la SRA

- De nombreuses activités ont été réalisées au début du 6^{ème} programme en matière de SRA, mais les activités ont diminué au cours de la période concernée entre autres suite au changement de dénomination du ministère pour lequel la problématique jeunes n'était pas une priorité.
- Certaines activités ne s'inscrivaient pas dans les stratégies du CPAP, par exemple le soutien à une ONG locale MAD'AIDS pour regrouper des femmes séropositives ou vivant avec un mari positif pour discuter de leurs préoccupations. La position de la SRA a changé au niveau du bureau pays en 2011. Ceci a été motivé par le manque d'appropriation par le Ministère de la Jeunesse. L'évolution en 2012 est une approche transversale où la problématique jeunes est envisagée comme une problématique plus globale (voir PTA 2012). Les orientations de du FNUAP au niveau mondial ont été prises en compte. Les fonds alloués au Ministère de la Jeunesse en 2012 ont triplé (650 000 USD) et des PTA sont signés pour les 3 composantes (genre, SR, P&D).¹⁸²
- UNICEF est très présent en ce qui concerne les jeunes : module formation des pairs éducateurs a été conçu ensemble ; FNUAP continue de financer une partie de la mise en œuvre pour s'assurer que la question SR ne soit pas perdue en cours de route

CJ.2.2 : Les objectifs définis dans le CPAP pour les situations d'urgence sont atteints (ou en voie de l'être d'ici la fin du programme)	- Types de partenariats établis avec les institutions oeuvrant dans les situations d'urgence - Partenaires formés en SR en situation d'urgence et MISP (paquet de service minimum initial) - Pourcentage des femmes en âge de procréer bénéficiant de kits en situation d'urgence - Le MISP est intégré dans les plans de contingence national et locaux et les ressources nécessaires sont mobilisées	CPAP PTA, rapports Documents stratégiques et politique de santé Entretiens avec l'équipe du FNUAP et les partenaires d'exécutions au niveau central, régional, des districts et des formations sanitaires (public et non gouvernemental) Entretien avec les PTF Discussions avec les bénéficiaires	- Analyses documentaire - Entretiens avec les Responsables au niveau national - Entretien avec des gestionnaires des services de santé et des prestataires à différents niveaux - Entretien avec PTF et ONG - Entretien avec les responsables thématiques de la SR au sein du FNUAP - Discussion de groupe - Observation des services de santé
---	---	--	--

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

¹⁸¹ COAR 2008

¹⁸² Entretien FNUAP

- Le FNUAP appuie le bureau national de la gestion des risques et catastrophes (BNGRC), créé en 2003, qui assure coordination de toutes les interventions en matière de gestion des risques et catastrophes et qui est rattaché au Ministère de l'Intérieur. La collaboration avec le FNUAP principalement en matière de renforcement de la gestion statistique s'est traduit par des dotations en équipement informatique, la gestion d'information et le financement du salaire des webmasters. Le FNUAP a aussi permis obtention de cartographies et données démographique (via INSTAT). Le soutien a été interrompu en 2009 au moment de la crise politique.
- Au sein du BNGRC des groupes sectoriels se réunissent en fonction des besoins ; le FNUAP fait partie du groupe sectoriel protection. Le groupe interministériel de suivi et évaluation reçoit des financements par le FNUAP entre autre des formations par un consultant financé par FNUAP dans plusieurs régions (en 2010).
- La principale contribution du FNUAP est la prise en compte de la SR dans les situations d'urgence ainsi que la distribution des kits et la sensibilisation des acteurs de l'humanitaire en SR (en particulier après de la CRM).
- En 2008 suite au cyclones et inondations, le FNUAP a effectué une dotation en kits SR d'urgence (kits de dignité, kits d'accouchement, kits césarienne) dans 40 centre de santé de base et 9 centres hospitaliers de référence niveau II (laparo césarienne) et la formation des prestataires de ces centres de santé à l'utilisation de ces kits (qui incluait les précautions universelles de prévention du VIH et une prise en charge adéquate des femmes enceintes ou venant d'accoucher atteintes d'IST). Ces formations sanitaires étaient réparties sur l'ensemble des secteurs touchés par les catastrophes selon la cartographie préparée par le Bureau National de la Gestion des Risques et Catastrophes

Plaidoyer pour un l'intégration du DMU (dispositif minimum d'urgence) dans le plan de contingence national et les plans de contingence locaux et renforcement de la capacité nationale dans l'opérationnalisation du DMU

- Un plan de contingence national a été établi en 2007; il est mis à jour chaque année en présence de tous les acteurs du comité de réflexion des intervenants dans les catastrophes CRIC (financement PNUD) et OCHA fournit un appui technique; en 2010 par exemple la priorisation dans la distribution des kits été discuté dans les cas de cyclones avec ou sans inondations. La Croix Rouge Malagasy (CRM) participe aux discussions du plan de contingence national à travers ses GRC (gestionnaires des risques et catastrophes)
- Le Plan de contingence inclut des aspects SR : entre autre la formation en dispositif minimum d'Urgence DMU (formation initiale a été financée par FNUAP en 2011 au Cameroun). 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 gère la distribution des kits.
- En 2009 30 responsables issus de 15 régions de Madagascar de La Croix Rouge Malagasy ont bénéficié d'une formation des formateurs en DMU et GBV en situation humanitaire. Un nouveau centre d'écoute et de conseil juridique (CECJ) ouvert dans la région d'Androy pour travailler en synergie avec les interventions de la composante SR urgences humanitaires.
- En 2010 une formation des formateurs sur le DMU a été organisée afin de constituer un pool de formateurs au niveau national. 25 personnes issues du Ministère de la Santé, FISA (IPPF), Croix Rouge Malagasy, OMS ont été formées. Cela é été suivi par la formation de 110 coordonateurs régionaux et de districts en DMU qui couvrent les 22 régions de Madagascar (prévention de la mortalité maternelle et infantile en situation d'urgence ; coordination des activités en matière de SR et prévention des violences sexuelles)
- Dans chaque région, les coordonateurs DMU interviennent en cas de catastrophe, ils font des plaidoyers ; Il existe au moins 1 coordonateur DMU par district. Toutefois la formation est un module standard et n'est pas toujours très adaptée aux cyclones et inondations (car il a été développé pour des situations de guerre). Aussi il y a des problèmes de financement pour déployer les coordonateur DMU pendant la période des cyclones (janvier à mars). Après la formation des coordonateurs régionaux DMU, il a été demandé que les coordonateurs régionaux établissent un plan d'action, assorti d'un budget ; la coordinatrice régionale CR a transmis le plan mais il n'y a pas eu de suite.
- En 2011 une formation pour la prise en charge psycho-sociale des femmes victimes de viol a été financée par le FNUAP (65 médecins et paramédicaux dans les formations

sanitaires du Nord). Il ya encore des lacunes dans la mesure où les volontaires de la CR ne sont pas formés et il leur est difficile de communiquer avec victimes de viol pour les orienter vers FS.¹⁸³

- Il n'ya pas de suivi proprement dit et le suivi des formations s'effectue durant les situations d'urgence ; par coaching. En 2011 : tous les coordinateurs ont été regroupés.

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

- Le FNUAP collabore avec la Croix Rouge au sein d'un partenariat entre le ministère de la santé, CRM, FISA et FNUAP établi en 2010. L'appui du FNUAP consiste surtout dans la mise en place du DMU (MISP). Toutefois en réalité les conditions de partenariat n'ont pas toujours été respectées car la réalisation des activités n'a pas toujours été effective, les pièces justificatives concernant les dépenses n'étaient pas toujours appropriées et les données attendues n'ont pas toujours fournies. Le FNUAP a placé une chargée de projet SR et Genre au sien de la CR.
- Aussi afin de répondre à la sécheresse récurrente qui sévit dans le sud, un programme conjoint PAM/FNUAP a été initié en 2008. Le FNUAP a fait dotation de matériels et équipements pour 4 CSB et de kits dignité aux femmes cible. Il a appuyé la formation et le suivi des agents communautaires des 5 communes ciblées afin de mobiliser la population à fréquenter les services SR. La collaboration avec le PAM a permis une dotation en ration alimentaire des femmes qui utilisent les services SR.
- En 2009 un partenariat a été signé pour 4 ans entre la Principauté de Monaco et Andorre pour un financement du programme conjoint PAM/FNUAP dans le cadre des crises humanitaires liée à la sécheresse qui sévit dans 3 Régions du Sud (Androy, Anosy, Atsimo Andrefana). En effet, le taux d'insécurité alimentaire dans plusieurs communes de ces Régions est très élevé. L'objectif du programme est ainsi de réduire la vulnérabilité des femmes en âge de procréer à travers l'amélioration de l'accès au service de SSR gratuit et de qualité, la sensibilisation de la population auprès de 15 Communes de 3 Régions du Sud , la distribution de Kit dignité et d'articles d'hygiène pour les Femmes en Age de procréer ayant utilisées les services de SR, la dotation gratuite de fer acide folique pour les femmes enceintes et venant d'accoucher et de la vit A pour celle venant d'accoucher et la distribution des vivres par le PAM.
- Les membres de l'association locale SOMONTSOY, ont été mobilisés afin d'encadrer les agents communautaires et les responsables communautaires pour une meilleure utilisation des services de SR de qualité et gratuit en réponse à la situation de crise humanitaire. Les challenges rencontrés étaient i)la disponibilité à temps des ressources nécessaires, ii)l'accessibilité pour les populations vivant à plus de 10 km des centres de santé et le stockage des kits individuels d'accouchement (dignité, hygiène ...) au niveau des communes, iii)la capacité de l'ONG locale et de la communauté à réagir rapidement en situation de crise, iv) la mesure des résultats (quantitatifs et qualitatifs) dans un contexte de crise.
- En 2010 la réponse commune a été très perturbée par le fait que c'était la première fois que les agences ont tenté de faire une réponse multisectorielle commune à partir d'une évaluation multisectorielle commune. Comme la santé de la reproduction fait partie intégrante du cluster santé la division de travail au sein du cluster a été quelque peu perturbée faute des ressources humaines compétentes¹⁸⁴
- Le FNUAP fournit également kits de dignité, kits d'accouchement, kits césarienne. Lors du cyclone Giovanna, FNUAP a réalisé distribution des kits en région. Le pré positionnement des kits était fait à SALAMA, mais les procédures étaient très lourdes et longuement discutées entre les parties prenantes : Min Santé, FISA, CRM et FNUAP mais des problèmes non résolus ont entraîné des retards de décision au FNUAP. Cela a pris 3 semaines pour acheminer les kits. Il ya eu des problèmes avec la date de péremption des produits; une fois demande transmise à SALAMA, la livraison s'est faite très rapidement. La coordination est très faible en situation d'urgence.
- Lors de la visite sur le terrain il est apparu que les interventions ne sont pas coordonnées avec le médecin inspecteur des districts bénéficiaires en particulier pour la distribution des kits. Il a pu également être observé que cette distribution, si réalisée par des ONG, peut être très aléatoires : kits éclatés. Il a également été noté que le

¹⁸³ Entretiens avec les partenaires d'exécution

¹⁸⁴ Entretiens partenaires techniques et financiers

manque de suivi sur le terrain n'a pas permis de faire en sorte que ces activités soient réalisées de manière effective.			
CJ.2.3 : Les effets des interventions du FNUAP en matière de SR sont susceptibles de durer au-delà de la fin du programme	- Les partenaires s'approprient les interventions initiées avec l'appui du FNUAP grâce à des stratégies de sorties planifiées au préalable - Le développement des capacités de gestion des partenaires est approprié et suffisant pour qu'ils s'approprient les interventions (gestion des services intégrées de SR, système de référence des urgences obstétricales, sécurisation des produits de la SR, opérationnalisation des plans de contingence en cas d'urgence). - Les actions de plaidoyer et d'appui au développement de stratégies sont accompagnées par leur budgétisation et une stratégie de mobilisation de ressources - Une culture de qualité de service est développée parmi les prestataires bénéficiaires de renforcement de capacités grâce à des actions de suivi et de supervision. - Les stratégies de conscientisation et de communication pour les changements de comportement sont planifiées sur la base de faits et font l'objet de suivi et d'évaluation.)	CPAP PTA, rapports Documents stratégiques et politique de santé Entretiens avec l'équipe du FNUAP et les partenaires d'exécution au niveau central, régional, des districts et des formations sanitaires (public et non gouvernemental) Entretien avec les PTF Discussions avec les bénéficiaires	- Analyses documentaire - Entretiens avec les Responsables au niveau national - Entretien avec des gestionnaires des services de santé et des prestataires à différents niveaux - Entretien avec PTF et ONG - Entretien avec les responsables thématiques de la SR au sein du FNUAP - Discussion de groupe - Observation des services de santé
Le gouvernement s'est approprié un certain nombre d'interventions initiées par le FNUAP aussi bien au niveau central qu'au niveau des régions : • Les curricula des formations pré services ont été adoptés par les instituts de formation. Les formateurs ont été formés et du matériel didactique a été fourni ce qui permet une continuité dans la formation. D'autres parts le développement et la mise à disposition de standards et de manuels de supervision au niveau du ministère de la santé sont une première étape vers le maintien de la qualité des services. • SALAMA et la direction de la pharmacie se sont approprié CHANNEL. Au niveau de SALAMA un soutien important a été mis en place pour faire fonctionner le système aussi bien en matériel qu'en formation de personnels à différents niveaux. • Au niveau des régions toutes les activités promues par le FNUAP sont intégrées dans le plan d'action régional. Cependant ces plans ne sont pas toujours approuvés au			

niveau central.

Toutefois l'instabilité politique a entraîné des changements au niveau des responsables dans la fonction publique ainsi que des agents de santé. un grand nombre des personnes qui ont été formées à tous les niveaux avec l'appui du FNUAP sont mutées et remplacées par des personnes qui n'ont pas reçu de formation similaire.

le pays dépend complètement de financements extérieurs d'autant plus depuis la crise de 2009 et les financements publics diminuent régulièrement laisse présager que le gouvernement ne sera pas en mesure de prendre en charge à moyen terme les activités financées par le FNUAP.

Des actions telles que la sensibilisation et de communication pour le changement de comportement ne laisse envisager aucun effet sur le long terme car elles sont planifiées de façon ponctuelle avec aucun suivi ni évaluation cherchant à mesurer les effets de ces actions.

Les partenaires gouvernementaux se sont approprié les plans de contingence développés pour les cas d'urgence.

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 ?

- Les données de base générales (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 PTF de retirer leurs financements en réaction à la crise politique de 2008-2009. À la veille de cette décision, les activités du FNUAP 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 (SIG censitaire, 40 postes de travail informatique de la cellule centrale de l'INSTAT, imprimante A0, photocopieuses) étaient acquis. Le FNUAP a en particulier permis 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. 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 en matière de renforcement de capacité d'exploitation des données statistiques. Cet appui du FNUAP est la contribution la plus efficace et la plus durable au renforcement de la capacité de production et d'exploitation des données.
- L'INSTAT, avec les résultats en matière d'outils et d'assistance technique internationale (CTP) liés à l'appui initial du FNUAP au RGPH, a été en mesure d'utiliser d'autres sources de financement (Unicef, PNUD) pour l'enquête périodique des ménages qui permet notamment de mesurer l'évolution de la pauvreté au niveau national. Les études sectorielles comme l'EDS4 et l'Enquête Périodique des ménages 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, ce qui dénote un manque de compétence et de moyens à l'INSTAT. Le FNUAP aurait pu utilement influencer les indicateurs santé pour obtenir des informations plus pertinentes en matière de la santé de la reproduction et santé maternelle.
- Les données de suivi de l'exécution des programmes de développement (SNISE) également indispensables au plaidoyer pour l'intégration de l'approche P&D n'ont pas été produites, du moins pas dans leur acception initiale et au niveau de qualité requis. L'appui de la 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 initialement prévu de système de S&E. Le plaidoyer du FNUAP lors du cycle précédent a permis d'introduire cette dimension. L'appui a été porté principalement auprès de la DSEP avec la mise à disposition d'un assistant technique et le financement d'équipements informatiques au niveau central (2008, 2011) puis dans 6 directions régionales en 2011. Un appui financier a été mis à disposition pour des formations, l'élaboration et la diffusion du manuel de procédure du SNISE (décembre 2010) et la publication des rapports annuels et de brochures de vulgarisation. Les rapports annuels ont été publiés à ce jour de 2008 à 2011, avec un retard croissant (de quelques semaines à quelques mois), qui sont symptomatique de difficultés croissantes à faire effectivement remonter les informations des plateformes régionales. Les régions n'ont été en situation de tenter de mettre en œuvre le manuel de procédures élaboré par la DSEP du VPEI en 2010 du SNISE qu'à partir de 2011, quand les CCRA ont finalement été mis en place (dans 16 régions sur 22) par arrêté de la région (l'arrêté de nomination des membres du CCRA se fait toujours attendre dans certaines régions). L'essentiel du contenu des rapports annuels du SNISE central jusqu'à aujourd'hui 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 données par le FNUAP en 2009 n'ont pas été mises en pratique jusqu'à là et le personnel formé n'est pour 2/3 d'entre eux plus en poste (réaffectation). Le manuel de procédures et d'organisation du SNISE n'est pas utilisé comme une référence normative, laissant la possibilité d'adaptation au niveau de compétence identifié parmi les participants aux plateformes régionales ; l'agrégation des canevas régionaux sera pour le moins difficile. Les données administratives sectorielles, de programmes et des ONG parviennent difficilement au DRE/CCAR, généralement en retard et souvent indépendamment du format retenu. Au vu des obstacles cumulés, 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 ne seront pas produites malgré l'appui direct du FNUAP au niveau central et l'appui indirect (appui de proximité) au niveau des sous-bureaux. Les contraintes avaient été identifiées par la revue annuelle 2010 mais seules les plus immédiates ont été intégrées au PTA 2011 : L'équipement informatique apporté par le FNUAP au DRE et à la CCAR a été mis à disposition en mai 2012 ; son effet ne s'est pas encore fait sentir (il sera cependant limité par l'absence d'accès à internet des DRE).

- Les capacités et les moyens de plaidoyer des acteurs porteurs de l'intégration de l'approche population et développement n'ont 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 de la VPEI. Elle a bénéficié à partir de 2010 de l'appui de l'assistant technique précédemment en appui à la DSEP (pour la mise en place du SNISE). Cet appui dure jusqu'à maintenant, mais partagé (60/40) à partir de 2012 avec la Direction de la Coopération Économique et des Aides Extérieures. Les actions de sensibilisation sur le lien population et développement proprement dit ont été celles qui rencontré le plus de problèmes de mise en œuvre, avec des revirements stratégiques successifs et, en définitive, le moins d'effets identifiables. Au-delà du partenaire de mise en œuvre, la DMP au sein de la VPEI, les opérateurs et les bénéficiaires-cibles se sont renouvelés pratiquement chaque année : L'Université Catholique de Madagascar, une plateforme d'organisations religieuses (PLEROC) et une « plateforme » de journalistes, l'Institut Malgache des Techniques de Planification (IMATEP), sans lien apparent avec les activités précédentes et avec peu de relation avec la dimension P&D. Les raisons de ce changement de stratégies ne sont pas clairement explicitées dans les PTA et expliquées a posteriori. 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 P&D. 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 réduit leur impact pédagogique et pratique en matière de mise en œuvre effective des liens P&D. Le CPAP prévoyait initialement des études régionales concourant potentiellement à la sensibilisation des décideurs régionaux. Cette initiative a évolué (COAR 2011) vers des études (4) ponctuelles de portée régionale : une étude de la résilience après les catastrophes naturelles (dans 2 régions, réalisée par ISTE en 2011, en cours d'édition), une étude sur les conséquences en matière de SR des jeunes de bal du dimanche (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 jour d'exploitation et de diffusion de ces études qui restent donc sans effet sur le renforcement de capacité en matière de liens P&D. Le seul exercice pratique de planification pendant l'appui du FNUAP est l'élaboration en cours d'un plan de développement national à court terme 2012-2014 par la VPEI. Le document résultant n'intègre pas explicitement les liens P&D et ne développe pas un plaidoyer dans ce sens. Le manque de moyens au niveau central et déconcentré et le déficit de capacité en matière de collecte et de traitement des données administrative continue à constituer un handicap majeur à une planification réellement informée, à jour et intégrant les résultats des programmes passés et en cours (CJ 3.2).
- Les PTA de la composante P&D n'organisent pas de stratégies de sortie. Cette absence peut se justifier par le fait que l'implication du FNUAP dans le domaine P&D est très diversifiée, avec des apports qui ne sont pas vitaux pour le fonctionnement des services (DSEP, DMP) et agences (INSTAT) soutenues. D'autre part, le FNUAP pendant la période sous revue et pour la composante P&D a réorienté de manière significative son appui avec la crise de 2009, de fait abandonnant des activités sans particulièrement de stratégie de sortie. La cessation des activités n'a pas eu d'effet notable sur le fonctionnement des IP, au sein desquelles les ressources du FNUAP ont été réallouées. Les activités délaissées sont revenues à leur niveau de base, généralement rien du fait de l'absence de budget de fonctionnement des services centraux (comme déconcentrés). L'appui du FNUAP est construit cependant de plus en plus sur le long terme pendant la période sous revue. Les activités par nature ponctuelles comme l'appui au RGPH ou au SNISE ont évolué vers le traitement des causes profondes (vieillesse des cadres de l'INSTAT d'une part, absence de culture de suivi-évaluation des Services Techniques Déconcentrés d'autre part), ce qui implique, dans le contexte du pays, un effort de formation au long cours. Cette option s'est affirmée pour l'INSTAT mais reste en suspens pour le SNISE (CJ 3.3).

Critères de jugement	Indicateurs	Sources d'information	Outils/Méthodes de collecte
CJ.3.1 : Les données de base générales (RGPH), sectorielles (EDS, EPM) et de suivi (SNISE) indispensables au plaidoyer pour l'intégration de l'approche population et développement dans les politiques de développement nationales ont été produites	- L'appui du FNUAP a contribué à la réalisation du RGPH et d'enquêtes sectorielles telle l'EDS - L'appui du FNUAP a contribué au développement de capacités d'exploitation et de diffusion des enquêtes nationales générales et sectorielles - L'appui du FNUAP a permis la mise en place des bases de données de suivi des politiques de développement - L'appui du FNUAP a contribué au développement des capacités d'exploitation et d'intégration des données de suivi des politiques de développement	- CPAP, PTA de la composante Population et développement - Rapports de suivi FNUAP - Résultats des enquêtes réalisées (rapports) - Rapports annuels du SNISE - Manuels et guides de procédures - Matériaux de formation - Rapports de formation et évaluation - Rapports d'activités de l'INSTAT et de la DSEP à la Vice-Primature chargée de l'Economie - Tableaux financiers élaborés par les assistants du FNUAP	- Revue documentaire - Entretiens auprès du Bureau National et des sous-bureaux - Entretiens auprès des CTP, assistants techniques et points focaux du FNUAP - Entretiens auprès des directions qui mettent en œuvre l'appui du FNUAP - Entretiens avec les responsables des ministères ou EPIC qui bénéficient de la mise en œuvre Entretiens auprès des services déconcentrés qui bénéficient des appuis
■ 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 PTF de retirer leurs financement en réaction à la crise politique de 2008-2009. « Madagascar a franchi en 2008, une étape décisive dans la préparation de son prochain Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH). En effet, si pendant les phases antérieures, cette opération était considérée par plusieurs partenaires au développement et par des autorités nationales comme une opération budgétivore et non indispensable, en 2008, le Gouvernement a statué clairement que c'est une priorité nationale. Du côté des partenaires, l'année 2008 a vu l'engagement de la Banque Mondiale à financer le RGPH à hauteur de 7 millions de \$US, l'engagement de l'USAID à apporter un soutien à travers le Bureau of Census, l'engagement des Nations Unies (avec comme principal agence impliquée le FNUAP à apporter un soutien conséquent. Il faut signaler qu'en 2008, le Gouvernement a inscrit dans le budget de 2009, environ 1 M\$ pour appuyer le RGPH. Tous les textes officiels (décret et arrêté) relatifs au RGPH ont été mis à jour par le Gouvernement en 2008, le recensement pilote a été réalisé et la date pour le dénombrement exhaustif est officiellement fixée par l'Etat au mois d'août 2009. Toutes ses réalisations sont dues au succès du plaidoyer continu et assistance technique effectués par le FNUAP au niveau du pays. » (COAR 2008, p.1) « Pour ce qui est de la cartographie censitaire, sa réalisation a permis à Madagascar de disposer d'une base de sondage actualisée pour les enquêtes ménages et la mise en place d'un Système d'Information Géographique (SIG) censitaire. » (COAR 2009, p.2) En 2010, le FNUAP a repris son plaidoyer auprès des PTF, et en particulier de la Banque Mondiale, en faveur du RGPH, en même temps qu'il continuait à soutenir la mise en place du SIG censitaire, notamment par la mobilisation d'un CTA (COAR 2010). Il s'est avéré qu'il n'était pas envisageable de relancer le RGPH avant la clarification de la situation politique. ■ A la veille de cette décision, les activités du FNUAP 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 (SIG censitaire, 40 postes de travail informatique de la cellule centrale de l'INSTAT, imprimante AO, photocopieuses) étaient acquis. Le FNUAP a en particulier permis 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. Il n'en reste pas moins que le résultat n'a pas été atteint et que les			

données de base générales sur la population et l'habitat ne sont toujours pas disponibles pour le plaidoyer pour l'intégration de l'approche population et développement dans les politiques de développement.

- L'appui du FNUAP a par contre été en mesure de contribuer à la 4^{ème} enquête démographie et santé 2008-2009, comme prévu dans le CPAP. « *L'EDS fournit des informations sur la fécondité, la planification familiale, la santé de la mère et de l'enfant, les soins pré et post natus, les vaccinations, l'état nutritionnel des enfants de moins de 5 ans et des mères, la mortalité infanto-juvénile, les IST VIH SIDA.* » (COAR 2008, p.17) Les données ont été mises à disposition des décideurs et du public en 2010 pour les résultats de niveau national : « *L'Institut National de la Statistique (INSTAT) a publié en 2010 les résultats de la quatrième Enquête Démographique et de Santé (EDS-IV) de Madagascar à travers des disséminations au niveau national et au niveau de chacune des 22 régions du pays.* » Les résultats de niveau régional ont été finalisés en décembre 2011, soit 3 ans après l'enquête : « *Les activités EDS se sont poursuivies après la publication des résultats au niveau national, pour apporter d'autres éléments de réponse aux demandes formulées par les responsables locaux et régionaux lors de la publication des résultats au niveau des 22 régions.* » (Revue 2^{ème} trimestre 2011, p.2) Ce délai de mise à disposition compromet dans une mesure certaine l'utilité des données publiées, tout particulièrement dans une période où la situation du système de santé et ses dotations de fonctionnement ont été profondément affectées par la crise politique et économique que traverse le pays.
- L'INSTAT, avec les résultats en matière d'outils et d'assistance technique internationale (CTP) liés à l'appui initial du FNUAP au RGPH, a été en mesure d'utiliser d'autres sources de financement (Unicef, PNUD) pour l'enquête périodique des ménages qui permet notamment de mesurer l'évolution de la pauvreté au niveau national. Les résultats de l'enquête ont été mis à disposition en juillet 2011. Comme mentionné ci-dessus (CJ 1.1), le FNUAP aurait pu influencer les indicateurs santé pour obtenir des informations pertinentes en matière de la santé de la reproduction et santé maternelle. Les données collectées en matière de santé n'ont que peu d'intérêt.
- Le renforcement de capacité sur la période de référence en matière d'exploitation et de diffusion des enquêtes nationales générales et sectorielles s'est avéré trop diffus pour être évalué. Les revues annuelles ne fournissent pas d'indicateurs permettant de suivre le développement des capacités : « *Les réalisations majeurs concernent les points suivants : (i) Enquête Démographique et de Santé (EDS), (ii) Integrated Management Information System (IMIS) et (iii) Journée Mondiale de la Statistique/Journée Africaine de la Statistique (JMS/JAS).* » (Revue annuelle 2010, p.9) La principale contribution du FNUAP à ce titre est la présence du CTP auprès de l'INSTAT ; outre qu'elle s'additionne à d'autres interventions plus ponctuelles d'autres PTF, le fait que le CTP n'occupe pas le bureau aménagé pour lui dans les locaux de l'organisation qu'il appuie ne laisse pas augurer un transfert massif de connaissances. Son positionnement au Bureau national du FNUAP a eu des effets positifs mais d'une autre nature que celle initialement envisagée. Les autres actions soutenues par le FNUAP dans ce domaine portent sur la diffusion en 2010 des résultats de l'EDS IV au niveau des régions soutenues. Il ne semble pas que l'EPM ait fait l'objet du même exercice.
- 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 en matière de renforcement de capacité d'exploitation des données statistiques. À partir de 2010, une partie de l'enveloppe allouée initialement au RGPH a été réorientée vers le financement d'un cursus de statistique accessible par concours à l'Institut National de Formation Administrative (INFA). Le cursus est diplômant pour des techniciens en statistique (1^{ère} année) et des techniciens supérieurs (2^{ème} année). À l'issue de la formation, les diplômés sont intégrés dans la fonction publique. L'INSTAT a prévu de recruter les 5 premières promotions (de 20 élèves) pour renforcer principalement ses agences régionales. Au-delà, les directions statistiques des ministères sectoriels et éventuellement l'administration territoriale pourront être renforcées à leur tour. Le cursus a été conçu et est organisé en collaboration avec l'école de statistique d'Abidjan. Deux enseignants de cette école viennent donner les cours structurants et le personnel de l'INSTAT assure des cours sur les statistiques sectorielles, sur la base de données nationales. Le FNUAP soutient également des stages à Abidjan et à Yaoundé pour des formations d'ingénieurs statisticiens en finançant le billet d'avion (mais pas une bourse ; l'État ne proposant plus de bourses, les étudiants et les universités d'accueil trouvent des expédients pour assurer un strict minimum). La 1^{ère} promotion de techniciens est sortie en 2011 et est effectivement en cours d'intégration à la fonction publique avec l'appui de l'INSTAT. Cet appui du FNUAP est la contribution la plus efficace et la plus

durable au renforcement de la capacité de production et d'exploitation des données.

- L'appui de la 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 initialement prévu de système de S&E. Le plaidoyer du FNUAP lors du cycle précédent a permis d'introduire cette dimension. « *L'année 2008 a vu l'adoption par un décret pris en conseil du Gouvernement, d'un Système National Intégré de Suivi et Évaluation (SNISE). Ce système va être utilisé pour suivre le Madagascar Action Plan qui est le document de référence pour la réduction de la pauvreté dans le pays. L'élaboration du SNISE a bénéficié de l'appui technique et financier du Système des Nations Unies avec comme principale agence impliquée le FNUAP. L'application du SNISE a déjà commencé en 2008 à travers la mise en place et le renforcement des capacités des structures au niveau des régions. Le FNUAP a appuyé ces activités dans sept régions parmi les 22 que compte le pays.* » (COAR 2008, p.1) En 2010, il est apparu que le nouveau gouvernement se refusait à prendre le MAP comme référence (COAR 2010).
- L'appui a été porté principalement auprès de la DSEP avec la mise à disposition d'un assistant technique et le financement d'équipements informatiques au niveau central (2008, 2011) et de 6 directions régionales (un PC + une imprimante) en 2011. Un appui financier a été mis à disposition pour des formations, l'élaboration et la diffusion du manuel de procédure du SNISE (décembre 2010) et la publication des rapports annuels et de brochures de vulgarisation. Les rapports annuels ont été publiés à ce jour de 2008 à 2011, avec un retard croissant (de quelques semaines à quelques mois), qui sont symptomatique de difficultés croissantes à faire effectivement remonter les informations des plateformes régionales.
- Les premiers résultats (2008) étaient jugés encourageants : « *Grâce à la mise en place du SNISE, des informations venant des 22 régions remontent au niveau central et sont analysées et utilisées pour la prise de décision. Au niveau des régions, l'utilisation de données pour la prise de décision continue toujours et commence à accroître.* » (COAR 2008, p.18) « *Par ailleurs, le renforcement des capacités des Responsables en Suivi Évaluation et/ou en gestion des données au niveau des Services Techniques Déconcentrés (STD) au niveau des 22 Régions de Madagascar en matière de Planification/Suivi/Évaluation, Gestion Axée sur les Résultats (GAR) et analyse des données a permis de mettre en place une cellule technique de centralisation et d'analyse des données au niveau de chaque Région. Ces cellules permettront la centralisation et la diffusion des rapports périodiques facilitant ainsi la prise de décision pour la réduction de la pauvreté. Signalons que ces cellules seront transformées en plateformes durant l'année 2010. Enfin, notons que les 22 Services Régionaux de l'INSTAT ont été mis en place durant l'année 2009. Ceci a permis le renforcement de la collaboration et de la synergie avec les différents responsables au niveau de chaque Région et de développer ainsi le Système Statistique Régional (SSR).* » (COAR 2009, p.13)
- Les CRCA devaient être institués par arrêté de chacune des régions, sur la base d'un modèle établi au niveau central. La DSAP et le FNUAP ont conduit une action de sensibilisation de longue haleine qui a aboutie en 2010 dans 16 régions. « *DSEP : Les résultats obtenus durant l'année 2010 sont : (i) l'opérationnalité de 16 Plateformes régionales de suivi évaluation sur 22, et (ii) la disponibilité des rapports de mise en œuvre des Priorités régionales, au titre de l'année 2009 pour 16 Régions sur 22.* » (Revue Annuelle 2010, p.9) Les régions n'ont été en situation de tenter de mettre en œuvre le manuel de procédure du SNISE qu'à partir de cette année.
- L'essentiel du contenu des rapports annuels du SNISE central jusqu'à aujourd'hui 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). Ce constat est conforté par le fait que les CCAR n'ont été instituées (par arrêté) qu'en 2010, grâce notamment à un plaidoyer du FNUAP au niveau des régions. Les plateformes régionales et les cellules sont loin d'être opérationnelles à ce jour. Le constat a été porté en juin 2011 par une mission de supervision et confirmé par la mission de terrain (pour Tuléar et Antsohihy). Les formations données par le FNUAP en 2009 n'ont pas été mises en pratique jusqu'à là et le personnel formé n'est pour 2/3 d'entre eux plus en poste (réaffectation). Le manuel de procédures et d'organisation du SNISE n'est pas utilisé comme une référence normative, laissant la possibilité d'adaptation au niveau de compétence identifié parmi les participants aux plateformes régionales ; L'agrégation des canevas régionaux sera pour le moins difficile. Les données administratives

sectorielles, de programmes et des ONG parviennent difficilement au DRE/CCAR, généralement en retard et souvent indépendamment du format retenu (10 réponses sur les 27 membres de la plateforme de Tuléar). L'équipement informatique apporté par le FNUAP au DRE et à la CCAR n'a été mis à disposition qu'en mai 2012 (à Tuléar, par exemple). ▪ Au vu des obstacles cumulés, 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 ne seront pas produites malgré l'appui direct du FNUAP au niveau central et l'appui indirect (appui de proximité) au niveau des sous-bureaux. Les contraintes qui étaient identifiées par la revue annuelle 2010 donnent la mesure des difficultés rencontrées : « <i>Changement en cours de route des modalités de gestion des activités conjointes ; Retard de la mise en œuvre des activités dû à la lourdeur des procédures de déblocage de fonds ; Non clarification des prises en charge des activités ; Chevauchement des activités entre les périodes ; Instabilité des agents formés ; Délai imparti trop court pour le recoupement des données transmises au niveau central ; Insuffisance des prestataires de services locaux répondant aux normes requises par le FNUAP.</i> » (p.10) ▪ L'appui à l'intégration des toutes les bases de données statistiques sectorielle au sein d'une plateforme intégrée (IMIS) a donné lieu à une mission de deux formateurs en 2007 mais a été abandonné par la suite selon la direction de l'INSTAT. Le dispositif s'est avéré rapidement trop complexe et trop demandeur en terme tant de compétences et d'infrastructure informatique au niveau sectoriel comme au niveau de l'INSTAT. L'abandon de cette initiative n'est pas évoquée par le COAR 2009 : « <i>Concernant la gestion de l'information et l'utilisation des données, l'IMIS est en train d'être mis en place avec l'appui de le FNUAP, des administrateurs de la base ont été formés à l'INSTAT, et une liste d'indicateurs à insérer dans IMIS préparée et en cours de finalisation au niveau des 22 Régions du pays</i> » (p.18) ; ni dans la revue conjointe 2010 d'ailleurs.			
CJ3.2 : Les capacités et les moyens de plaidoyer des acteurs porteurs de l'intégration de l'approche population et développement ont été renforcées	- Les acteurs porteurs de l'intégration de l'approche population et développement ont été identifiés et leurs initiatives coordonnées avec l'appui du FNUAP - Des publications adaptées à leur public ont été mises à disposition des acteurs porteurs de l'intégration population et développement avec l'appui du FNUAP - Les initiatives des acteurs porteurs de l'intégration population et développement ont été prises en compte dans les documents de politiques sectorielles et générale avec l'appui du FNUAP	- CPAP, PTA de la composante Population et développement - Rapports de suivi FNUAP - Manuels et guides de procédures - Matériaux de formation - Rapports de formation et évaluation - Rapports d'activités de la DMP à la Vice-Primature chargée de l'Economie - Tableaux financiers élaborés par les assistants du FNUAP	- Revue documentaire - Entretiens auprès du Bureau National et des sous-bureaux - Entretiens auprès des CTP, assistants techniques et points focaux du FNUAP - Entretiens auprès des directions qui mettent en œuvre l'appui du FNUAP - Entretiens avec les responsables des ministères ou EPIC qui bénéficient de la mise en œuvre - Entretiens auprès des services déconcentrés qui bénéficient des appuis - Visites sur site
▪ 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 de la VPEI. Elle a bénéficié à partir de 2010 de l'appui de l'assistant technique précédemment en appui à la DSEP (pour la mise en place du SNISE). Cet appui dure jusqu'à maintenant, mais partagé (60/40) à partir de 2012 avec la Direction de la Coopération Économique et des Aides Extérieures.			

- Avant la remise en cause de la mise en place de la décentralisation du fait de l'instabilité politique, les activités de promotion des liens P&D ont intégré des représentants des régions et des communes en plus des services déconcentrés de l'État. Des modules de formation ont été développés par l'Institut Catholique de Madagascar (ICM), seule institution universitaire nationale ayant une spécialisation P&D. À la suite des 1^{ère}s présentations par l'ICM, les modules ont été adaptés par la DMP pour s'ajuster à la diversité des publics. Les formations ont été depuis dispensées par la DMP. Les modules ont constitué à ce stade une initiation à la planification avec un appendice illustrant de manière basique les liens P&D. Les séances de formation ont été organisées mais leurs effets sur le renforcement de capacité ne sont pas (plus) identifiables à ce jour. Les participants n'ont pas eu à appliquer les acquis et l'exercice n'a pas été renouvelé.
- Après le report de la décentralisation, les actions appuyées par le FNUAP ont été réorientées 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 P&D. La formation a été dispensée en juin 2011 avec un appui d'un institut d'appui à la planification, IMATEP. 22 responsables de la planification des ministères sectoriels et de coopératives y ont participé. Les actions en faveur des coopératives ont été abandonnées en 2012 car « *le suivi a permis de constater que c'est difficile pour les participants d'appliquer la formation dans leur planification.* » (COAR 2011, p.6) Les conférences-débats sont organisées en région, avec l'appui de consultants locaux recrutés sur la base de TDR élaborés par la DMP (et son AT). 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 réduit leur impact pédagogique et pratique en matière de mise en œuvre effective des liens P&D.
- Le CPAP prévoyait initialement des études régionales concourant potentiellement à la sensibilisation des décideurs régionaux. Cette initiative a évolué (COAR 2011) vers des études (4) ponctuelles de portée régionale : une étude de la résilience après les catastrophes naturelles (dans 2 régions, réalisée par ISTE en 2011, en cours d'édition), une étude sur les conséquences en matière de SR des jeunes de bal du dimanche (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 jour d'exploitation et de diffusion de ces études qui restent donc sans effet sur le renforcement de capacité en matière de liens P&D.
- Le seul exercice pratique de planification pendant l'appui du FNUAP est l'élaboration en cours d'un plan de développement national à court terme 2012-2014 par la VPEI. Le document résultant n'intègre pas explicitement les liens P&D et ne développe pas un plaidoyer dans ce sens. Le manque de moyens au niveau central et déconcentré et le déficit de capacité en matière de collecte et de traitement des données administrative continue à constituer un handicap majeur à une planification réellement informée, à jour et intégrant les résultats des programmes passés et en cours.
- Une étude pour la mise en place d'un mécanisme de coordination des Programmes de Coopération Madagascar – FNUAP au sein de la Direction de la Coopération Économique et des Aides Extérieures (DCECAE) de la VPEI a été réalisée en 2011. Le rapport a été livré, qui est resté très général. Il n'y a pas eu de choix fait entre les scénarii de coordination proposés. Il n'a pas été fait état d'une suite à cette initiative. Cette action s'inscrit dans le PTA de 2011 : « *La DCECAE interviendra dans la mise en œuvre de ce PTA pour organiser les revues et le suivi sur terrain de la mise en œuvre du programme de coopération Madagascar-FNUAP.* » Elle est soutenue par le CTA précédemment affecté à la DSP et à la DMP, dont la fonction a été étendue à la coordination des aides au sein du même ministère (50 000\$, 27% du PTA). La rationalité de cette réaffectation dans une démarche P&D n'a pas été portée à connaissance de l'évaluateur.
- Les actions de sensibilisation sur le lien population et développement proprement dit ont été celles qui rencontré le plus de problèmes de mise en œuvre, avec des revirements stratégiques successifs et, en définitive, le moins d'effets identifiables. Au-delà du partenaire de mise en œuvre, la DMP au sein de la VPEI, les bénéficiaires-cibles se sont renouvelés pratiquement chaque année. « *Madagascar dispose d'une Université privée dénommée Université Catholique de Madagascar (UCM), qui offre une formation en Population et Développement, de niveau DEA (Diplôme d'Étude Approfondie). Durant l'année 2008, avec l'appui du bureau du FNUAP, cette Université a travaillé avec le Gouvernement pour développer des modules de formation en population et développement pour les responsables des programmes sectoriels et les responsables de programme au niveau des régions. Ces modules ont été déjà utilisés par le Gouvernement avec l'encadrement technique de l'UCM pour former une trentaine de planificateurs au niveau sectoriels et une soixantaine de responsables de programme de développement dans 2 régions du pays. À terme, cette initiative vise une meilleure prise en compte des liens entre Population et Développement dans le processus*

de développement au niveau national, sectoriel et régional. » (COAR 2008, p.8) « Suite à l'élaboration des modules de formation en population et développement effectuée par l'ICM (Institut Catholique de Madagascar) en 2008, la Direction des Méthodes et Planification du Ministère de l'Économie dispose actuellement des modules pour le renforcement des capacités des Responsables de programme en matière d'intégration du domaine population dans le programme de développement. Ainsi, les capacités de 360 personnes venant de 4 Régions de Madagascar ont été renforcées en la matière dont les participants sont issus des ONG, de communes, des Régions ou des associations. » (COAR 2009, p.8) Le COAR 2010 fait état de contacts avec une plateforme d'organisations religieuses (PLEROC) et une « plateforme » de journalistes, sans lien apparent avec les activités précédentes et avec peu de relation avec la dimension P&D. Les raisons de ce changement de stratégies ne sont pas connues. « Collaboration de l'IP avec des organisations religieuses pour la sensibilisation sur les questions de Population et Développement auprès de leurs adeptes. Cette collaboration s'étend également aussi au niveau du Réseau Média pour la sensibilisation et la vulgarisation des questions de Population et Développement en utilisant les différents canaux médiatiques. » (COAR 2011, p.5) Ces initiatives n'ont pas été traduites concrètement au-delà de quelques articles de presse et n'ont donc pas eu d'effet notable pendant la période sous revue. En 2011, recourt à l'IMATEP pour des formations dans certaines régions : « Le renforcement des capacités des responsables et décideurs nationaux, régionaux et décentralisés en intégrant la dimension population au développement a été poursuivie en partenariat avec l'Institut Malgache des Techniques de Planification (IMATEP). Cette session de renforcement de capacités a été étendue aux coopératives. » (revue 2^{ème} trimestre, p.2)

CJ3.3 : Les activités du FNUAP dans la composante P&D du programme intègrent une stratégie de sortie	- Existence d'une stratégie de sortie dans les plans d'action - Progressivité dans le retrait de l'appui du FNUAP - Existence d'indicateurs de performance associés à l'autonomisation des structures appuyées	- CPAP, PTA de la composante Population et développement - Rapports de suivi FNUAP - Rapports du Bureau National et des deux sous-bureaux	- Entretiens auprès du Bureau National et des sous-bureaux
---	--	---	--

- Les PTA de la composante P&D n'organisent pas de stratégies de sortie. Cette absence peut se justifier par le fait que l'implication du FNUAP dans le domaine P&D est très diversifiée, avec des apports qui ne sont pas vitaux pour le fonctionnement des services (DSEP, DMP) et agences (INSTAT) soutenues. D'autre part, le FNUAP pendant la période sous revue et pour la composante P&D a réorienté de manière significative son appui avec la crise de 2009, de fait abandonnant des activités sans particulièrement de stratégie de sortie. La cessation des activités n'a pas eu d'effet notable sur le fonctionnement des IP, au sein desquelles les ressources du FNUAP ont été réallouées. Les activités délaissées sont revenues à leur niveau de base, généralement rien du fait de l'absence de budget de fonctionnement des services centraux (comme déconcentrés).
- L'appui du FNUAP est construit cependant de plus en plus sur le long terme pendant la période sous revue. Les activités par nature ponctuelles comme l'appui au RGPH ou au SNISE ont évolué vers le traitement des causes profondes (vieillesse des cadres de l'INSTAT d'une part, absence de culture de suivi-évaluation des Services Techniques Déconcentrés d'autre part), ce qui implique, dans le contexte du pays, un effort de formation au long cours. Cette option s'est affirmée pour l'INSTAT mais reste en suspens pour le SNISE.

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 socioculturel 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 ?

Critères de jugement	Indicateurs	Sources d'information	Outils/Méthodes de collecte
CJ.4.1 : Les cadres institutionnels et réglementaires en vue de la promotion du genre et de l'autonomisation de la femme se sont améliorés	- Des textes réglementaires ont été promulgués ou amendés à tous les niveaux (communal, régional, national) en faveur de la promotion du genre et de l'autonomisation de la femme - Les OSC se sont organisées, mobilisées et se positionnent comme de véritables forces de critique, de suivi et de proposition - Le Ministère de la Population chargé du genre contribue activement à la prise en compte du genre dans les politiques de développement générales et sectorielles - Les IMF accordent des crédits AGR pour les femmes	- Textes juridiques et réglementaires promulgués - Ministère de la Justice - Ministère de la Population - Organisation des Sociétés Civiles - Dossiers d'études et d'évaluation	- Analyses documentaire - Entretiens avec les responsables concernés

Amélioration des cadres institutionnels et réglementaires

- La nouvelle loi relative au mariage et aux régimes matrimoniaux permettant, entre autres, la considération de la parité époux/épouse dans la distribution des patrimoines en cas de divorce ou la considération identique de l'âge légal au mariage pour un homme ou pour une femme a été promulguée en 2007. La vulgarisation de cette loi n'a été faite pas le Ministère de la Justice, département gouvernemental chargé de la diffusion de textes juridiques, qu'au niveau des magistrats et autres hommes de loi (avocats, huissiers). Pourtant, ce sont les maires qui officient les mariages et donnent des directives et conseils aux futurs mariés ; ainsi, la majorité des maires, faute d'information et de formation, n'applique pas encore cette nouvelle loi. Il y a aussi le fait que depuis 2009, le flou statutaire autour de la nomination d'une délégation spéciale à la place d'un maire plane dans l'esprit de ces derniers ne leur permettant pas d'agir pour le bon fonctionnement de son mairie. Constatant cette lacune, le MPAS a décidé de mener une activité de formation à l'endroit de ces maires autour de cette nouvelle loi en 2012. L'action est certes tardive mais elle reste pertinente pour le futur.
- Comme il a été stipulé précédemment, le FNUAP et le MPAS, dans le cadre de la promotion du principe de décentralisation/déconcentration, ont formé les planificateurs au niveau des 22 régions. Ces planificateurs émanent de la Région proprement dite en tant que collectivité territoriale décentralisée mais aussi des structures techniques déconcentrées présentes dans la région. L'objectif de cette formation étant la sensibilisation de ces planificateurs pour mener des actions de lobbying en faveur de l'intégration du concept genre dans les documents de planification futurs. Mais force est de reconnaître que malgré la disponibilité de compétence, faute d'une possibilité d'élaborer un nouveau document de planification aussi bien au niveau territorial qu'au niveau sectoriel, l'efficacité de cette approche n'est pas encore prouvée.
- La Commission de l'Océan indien, en collaboration avec le FNUAP, a mis en place une plate forme régionale (niveau Océan Indien) de lutte contre les VBG. Si les autres pays

membres de la COI (compte tenu de la superficie du pays ainsi que le nombre d'habitants qui y habitent) ont mis en place directement une plate forme nationale pour représenter leurs pays respectifs, Madagascar, pour s'assurer d'une représentation lors des réunions des îles de l'Océan indien, a choisi dans un premier temps, de constituer le noyau dur d'une plate forme nationale pour le représenter dans les réunions de l'océan indien. Dans un deuxième temps, pour s'assurer d'une meilleure représentativité et implication de tous les acteurs, le MPAS, en collaboration avec FNUAP, a initié des démarches participatives pour la mise en place des plates formes régionales qui devraient élire in fine les membres de la plateforme nationale. Ainsi, actuellement, 2 plates formes ont été mises en place et 4 sont en voie de l'être. Ces plates formes devraient assurer la coordination et le suivi des activités liées à la lutte contre les VBG dans leur région respective.

- Enfin, un programme conjoint FNUAP, UNDP et UNICEF a été réalisé pour mettre en place un mécanisme de suivi de l'accès à la justice et de lutte contre les VBG dans 3 villes pilotes (Antananarivo, Tuléar et Diégo). En effet, constatant qu'il y a un problème de remontée d'information et de données au niveau de chaque structure intervenant dans la lutte contre les VBG ne permettant pas le suivi et la planification des activités au niveau du MPAS, les 3 agences ont pu impliquer toutes les parties prenantes lors de l'opérationnalisation de ce mécanisme. Actuellement, le protocole de travail a été adopté, les matériels informatiques pour la sauvegarde et la diffusion des données sont fournis, les entités concernées sont formés, ... bref, tous les éléments permettant l'opérationnalisation du mécanisme sont mises en place et il ne reste qu'à lancer l'opération pour savoir si le mécanisme est réellement efficace.

Autonomisation des femmes

Deux actions ont été menées par FNUAP et le MPAS en vue de développer l'autonomisation des femmes, notamment celles les plus vulnérables :

- Une collaboration a été menée avec les Institutions de Micro Finance pour la mise en place d'une ligne de crédit sous forme de fonds revolving à l'endroit des femmes vulnérables à Antananarivo, Tuléar et Tamatave.
 - La notion de vulnérabilité est laissée à l'appréciation des IMF qui avant de donner un crédit aux demandeuses, fassent d'abord une enquête sur terrain aussi bien sur l'environnement direct de la personne qu'au projet d'AGR qu'elle présente. Ainsi, le critère de sélection reste subjectif et souvent basé sur des critères économiques;
 - Comme le plafond de crédit est fixé à 100.000 Ariary, généralement, seules les plus vulnérables sont intéressées par ce genre de crédit ;
 - Comme les IMF partenaires sont des mutuelles d'épargne et de crédit, elles exigent de la part des bénéficiaires de crédit de constituer des épargnes. Ainsi, selon les bénéficiaires qu'on a pu interviewer, il y a celles qui ont pu améliorer leur cadre de vie (construction d'une maison, développement du fonds de commerce, ...)
 - A titre d'exemple, l'IMF HARDI bénéficiaire d'une enveloppe de crédit de 9.000.000 Ar au démarrage (2009) a pu octroyer jusqu'à maintenant 520.800.000 Ar auprès de 869 bénéficiaires
 - Un des problèmes constatés réside sur le système de suivi de ces crédits : en effet, dans le contrat qui lie l'IMF avec le MPAS, il a été stipulé que c'est le MPAS qui assure le suivi. Pourtant le MPAS n'a fait que le suivi des activités des IMF mais non pas le suivi des crédits octroyés (destinataires, objets de crédit, ...)
- L'autre chantier du FNUAP en matière d'autonomisation des femmes est la réinsertion socio-économique des femmes victimes de fistules mais qui ont été soignée.
 - Ces femmes étaient dans un état de précarité dans la mesure où elles étaient souvent rejetées par leur famille et par la communauté compte tenu de leur état de santé et état de propreté. Ainsi le FNUAP a mené une action pour réparer leur état de santé en prenant en charge les opérations chirurgicales nécessaires ;
 - Après les opérations de chirurgies, ces femmes ont pu réintégrer leur famille et communauté respectives et peuvent vivre librement actuellement
 - En parallèle avec cette prise en charge médicale, FNUAP a octroyé des formations en technique de production en agriculture, élevage, artisanat et a doté d'outils de production ou de fonds de commerce (selon les demandes des bénéficiaires). Force est de constater que si l'objectif étant la réinsertion économique de ces femmes, le résultat s'avère négatif car cet appui n'a pas pu permettre de lancer une réelle activité économique et/ou commerciale génératrice de revenu (il y a celles qui ont perdu leur cheptel à cause des maladies, il y a celles qui ont perdu leur fonds de commerce) car l'appui reste très

symbolique. Peu de bénéficiaire a pu réellement sortir de leur misère substantielle.

Participation des femmes aux affaires publiques

- Deux réseaux de femmes en politique ont bénéficié d'un renforcement de capacité de la part du FNUAP. Il s'agit du REF AMP (réseau des femmes africaines ministres et parlementaires) et de FEMM (femmes élues maires de Madagascar). Ce renforcement de capacité a pour but de développer la participation des femmes aux affaires publiques par des actions de plaidoyer et de lobby menées par ces réseaux en interne (entre elles) et en externe (avec les autres acteurs et décideurs politico-administrative)
- Les actions menées par ces réseaux ont pu améliorer le paysage politique à Madagascar :
 - Le respect de la représentation « genre » a été stipulé dans la feuille de route politique signée en septembre 2010,
 - Le pourcentage de femmes membres du gouvernement et parlementaire s a augmenté (actuellement, il y a 9 femmes sur 27 ministres contre 3 sur 22 auparavant ; tandis qu'au sein du parlement, 9% des sièges est occupé par les femmes contre 7,8% auparavant).
 - Une femme est élue présidente du CENIT
- Durant les entretiens, les dirigeants de ces réseaux admettent que comme les réseaux regroupent des membres (des politiciens) issus de plusieurs tendances politiques, il est souvent difficile de trouver des activités consensuelles qui intègrent les intérêts des unes et des autres. Pourtant, l'adhésion de chacun constitue une des conditions de l'efficacité et de la durabilité des actions. En effet, durant les réunions d'ordre organisationnel ou institutionnel des membres, les discussions tournent toujours sur des problèmes politico-politique mais non pas sur la cause commune qu'est le « genre ». Sur un autre plan, les dirigeantes qui ont reçus des formations sur les techniques de plaidoyer et de lobby n'ont pas encore pu transmettre ces compétences auprès des membres à la base (cas du FEMM) faute de moyen (temps et argents) et d'opportunités.
- La décision du Système des Nations Unies d'abandonner toute actions d'appui en politique pénalise l'élan qu'on a eu et a obligé le FNUAP de contourner le problème par une collaboration avec le COI notamment avec la mise en place d'un réseau de femme en politique dans la région de l'Océan Indien.

CJ.4.2 : La disponibilité de services de conseil, de protection et de référence pour les victimes de VBG s'est améliorée	- Les CECJ partenaires du FNUAP sont opérationnels et sont connus par la population - Des OSC locales sont identifiées et ont bénéficié de la part du FNUAP des renforcements de capacités nécessaires pour mener à bien les activités d'écoute et de conseil ; leurs activités ont été / sont coordonnées - Avec l'appui du FNUAP, des contrats ou principes de collaboration ont été acceptés et mis en œuvre par d'autres départements ministériels impliqués dans la lutte contre les VBG (santé, justice, sécurité intérieure, ...)	- Dossiers d'études et d'évaluation - Rapports d'activités - Ministère de la Population - Ministère de la Santé - Ministère de la Justice - OPJ - CECJ - Commune - Organisation des Sociétés Civiles - Bénéficiaires des services des CECJ	- Analyses documentaire - Entretiens avec les responsables concernés - Focus Group
---	--	---	--

- Les CECJ sont des centres qui offrent des services de conseil, de protection et de référence pour les victimes de VBG. Ils sont initiés et gérés par des ONG membre de l'ADDH

ou Associations des Défenses de Droits Humains partenaires du MPAS.

- Au démarrage du programme 2 CECJ sont opérationnels (Analamanga et Haute Matsiatra). Au moment de l'évaluation, ce nombre est passé de 2 à 15 CECJ qui sont installés actuellement dans 15 régions. Cette notion d'installation n'a pas la même signification que la couverture. En effet, un CECJ installé à la limitrophe d'une région peut couvrir plusieurs communes appartenant à 2 régions ; en plus, comme les CECJ collaborent avec le radio locales ou nationales pour faire connaître leur existence, plusieurs femmes venues de régions lointaines arrivent sollicitant les services d'un CECJ (exemple, le CECJ de Moramanga (150 km à l'est d'Antananarivo) a déjà reçues des victimes de VBG habitants à Ambanja (900 km au nord ouest d'Antananarivo))
- Un accord de principe a été réalisé avec PNUD pour que FNUAP et le MPAS n'installe plus de CECJ là où le PNUD avec le Ministère de la Justice a déjà installé une clinique juridique. Ainsi avec cet accord, les 22 régions de l'île sont maintenant couvertes par une institution (CECJ ou Clinique Juridique) offrant les mêmes services aux victimes de VBG. En effet, le protocole de prise en charge psychosocial et juridique de ces deux types d'institution est sensiblement identique.
- Les entretiens qu'on a mené auprès des survivants sollicitant le service des CECJ et auprès des autorités locales (chefs Fokontany et maires) ont confirmé l'utilité des CECJ. En effet, la plupart des dossiers traités auprès des CECJ sont toujours résolus en moins de un mois. Par ailleurs, les interventions ont pu éviter l'instruction des dossiers au niveau des tribunaux tout en trouvant des solutions conjointement acceptés et respectant la loi en vigueur.
- Suite au succès des CECJ actuels, d'autres communes avoisinantes sollicitent auprès des ADDH et du MPAS d'ouvrir un nouveau CECJ dans leur localité respective ; et ce, pour éviter le déplacement des survivants à des kilomètres. Ces demandes ont déjà reçues des réponses positives de la part de certains CECJ existants qui ont accepté d'ouvrir des CECJ « satellites » dans d'autres communes mais sous la supervision du CECJ principal (cas du VAM qui a ouvert un CECJ à Behara en plus de Amboasary, cas de SOS VND qui a ouvert un CECJ à Antsirabe en plus de celui d'Analamanga, cas de FFPFE qui a ouvert un CECJ à Moramanga, Vatomandry et Ambatondrazaka en plus de Tamatave).
- Le nombre de cas traité qui ne cesse d'augmenter affirme cette efficacité de services des CECJ dans la mesure où l'ancienne « culture de silence » est rompue. En effet si au démarrage, le nombre de survivants sollicitant les services des CECJ étaient de 250, le statistique de ces derniers qui passaient au niveau des bureaux des CECJ avoisine les 4.500 actuellement, sans compter les cas traité directement pendant les séances de sensibilisation au niveau des Fokontany qui ne sont pas enregistrés
- Dans le cadre de cette efficacité, suite à la recommandation des études menées sur l'évaluation du mécanisme de prise en charge et de réduction des VBG à Madagascar en 2010, le Ministère de la Population en collaboration avec le FNUAP a validé avec le Ministère de la santé le protocole de prise en charge sanitaire des survivants de VBG ; il en est de même avec les Officiers des Polices Judiciaires (Gendarmerie Nationale et Police Nationale) pour la validation du standard de service de prise en charge des survivants des VBG. Ces protocoles de prise en charge devraient permettre de garantir la qualité des prises en charge quel que soit l'institution considérée. Récemment validés, ces protocoles n'ont pas encore été diffusés au niveau déconcentré et n'ont pas encore testé dans la grandeur nature.
- Pour s'assurer de la qualité de prise en charge des survivants des VBG à tous les niveaux et dans toutes circonstances, les techniciens des CECJ ont délivrés des formations à l'endroit des chefs Fokontany (qui réside le premier acteur qui prend en main les cas de VBG), en terme de technique d'écoute, de réconciliation à l'amiable et en terme de référencement. Par ailleurs, des formations ont été à l'endroit des volontaires de la croix rouge sur les préventions des VBG durant les urgences humanitaires ainsi que les premières prises en charge à leur niveau
- Malgré ces points positifs, force est de constater que les centres existants restent fragiles et sont jusqu'à maintenant dépendants des financements extérieurs. En conséquence, dès que le financement du FNUAP s'arrête, les activités du centre notamment les campagnes de sensibilisation risqueront de ne plus être durables.

CJ.4.3 : Dans quelle mesure FNUAP a-t-il contribué à des activités de sensibilisation de masse sur les droits humains en général et sur les

- Les partenaires de mise en œuvre, avec l'appui du FNUAP, ont élaboré et mis en œuvre des stratégies, plan et outils d'information, de sensibilisation

- Dossiers d'étude et d'évaluation
- Ministère de la Population
- CECJ
- Organisation des Sociétés Civiles

- Analyses documentaire
- Entretiens avec les responsables concernés
- Focus Group

questions de genre en particulier ?	et de communication - Les Institutions de formation spécialisées (ENAM, SPDTS, ...) ont intégré dans leur cursus de formation la thématique genre - Les capacités en matière de DH et du genre des journalistes ont été renforcées et ils publient des articles et des émissions d'information, d'éducation à cet effet - Les leaders traditionnels ont été sensibilisés et commencent à collaborer pour la promotion du genre dans leurs communautés respectives	- Institutions de formation - Leaders traditionnels - Association des journalistes	
<i>Activités de communication et de sensibilisation</i> • Durant le 6^{ème} programme, plusieurs axes font l'objet d'une campagne d'information et de communication : ○ Faire connaître l'existence et les services offerts par le CECJ, ○ Faire connaître les droits humains en général et les droits qui ont une relation avec le genre en particuliers, ○ Faire connaître les obligations des parents vis-à-vis de leurs enfants ou la parentalité responsable ○ Faire connaître les activités menées par le FNUAP • A cet effet, les canaux de communication varient selon les circonstances et la volonté des partenaires : ○ Les techniciens des CECJ qui mènent des activités de sensibilisation auprès des Fokontany et communes environnantes (qui peut aller jusqu'à 60km) ainsi qu'en partenariat avec les radio locales et radio national ○ Les OSCs partenaires qui ont souvent une envergure nationale et qui sont liées avec le MPAS par un contrat de prestation de service de sensibilisation auprès de leurs cibles respectifs (la population en général pour la plate forme des sociétés civiles, la communauté religieuse pour les membres de la plate forme des organisations confessionnelles, ...) ○ Les leaders traditionnels qui ont encore leur notoriété et leur pouvoir dans certaines régions et communautés de Madagascar. A cet effet, ils étaient formés par l'équipe de MPAS et du FNUAP en matière de genre pour qu'ils puissent à leur tour mener des actions de sensibilisation auprès de leur communauté respective, ○ L'association des journalistes pour qu'elles sortent des articles ou émissions relatives à la promotion du genre dans leur support médiatique • Pour ce faire, les opportunités de sensibilisation varient selon les canaux de communication : ○ Permanents pour les leaders traditionnels ○ Périodiques, notamment après avoir reçu les fonds d'appui du FNUAP, pour les techniciens des CECJ ○ Selon les termes du contrat de collaboration pour les OSCs ○ Durant les journées thématiques : journée de la femme, journée contre la maltraitance des enfants, ... ○ Durant l'évènement « 16 jours d'activisme »			

○ Selon les opportunités qui se présente pour l'association des journalistes ● Les résultats de ces activités sont différents ○ Les campagnes relatives à l'information sur l'existence et les services offerts par les CECJ ont connus un résultat positif si on n'analyse que l'augmentation de demande d'ouverture de nouveaux CECJ et le nombre en augmentation des survivants sollicitant le service des CECJ (si au démarrage, en 2008, le nombre de CECJ était de 2 et le nombre de personne demandant service auprès de ces CECJ était de 250, actuellement, il y a 15 CECJ et le nombre de personne sollicitant le service des CECJ avoisine les 4.500 personnes. La culture du silence commence à être rompue ○ La campagne sur la parentalité responsable qui était auparavant menée de pair avec le volet « éducation à la vie familiale » n'a été réalisée que via les actions de sensibilisation et d'écoute menées par les techniciens du CECJ. Ainsi, seules les personnes qui sont en contact direct avec les CECJ, peuvent bénéficier de cette action. ○ La campagne menée durant les journées thématiques devient une obligation administrative et selon les personnes interviewées, les messages véhiculés durant ces journées, souvent présentés sous formes de discours du Ministre ou de son représentant dans la localité, s'apparentent à des messages à caractères politiques et/ou administratives et n'intéresse plus les cibles. A titre d'exemple, la journée de 8 mars devient seulement une journée chômée pour la majorité des femmes mais non pas une journée pour faire valoir leur droit ○ L'évènement 16 jours d'activisme a connu un succès positif en terme de mobilisation des partenaires ○ Les activités menées auprès des leaders traditionnels ont connus un résultat mitigé. En effet, les focus group menés avec ses leaders ont pu ressortir que ces derniers commencent à sensibiliser la communauté (sans que cette campagne de sensibilisation soit systématique) sur la violence physique et sexuelle mais restent difficilement convaincus sur la fidélité pourtant l'infidélité constitue l'une des causes des VBG ○ Les activités menées par l'association des journalistes sont trop ponctuelles et s'apparente à des prestations de services mais n'aboutit pas à un véritable partenariat En effet, l'association n'a pas menée des actions sur la base d'un PTA préalablement discuté avec le FNUAP mais elle a répondu seulement à une manifestation d'intérêt relative à une prestation de service de production de films documentaires. Par ailleurs, les journalistes membres de l'association essaient d'assurer la couverture médiatique des activités menées par le FNUAP mais ils n'ont pas d'obligation de parution ni de diffusion.			
CJ.4.4 : Les effets des interventions du FNUAP dans la composante genre sont susceptibles de durer au-delà de la fin du programme	Les partenaires institutionnels dans la mise en œuvre du programme disposent des capacités techniques, institutionnelles, organisationnelles et financières nécessaires et suffisantes pour assurer la pérennité des effets des interventions après la fin de l'appui du FNUAP	- Dossiers d'étude et d'évaluation - Ministère de la Population - CECJ - Organisation des Sociétés Civiles - Bénéficiaires des services des CECJ et des OSC	- Analyses documentaire - Entretiens avec les responsables concernés - Focus Group
● En dépit de leur efficacité, la pérennité des activités de sensibilisation demeure incertaine du fait qu'aussi bien les CECJ que les autres acteurs dépendent quasi-totalement des financements extérieurs. En effet, jusqu'à maintenant, les activités menées par le CECJ est financées entièrement par le fonds du FNUAP. ● Les OSC, partenaires du FNUAP (OSC pour la participation des femmes dans les affaires publiques, Plate-forme de la société civile, Associations des journalistes...etc.) souffrent en général d'une fragilité à la fois organisationnelle et institutionnelle qui aura comme conséquence l'incertitude quant à la pérennisation des actions qu'on a menées avec eux. . En effet, ces institutions sont encore à la recherche d'une stabilité dans la mesure où l'organisation ainsi que l'identité institutionnelle a été aussi victime de la crise politique.			

QE5 : Dans quelle mesure les ressources humaines, financières et administratives mobilisées dans le cadre du programme ont-elles été converties en résultats ?			
Critères de jugement	Indicateurs	Sources d'information	Outils/Méthodes de collecte
CJ.5.1 : Les ressources humaines, et financières allouées au programme sont adéquates au regard des objectifs poursuivis	- Volume de ressources humaines et financières adéquat et suffisant pour fournir l'appui nécessaire aux partenaires pour la planification, la mise en œuvre et le suivi des interventions. - La délocalisation des ressources humaines (sous bureau régional, équipe opérationnelle, autres institutions partenaires) répond de manière satisfaisante aux besoins et aux enjeux des zones d'intervention dans les trois composantes du programme	- CPAP, PTA - Rapports de suivi FNUAP, RSP - Tableaux financiers élaborés par les assistants du FNUAP - Atlas - Rapports financiers	- Revue documentaire - Entretiens auprès du Bureau National et des sous-bureaux - Entretiens auprès des CTP, assistants techniques et points focaux du FNUAP - Entretiens auprès des directions qui mettent en œuvre l'appui du FNUAP - Entretiens auprès des services déconcentrés qui bénéficient des appuis - Visites sur site

SR

Ressources humaines

Au niveau du bureau pays 7 conseillers sont responsable pour la composante SR:

- Un conseiller technique principal
- Un conseiller Senior santé maternelle (jusqu'à la fin 2011) (financement FTSM)
- Un spécialiste technique, sécurisation des produits de la SR (financement programme mondial SPSR)
- Une chargée de programme SR
- Un chargé de programme SRA HIV
- Une chargée de programme SRA
- Une conseillère sage femme (financement FTSM)

L'effectif de la composante SR s'est étoffé au cours du 6^{ème} programme avec l'introduction du FTSM et du programme mondial SPSR.

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 chevauchent ce qui crée des confusions au niveau des interlocuteurs. Il est en effet difficile de savoir qui est responsable de certains aspects du programme.

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); 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 DRSP. En collaboration étroite avec toutes les parties prenantes (DRS, Médecin Inspecteur, Représentants des ONG et/ou OCB, formations sanitaires...) les médecins d'appui sont chargé de la planification et de la gestion de la mise en œuvre

des activités de la santé de la reproduction de sa région tant du point de vue communication pour le changement de comportement que prestations de services cliniques et communautaire concernant les composantes de la santé de la reproduction prioritaires pour Madagascar (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...).185

Apparemment le support 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 interventions SR des quick wins, en particulier la mise en œuvre de CHANNEL. Certains soutiennent la compilation des données du système d'information (GSIS) au niveau régional. Ils appuient le processus de planification des régions.

Toutefois, ils n'ont que peu la possibilité d'effectuer des visites au niveau des districts de chaque région par manque de transport. Ils ont des moyens de communication limités et les échanges avec le bureau pays à Antananarivo n'est pas régulier. Ils ne sont pas tous au courant des orientations du FNUAP au niveau national.

Ressources financières

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 des quick wins en 2010 a sans doute permis d'accélérer l'absorption.

L'introduction du FTSM and du programme mondial a augmenté les ressources pour la SR comme illustré ci dessous:

Budget	Années				
Sources	2008	2009	2010	2011	Total général
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
OTHER	514 697	301 041	452 054	700 814	1 968 606
REGULAR RESOURCES	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

P&D

- Les ressources humaines mobilisées pour la composante P&D comportent :

185 Terme de Référence - Médecin Point Focal de la Région Sanitaire (DRSP)

	INSTAT	DSP/DMP /DCEAE
Appui institutionnel		
Expert international	1	0
Expert national	0	1
Asst Administratif et financier	1	1
Chauffeur	1	1

Source: FNUAP

- 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, hormis le cas notable de l'INSTAT où le volume important de ressources allouées au RGPH a pu être converti dans un appui multiforme (appui technique, formation de base, équipements) suffisant pour créer une dynamique (avec des financements extérieurs complémentaires du SNU pour des produits particuliers et d'autres PTF pour d'autres actions de coopération). Pour le SNISE comme pour l'intégration P&D 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 mettre en œuvre des dispositifs qui n'ont pas porté de résultat significatifs et qui n'en seront pas capables sur le moyen terme. Les appuis aux STD se sont limités à ceux du personnel deux sous-bureaux et d'une mission de supervision de la DSEP, donc sans effet de renforcement des capacités. Les STD ont régulièrement fait connaître leurs besoins au FNUAP soit directement, soit par le biais des sous-bureaux, sans obtenir de réponse. Les Plateformes et Cellules de Centralisation et d'Analyse régionales sont laissées à leurs seules compétences et moyens, qui sont extrêmement limitées.

Genre

Ressources Humaines

- Au démarrage du programme, les ressources humaines mobilisées pour l'atteinte du programme s'avèrent insuffisantes. En effet, au niveau du bureau pays, seule la Chargée de Programme Genre s'occupe aussi bien des activités de planification, de coordination que de suivi des IP. Puis, après la constatation de cette lacune, une autre personne a été recrutée au niveau du bureau pays pour épauler la Chargée du Programme. Mais toujours est-il que malgré cette augmentation, à part la participation de l'équipe « genre » durant les réunions de coordination et de suivi des CECJ, les activités de suivi sur terrain réalisées par le bureau pays sont défaillantes.
- Au niveau des IP, trois personnes ont été recrutées au milieu du programme et ont été affectées auprès du MPAS. Ces personnes sont composées d'un expert en genre et de 2 personnels d'appui. Grâce à ce recrutement, les activités menées dans le cadre du 6^{ème} programme sont bien coordonnées car l'expert en genre est affecté spécialement pour assurer la réalisation effective des activités stipulées dans le CPAP par la mobilisation des parties prenantes (MPAS, OSC, ...) et pour assurer la communication entre le bureau pays, l'IP et des sous traitants. Ainsi, force est de constater qu'une réelle coordination se passe entre le MPAS et le FNUAP
- Par contre, au niveau de la croix rouge malgache, une personne a été recrutée pour faire office de Project Officer FNUAP/CRM et d'assurer la coordination et l'exécution des activités stipulées dans le cadre de collaboration entre le FNUAP et la CRM. Si au niveau d'autres composantes, ce responsable semble assurer ces attributions, au niveau de la composante genre, il n'arrive pas à maîtriser ce qu'il doit faire et comment le faire.
- Enfin, durant ce 6^{ème} programme, les techniciens des CECJ ont reçu des formations de la part de l'équipe du FNUAP en matière de Droit, de technique d'écoute, technique de sensibilisation ; et ce, dans l'objectif d'une meilleure qualité des prestations des CECJ vis-à-vis des cibles. Ainsi, grâce à ce renforcement de compétence, les services offerts par les CECJ sont jugés par les bénéficiaires comme de qualité.

Ressources Financières

- De 2008 à 2011, 1.452.018 USD ont été alloués pour réaliser les activités stipulées dans le CPAP, composante genre dont 60,15% alloués par le Gouvernement Malgache et 39,85% par FNUAP. Durant cette période, 91,15% du budget total ont été dépensés dont 59,56% par le Gouvernement Malgache et 40,44% par FNUAP. Avec les ressources

budgétaires allouées, toutes les activités planifiées ont été réalisées. Toujours est-il que le processus de planification des activités menées au niveau des CECJ a été réalisé par rapport aux budgets qui leur sont alloués, en conséquence, les activités ne sont pas inscrites dans les PTA si dès sa planification, le budget y afférent est disponible.

- Par rapport à la contribution du Gouvernement Malgache, en valeur absolue, la participation malgache n'a cessé d'augmenter avec respectivement de 181.181,1 USD en 2008, 142.197,95 USD en 2009, 216.297,79 USD en 2010 et 248.598,39 USD en 2011. Par contre, en pourcentage, on a constaté une baisse notable en 2009 et 2010 avec respectivement 49,77% et 34,04% si cette participation était de 65,55% en 2008. En 2011, on note une augmentation de cette participation de la part malgache avec 60,25%. Ainsi, on a pu constater qu'aussi bien la part malgache que le FNUAP a augmenté ses participations financières en 2010 pour atteindre un déblocage global de 617.327,79 USD soit plus du double des dépenses en 2008 et 2009 car c'est à partir de cette année que les activités du FNUAP, composante Genre a atteint ses vitesses de croisière ; et ce, compte tenu de la situation sociopolitique à Madagascar mais aussi grâce au recrutement de l'Expert en Genre affecté auprès du MPAS.
- Par ailleurs, en terme de déblocage des fonds, les procédures adoptées jusqu'à maintenant ne permettent pas aux sous-traitants d'assurer pleinement leurs activités. A titre d'exemple, les fonds destinés aux CECJ ne sont disponibles auprès de ces derniers que vers le mois de juin et devraient être dépensés avant le mois de décembre ; ainsi les PTA censés être réalisés en 12 mois sont exécutés en 7 mois au maximum. 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 08 mars). Bref, les procédures adoptées avant ou pendant la crise politique à Madagascar n'ont pas permis aux partenaires du FNUAP de mener à bien leurs activités.

Ressources Matérielles

- Suite aux recommandations de la mission d'évaluation des mécanismes de prise en charge des VBG en 2010, FNUAP a doté les CECJ d'une photocopieuse multifonctions qui fait office d'imprimante, de scanner et de photocopieur. Mais faute d'une discussion participative avec les bénéficiaires, la photocopieuse offerte ne correspond pas aux réels besoins des CECJ. En conséquence, soit le CECJ ne l'a pas encore récupérée (cas du CECJ Analamanga), soit elle n'a jamais été utilisée (cas du CECJ Manjakandriana), soit elle a été utilisée à des fins commerciales (cas du CECJ d'Amboasary où l'association l'a utilisé dans une activité payante d'impression numérique auprès de la population locale), soit elle a été placée, faute de place dans le bureau, dans la maison du président de l'association (cas du CECJ Tamatave).

CJ.5.2 : Les procédures administratives et les modalités d'intervention du FNUAP favorisent l'optimisation des résultats du programme

- | | | |
|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - Partenariat approprié pour la mise en œuvre des interventions - Les procédures administratives et financières permettent une gestion appropriée et dans les temps des ressources - Les budgets alloués au niveau des bénéficiaires/partenaires leur parviennent en temps opportun pour mener à bien les activités prévues | <ul style="list-style-type: none"> - CPAP, PTA - Rapports de suivi FNUAP, RSP - Tableaux financiers élaborés par les assistants du FNUAP <p>Atlas</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Revue documentaire - Entretiens auprès du Bureau National et des sous-bureaux - Entretiens auprès des CTP, assistants techniques et points focaux du FNUAP - Entretiens auprès des directions qui mettent en œuvre l'appui du FNUAP - Entretiens auprès des services déconcentrés qui bénéficient des appuis <p>Visites sur site</p> |
|---|--|--|

Sous-bureaux

Les deux sous-bureaux qui 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 assistance à Tuléar) et de l'autonomie qui leur a été donnée, même dans des situations d'urgence. La modicité des moyens, étendus au budget de déplacement, a fortement limité la couverture géographique réelle de ces entités déconcentrées qui s'est progressivement réduit à la région où les bureaux sont installés et non pas les 2 ou 3 régions avoisinantes. Dans les deux zones, une mission en dehors de la région de résidence 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, qui par ailleurs a continué à assurer l'essentiel des tâches de suivi des activités mises en œuvre localement par 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 ajouté – proximité, connaissance de la nature et de l'étendue des besoins, réactivité – n'a pas été exploité par le Bureau de pays.

SR

- Le partenariat 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, MSI s'est rajouté en 2009. En 2010 le partenariat au sein du ministère a été avec le Direction planning familial, direction santé de la mère et de l'enfant, service de lutte contre les IST, et les ONG SAF/FJKM, SALFA, MSM, PACT/MSIS, et la centrale d'achat SALAMA. Les partenaires ont toujours plus ou moins été les mêmes au cours de la période du CPAP. Les modalités de partenariat ont changé et en 2011 des PTA ont été signés directement chaque ONG. Cette multitude de PTA a été s'est avéré difficile à gérer et en 2012 un seul contrat a été signé avec un consortium réunissant tous les partenaires non gouvernementaux. Le PTA principal restant avec le gouvernement.
- 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.
- De plus petites organisations étaient sous contractant pour la mise en œuvre de certaines activités. 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 retards de procédures sont courants et ont été mentionnés par différents partenaires ce qui entraîne des retards dans le paiement des budgets et de fait un retard dans la mise en œuvre. Le paiement direct appliqué par le système de Nations Unies à Madagascar pour les activités réalisées par le Ministère de la santé est la contrainte principale sur la faible exécution financière¹⁸⁶. « Problème de retard dans le financement ; les PTA signés seulement en août ; obligation d'exécuter les activités avant fin de l'année. De nombreuses activités doivent être abandonnées ».¹⁸⁷

P&D

- La relative modicité des apports financiers du FNUAP pour les IP de la composante P&D n'a pas motivé de remarques particulières sur ses procédures administratives et financières. Les deux partenaires d'exécution (INSTAT et VPEI) ont par ailleurs bénéficié de l'appui d'un poste d'assistant administratif et financier qui a sans doute facilité les procédures. L'utilité du maintien de ces postes après le passage au paiement direct n'a pas été questionnée. Des tableaux financiers récapitulatifs complets n'ont pu être récupérés qu'auprès de l'INSTAT.

Genre

- L'affectation d'un Expert en Genre et de 2 personnels d'appui au niveau du MPAS a pu booster la réalisation des activités stipulées dans le CPAP. Comme l'IP MPAS vient de connaître un changement institutionnel et organisationnel, l'apport de ces personnes a permis de mieux cadrer, mieux suivre les activités et du Ministère et des partenaires de mise en œuvre (les sous traitants) du Ministère
- L'apport financier du FNUAP (autours de 50% ± 10) dans le budget total de mise en œuvre constitue un des facteurs d'optimisation des résultats du programme.
- En termes de procédure, le retard de déblocage de fonds au niveau des partenaires de mise en œuvre comme les CECJ freine par contre cette optimisation. A titre d'exemple, les CECJ ne reçoivent pas leur financement que vers le mi-juin soit presque à la moitié de l'année ; financement qu'il doit utiliser jusqu'avant début décembre pour permettre la clôture des comptes. Ainsi, un PTA censé réaliser pour 12 mois n'a été mis en œuvre qu'en 6 mois. Dans ce même problème, même si le fonds n'est disponible que vers mi-juin, les CECJ sont obligés de participer à certaines activités nécessitant une participation financière assez importante (comme le cas de la célébration de la journée de la

¹⁸⁶ FTSR rapport 2010

¹⁸⁷ Entretien Croix Rouge

femme tous les 8 mars).

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 ?

Critères de jugement	Indicateurs	Sources d'information	Outils/Méthodes de collecte
CJ.6.1 : Les objectifs du CPAP sont alignés sur ceux de l'UNDAF	- Référence aux effets 1 et 5 de l'UNDAF dans le CPAP et les PTA	Documents UNDAF CPAP PTA Entretiens Bureau de pays SNU	Revue documentaire Entretiens individuels

- Le CPAP se réfère explicitement aux effets attendus de l'UNDAF, et plus particulièrement aux effets 1 (« La jouissance par la population, en particulier les groupes les plus pauvres et vulnérables, de leurs droits sociaux, économiques, civils, politiques est améliorée, grâce à une gouvernance participative et solidaire ») et 5 (« L'accès des populations à des soins préventifs et curatifs de santé et aux informations de qualité est amélioré »), auxquels sont censées contribuer respectivement les composantes P&D et genre et la composante SR.

SR

- 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 (i) du renforcement des capacités de gestion, (ii) de la mise en place d'un système de référence pour les urgences obstétricales, (iii) de sécurisation des produits de la SR et (iv) de la promotion d'un changement de comportement. Ceci contribue à l'effet UNDAF 5 visant à améliorer l'accès de la population à des services de santé de qualité. Les stratégies du CPAP et les PTA qui sont calqués sur ces stratégies reflètent l'effet 5 attendus de l'UNDAF.
- Le produit 2 qui correspond à la 'mise en place de mécanismes de réponse en cas d'urgence dans le domaine de la SR', 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'. Les PTA en ciblant les personnes en situation d'urgence répondent ponctuellement à l'Effet 1.

P&D

- L'effet 1 de l'UNDAF est décliné dans les RSP en 7 effets programmes pays, dont « 1.6. Les décisions socioéconomiques sont basées sur des systèmes d'information améliorées et des outils performants de planification et de suivi évaluation », qui englobe les actions du FNUAP dans le domaine population et développement. Les autres agences du SNU impliquées sont BIT, OMS, ONUSIDA, PAM, PNUD, UNESCO, UNHABITAT et UNICEF. Le FNUAP est engagé dans 3 des 4 produits correspondants :
 - Des systèmes d'information socioéconomiques et démographiques fiables sont disponibles au niveau national, sectoriel (santé, éducation, agriculture, emploi) et régional pour la coordination, la planification, suivi et évaluation ;
 - Les partenaires nationaux sont capables de coordonner, de planifier, de faire le suivi et évaluation des programmes nationaux de développement ;
 - Le Comité national de lutte contre le Sida et ses démembrements sont capables de coordonner la réponse multisectorielle inclusive et large sur le VIH et le Sida.
- Le produit (i) est reflété dans le CPAP du FNUAP, du moins pour ce qui relève de la santé (« Les données démographiques et socio-économiques désagrégées sont disponibles et accessibles aux niveaux national, sectoriel et décentralisé pour la mise en œuvre et le suivi du MAP et des OMD. ») L'appui à l'INSTAT a même été au-delà avec

le soutien à l'Enquête Périodique des Ménages et le suivi des OMD. Les résultats de l'EDS ont été diffusés et discutés au niveau de régions, ce qui encourage la coordination et la planification. Le produit (ii) correspond aux activités de soutien du SNISE, le Système National Intégré de Suivi-évaluation, avec la Direction du Suivi-Évaluation et de la Planification comme partenaire de mise en œuvre, au sein même de la Vice-Primature chargé de l'Économie. Le produit (iii)... cf. Isabelle.

- L'effet 5 de l'UNDAF est « l'accès des populations à des soins préventifs et curatifs de santé et aux informations de qualité est amélioré, grâce à un environnement et un cadre légal et programmatique adéquats. » [pas d'implication P&D]

Genre

- L'effet UNDAF n°1 : la jouissance par la population, en particulier les groupes les plus pauvres et vulnérables, de leurs droits sociaux, économiques, civils, politiques est améliorée, grâce à une gouvernance participative et solidaire.
 - Outcomes 1.7 : les disparités de genre sont réduites au niveau national, régional et local
 - 1.7.1. : « la dimension genre est intégrée dans le cadre juridique et institutionnel national » trouve sa réponse dans le Produit 1 du CPAP, composante Genre « 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 » ; et ce, notamment pour la première stratégie qui consiste au plaidoyer pour lever les barrières juridiques et socioculturelles ainsi que la troisième stratégie relative au renforcement des capacités sur les questions de genre, droit et négociation
 - 1.7.2. : « La parité homme-femme est améliorée dans toutes les sphères de prise de décision » trouve son réponse dans le Produit 1 du CPAP, composante Genre notamment dans l'application d'une part, de la première stratégie, activité 4 « mener des actions de plaidoyer pour l'élaboration et l'adoption de lois mettant en place un système de quota H/F dans toutes les instances de décision afin d'accroître la participation des femmes dans la sphère de décision ; et d'autre part dans la cinquième stratégie « collaboration avec les réseaux de media, des parlementaires, des leaders religieux et les organisations communautaires de base » pour renforcer ces actions de plaidoyer et de lobbying.
 - 1.7.3. : « Les mécanismes d'information, d'orientation, de suivi évaluation, de promotion du genre sont mis en place et performants » trouve son réponse aussi bien dans le Produit 1, pour les 5 stratégies que dans le Produit 2 « La disponibilité de services de counselling, de protection et de référence pour les victimes de VBG est accrue, pour les 4 stratégies
- L'effet programme Gouvernance du Programme intérimaire des Nations Unies « Les acteurs judiciaires et parajudiciaires protègent et appliquent les droits liés à l'interdiction de la torture et des mauvais traitements, aux violences à l'encontre des femmes et des enfants, incluant la traite des personnes et le tourisme sexuel » ainsi que l'effet programme Protection « Les groupes de population exposés aux abus, violence, exploitation et discrimination ont accès et utilisent les services de prise en charge, notamment dans les zones d'intervention prioritaires » sont traités dans les deux produits du CPAP notamment le Produit 2 relatif à la VBG

CJ.6.2 : Les objectifs du CPAP ainsi que sa mise en œuvre reflètent la prise en compte des priorités du plan stratégique du FNUAP	- Renforcement des capacités nationales ; - Ciblage particulier des groupes les plus vulnérables et désavantagés ; - Intégration de la dimension Jeunesse - Promotion de la coopération sud-sud	<u>Documents</u> Plan stratégique du FNUAP 2008-2011 CPAP PTA <u>Entretiens</u> Bureau de pays Partenaires de mise en œuvre	Revue documentaire Entretiens individuels
--	--	---	--

- L'alignement du CPAP sur les objectifs du plan stratégique du FNUAP pour la période 2008-2011 est clairement exprimé dans la présentation des produits et activités des trois

composantes du programme. Pour chaque composante, les effets du plan stratégique auxquels les produits du CPAP sont censés contribuer sont identifiés. Le CPAP n'explique en revanche pas la logique d'intervention censée conduire des activités du CPAP aux effets correspondants du plan stratégique.

- Les priorités du plan stratégique sont inégalement reflétées dans le CPAP. Le développement des capacités nationales, par exemple, est au cœur de l'action du FNUAP à Madagascar et inspire donc l'ensemble du CPAP. Le ciblage des groupes les plus vulnérables et désavantagés est particulièrement visible dans les composantes SR et Genre, moins dans la composante P&D. En ce qui concerne les jeunes, bien que représentant un groupe cible prioritaire du programme pour les trois composantes, on ne peut parler d'une véritable approche intégrée de la dimension jeunesse à part depuis la récente orientation de cet aspect du programme.¹⁸⁸ Rien n'a été fait (ni même programmé) en matière de coopération sud-sud.

SR

- La composante SR vise à développer les capacités nationales et les stratégies adoptées sont définies afin de tendre vers cet objectif. Toutefois la faiblesse des capacités nationales a été accentuées par la crise politique et de fait un renforcement notable de ces capacités n'a pas pu avoir lieu. Par exemple, le changement fréquent des interlocuteurs au sein du ministère de la santé ainsi que des agents de santé dans les formations sanitaires est un frein à ce renforcement.
- Ciblage des groupes vulnérable : La vulnérabilité particulière des femmes en âge de procréer a été identifiée dans le 6ème CPAP qui souligne 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. Au niveau national un soutien dans le but de renforcer les services de santé de la reproduction contribue à l'amélioration de ces services, avec entre autre la sécurisation des produits contraceptifs qui permet un approvisionnement dans tout le pays. Toutefois dans le cas des planifications spécifiques telles que le plan SONU les structures sanitaire desservant une population plus grande ont été mises en priorité et les zones les plus reculées font l'objet d'une attention moindre. L'approche quick win en ciblant les régions présentant les indicateurs de santé de la reproduction les plus faibles vise les femmes les plus vulnérables.
- La dimension jeunesse est prise en compte dans le CPAP et dans la programmation. Toutefois la portée réduite des interventions (renforcement de certaines maisons des jeunes avec du matériel de loisir) ne paraît pas pouvoir répondre aux besoins. D'autre part les interventions planifiées pour répondre aux besoins identifiés tels que les grossesses précoces semblent insuffisantes.
- Coopération Sud-Sud : les formations CHANNEL ont été fournies à d'autres pays bénéficiant du programme mondial. Pour exemple: la formation de formateurs en gestion logistique et l'utilisation de CHANNEL, qui s'est tenu à Dakar en 2010 pour une douzaine de pays ouest-africains, la formation des formateurs dans la même zone, à l'île Maurice en 2010 (pris en charge par ARO Johannesburg) et en 2011; formations sur CHANNEL délivré par le CO Madagascar en Haïti (2009), Burkina Faso (2010) et au Niger (2010); ainsi que des voyages d'étude à Madagascar des délégations de la Sierra Leone et le Niger.

P&D

- La composante P&D est entièrement dédiée au développement des capacités nationales et a été mise en œuvre en cohérence avec les objectifs du CPAP.
- Les autres priorités du plan stratégique du FNUAP n'y ont pas trouvé leur place sauf la promotion de la coopération Sud-Sud avec la collaboration établie entre l'INSTAT, Institut National de Formation Administrative et l'ENSEA d'Abidjan pour un cursus diplômant de deux années en statistiques et démographie (technicien supérieur). Les enseignants de l'ENSEA viennent assurer des cours de statistiques descriptive (1ère année) et techniques de sondage (2ème année) tandis que les autres parties du cursus (40%) sont assurés par des cadres de l'INSTAT. Les élèves diplômés sont intégrés dans la fonction publique (assistant techniques de la statistique, cadre A4) par un arrêté nominatif annuel. Le premier arrêté, pour les 20 élèves qui ont décidé de s'arrêter après la première année en 2010, se fait toujours attendre. Les 26 élèves qui poursuivent en 2ème année seront intégrés avec un grade A3 (technicien supérieur). Sauf dérogation, tous sont destinés à être intégrés au sein de l'INSTAT. Le niveau des élèves est très hétérogène mais dans l'ensemble surqualifié par rapport au diplôme (entrant dans le cursus avec une licence ou une maîtrise). L'incidence de la crise sur l'embauche et

¹⁸⁸ Voir critères du jugement 2.1

l'instabilité des emplois renforce artificiellement l'attractivité de la formation. Après écrémage des diplômés chômeurs, le niveau moyen des élèves risque de baisser rapidement du fait de la crise du système éducatif malgache (mauvais niveau en français, la langue d'enseignement de l'ENSEA).

- Des possibilités de stages d'ingénieurs sont offertes (2 ou 3 depuis 2008) mais la contribution du FNUAP se limite à la prise en charge du billet d'avion alors que l'État malgache n'est plus en mesure de proposer des bourses. Les ingénieurs malgaches en formation à Abidjan font des petits boulots pour assurer leur quotidien, l'ENSEA assurant un logement gratuit. La répartition du financement entre le FNUAP et l'État est seulement formelle et de principe ; l'absence de bourse décourage la très grande majorité des candidats. Les stagiaires auraient besoin de 400 \$/mois ou même 200 \$/mois si le logement est pris en charge par l'école. Ce stage serait le débouché normal pour les meilleurs élèves de la formation prodiguée à l'INFA, ceux sur lesquels il faudrait compter à l'avenir pour assurer le renouvellement de l'encadrement vieillissant de l'INSTAT.

Genre

- Le développement des capacités nationales est trouvé dans le Produit 1 du CPAP, composante Genre et ce, pour les 5 stratégies. Dans sa mise en œuvre, le renforcement des compétences des différents acteurs pour la promotion du genre à leur niveau respectif répond à ce développement des capacités nationales. Ces acteurs sont
 - Le Ministère chargé de la Population et ses ramifications au niveau national
 - Les planificateurs au niveau régional
 - Les réseaux des femmes en politiques (REFAMP, FEMM)
 - Les membres de la plate forme nationale pour la lutte contre les VBG

Par ailleurs, le processus d'intégration de la problématique Genre dans le cursus de formation des futurs décideurs du pays s'aligne avec cet objectif

- Ciblage particulier des groupes vulnérables est trouvé dans le Produit 1, stratégie 2 « mobilisation des ressources techniques et financières en appui aux interventions d'autonomisation des femmes » dans la mesure où dans sa mise en œuvre FNUAP a collaboré avec des institutions spécialisées pour appuyer d'une part les femmes vulnérables cherchant des crédits pour mener à bien les activités génératrices de revenus ; et d'autre part, les femmes victimes d'une fistule qui ont été soignées pour leur intégration sociale et économique. Par ailleurs ce ciblage particulier des groupes vulnérables est trouvé dans le Produit 2 relatif à la disponibilité de services de counselling, de protection et de référence pour les victimes de VBG. En effet, l'appui constant pour l'opérationnalisation et l'extension des CECJ répond parfaitement à cet objectif.
- Promotion de la coopération sud-sud n'est pas stipulée noir sur blanc dans le CPAP. Par contre, les contributions du FNUAP dans la mise en place d'une plate forme régionale de l'Océan Indien regroupant les pays membres du COI (Madagascar, Maurice, Seychelles, La Réunion et Comores) pour la lutte contre les VBG s'intègre dans cette logique de coopération sud-sud.

CJ.6.3 : Le bureau de pays contribue à la coordination et favorise la recherche de complémentarités au sein du SNU	- Contribution effective au bon fonctionnement des groupes thématiques du SNU - Contribution effective à l'élaboration de l'UNDAF et sa révision - Mise en œuvre d'activités conjointes - Recherche de complémentarités et de synergies	<u>Entretiens</u> Bureau de pays SNU	Revue documentaire Entretiens individuels
• Le FNUAP est membre actif d'une dizaine de groupes et sous-groupes thématiques du SNU. Le FNUAP a assuré ou assure notamment la présidence : - du groupe thématique communication (en 2010 et 2011) ;			

- du groupe GISE (en 2008, 2009, 2010 et à nouveau en 2012) ;
 - du groupe thématique Droits humains et genre (depuis 2010) ;
 - du groupe axe information, suivi et évaluation et communication (depuis 2012)
 - Le FNUAP participe également à différents programmes conjoints, avec d'autres agences du SNU et/ou d'autres partenaires de développement :
 - élaboration du Plan opérationnel de l'engagement de Madagascar (partenaires : Ministère de la santé publique, OMS, BM, ONUSIDA, USAID, JICA)
 - coordination du groupe technique de travail sur la santé maternelle et néo-natale (H4+) ;
 - rôle moteur (lié à l'expertise technique reconnue au FNUAP par ses partenaires) dans l'enquête périodique auprès des ménages (avec financements UNDP et UNICEF) ;
 - programme conjoint pour la réduction de la vulnérabilité des femmes, dans le sud (avec le PAM)
 - programme de sécurité humaine à Antananarivo (avec UNICEF et UNHabitat)
 - rôle moteur dans l'enquête OMD 2012 (avec financement de l'UNICEF, du PNUD, de l'USAID et de la BAD)
- Le FNUAP a contribué à la mise en place d'une plateforme nationale de partage des connaissances en matière de suivi et évaluation (HayZara)

SR

A Madagascar le FNUAP a des bonnes relations de partenariat avec les autres organisation du SNU et en général a un rôle prépondérant en ce qui concerne la santé de la reproduction et la santé maternelle en particulier grâce au MHTF.

- La coordination du groupe de travail sur la santé maternelle et néonatale est assurée par le FNUAP. Le groupe technique de travail est composé des techniciens issus des organisations membres du H4+¹⁸⁹, élargi aux autres partenaires œuvrant en la matière tels que JICA, USAID, Ambassade de France, ONUSIDA,
- Avec l'Organisation Mondiale de la Santé, en particulier, les interventions en santé maternelle et néonatale sont complémentaires et coordonnées. Par exemple les audits de décès maternels ont été introduits conjointement, l'OMS est intervenu pour la formation des formateurs et le FNUAP a appuyé les formations dans les régions.
- Le partenariat avec l'ONUSIDA est également complémentaire. Le Plan Stratégique National de Lutte contre le VIH/Sida(PSN) 2001-2006. définit la contribution et les taches des partenaires pour sa réalisation. Le FNUAP se concentre sur l'approvisionnement et la distribution des préservatifs (ainsi que les antirétroviraux) et les activités de prévention chez les jeunes, les femmes et les militaires. Plus récemment le FNUAP est devenu le chef de file pour la formulation de lignes directrices sur la prise en charge des violences sexuelles.
- La collaboration avec l'UNICEF au niveau national est effective au niveau du H4 (le FNUAP est le secrétariat du H4 –les planifications se font ensemble ainsi que les revues périodiques), du UN security trust fund, de la SRA (coopération pour la révision des modules compétences de vie), common emergency revolving fund OMS, FNUAP, UNICEF Le programme conjoint des NU dans le sud : programme de convergence est sensé accroître les synergies toutefois la présence des 2 organisations dans le domaine de la santé maternelle et dans la même zone géographique crée de la confusion plutôt qu'un effet synergique dans la mesure où les approches ne sont pas toujours coordonnées. La coordination des interventions sur le terrain n'est pas toujours être effective bien que des réunions régulières de coordination soient organisées. Par exemple les conditions de contractualisation des sages femmes contractualisées sont différentes même au sein d'une même région.¹⁹⁰
- L'évaluation SONU a permis un partenariat avec le FNUAP en tant que chef de file et les autres agences des nations unies également apportant un soutien technique et financier
- Dans la mesure où le ministère de la santé souhaite intégrer tous les intrants de santé le soutien du FNUAP à la centrale logistique d'achat SALAMA et à son système logistique

189 OMS, UNFPA, UNICEF, Banque Mondiale qui en septembre 2008 ont fait une déclaration conjointe sur la santé maternelle et néonatale en vue d'intensifier des efforts pour sauver la vie des femmes et des nouveau-nés.

190 Entretiens avec les différents partenaires sur le terrain

avec le logiciel CHANNEL est essentiel. Le soutien à SALAMA nécessite une coordination avec les agences qui appuient le Ministère de la santé en ce qui concerne les différents types intrants (par exemple le Fond Mondial pour la Tuberculose, paludisme et VIH/Sida).

P&D

- La composante P&D évolue sans recherche de complémentarité particulière avec les autres agences du SNU. Des cofinancements se sont mis en place sur des productions spécifiques de l'INSTAT comme l'EDS et l'EPM, le FNUAP soutenant le partenaire par un appui technique (expert international) et un appui institutionnel. L'appui au SNISE, qui couvre tous les aspects sectoriels et de gouvernance, avait un potentiel de coordination et de synergie avec le SNU qui n'a pas été perçu ou concrétisé.
- Le FNUAP a participé au groupe thématique GISE. Le SNU a mis en place par ailleurs le Groupe de travail GISE - Gestion de l'Information, Suivi et Évaluation (GISE) en 2009 sur l'initiative et avec le soutien financier du FNUAP qui en a assuré la présidence la 1ère année. L'objectif est de renforcer les capacités des agences en matière de production et d'analyse de l'information pour la gestion orientée sur les résultats. Une formation a été organisée pour les responsables et points focaux de suivi et d'évaluation. Des réunions se tiennent tous les trois mois autour du suivi de l'UNDAF. Le FNUAP a eu un rôle déterminant dans le GISE pour proposer des outils de suivi, et continue à y contribuer au suivi de l'UNDAF pour ses activités et de par l'appui à l'INSTAT dans le cadre de sa composante P&D.

Genre

- Le bureau de pays a collaboré avec les autres agences dans 2 programmes bien spécifiques
 - Le programme conjoint FNUAP, PNUD, UNICEF visant à la mise en place d'un mécanisme de monitoring de l'accès à la justice et à la lutte contre les VBG dans 3 villes pilotes : Antananarivo, Tuléar et Diégo
 - 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
- Dans ces 2 programmes, même si ce sont les autres qui assurent la gestion du programme (PNUD pour le premier et UNICEF pour le deuxième), FNUAP a apporté ses compétences dans le cadrage technique dans le domaine de la VBG. Mais toujours est-il qu'il y a un problème de coordination et d'harmonisation des outils de collecte de données entre les différents agences : avec presque les mêmes acteurs, PNUD a ses propres outils pour le monitoring de l'accès à la justice, FNUAP avec le monitoring de la lutte contre les VBG et UNICEF avec le monitoring de la maltraitance à l'encontre des enfants.
- Par ailleurs, dans le choix d'installation des CECJ et des cliniques juridiques, le FNUAP et le PNUD se concertent pour qu'il n'y ait pas de doublon. Mais toujours est-il que les 2 entités s'étaient concertées pour l'harmonisation des procédures de prise en charge des victimes.

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 ?

Critères de jugement	Indicateurs	Sources d'information	Outils/Méthodes de collecte
CJ.7.1 : Le bureau de pays a fait preuve de flexibilité face aux changements dans le contexte national (crise politique, émergence de nouveaux besoins, catastrophes naturelles, etc.)	- Rapidité de réaction ; - Capacité à réorienter/ajuster les objectifs du programme ; - Les changements d'activités introduits en cours de programme étaient dûment justifiés par l'évolution du contexte national - Ces changements se sont révélés adaptés aux nouveaux besoins identifiés - Prise en compte de l'intensification des VBG dans les interventions de la composante genre après la crise - La stratégie d'appui à la collecte et au traitement des données démographiques et socio-économiques est cohérente avec la restriction des attributions de la HAT en matière de planification - La stratégie de renforcement des capacités des décideurs par rapport à l'intégration population et développement est cohérente la remise en cause de la décentralisation	Cadre UNDAF, Programme Intérimaire des Nations Unies à Madagascar 2012-2013 CPAP, PTA Rapports de suivi Entretiens avec l'équipe du FNUAP et les partenaires d'exécutions au niveau central et au niveau régional Etudes et notes de dossier	- Entretiens individuels - Analyse documentaire

SR

- Les Plans de Travail Annuel (PTA) n'ont pas changé de façon significative à la suite de la crise ; le même type d'activités a souvent été reconduit d'une année sur l'autre. Par contre il peut être noté que certaines activités ne sont pas reconduites ce qui n'est pas favorable à une continuité des actions.
- Le FNUAP a continué à collaborer avec le secteur public, en particulier le ministère de la santé, après le début de la crise alors que la plupart des partenaires technique et financiers n'ont plus collaboré avec le secteur public car le gouvernement intérimaire n'était pas reconnu;
- Dans la mesure où les bailleurs de fond se sont retirés de l'approvisionnement des contraceptifs au moment de la crise, la présence du Programme Global pour la sécurisation des intrants de la santé de la reproduction a permis de contribuer de manière significative à l'approvisionnement de contraceptifs. Le FNUAP depuis 2009 a été le seul organisme qui a continué à approvisionner le secteur public (voir le diagramme dans le critère de jugement 2.1)
- En 2011 un budget a été alloué pour l'acheminement des produits SR (santé maternelle et contraceptifs) dans certaines formations sanitaires.

- L'approche quick wins a démontré que le bureau pays s'est adapté à la situation de crise. Dans un contexte de raréfaction des ressources du gouvernement et de faible capacité du gouvernement le bureau de pays a opté pour une concentration des interventions dans les zones où les indicateurs socio économique et de santé de la reproduction étaient le plus faible. Le paquet d'activités déjà prévues dans les PTA a été conservé mais a été concentré dans les 6 régions quick wins. Toutefois les transformations de l'organigramme du Ministère de la Santé Publique entraînant une grande mobilité du personnel administratif et médical liés à des critères politiques (incertitude et démotivation du personnel) ont mené à une dégradation des services de santé. La fermeture de certaines formations sanitaires qui a suivi constitue un obstacle important pour l'obtention de résultats. La mise en place des médecins d'appui et de soutien (MAS) permettent d'apporter un soutien aux bureaux régionaux de santé. Toutefois leur contribution est limitée à cause de différents facteurs tels que les relations avec la direction régionale de la santé, les moyens mis à leur disposition ou encore le soutien du bureau pays.
- Toutefois le FNUAP a fait face à des difficultés pour agir au niveau des politiques de santé de la reproduction à cause de la situation sociopolitique qui prévaut dans le pays et qui n'est pas favorable à la formulation et même dans la réorientation politique du développement sanitaire
- En matière de santé de la reproduction des jeunes et des adolescents le bureau pays a réorienté son approche pour 2012 afin d'adopter une approche transversale dans toutes les composantes. Les besoins identifiés lors de la planification sont de réels besoins qui se sont sans doute accentués mais ils n'ont pas fait l'objet d'études supplémentaires. Durant l'observation sur le terrain dans les régions quick wins l'approche adoptée par le bureau pays a paru très limitée en ce qui concerne la santé des jeunes. Dans la plupart des régions quick wins des jeunes pairs éducateurs (JPE) ont été formés toutefois la formation des JPE n'a pas vraiment eu d'effets positifs dans les régions visitées.
- Le FNUAP en collaboration avec l'UNICEF a permis de pallier rupture de stocks dans anti-rétroviraux et agents chimiques après la crise en 2009 ; grâce à un financement rapide exceptionnel

P&D

- Le bureau de pays a démontré une grande flexibilité pour adapter le contenu de la composante P&D aux effets de la crise. Toutes les activités de cette composante ont été affectées par la crise politique dans leur fondement même, que ce soit du fait de la restriction des compétences de la Haute Autorité de Transition (HAT) en matière de planification, au report de la décentralisation ou du fait du retrait des financements acquis pour la réalisation du RGPH. Les activités liées à l'INSTAT ont été réorientées, comme d'ailleurs celles liées à la sensibilisation des décideurs sur les liens P&D. Seule l'appui au SNISE a été maintenu dans sa consistance initiale alors même que l'ensemble du processus de planification était suspendu sine die au niveau central comme déconcentré et décentralisé.
- Le cadre du CPAP pour la composante Population et développement est apparu suffisamment large pour faire évoluer notablement les stratégies sans entrer en contradiction frontale avec les intitulés de produits. Il apparaît par contre que l'adaptation des stratégies développées pour les produits P&D dans le CPAP s'est fait par l'élimination d'un nombre important qui perdaient automatiquement leur sens (comme par exemple la sensibilisation des parlementaires ou des responsables des collectivités locales). Du fait de la multiplicité des cibles et des activités pour un budget limité, ces options ont facilité des choix qui auraient dû être faits dans le cours de l'exécution du programme.
- Le contenu des PTA de la composante P&D a fortement évolué d'une année sur l'autre pour tous les partenaires d'exécution, et particulièrement pour celui en charge de la sensibilisation à l'intégration des données démographiques et socioéconomiques dans la planification

Genre

- Au démarrage du programme, les questions relatives à la population et au genre ont été traitées au niveau d'une direction dans le Ministère de la Santé. Après la crise, le Ministère de la Population a été réinstauré et la composante Genre a pris une dimension importante. À cet effet, le bureau pays a renforcé ses dispositifs, notamment en matière de Ressources Humaines pour répondre à cette situation. C'est ainsi qu'on a recruté l'Expert en Genre et 2 personnels d'appui affectés au niveau du Ministère de la Population pour renforcer davantage la capacité du Ministère.
- Les PTA sont pertinents au regard de la situation de crise qui prévaut dans le pays, laquelle a engendré une situation d'insécurité globale pour les femmes : l'étude McRAM menée par l'UNICEF a démontré que la vulnérabilité des ménages (y compris la vulnérabilité relative à la sécurité physique) est plus critique en 2011 comparée aux périodes

précédentes avec un taux de 32,5% des ménages très vulnérable, 43,1% moyennement vulnérable. Dans cette étude, les ménages dirigés par une femme sont, d'une manière générale, classifiés comme « très vulnérables ». La mise en œuvre du programme constitue des réponses à des situations de vulnérabilité auxquelles bon nombre de femmes sont confrontées.

- En raison de l'instabilité institutionnelle, le phénomène d'insécurité atteint un niveau critique et a tendance à se généraliser aussi bien en milieu rural qu'en milieu urbain. L'engagement du FNUAP contribue à atténuer les risques de survenance de VBG face à la prolifération des violences de tout genre dont les VBG.
- Au sein des familles secouées par la dureté de la vie et la pauvreté, les conflits conjugaux sont nombreux et peuvent dégénérer en VBG. Les activités de sensibilisation et de prise en charge des survivants des VBG ont permis d'atténuer ce fléau.
- Sans contester les méfaits de la crise politique à Madagascar, force est de constater que cette crise a permis d'engendrer un nouveau paysage politique avec une forte participation des femmes. Ainsi, le programme l'appui du programme est censé contribuer à la fois à motiver et à appuyer les femmes à prendre des responsabilités publiques et politiques.
- Enfin, Madagascar étant dans une période de transition durant laquelle les cadres réglementaires et juridiques sont maintes fois discutés et renouvelés, la contribution du programme dans cette période contribue à renforcer les réseaux des femmes en matière de lobbying et de plaidoyers afin de mettre en place un cadre réglementaire favorable à la promotion de la femme en politique.
- A cause de la non reconnaissance du gouvernement de transition en place, le Système des Nations Unies a recommandé à ses agences de suspendre tout appui à caractère politique. Pourtant, un volet important du CPAP est la participation des femmes dans les sphères de décision à caractère politique ; ainsi, pour contourner ce problème, FNUAP a pris la stratégie de collaborer avec la COI (Commission de l'Océan Indien) qui a encore la possibilité d'appuyer les associations des femmes en politique.

CJ.7.2 : La qualité de la réponse fournie par le bureau de pays est bonne

- Réponse adaptée aux besoins exprimés ;
- Respect du mandat du FNUAP

FNUAP
Partenaires d'exécution
Bénéficiaires finaux

Revue documentaire
Entretiens individuels

SR

- Dans la mesure où les PTA n'ont pas été modifiés de manière significative ce qui est décrit dans le CJ 1.6 se rapporte à ce qui a été mis effectivement mis en œuvre.
- La contractualisation de sages femmes cherche à répondre à la rareté des personnels de santé dans les CSB. Toutefois l'intégration de ces personnels dans le système public n'est pas totalement acquise malgré un accord préalable avec le Ministère de la Santé qui prévoyait de les intégrer dans les personnels de santé. Le département des ressources humaines ne reçoit pas le budget en fonction de sa planification et ne peut donc respecter ses engagements. Entre autres les disparités de salaires entre les différentes agences contractualisant des prestataires de santé, constitue un obstacle à une intégration harmonieuse.
- Afin de répondre à certains déficits budgétaires dus à la crise, le FNUAP a pris en charge certains budget de fonctionnement qui aurait du être sous la responsabilité du Gouvernement. Par exemple afin de faire face aux difficultés d'acheminement des contraceptifs il a fourni des camions à SALAMA. En 2011 un budget a été alloué pour l'acheminement des produits SR (santé maternelle et contraceptifs) dans certaines formations sanitaires. Ceci a empêché des ruptures d'approvisionnement de contraceptifs particulièrement dans les régions les plus difficiles d'accès.
- En matière d'urgences humanitaires le FNUAP n'a pu apporter qu'une réponse tardive comme lors du cyclone Giovanna et pas toujours adaptée.¹⁹¹ L'implication du FNUAP en matière d'urgences humanitaire est justifiée lors d'approches coordonnées avec les partenaires afin de promouvoir la santé de la reproduction et la prévention des VBG dans la réponse humanitaire dans, entre autre, la formation DMU, et le soutien au BNGRC pour ce qui est de la production de statistiques pertinentes pour la gestion des urgences et de la formation du groupe interministériel de suivi et évaluation.

¹⁹¹ Voir critères de jugement 2.1

- L'implication du FNUAP dans le programme conjoint PAM/ FNUAP en partenariat avec la Principauté de Monaco et Andorre dans le cadre des crises humanitaires liée à la sécheresse dans 3 régions du sud visait réduire la vulnérabilité des femmes en âge de procréer à travers l'amélioration de l'accès au service de SSR gratuit. Ce programme répond à des besoins clairs dans la mesure où la vulnérabilité de ces populations est indéniable. Cependant cette situation de crise est différente d'une situation d'urgence et le FNUAP a adopté un processus de réponse qui est différent des réponses à apporter dans des situations d'urgence. L'adaptation de la réponse du FNUAP a permis de répondre aux besoins spécifiques de ces populations jusqu'à un certain point à cause des nombreux challenges liés à la mise en œuvre.¹⁹²

P&D

- Pour la composante P&D, la réponse du bureau de pays s'est correctement adaptée aux besoins exprimés. Le bureau a dans l'ensemble fait des choix judicieux, dans le respect du mandat du FNUAP. L'abandon de certaines activités du fait des effets pratiques de la crise est justifié mais aurait pu être allé nettement plus loin de manière à concentrer les moyens sur les activités les plus potentiellement utiles. Le maintien notamment des activités de promotion du lien entre population et développement auprès de cibles diverses ne se justifiait pas réellement. De la même manière, l'appui au SNISE aurait pu être suspendu tant que le dispositif de planification était en sommeil, comme cela a été le cas à partir de 2009.
- Les difficultés rencontrées sur le terrain dans le soutien aux Cellules de Centralisation et d'Analyse Régionale destinées à alimenter le SNISE ont été rapidement identifiées par les sous-bureaux (puis par le responsable du suivi au bureau de pays). Ces difficultés à mobiliser les services techniques déconcentrés, le manque de moyens (de communication et de déplacement) et de compétence (du fait des rotations de poste) au sein même de la cellule et l'isolement des CCAR par rapport aux services centraux ont été relayées vers le bureau de pays mais n'ont pas été pris en compte

¹⁹²Idem

E8 : 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 ?			
Critères de jugement	Indicateurs	Sources d'information	Outils/Méthodes de collecte
CJ.8.1 : Le bureau de pays fait bon usage de ses forces comparatives	- Identification par le FNUAP de ses forces comparatives, notamment vis-à-vis d'autres agences du SNU intervenant dans des domaines similaires (UNICEF, OMS) - Le positionnement du FNUAP tient compte de ses atouts et faiblesses spécifiques	Documents : Documents de programmation Documents de suivi Entretiens : Partenaires gouvernementaux Partenaires de développement SNU OSC Bénéficiaires finaux	Revue documentaire Entretiens individuels
SR • La position du FNUAP en matière de SR permet un plaidoyer auprès du ministère de la santé sur certains aspects tels que le renforcement des SONU et la position des sages femmes comme personnel clef pour améliorer les services de santé maternelle, l'introduction des méthodes contraceptive de longue durée et aussi l'inclusion des indicateurs standards internationaux de santé de la reproduction dans les systèmes d'information nationaux. Ce type d'appui est reconnu par les partenaires gouvernementaux et de développement • En matière de santé des jeunes le domaine dans lequel le FNUAP a une expertise est le renforcement des services de santé de la reproduction pour les jeunes. L'implication du FNUAP dans le renforcement des centres jeunes ne présentent aucun avantage comparatif si ce n'est la promotion de la santé de la reproduction. Par contre le soutien aux différentes activités des centre jeunes correspond davantage au mandat de l'UNICEF¹⁹³. De même les activités de formation des pairs éducateurs sont ponctuelles et le suivi n'est pas effectué de manière systématique entre autre car le FNUAP n'a pas la capacité de faire le suivi. P&D • Pour l'essentiel de la composante population et développement, le FNUAP n'a pas eu de nécessité à identifier ses forces comparatives dans la mesure où il est resté seul dans le domaine de la production et l'utilisation de données fiables, tant démographiques et socioéconomiques que de suivi des programmes de développement. • Pour la même raison de monopole lié à son mandat initial, pour cette composante, le positionnement du FNUAP n'a pas lieu de tenir compte de ses atouts et faiblesses spécifiques par rapport au reste du SNU, ce qui rend d'ailleurs possible la multiplication des cofinancements pour les produits de l'INSTAT. Une des faiblesses est l'isolement relatif de la composante par rapport même aux autres composantes du FNUAP, mis en évidence par la sous-utilisation de l'EPM pour collecter des données plus pertinentes pour la SR. Genre • Malgré la décision du Système des Nations Unies d'arrêter le financement des activités liant le SNU avec le gouvernement Malgache, le FNUAP a toujours continué à financer les CECJ ; ainsi, pendant la crise, les activités de ces derniers ont toujours opérationnels, au bénéfice de la population vulnérable ; contrairement au PNUD qui a cessé les financements des cliniques juridiques entre le début de la crise politique en 2009 jusqu'à la signature de la feuille de route politique en septembre 2010 ; causant ainsi l'arrêt temporaire des activités de ces cliniques juridiques. • Les renforcements de capacité menées par le FNUAP au niveau des femmes en politique (gouvernement, parlement, maires) ont permis à ces dernières de mener des actions			

¹⁹³ Voir critère de jugement 2.1

de lobbying pour mettre en place un cadre réglementaire en faveur de la promotion et la protection de la femme. notamment l'environnement institutionnel et réglementaire garant de la pérennisation des interventions.			
CJ.8.2 : Le rôle du FNUAP est bien identifié par ses partenaires et ses bénéficiaires	Perception du rôle et de la contribution spécifique du FNUAP par ses partenaires et/ou bénéficiaires	Documents : Documents de programmation Documents de suivi Entretiens : Partenaires gouvernementaux Partenaires de développement SNU OSC Bénéficiaires finaux	Revue documentaire Entretiens individuels
<u>SR</u> - En SR le FNUAP est associé à l'approvisionnement en contraceptifs mais certains partenaires considèrent qu'il serait nécessaire de se recentrer sur tous les aspects de la planification familiale pour être pris au sérieux par les donateurs. Les partenaires directs au niveau national reconnaissent et apprécient sa contribution dans les domaines de la santé maternelle (programme sage femmes – formations SONU et intrant SONU). Le plan SONU est moins connu. - Au niveau des régions pour les partenaires la contribution du FNUAP est aussi assimilée à l'introduction de Channel avec la dotation en ordinateur, les et à l'approvisionnement en contraceptifs. Les formations en SONU, PF, prise en charge de fistules obstétricales (à Anosy) apparaissent comme une contribution reconnue par les partenaires. <u>P&D</u> - La composante P&D est unanimement identifiée comme un rôle-clé à Madagascar par ses partenaires. L'action du FNUAP dans le cadre sa composante P&D est reconnue comme singulière par les autres agences du SNU (Unicef et PNUD), qui sont venus contribuer financièrement pour des produits bien spécifiques réalisés par l'INSTAT comme par exemple l'Enquête Périodique des Ménages. Cette identification est liée au rôle incontournable joué par l'INSTAT pour produire des données fiables alors que le reste de l'administration se révèle incapable de produire des données administratives et d'état civil qui puisse contribuer au suivi des résultats des programmes de développement. - Cette reconnaissance est étendue au domaine du système de suivi-évaluation au sein du SNU, sur la base essentiellement des compétences techniques affirmées du CTP initialement en appui au RGPH, du recrutement d'une responsable pour le suivi et l'évaluation et la volonté d'exemplarité portée par la direction du bureau. Elle a été concrétisée en début de période (2009) par un rôle moteur joué dans la mise en place du GISE, Gestion de l'Information, Suivi et Évaluation au niveau du SNU. L'analyse du système de suivi et évaluation du bureau démontre que pour maintenir cette reconnaissance, des efforts doivent être consentis pour intégrer les résultats de suivi et des évaluations dans le processus de programmation annuelle et pour introduire la gestion axée sur les résultats dans le suivi réalisé par les partenaires de mise en œuvre. - L'identification du FNUAP au niveau des partenaires de mise en œuvre de la composante population et développement et des STD qui en sont directement bénéficiaires est forte. Elle englobe l'appui technique (principalement au niveau du DSEP) et les contributions en formation et en équipements. L'appui du FNUAP dans le cadre de cette composante n'est pas connu des bénéficiaires finaux que sont les populations, et notamment les plus vulnérables – et n'a pas vocation à l'être. <u>Genre</u> - Les rôles du FNUAP via son financement des CECJ sont reconnus par les bénéficiaires et les partenaires. En effet, les CECJ, dont le FNUAP est le seul partenaire financier, ont contribué dans la mise en place d'un climat social apaisé au niveau de la communauté d'une part par les traitements des conflits sociaux qui parfois dépassent leur domaine de compétence (conflit foncier, ...) ; et d'autre part, par la vulgarisation et la sensibilisation des droits humains. - Par ailleurs, le rôle du FNUAP dans la promotion de la participation des femmes dans les affaires publiques et dans l'intégration du concept genre dans la mode de gouvernance à Madagascar est reconnu aussi bien par les responsables au niveau ministériel (MPAS) qu'au niveau des réseaux des femmes en politiques. En effet, grâce au			

renforcement de compétence mené par FNUAP, les réseaux des femmes en politique ont pu mener des actions de lobbying pour améliorer la participation de la femme dans les sphères de décision.

Annexe 5 Suivi Evaluation

1. Cadres stratégiques et rapports de suivi

Les produits de suivi et d'évaluation sont liés intrinsèquement aux cadres stratégiques pour lesquels ils doivent permettre une flexibilité informée. Les différents cadres stratégiques et les produits de suivi et d'évaluation sont présentés ci-après.

a. UNDAF

Cadre de résultat de développement de l'UNDAF : indicateurs par but, effet, produit (de 1 à 5 par produit) ; spécifié avec situation de base et objectifs annuels (ou année cible) ; quantitatif ou centrés sur un processus (création et opérationnalisation d'une plateforme, par ex.) ; complètement informé. Rapport d'effet standard (UNDAF), par effet (5 à Madagascar sur la période).

Rapport de mise à jour de l'UNDAF (par ex. 2008-11), dont bilan des réalisations.

Rapport de revue annuelle UNDAF.

b. CPAP du FNUAP

Cadre de résultats et de ressources du CPAP (en annexe du CPAP) : plusieurs indicateurs (principalement quantitatifs) par produit avec un état initial, les partenaires d'exécution et les montants indicatifs annuels (par produit, en distinguant ressources ordinaires et autres ressources) ; pas d'objectif.

Outil de planification et de suivi du CPAP : indicateurs pour les résultats et les produits, avec les moyens de vérification, les parties responsables (généralement FNUAP et partenaires), l'état initial, les valeurs cibles annuelles et les valeurs réalisées. Indicateurs de résultats appréciés en fin de période (année 4, par ex.). Indicateurs quantitatifs pour la SR été principalement qualitatifs et de processus pour genre et P&D.

Calendrier de suivi et d'évaluation du CPAP : présentation par année des enquêtes/études prévues (principalement en année 1), des événements du dispositif de suivi (réunions de groupes thématiques ou de chargés de programme, sans lien avec un produit précis de suivi), des évaluations (mi-parcours n+3 et finale n+4), revues (semestrielle, annuelle, conjointe), activités d'appui, renforcement des capacités de suivi, utilisation de l'information et activités des partenaires (élaboration des rapports de progressions).

Revue annuelle : utilise le cadre du CPAP comme base de redevabilité.

COAR : rapport normatif partagé par tous les bureaux-pays avec une première section par produit qui présente de manière narrative les résultats atteints pour le développement des capacités des partenaires ; le plaidoyer et dialogue de politique et des résultats « autres ». Toujours au niveau du produit, cette section présente les bonnes pratiques, les enseignements tirés et les principaux défis. La seconde section présente les indicateurs globaux du cadre de résultat du FNUAP pour agrégation au niveau mondial. Le COAR¹⁹⁴ comporte un chapitre sur la gestion du programme par le bureau-pays où sont décrites la participation du bureau aux initiatives globales, la mise en œuvre du système de suivi, la mobilisation des ressources financières, etc.

c. Plan de Travail Annuel (PTA)

PTA du bureau-pays : Rappelle par produit décliné en stratégies : indicateurs du produit, indicateurs de la stratégie puis décompose les stratégies en activités et sous-activités affectée d'un calendrier (trimestriel) de mise en œuvre et d'un budget. Un partenaire de mise en œuvre (PMO) est identifié pour chaque activité et sous-activité. Les valeurs de base et cibles des indicateurs ne sont pas rappelées dans le PTA. Les activités/sous-activités sont des processus et assimilables à des indicateurs de processus.

¹⁹⁴ Ajusté en 2008 par DOS pour renforcer le lien causal résultat-produit.

Plan de suivi annuel du PTA de chaque partenaire de mise en œuvre (à partir de 2011) : présente pour chaque résultat des indicateurs avec les moyens objectifs de vérification, l'état existant, la valeur cible, la fréquence de collecte et le service responsable.

Rapport Standard de progression : est élaboré tous les ans par les partenaires de mise en œuvre ; il ne fait pas l'objet d'une agrégation par composante.

2. Inventaire des études réalisées au titre du plan de gestion – 2009-2011 (en US\$)

Evaluations / études	Budget prévu	Budget réel	Nature	Réalisation
2009				
Evaluer / Développer la politique de financement des produits de SR	15 000	15 000	Etude	Oui
Evaluation de l'implication de la politique de gratuité (contraceptifs, OC, kit individuel d'accouchement)	-	-	Etude	SONU
Enquête SPSR (évolution des indicateurs sur le GP-SPSR et système logistique)	50 000	135 000	Suivi	Oui
Enquête SONU (FTSM)	100 000	100 000	Suivi	Oui
Audit de décès maternel dans les formations sanitaires Site du STP Atsimo Andrefana	20 500	20 500	Evaluation	Oui
Etude sur la perception de la population vis-à-vis des prestataires	-	-	Etude	Non
Etude socio-culturelle sur les barrières à l'utilisation des services de SR notamment en méthode de longue durée	20 000	-	Etude	Non
Estimation du cout logistique de stockage et de distribution de produits de SR	2 500	2 500	Etude	Oui
Etude sur la faisabilité d'ouverture de 02 nouveaux Instituts de formations	10 000	-	Etude	Non
Evaluation de l'engagement du Gouvernement sur les priorités en matière de la santé maternelle	2 000	-	Etude	Non
Evaluation de l'état des lieux sur le statut et l'exercice professionnel des sages-femmes	4 000	4 000	Suivi	Oui
Evaluation rapide en situation d'urgence	-	-	Etude	Oui
Etude et Cartographie des centres de santé amis des jeunes (à combiner avec SONU si possible)	cf. SONU	-	Etude	Non
Etude pour déterminer les valeurs actuelles des indicateurs (mécanisme sur les violences basée sur le genre, connaissance sur le genre, capacité et compétence sur l'intégration de genre ...)	10 000	-	Suivi	Non
Etude pour déterminer les valeurs actuelles des indicateurs (Capacité et compétence des institutions pour intégrer l'aspect population et développement dans les programmes de développement)	4 000	-	Suivi	Non
<i>Sous-total 2009</i>	238 000	277 000		
2010				
Evaluation du projet pilote d'AGR dans le programme Santé de la reproduction des adolescents.	3 000	3 000	Evaluation	Oui
Evaluation de la formation des parents en SRA et en communication avec les jeunes.	3 000	3 000	Evaluation	Oui
Planning familial – analyse approfondie des données EDS	-	-	Suivi	Oui
Accouchement institutionnel – analyse approfondie des données EDS	-	-	Suivi	Oui
Evaluation de curriculum actuel de formations SONU	-	-	Etude	Oui
Evaluation du STP/FPCU région Atsimo-Andrefana	10 000	10 000	Evaluation	Oui

Développement du plan opérationnel pour la mise en œuvre des recommandations de l'enquête SONU	10 000	10 000	Etude	Oui
Evaluation de la Formation en Chirurgie d'Urgence obstétricale	5 000	-	Evaluation	Non
Evaluation de la Formation des Infirmiers Anesthésistes réanimateurs	5 000	-	Evaluation	Non
Evaluation de la politique de la gratuité des services de Santé maternelle et de planification familiale en vue d'apprécier le coût/efficacité	25 000	-	Evaluation	Non
Etude pour déterminer les causes des problèmes d'approvisionnement des CSB en produits SR à partir des districts sanitaires	-	-	Evaluation	Oui
Participer à la mise en œuvre du Total Marketing Initiative (Etude de la segmentation du marché des produits contraceptifs)	-	-	Etude	Oui
Evaluation du mécanisme de suivi et de réduction des GBV à Madagascar	-	-	Evaluation	Oui
Etudes secondaires des données de l'EDS sur les violences faites aux femmes	-	-	Suivi	Non
Etude pour l'élaboration de rapport OMD 3 et OMD 5	7 230	7 230	Etude	Oui
<i>Sous-total 2010</i>	68 230	33 230		
2011				
Evaluation SRA/ Quick WIns / SONU	-	-	Evaluation	Non
Etude sur le Condom programming	-	30 000	Etude	Oui
Evaluation du système logistique et d'approvisionnement en intrants	-	105 000	Evaluation	Oui
<i>Sous-total 2011</i>	-	135 000		
TOTAL 2009-2011	306 230	445 230		45%

Source : Plan de suivi – évaluation et études et données Bureau de pays

3. Critères d'appréciation des indicateurs du CPAP

Cadre du CPAP				Critères d'appréciation des indicateurs							
Résultats	Indicateurs	Situation initiale	Cible	Formulation claire	Pertinence	Spécifique	Opérationnel				
							Baseline disponible	Endline disponible	Cible disponible	Moyen de vérification	Valeurs collectées
COMPOSANTE SANTE DE LA REPRODUCTION											
Résultat de l'UNDAF : 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											
Resultat du Programme Pays I Effet : La population, particulièrement les groupes les plus vulnérables, ont accès et utilisent les services de qualité en santé de la reproduction et planification familiale	Pourcentage des accouchements assistés par un personnel qualifié	51%	70%	1	1	1	1	0	1	1	0
	Prévalence contraceptive augmenté de 18% à 30% Baseline: 18%	18%	30%	1	1	1	1	0	1	1	0
	Taux de fertilité chez les adolescents (pour 1000)	150 pour 1000	100 pour 1000	1	1	1	1	0	1	1	0
	Ratio de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	469	273	1	1	1	1	0	1	1	0
Produit 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.											
Planification familiale											
	Taux de couverture contraceptive au niveau national	19%	28%	1	1	0	1	1	1	1	1
	% de centres de santé offrant au minimum 3 méthodes de PF	ND	100%	1	1	1	0	1	1	1	1
Maternité à moindre risque											

	Pourcentage de femmes suivant la CPN au moins une fois pendant la grossesse	61%	81%	1	1	1	1	1	1	1	1
	Pourcentage de femmes suivant les 04 CPN	40%	50%	1	1	1	1	1	1	1	0
	Proportion d'accouchements ayant lieu dans les structures sanitaires	28%	50%	1	1	1	1	1	1	1	1
	Taux de létalité obstétricale	1,7%	<1%	1	1	1	1	1	1	1	0
	La proportion des césariennes par rapport à (toutes les naissances = naissances attendues)	0,5	0,023	1	1	1	1	1	1	1	1
	Besoins en SONU satisfaits : Proportion des femmes présentant des complications qui sont traitées dans les centres SONU	ND	100% (norme)	1	1	1	1	1	1	1	1
	Nombre de structure sanitaires offrant le service SONUC à Madagascar	ND	48	1	1	1	1	1	1	1	1
	Nombre de structure sanitaires offrant le service SONUB à Madagascar	ND	163	1	1	1	1	1	1	1	1
	% des nouveaux-nés avec faible poids à la naissance	7,0%	4%	1	1	1	1	1	1	1	1
SPSR											
	Nombre de Districts avec Channel fonctionnel	ND	112	1	1	1	0	1	1	1	1
	Existence de comité logistique SR fonctionnel au niveau national	Non	Oui	1	1	1	1	1	1	1	1
Coordination SR											
	Existence de comité intégré multisectoriel/ intersectoriel de coordination des interventions de SR au niveau national fonctionnel	Comité non existant	Comité fonctionnel	1	1	0	1	1	1	1	1

	Nombre de comités régionaux intégrés multisectoriel/ intersectoriel de coordination des interventions de SR fonctionnels	0	6 fonctionnels (regions Quick Wins)	1	1	1	1	1	1	1	1
	Existence de comités au niveau Communautaires intégrés multisectoriel/ intersectoriel de coordination des interventions de SR fonctionnels	Comité existant coordination limitée	ND	1	1	1	1	1	0	1	1
Collaboration avec les Instituts de formation											
	Nombre d'Instituts de formation des paramédicaux publics utilisant les modules réactualisés sur la SR	0	6	0	1	0	1	1	0	1	1
Lutte contre les fistules											
	Nombre de fistuleuses réparées	0	110	1	1	1	1	1	1	1	1
Lutte contre le cancer du col uterin											
	Nombre des femmes bénéficiant le dépistage de cancer du col	ND	12600	1	1	1	0	1	1	1	1
Produit 2 : Des mécanismes de prévention et de réponse en situation d'urgence mis en place.											
	Nombre et liste de partenaires établis pour les activités en situation d'urgence	4	10	1	1	1	1	1	1	1	1
	Nombre d'institutions formées sur le Dispositif Minimum d'Urgence en SR pour les situations post-crise et en urgence humanitaire	ND	7	1	1	1	1	0	1	1	1
	Nombre de personnes formées sur le Dispositif Minimum d'Urgence en SR pour les situations post-crise et en urgence humanitaire	ND	ND	1	1	1	1	0	0	1	1
	% des femmes enceintes et FAP recevant les kitsd'hygiène durant les periodes de crises	ND	> 70%	1	1	1	1	0	1	1	1
Produit 3 - Les services de Santé de la Reproduction des Adolescents (SRA), avec un											

accent particulier sur les IST et le VIH/SIDA sont disponibles, accessibles et incorporés dans le système de santé dans les zones d'intervention du programme											
	Nombre de centres de santé amis des jeunes fonctionnels	0	60	1	1	0	1	1	1	1	1
	Taux de prévalence contraceptive pour les jeunes de 15 à 24 ans	15 à 19 ans : 5,1% 20 à 24 ans : 14,8%	ND	1	1	1	1	1	0	1	1
	Connaissances de deux signes des IST au niveau des jeunes de 15 à 24 ans	Hommes : 15 à 19 ans : 19,2% 20 à 24 ans : 28,9% Femmes : 15 à 19 ans : 19,7% 20 à 24 ans : 30,9%	ND	0	0	0	1	1	0	1	1
	Nombre de conseils de la jeunesse opérationnel	0	12	1	1	0	1	1	1	1	1
Résultat du UNDAF / 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											
COMPOSANTE POPULATION ET DEVELOPPEMENT											
Résultat de PP 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	Niveau d'intégration des indicateurs démographiques mise à jour et fiables dans les politiques, programmes et plan sectoriels	ND	Des indicateurs démographiques mise à jour et fiables intégrés dans les politiques, programmes et plan sectoriels	0	0	0	0	1	1	1	0

en œuvre du MAP et des OMD	Niveau de prise en compte des dimensions de population, santé de la reproduction et genre dans les Plans sectoriels du MAP	ND	Dimensions de population, santé de la reproduction et genre pris en compte dans les Plans sectoriels du MAP	0	1	0	0	0	0	1	0
Produit 1: Les données démographiques et socio-économiques désagrégées sont disponibles et accessibles aux niveaux national, sectoriel et décentralisé pour la mise en œuvre et le suivi du MAP et des OMD	Disponibilité de données démographiques et fiables mis à jour	EDS / RGPH ancien disponible	Les rapports sur RGPH3 disséminés au niveau national et régional	0	1	1	1	1	1	1	0
	Nombre de plateformes de S&E opérationnelles	0	22	1	1	0	1	1	1	1	1
	Disponibilité du Rapport annuel national de mise en œuvre des Programmes avec des informations fiables et de qualité	Rapport non disponible	1	1	0	0	1	1	1	1	1
	Disponibilité du Rapport annuel de mise en œuvre des Priorités régionales avec des informations fiables et de qualité	Rapport non disponible	22	1	0	0	1	1	1	1	1
	Niveau d'opérationnalisation de l'IMIS	IMIS non opérationnel	IMIS intégrant les données de l'EDS IV et RGPH	1	1	0	1	1	1	1	0
Produit 2 : Les capacités des décideurs et des institutions clefs de mise en œuvre en charge d'élaboration des programmes de développement aux niveaux central et régional pour reconnaître les liens entre population et développement sont renforcées	Pourcentage des responsables régionaux et communaux formés et ayant intégré les variables population dans les programmes de développement	ND	90%	0	1	0	0	1	1	1	1
	Pourcentage des Régions dont les décideurs ont bénéficiés des renforcements de capacités sur le liens entre la population et développement	ND	77%	0	1	1	0	1	1	1	1

COMPOSANTE GENRE											
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	a) Partenariat avec la société civile établi pour la promotion de l'égalité de genre, autonomisation des femmes et filles et droit à la SR	Partenariat limité	Partenariat avec la société civile établi pour la promotion de l'égalité de genre, autonomisation des femmes et filles et droit à la SR	0	1	1	1	1	1	1	1
	c) Proportion de sièges occupés par des femmes au parlement national		30%	1	1	0	0	1	1	1	1
	Des mécanismes nationaux et sub national existant pour contrôler et réduire la GBV	Inexistence du mécanisme	Mise en place mécanisme initiée	0	1	1	1	1	1	1	1
Produit 1 : Les capacités techniques et institutionnelles du gouvernementales 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 du programme.	Adoption de texte juridique non discriminatoire (Mise en application du texte sur la discriminatoire effective)	Adoption non effective	Mise à disposition des CECJ du texte réformé et des articles relatives à la VBG	1	1	1	1	1	1	1	1
	Nombre des membres de la société civile ayant des connaissances en matière de genre et autonomisation des femmes	2	15	1	1	1	1	1	1	1	1
Produit 2 : La disponibilité de services de counselling, de protection et de référence pour les victimes de violence basée sur le genre est accrue.	Nombre de victimes de violences traités au niveau des centres d'écoute et de conseils juridiques (CECJ)	ND	4000	1	1	1	0	1	1	1	1
	Nombre de centres d'écoute et de conseil juridique fonctionnels	2	12	1	1	1	1	1	1	1	1
	Nombre de femmes porteuses de fistule réparées reinsérées	0	150	1	1	1	1	1	1	1	1

4. Grille d'appréciation du système de suivi et d'évaluation

Caractéristiques	Questions	Appréciation	Réponses
Type et nature du système			
Type	Est-ce que le système est basé sur le suivi des activités, des résultats ou des deux ?	+	Le cadre de suivi est basé sur les résultats avec un lien structurel avec le contenu du CPAP (cf. la grille d'appréciation ci-après).
Nature	Est-ce que le système est dirigé par le FNUAP, géré conjointement avec les partenaires de mise en œuvre, ou dirigé par eux ?	+	Les partenaires de mise en œuvre sont associés aux revues annuelles et le rapport de revue est rédigé par la Direction de la Coordination Économique et des Aides Extérieures (Vice-primature). Cette gestion conjointe reste largement maîtrisée par la FNUAP en termes de contenu. Du fait de l'instabilité politique pendant la période sous revue, seul le rapport de 2010 a été finalisé à ce jour.
Système de gestion de l'information (SGI)			
Conception et structure	Un SGI est-il associé au système de S-E ?	-	Il n'y a pas de système d'information associé au dispositif de suivi. Les informations sont gérées par les partenaires de mise en œuvre qui les introduisent dans le système de suivi sans contrôle par le Bureau. Le Ministère de la Santé dispose d'un SGI global (GESIS) dont il extrait les données de suivi.
	Est-ce que la conception du SGI est formalisée dans un manuel ?	-	N/A
Collecte de l'information	Est-ce que le système définit qui doit collecter quelle information ?	+	Le cadre de suivi du CPAP identifie le responsable de la collecte et du traitement des indicateurs. Ces éléments sont repris dans le plan de suivi annuel du programme.
	Est-ce que la fréquence de collecte des données est bien définie et appropriée ?	+	La fréquence des activités de suivi est définie dans les plans annuels de suivi qui identifient les sources de financement et les objectifs de chaque activité. La fréquence est appropriée en termes de production de données et de reporting mais n'est pas réaliste en termes de plan de charge, notamment au regard de l'absence de budget pour sous-traiter certaines tâches.
	Est-ce que le degré de détail et d'analyse est adéquat par rapport aux besoins du BP et du gouvernement ?	○	Le degré de détail des indicateurs correspond aux besoins de suivi des activités par le gouvernement et le BP. Les indicateurs de produit sont pour la SR attendus de l'EDS et du RGPH, ce dernier n'ayant pas été réalisé. Les données de l'EDS sont insuffisamment focalisées sur les besoins de la composante SR du FNUAP.
Flux d'information	Est-ce que le système définit qui doit rendre compte à qui ?	○	Le système définit bien les lignes de rapportage entre les partenaires de mise en œuvre et le BP. Au sein du BP, le circuit de l'information de suivi entre les composantes, le point focal et la hiérarchie n'est pas formalisé. Dans une certaine mesure, les composantes privilégient un rapport direct avec la hiérarchie pour le suivi des activités, sans couvrir l'atteinte des résultats ni mentionner les contraintes et limites identifiées par le point focal suivi et évaluation.
	Est-ce que les informations parviennent à temps à la bonne personne ?	○	Le système de rapportage est systématiquement en retard par rapport au programme de suivi. Le circuit de rapportage est quant à lui respecté.
	Est-ce qu'il y a des canevas appropriés pour transmettre les informations ?	○	Les canevas ont été progressivement mis à la disposition des partenaires de mise en œuvre et aux chargés de programme au cours du 6 ^{ème} programme. Ces canevas ne sont pas utilisés systématiquement et s'ils le sont, ils sont généralement détournés en négligeant très généralement les indicateurs de résultats pour privilégier le suivi narratif des activités.
	Est-ce que le système organise le retour de l'information aux partenaires locaux ?	+	Les partenaires de mise en œuvre sont les producteurs de l'information de suivi et ils sont impliqués dans le processus de préparation des revues annuelles. Il n'y a pas lieu d'organiser un retour d'information supplémentaire sauf si le BP apportait une valeur ajoutée à la recension des données, ce qui n'est pas le cas.

Ressources			
Ressources financières	Y a-t'il un budget au niveau du BP pour le système de suivi et d'évaluation ?	-	Il n'y a pas de budget spécifique pour le suivi et les évaluations. La décision est prise au coup par coup par la hiérarchie et les composantes, de manière relativement indépendante par rapport à la programmation initiale. Le point focal n'a pu réaliser qu'une mission de suivi par an au cours des deux années qui ont suivi son recrutement. Une seule évaluation a été réalisée avec son appui mais pas sous sa direction.
	Est-ce que des partenaires ont des budgets pour la mise en œuvre du système ?	-	Les partenaires de mise en œuvre n'ont pas de budget ni d'autres ressources à mettre à disposition du suivi des activités et des résultats. La redevabilité vient s'ajouter à leurs tâches administratives ou techniques.
Ressources humaines	Y a-t'il une personne en charge du système dans son entier au BP ?	○	Un point focal à plein temps a été recruté en 2009. Ses termes de référence lui donnent une responsabilité globale sur le système de suivi et les évaluations. Ils ne s'imposent pas aux composantes dans la mesure où les fonctions du point focal ne sont pas intégrées au fonctionnement des composantes et pas imposées par la hiérarchie.
	Est-ce que les responsabilités de suivi sont clairement définies pour chaque personne ?	-	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.
	Est-ce que le personnel a les compétences requises pour mettre en œuvre le système ?	+	Le personnel a reçu des formations qui lui permettraient d'avoir une maîtrise suffisante, avec l'appui des canevas et du point focal, pour mettre en œuvre chacun sa part du système de suivi.
	Est-ce que le système capitalise sur les capacités locales pour collecter des informations pertinentes ?	○	Le système est entièrement dépendant des capacités locales pour produire et collecter les informations nécessaires au suivi. Ces capacités sont adéquates au sein du Ministère de la Santé avec GESIS mais elles sont faibles pour les 3 autres partenaires de mise en œuvre.
	Est-ce que le système renforce les capacités locales à collecter et à utiliser les informations pertinentes ?	-	En dehors de la production de canevas, le point focal du BP 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. Le rapportage des partenaires de mise en œuvre est focalisé sur les composantes qui ne se sont pas pleinement approprié la fonction de suivi orientée sur les résultats.
Indicateurs			
Faisabilité des objectifs	Est-ce que les résultats et les produits associés aux indicateurs sont atteignables ?	-	En règle générale, les résultats et les produits associés aux indicateurs sont atteignables pour la SR mais cette cohérence ne se retrouve pas pour les deux autres composantes pour lesquels les produits sont trop ambitieux pour être atteints dans le cadre du programme.
Qualité des indicateurs	Est-ce que les indicateurs sont en général formulés clairement ?	+	81% des indicateurs du cadre de suivi sont formulés clairement
	Est-ce que les indicateurs sont pertinents, en général ?	+	92% des indicateurs du cadre de suivi sont pertinents
	Est-ce que les indicateurs sont spécifiques, en général ?	+	71% des indicateurs du cadre de suivi sont spécifiques
	Est-ce que les indicateurs sont opérationnels, en général ?	-	86% des indicateurs du cadre de suivi sont opérationnels
Rôle de l'évaluation dans le système			
Intégration dans le système	Est-ce que les évaluations sont planifiées et sélectionnées pour correspondre aux besoins du BP et du FNUAP ?	-	Les évaluations et les études sont programmées annuellement. Le contenu des plans correspond aux besoins du BP avec un niveau de détail satisfaisant. Il ne prend pas en compte particulièrement les besoins en évaluation du FNUAP au niveau global sauf par le biais de l'évaluation finale du programme. Les plans annuels ne sont réalisés que très partiellement. Les évaluations qui auraient une portée significative dans la mise en œuvre d'un produit ne sont pas mises en œuvre, à l'exception de celle sur le SONU.
	Est-ce que les constats des évaluations sont		Le résultat des évaluations est systématiquement transmis à la direction qui a la discrétion sur leur

	correctement transmis à la direction et intégrés au processus de décision ?	-	intégration, ou non, au processus de décision. En général, ces résultats ne donnent pas lieu à des changements importants, les composantes opposant une résistance à ces éléments d'évolution exogènes.
	Est-ce que les résultats des évaluations sont utilisés pour mettre à jour le cadre de résultats du CPAP ?	-	Le faible nombre d'évaluations réalisées et leur faible niveau de prise en compte limitent leur utilisation pour ajuster le cadre de résultats du CPAP qui résiste fortement au changement sur la durée du programme, même dans un contexte aussi troublé que celui de Madagascar pendant le 6 ^{ème} programme. L'évaluation finale est privilégiée comme véhicule d'ajustement d'un CPAP à l'autre.
Alignement	Est-ce que les évaluations sont conçues avec les parties prenantes nationales et partagées avec elles ?	○	Les partenaires de mise en œuvre n'interviennent que modérément dans la conception des évaluations qui sont partagées avec eux.
Suivi des risques et des hypothèses			
Hypothèses	Est-ce que le BP a correctement identifié les principales hypothèses du programme-pays ?	-	Le cadre de programmation n'identifie pas les hypothèses sous-jacentes à l'atteinte des objectifs du programme.
	Est-ce que le BP est en mesure d'obtenir à temps des informations justes sur les changements dans ces hypothèses ?	-	Le BP dispose de relations suivies avec les autorités qui le mettrait en mesure de suivre l'évolution du contexte global des interventions et donc des hypothèses. Dans la mesure où les hypothèses ne sont pas explicitées, ce suivi existe mais n'est pas structuré et ne donne pas lieu à un compte rendu.
Risques	Est-ce que le BP a correctement identifié les principaux risques du programme-pays ?	-	Le cadre de programmation n'identifie pas les risques sous-jacents à l'atteinte des objectifs du programme.
	Est-ce que le BP est en mesure d'obtenir à temps des informations justes sur les changements dans ces risques ?	-	Le BP dispose de relations suivies avec les autorités qui le mettrait en mesure de suivre l'évolution du contexte global des interventions et donc des risques. Dans la mesure où les risques ne sont pas explicités, ce suivi existe mais n'est pas structuré et ne donne pas lieu à un compte rendu.
Formalisation	Est-ce que le suivi des risques et des hypothèses est formalisé et enregistré par écrit ?	-	Le suivi des hypothèses et des risques ne fait pas l'objet d'un rapportage spécifique. Il est intégré à la gestion au jour le jour des activités du BP et des partenaires de mise en œuvre.

Annexe 6 Groupes et sous-groupes thematiques du SNU

GROUPES ET SOUS-GROUPES THEMATIQUES DU SNU

Groupe	Rôle du FNUAP
Groupe thématique VIH SIDA (2008-2013)	Participer à l'elaboration des differents documents concernant la lutte contre les IST VIH (plan strategique, document UNDAF, ...) ainsi que dans le suivi et la mise en œuvre Participer aux réunions du groupe Participer à l'elaboration de TDR et du PTA du groupe (le PTA est transversale passant par tous les effets de l'UNDAF)
Groupe thématique Santé (2008-2011)	Participer à l'elaboration des differents documents concernant la santé (plan strategique, document UNDAF, document sur la santé maternelle) ainsi que dans le suivi et la mise en œuvre Participer dans les réunions du groupe Participer dans l'elaboration de TDR et PTA du groupe ainsi que dans la mise en oeuvre du PTA
Groupe Axe Santé (2012-2013)	Vice president du groupe Axe Santé (la partie nationale est aussi membre du groupe)
Groupe thématique Communication (2008-2013)	<i>UNFPA était président du groupe en 2010 et 2011 : Assurer le leadership du groupe, convoque rla réunion,</i> Participer à l'elaboration du PTA Participer dans l'elaboration des differents documents concernant la Communication et la visibilité du SNU (plan strategique, document UNDAF,) ainsi que dans le suivi et la mise en œuvre Participer dans les réunions du groupe Participer dans l'organisation des journées thematiques

Groupe	Rôle du FNUAP
Groupe GISE (Gestion d'Information et Suivi et Evaluation)	UNFPA était président du groupe GISE en 2008, 2009, 2010 Rôles de l'UNFPA en tant que Président : En collaboration avec le Bureau de Coordination Residente de SNU, UNFPA organise et convoque les réunions du groupe GISE pour la mise à jour des TDR, l'élaboration de PTA, le suivi et la mise en oeuvre de PTA du groupe Fréquence de la réunion : mensuelle En 2011, c'était l'UNICEF qui a assuré la présidence. Cette année 2012, la présidence revient à l'UNFPA
Groupe Thématique Droits humains Genre et Protection (2008-2011) Droits Humains et Genre (2012-2013)	Présidence assurée par l'UNFPA depuis 2010 jusqu'ici. Rôles de l'UNFPA : Convoquer et diriger les réunions. Etablir le PTA du groupe en collaboration avec les membres Effectuer le suivi et la mise en oeuvre du PTA en collaboration avec les membres Le groupe assure que l'approche Droit Humains et Egalité de Genre est intégrée dans les activités et planification et suivi (CCA/UNDAF)
Gouvernance (groupe Effet UNDAF) : 2008-2011	Participer à la planification et le suivi des activités de l'effet Gouvernance de l'UNDAF Participer à toutes les réunions du Groupe (revues périodiques ou autres réunions)

Groupe	Rôle du FNUAP
Groupe Axe Protection (2012- 2013)	Participer aux activités et réunions organisées par le Groupe Axe Protection
Groupe Axe Services Socio de base	Vice président de sous axe santé avec OMS Participant : participer à la mise en œuvre et le suivi des activités du groupe (la partie nationale est aussi membre du groupe)
Groupe Axe Information S&E et Communication	Président du groupe : Organise les réunions en collaboration avec la partie nationale pour la mise en œuvre des activités du groupe et le suivi du programme
UNCT (United Nations Country Team)	Participer aux réunions et aux prises de décisions de l'UNCT
PMT (programme management team)	Vice président de l'équipe : participer aux réunions et aux activités du PMT, assurer la présidence lors de la non disponibilité de l'agence Président

Annexe 7 Tableau Réalisations dans les régions quick wins

	Androy	Anosy	Atsimo Andrefana	Atsimo Atsianana	Sofia	Vatovavy Fitovinany
Nombre de district	4	3	9	5	7	6
Nombre de structures dont le personnel a été formé en SONU (SONUC/SONUB)	9	16	59	7	9	23
Nombre de structures ayant reçu équipement SONU (SONUC/SONUB)	9	7	58	7	9	23
Nombre de structures qui ont bénéficié de la présence d'une sage-femme contractuelle (UNFPA)		3	12 + 3 VNU	2		7
Nombre de personnel formés en Implanon	52	31	32	55	47	35
Nombre de nouveau site ouvert en Implanon	22	27	21	53	45	35
Nombre de personnes formées en insertion DIU	-	-	-	-	10	-
Nombre de personnel formés en Gestion logistique et utilisation du CHANNEL	14	10	-	11	22	16
Nombre de supervision CHANNEL	6	2	-	2	3	4
Nombre d'agents de santé formés en SRA	4	-	-	-	1	4
Nombre de JPE formés en SRA	50	28	25	-	50	65
Nombre de parents/leaders religieux formés en SRA	-	ND	-	-	-	0
Nombre de personnes formés en suivi évaluation et GAR	9	16	2	2	6	12

Taux CPN 1

	2008	2009	2010	2011
Androy				
Anosy	74,25	64,34	76,82	71,31
Atsimo Andrefana	90,89	73,47	71,16	74,35
Atsimo Atsianana	68,83	48,49	53,91	65,66
Sofia	48,74	45,93	60,70	66,63
Vatovavy Fitovinany	63,4	62,71	71,7	75,6

Taux d'accouchements au niveau formation sanitaire

	2008	2009	2010	2011
Androy	21,5%	26,5%	28,8%	25,7%
Anosy	21%	16,44%	28,47%	21,56%
Atsimo Andrefana	25,64%	27,06%	25,32%	27,92%
Atsimo Atsianana	15,03	15,37	14,91	20,05
Sofia	20,19%	19,70%	28,65%	28,84%
Vatovavy Fitovinany	12,1%	17,9%	14%	15,2%

Taux de couverture contraceptive

	2008	2009	2010	2011
Androy	7,32%	8,37%	10,4%	11,3%
Anosy	21%	16,44%	28,47%	21,56%
Atsimo Andrefana	17,68%	17,47%	17,86%	19,48%
Atsimo Atsianana	8,26	9,48	8,74	10,99
Sofia	8,57%	12,70%	13,24%	15,72%
Vatovavy Fitovinany	23,42%	26%	26,9%	26,9%

Nombre de districts dans la région où l'Ordinateur fourni pour Channel est fonctionnel (préciser nombre total de district dans la région)

	2008	2009	2010	2011
Androy (4)	-	4	4	4
Anosy (3)	-	1	1	2
Atsimo Andrefana (9)	-	-	9	8
Atsimo Atsianana (5)	-	5	5	5
Sofia (7)	-	7	7	5
Vatovavy Fitovinany (6)	-	5	4	6
Total		22	30	30

Nombre de districts dans la région où Channel est fonctionnel (c'est-à-dire que Channel est utilisé pour la gestion des stocks et pour les commandes d'intrants)

	2008	2009	2010	2011
Androy (4)	-	1	2	3
Anosy ¹⁹⁵ (3)	-	0	0	0
Atsimo Andrefana (9)	-	-	9	8
Atsimo Atsianana (5)	-	0	2	2
Sofia (7)	-	7	7	5
Vatovavy Fitovinany (6)	-	5	4	6
Total		13	15	24

¹⁹⁵ L'intégration de tous les intrants de santé dans CHANNEL n'est pas encore effective pour tous les districts. Pour Betroka, seuls les produits contraceptifs sont gérés et commandés à partir des données du Channel.