



EVALUATION FINALE DU 7^{ème} PROGRAMME DE COOPERATION ENTRE MADAGASCAR ET L'UNFPA 2015-2019

Rapport Final

Décembre 2018

EQUIPE D’EVALUATION

Chef d’équipe : **Guennolet BOUMAS NGABINA**, Consultant International, *Expert international en évaluation des programmes de développement chargé de la Dynamique de la population*

Consultante Nationale : **Huguette RABENITANY**, *Experte en Santé de la Reproduction, Planification familiale, Adolescent et Jeunes*

Consultante Nationale : **Lucie RANAIVOARISOA**, *Experte en Genre*

Evaluation finale du 7^{ème} Programme de Coopération entre Madagascar et l’UNFPA 2015 – 2019 : Madagascar

L'analyse et les recommandations de ce rapport ne reflètent pas nécessairement les points de vue du Fonds des Nations Unies pour la population, de son Conseil exécutif ou des États Membres des Nations Unies. Ceci est une publication indépendante.

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES	iii
REMERCIEMENTS	vi
LISTE DES ACRONYMES ET DES ABREVIATIONS	vii
MADAGASCAR : CHIFFRES CLES	ix
RESUME EXECUTIF	xiii
CHAPITRE 1: INTRODUCTION	1
1.1. OBJECTIFS DE L’EVALUATION DU PROGRAMME PAYS	1
1.1.1. Objectif global de l’Evaluation	1
1.1.2. Objectifs Spécifiques.....	1
1.2. CHAMP DE L’EVALUATION	2
1.3. METHODOLOGIE ET PROCESSUS	2
1.3.1 Méthodologie et approche de l’évaluation	2
1.3.1.1 Cadre conceptuel d’évaluation	2
1.3.1.2 Evaluabilité.....	3
1.3.1.3 Les théories de changement.....	4
1.3.1.4 Critères et questions d’évaluation.....	5
1.3.1.5 Echantillonnage	7
1.3.2 Phases du processus d’évaluation.....	9
1.3.2.1 Collecte des données sur terrain	9
1.3.2.2 Outils et méthodes employés pour la collecte et l’analyse de données	10
1.3.2.3 Analyse, interprétation des données et validation :	11
1.3.2.4 Difficultés rencontrées.....	11
1.3.2.5 Limites de l’évaluation	11
1.3.2.6 Considérations éthiques et code de conduite.....	11
CHAPITRE 2 : CONTEXTE DU PAYS	12
2.1 DEFIS DU DEVELOPPEMENT ET STRATEGIES NATIONALES	12
2.1.1 Contexte politique	12
2.1.2. Situation économique	12
2.1.3. Contexte social	13
2.1.4. Les stratégies nationales de développement.....	13
2.1.5. Etat général de pauvreté de la population.....	14
2.1.6. Santé Sexuelle et Reproductive	14
2.1.7. Planification familiale	15
2.1.8. Jeunes et adolescents	15
2.1.9. Humanitaire	15
2.1.9. Egalité des sexes et autonomisation des femmes	16
2.1.10. Dynamique de population.....	16

2.2. ROLE DE L’AIDE EXTERIEURE	17
2.3. LE PROGRAMME PAYS DE L’UNFPA FACE AUX DEFIS DU DEVELOPPEMENT	18
CHAPITRE 3 : LA REPONSE ET LES STRATEGIES DE PROGRAMME DE L’UNFPA	19
3.1 LA REPONSE STRATEGIQUE DE L’UNFPA	20
3.2 REPONSE DE L’UNFPA DANS LE CADRE DU PROGRAMME PAYS	21
3.2.1 Enseignements tirés du Programme passé (2008-2013).....	21
3.2.2 Réponse de l’UNFPA dans le cadre du 7 ^{ème} programme pays (2015-2019)	22
3.2.3 Structure financière du programme.....	23
CHAPITRE 4 : CONSTATS : LES REPONSES AUX QUESTIONS D’EVALUATION	26
4.1 PERTINENCE DU PROGRAMME	26
4.2 EFFICACITE DU PROGRAMME.....	30
4.2.1 Santé Sexuelle et Reproductive	31
4.2.2 Adolescents et Jeunes	42
4.2.3 Égalité des sexes et Autonomisation des femmes	44
4.2.4 Dynamique de population.....	47
4.3 EFFICIENCE DU PROGRAMME.....	50
4.4 DURABILITE DU PROGRAMME.....	52
4.5 ALIGNEMENT STRATEGIQUE	54
4.6 CAPACITE DE REPONSE	58
4.7 VALEUR AJOUTEE	60
CHAPITRE 5 : CONCLUSIONS	62
5.1. NIVEAU STRATEGIQUE	62
5.2. NIVEAU PROGRAMMATIQUE.....	63
5.2.1 Santé de la reproduction/ Planification familiale	63
5.2.2 Jeunes et adolescents	64
5.2.3 Egalité des sexes et autonomisation des femmes	64
5.2.4 Population et développement	65
CHAPITRE 6 : RECOMMANDATIONS.....	66
6.1. Recommandations stratégiques	66
6.2. Recommandations programmatiques	68
6.2.1 Santé de la reproduction/ planification familiale.....	68
6.2.2 Jeunes et adolescents	69
6.2.3 Egalité des sexes et autonomisation des femmes	70
6.2.4 Dynamique de population	71

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1: Madagascar en chiffre	ix
Tableau 2: Evaluabilité du programme	3
Tableau 3: Correspondance entre les questions et les critères d'évaluation.....	7
Tableau 4: Répartition des structures interviewées par thématique aux niveaux central et régional	8
Tableau 5: Liste des indicateurs des trois régions d'intervention du 7ème programme de l'UNFPA ..	18
Tableau 6: Type de budget par source de financement (2015-2018)	24
Tableau 7: Taux d'absorption des IPs par effet du programme (2015-2017)	25
Tableau 8: Accouchements au niveau des Formations Sanitaires dans les 3 régions de concentration (Androy, Atsimo Andrefana, Vatovavy Fitovinany).....	32
<i>Tableau 9: Situation de SDMR dans les trois régions de concentration.....</i>	<i>35</i>
Tableau 10: Evolution de la couverture contraceptive	36
Tableau 11: Pourcentage de points de prestation de services sans rupture de stock de contraceptifs au cours des trois derniers mois	37

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Carte de Madagascar.....	xii
Figure 2: Cadre conceptuel de la méthodologie de l'évaluation	3
Figure 3: Reconstruction de la Théorie de changement	5
Figure 4: Critères d'évaluation.....	6
Figure 5: Résumé des principales phases de l'évaluation	9
Figure 6: Pyramide des âges de la population malgache.....	16
Figure 7: Carte d'intervention du 7ème Programme pays.....	20
Figure 8: Cible du Plan Stratégique UNFPA, 2014-2017	20
Figure 9: Les liens entre la logique d'intervention et le plan stratégique puis l'UNDAF.....	23
Figure 10: Répartition des dépenses par thématique, 2015-2017.....	24
Figure 11: Evolution des dépenses par année selon les thématiques (Millions USD)	25
Figure 12: Exécution de fonctions essentielles SONUB au niveau des Formations Sanitaires	33
Figure 13: Carte d'accessibilité physiques aux maternités SONU (Androy).....	33
Figure 14: Evolution du nombre de patientes souffrant de fistule bénéficiant de réparation.....	34
Figure 15: Evolution du taux de prévalence contraceptive moderne (source : TRAC PF 2017)	36
Figure 16: Pourcentage de points de prestation de services offrant au moins 5 méthodes contraceptives 2015-2019.....	37
Figure 17: Pourcentage des budgets et dépenses par effet entre 2015-2017	51

REMERCIEMENTS

L'équipe des Consultants de l'évaluation Indépendante du 7^{ème} Programme Pays tient à remercier le Représentant Résident de l'UNFPA à Madagascar, Monsieur Constant-Serge BOUNDA pour la très grande importance accordée au processus et la mise à la disposition de l'appui et des moyens nécessaires pour la réussite de cette évaluation.

Nos remerciements vont également à Monsieur Henri Claude VOLTAIRE, Représentant-Adjoint de l'UNFPA, qui a suivi de très près l'évolution du travail, et à Madame Nohisoa RABENAMPOIZINA, Chargée de suivi et évaluation du Bureau UNFPA à Madagascar qui a fait une assurance qualité de façon itérative. Cette dernière s'est totalement investie pour que cette évaluation soit conduite avec succès, dans le respect des exigences de l'UNFPA, tout comme Madame Patricia RAKOTONDRABE, Représentant Assistant a aussi contribué à la bonne réussite de l'évaluation.

Les évaluateurs remercient également tout le personnel de l'UNFPA à Madagascar, celui du Bureau central et celui du Bureau décentralisé de Toliara pour leur disponibilité à partager la documentation nécessaire pour réaliser cette évaluation, à recevoir et à discuter avec les Consultants.

Les remerciements s'adressent également aux membres du Groupe de Référence d'Evaluation, qui ont participé au processus pour la lecture et la validation du Rapport de conception et du Rapport préliminaire de l'évaluation en donnant des commentaires et suggestions qui ont permis d'améliorer la qualité de ce rapport.

Enfin, nous exprimons notre reconnaissance envers toutes les personnes qui ont été rencontrées dans les différentes structures qui ont été visitées, à Antananarivo, à Toliara, à Ambovombe, à Manakara, à Ampasimanjeva et à Mananjary pour leur disponibilité, les informations qu'ils nous ont communiquées, et pour l'intérêt qu'ils ont accordé à cette évaluation.

LISTE DES ACRONYMES ET DES ABREVIATIONS

ARSSAM	: Appui à la Réforme du Secteur de la Sécurité à Madagascar
ASOS	: Action Socio-sanitaire Organisation Secours
BAD	: Banque Africaine de Développement
BIT	: Bureau International de Travail
BM	: Banque Mondiale
CCC	: Communication pour le Changement de Comportement
CECJ	: Centre d'Ecoute et de Conseil Juridique
CIMJ	: Comité interministériel de la Jeunesse
CIPD	: Conférence Internationale sur la Population et le Développement
CNSS	: Caisse Nationale de Solidarité pour la Santé
CPAP	: Plan d'Action du Programme Pays
CPD	: Country Programme Document/Document de programme pays
CSU	: Couverture Santé Universelle
DM	: Décès maternel
DRJS	: Direction Régionale de la Jeunesse et des Sports
DRSP	: Direction Régionale de la Santé Publique
ECB	: Enquête de surveillance Comportementale et Biologique
EDS	: Enquête Démographique et de Santé
ENSOMD	: Enquête nationale sur le suivi des indicateurs des OMD. Madagascar.
FACE	: Financial Authorization and Certificate of Expenditure
FISA	: Fianakaviana Sambatra
FO	: Fistule Obstétricale
FVFO	: Femmes Victimes des Fistules Obstétricales
FSSMN	: Fiche de Surveillance de Santé de la Mère et du Nouveau-Né
HACT	: Harmonized Approach for Cash Transfer
ICM	: International Confederation of Midwives
IDH	: Indice de Développement Humain
IFIRP	: Institut de Formation Inter Régional des Paramédicaux
INSTAT	: Institut National de la Statistique
IST	: Infection sexuellement Transmissible
JPE	: Jeune Pair Educateur
MID	: Ministère de l'Intérieur et de la Décentralisation
MEN	: Ministère de l'Education Nationale
MJS	: Ministère de la Jeunesse et des Sports
MPPSPF	: Ministère de la Population, de la Protection Sociale et de la promotion de la Femme
MSM	: Marie Stopes Madagascar
MSANP	: Ministère de la Santé Publique
ODD	: Objectifs de Développement Durable
OMD	: Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA	: Organisation des Nations Unies sur le VIH/SIDA
ORSEC	: Organisation de Secours
PBF	: Peace Building Fund/Fonds pour la consolidation de la paix
PE	: Partenaire d'exécution

PF	: Planification Familiale
PND	: Plan National de Développement
PNJ	: Politique Nationale de la Jeunesse
PNUD	: Programme des Nations Unies pour le Développement
PRD	: Plan Régional de Développement
PTA	: Plan de Travail Annuel
RGPH	: Recensement Général de la Population et de l'Habitation
RSSS	: Réforme du Secteur de Sécurité
SALFA	: Sampan'asa Loterana Momba ny Fahasalamana
SDMR	: Surveillance des décès maternels et riposte
SE/CNLS	: Secrétariat Exécutif du Comité National de Lutte contre le Sida
SIDA	: Syndrome d'Immuno Déficience Acquise
SMN	: Santé Maternelle et Néonatale
SNISE	: Système National Intégré de Suivi et Evaluation
SNDS	: Stratégie Nationale de Développement de la Statistique
S&E	: Suivi et Evaluation
SNU	: Système des Nations Unies
SONUB	: Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de Base
SONUC	: Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complets
SPSR	: Sécurisation des Produits de santé de la Reproduction
SR	: Santé de la Reproduction
SRA	: Santé de la Reproduction des Adolescents
SRAJ	: Santé de la Reproduction des Adolescents et Jeunes
SSR	: Santé sexuelle et de la Reproduction
UNDAF	: United Nations Development Assistance Framework
UNFPA	: United Nations Population Fund
UNICEF	: United Nations Children's Fund
VBG	: Violences Basées sur le Genre
VIIH	: Virus de l'Immuno Déficience Humaine
ZI	: Zone d'Intervention

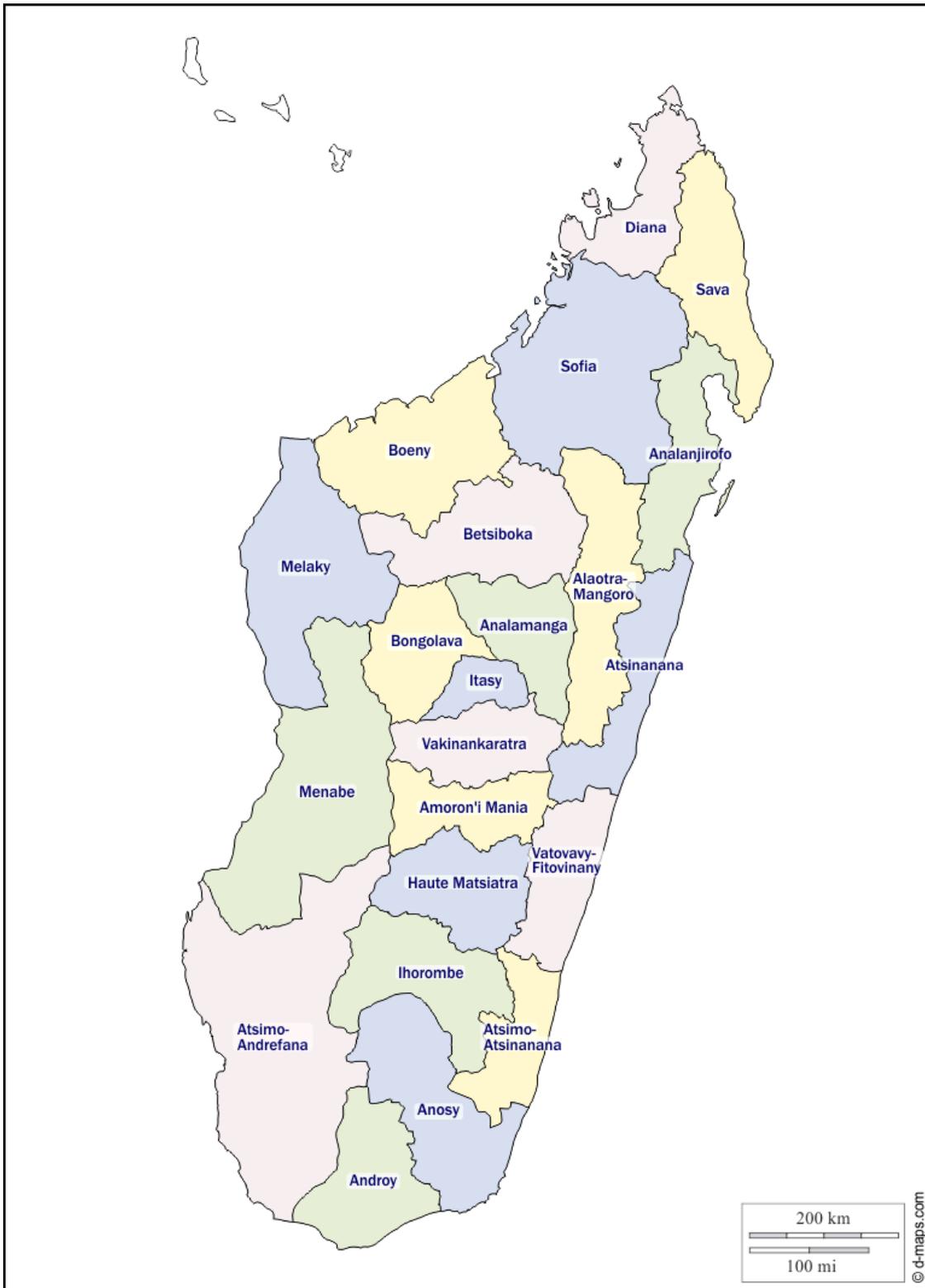
MADAGASCAR : CHIFFRES CLES

Tableau 1: Madagascar en chiffre

TYPE DE DONNEES		
Données générales du pays : Type de données	Sources/années	Sources/années
Superficie	587 295 km ²	
Population totale résidente 2016	24,4 millions	CIA World Factbook (2017)
Population féminine en âge de procréer (15-49 ans)	23 %	ENSOMD2012-13
Population âgée de 10 à 24 ans	32%	ENSOMD2012-13
Taux de croissance démographique	2,7 %	ENSOMD2012-13
Population rurale	80%	ENSOMD2012-13
Population urbaine	20%	ENSOMD2012-13
Population de moins de 25 ans	64 %	ENSOMD2012-13
Densité de population	41,40 habitants / km ² .	ENSOMD2012-13
Indice synthétique de fécondité	5 enfants par femme	ENSOMD2012-13
Indice synthétique de fécondité (ISF) en milieu rural	5,5 enfants par femme	ENSOMD2012-13
Indice synthétique de fécondité (ISF) en milieu urbain	3,3	ENSOMD2012-13
ISF selon niveau de vie des ménages	7,9 pour les plus pauvres 2,8 pour les plus riches	ENSOMD2012-13
Pourcentage des filles ayant eu leurs premiers rapports sexuels avant 15 ans	14%	ENSOMD2012-13
Pourcentage des femmes ayant eu leurs premiers rapports sexuels à 25 ans exacts	96%	ENSOMD2012-13
Indicateurs socio-économiques de base		
Economie : Type de données	Sources/années	Sources/années
Pourcentage de travailleurs ayant un emploi fragile	80%	BAD, Rapport sur les perspectives en Afrique (2017)
Pourcentage de l'industrie dans le PIB	14,8 %	BM (2017)
Endettement de l'Etat (en % du PIB)	43,2%	BM (2017)
Taux de croissance économique	4,5%	BAD, Rapport sur les perspectives en Afrique (2017)
Dette publique en % du PIB	39,7%	Ordre des Experts-comptables -2016
PIB par habitant (USD)	391	
Education : Type de données	Description	Sources/années
Ratio d'alphabétisation de femmes de 15- 19 ans	0,96	ENSOMD2012-13
Ratio de fréquentation des filles dans le primaire	1,05	ENSOMD2012-13
Ratio de fréquentation des filles/garçons au secondaire	0,86	ENSOMD2012-13
Ratio de fréquentation des filles/garçons dans le supérieur	0,73	ENSOMD2012-13
Santé : Type de données	Description	Sources/années

Pourcentage des mères consommant des aliments riches en vitamine A	76,7 %	ENSOMD2012-13
Taux de fécondité des adolescentes (15-19 ans)	163 pour mille	ENSOMD2012-13
Taux de prévalence du VIH (15-24 ans)	0,16%	ECB2013
Santé : Type de données	Description	Sources/années
Pourcentage des femmes ayant entendu parler des FO (45-49 ans)	19%	ENSOMD2012-13
Pourcentage des mères consommant des aliments riches en fer	50,30%	ENSOMD2012-13
Taux d'accouchements assistés par de personnel qualifié	44,30%	ENSOMD2012-13
Pourcentage d'enfants allaités exclusivement au sein	41,90%	ENSOMD2012-13
Pourcentage des femmes ayant reçu des soins postnatals moins de 24 heures après la naissance	36%	ENSOMD2012-13
Prévalence VIH chez les HSH	14,70%	ECB 2013
Taux de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes	478 pour 100 000 naissances vivantes	ENSOMD2012-13
	353 pour 100 000 naissances vivantes	Estimates – MMEIG 2015
Espérance de vie à la naissance	65,9 ans	CIA World Factbook (2017)
	H : 64,4 ans F : 67,4 ans	
Taux de mortalité infantile	42 pour mille	ECB 2013
Pourcentage de femmes en union utilisant une méthode moderne de PF	33,30%	ENSOMD2012-13
	38,9%	TRAC PF 2017
Taux des besoins non satisfaits en planification familiale	16,4%	TRAC PF 2017
	17,7%	ENSOMD2012-13
Connaissance des femmes en âge de procréer concernant les signes cliniques de fistule obstétricale et le fait que la fistule obstétricale peut se soigner	11%	ENSOMD2012-13

Figure 1: Carte de Madagascar



RESUME EXECUTIF

Introduction : Le présent rapport fournit les résultats de l'évaluation du 7^{ème} programme de coopération entre le Gouvernement de Madagascar et l'UNFPA d'un montant initial de 74,5 millions de dollars pour la période 2015-2019. Il présente les progrès réalisés à travers les interventions du programme pour l'atteinte des résultats et produits énoncés dans le CPD et CPAP 2015-2019. Ce rapport identifie et analyse les acquis, les faiblesses, les leçons apprises et révèle les facteurs ayant facilité ou entravé l'atteinte des résultats afin de proposer des orientations et recommandations pour le 8^{ème} programme. Le cadre d'intervention du programme qui fait l'objet de l'évaluation porte sur les services de santé sexuelle et reproductive de qualité, les adolescents et des jeunes, l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes et la dynamique de population et développement pour contribuer à la réduction de la pauvreté.

Objectifs et étendue de l'évaluation : D'une manière globale, l'évaluation a pour objectifs (i) d'examiner dans quelle mesure la conception et la mise en œuvre du 7^{ème} programme sont appropriés considérant le contexte du pays et international, (ii) d'analyser les résultats, la performance, la durabilité des interventions, (iii) de déterminer la capacité de réponse, l'alignement stratégique incluant la coordination des interventions avec le SNU et la valeur ajoutée afin d'en tirer des leçons pour fournir un ensemble d'options claires et prospectives menant à des recommandations stratégiques et concrètes pour le prochain cycle de programmation. Les résultats de l'évaluation sont destinés à l'UNFPA, au Gouvernement de Madagascar, aux partenaires d'exécution et autres parties prenantes, pour la prise de décision et pour orienter la future programmation.

Méthodologie de l'évaluation : L'approche méthodologique adoptée est conforme aux orientations du manuel de l'UNFPA au niveau du Siège « *How to design and conduct a country programme evaluation* ». L'évaluation du 7^{ème} programme est basée sur l'ensemble de questions traitant les critères de pertinence, d'efficacité, d'efficience et de durabilité pour l'analyse des quatre thématiques du programme, et les critères relatifs à l'alignement stratégique, à la valeur ajoutée et à la capacité de réponse pour l'analyse du positionnement stratégique de l'UNFPA.

Le groupe de référence de l'Évaluation (GRE) a été mis en place pour le suivi de l'évaluation depuis la phase de conception jusqu'à la finalisation du rapport avec le bureau pays UNFPA Madagascar. La méthodologie de l'évaluation a été discutée et validée par le GRE et l'UNFPA laquelle inclut (i) l'échantillon des parties prenantes, des partenaires de mise en œuvre et des bénéficiaires rencontrés tirant de la cartographie des parties prenantes, (ii) les questions d'évaluation, le calendrier de l'évaluation ainsi que les outils de collecte de données.

La méthodologie de l'évaluation a combiné des méthodes qualitatives et quantitatives de collecte de données incluant (i) l'analyse documentaire, (ii) les entretiens auprès des parties prenantes¹ (iii) les visites de sites et les observations, (iv) l'organisation des groupes de discussion (focus group) auprès des bénéficiaires au niveau des trois régions de concentration de l'UNFPA.

L'équipe d'évaluation a fait systématiquement la triangulation des données collectées. La matrice d'évaluation a facilité la consolidation des constatations sur la base des « *évidences* ». Cette matrice met en relation les hypothèses à vérifier et les indicateurs correspondants aux questions d'évaluation. L'équipe d'évaluateurs a rencontré de difficultés durant tout le processus d'évaluation entre autres l'indisponibilité de certains acteurs clés à cause de la situation politique. Cette limite a été toutefois mitigée par l'analyse approfondie des documents disponibles ainsi que d'autres sources d'information.

Principaux résultats selon les critères d'évaluation

Pertinence : Le 7^{ème} programme de coopération entre le Gouvernement de Madagascar et l'UNFPA a tenu compte des besoins de la population lors de la programmation stratégique et opérationnelle avec la participation des principales parties prenantes et prenant en compte la situation spécifique des zones d'intervention et de concentration. Il est bien aligné aux priorités nationales définies dans le Plan National de Développement (2015-2019) et dans les politiques sectorielles, au

¹ Staff du bureau UNFPA, des agences du Système des Nations Unies, des partenaires techniques et financier (PTF), des partenaires de mise en œuvre gouvernementaux et non gouvernementaux (ONGs) au niveau national et régional

Plan cadre des Nations Unies pour le Développement (UNDAF), et aux Plans stratégiques de l'UNFPA 2014-2017 et 2018-2021, ce dernier aligné aux ODDs.

Efficacité : Au niveau du programme, les résultats prévus sont généralement atteints pour les 4 thématiques du programme.

Concernant la Santé Sexuelle et Reproductive, l'UNFPA a contribué à l'amélioration de l'offre des services de la Santé de la Reproduction (SR) incluant la planification familiale (PF) grâce au développement de documents politiques et stratégiques sur la SR et PF, à la réhabilitation des structures sanitaires, aux dotations des matériels, équipements, intrants de santé, à la formation des prestataires en SONU intégrant VBG /SRA et à l'appui en Ressources Humaines (Sage-Femme). Le plan de contingence national et des plans ORSEC au niveau des directions régionales et au niveau des districts sanitaires ont été développés avec l'appui de l'UNFPA pour répondre aux urgences humanitaire. Le système de référence a été renforcé mais requiert des améliorations pour assurer l'utilisation effective par la population. L'appui de l'UNFPA a permis d'effectuer la prise en charge médicale des 4355 FVFO. Les rechutes lors des interventions méritent d'être analysées et résolues lors de l'élaboration du 8^{ème} programme.

Concernant la planification familiale, l'UNFPA a contribué à l'augmentation du taux de prévalence contraceptive à Madagascar qui est passé de 33% (2012) à 39% (2017). La loi sur la SR/PF facilitant l'accès des adolescents et jeunes aux informations et services de PF a été promulgué. L'UNFPA a apporté son appui pour l'engagement du pays à l'initiative mondiale PF2020, l'engagement dans l'augmentation de budget pour l'achat de contraceptifs avec le plaidoyer et dialogue, à la mise en place et opérationnalisation des centres modèles PF.

Concernant les adolescents et les jeunes, l'appui de l'UNFPA a permis de renforcer la disponibilité et l'utilisation des structures pour les jeunes, incluant une maison des jeunes et de l'emploi offrant de service d'information en SRA et PF. Plus de 92 000 jeunes en milieu scolaire et extrascolaire ont été sensibilisés. Le développement de documents permettant l'amélioration de l'accès des jeunes aux services SR/PF fait partie de l'appui de l'UNFPA. Par ailleurs, la mise à l'échelle de l'éducation sexuelle complète qui débute actuellement reste un grand défi pour le 8^{ème} programme.

Concernant l'égalité des sexes et autonomisation des femmes, l'UNFPA a contribué à l'élaboration d'une Version préliminaire du projet de loi sur la lutte contre les VBG, le renforcement des structures offrant de service de prise en charge de GBV, le développement des documents politiques, stratégiques et opérationnels pour la lutte contre les GBV, la mise en place des différents mécanismes pour renforcer la lutte comme les plateformes nationale et régionales, les groupes d'hommes. La redynamisation des plates-formes est un aspect à considérer pour le prochain programme.

Concernant la dynamique de la population, le recensement général de la population et de l'habitation (RGPH) est réalisé après 25 ans du dernier recensement. Le SNISE est redynamisé et de rapports périodiques de suivi de PND disponibles. Une Équipe Dividende Démographique est mis en place et opérationnelle. L'amélioration de l'enregistrement des naissances et des décès a commencé mais son bon fonctionnement demeure un défi particulièrement la couverture de l'enregistrement des décès maternels.

Efficience : Les ressources humaines et financières allouées au programme sont adéquates au regard des objectifs poursuivis eu égard aux forts taux d'utilisation de ces ressources et des résultats opérationnels globalement satisfaisants. Les orientations régulières effectuées par le bureau pays ont porté de fruit car le taux d'utilisation et d'absorption a augmenté au fil des années de la période malgré le retard de démarrage constaté au début de la période du programme.

Le volume de ressources humaines et financières est adéquat et suffisant pour fournir l'appui nécessaire aux partenaires pour la planification stratégique. Par ailleurs, le suivi de proximité dans toutes les régions d'intervention reste un défi. L'absence d'une équipe permanente de l'UNFPA au niveau des régions d'interventions limite l'efficacité des actions de coordination. Les modalités de paiement direct vers les bénéficiaires par les banques entravent le bon déroulement des activités bien que l'on note une nette amélioration du changement de modalités d'exécution de certains partenaires d'exécution passé du mode de paiement direct au mode de paiement par avance après une évaluation des capacités.

Durabilité : *Dans le domaine de la Santé de la Reproduction*, le choix des stratégies de mise en œuvre adoptées par l'UNFPA, la mise en place de mécanismes de renforcement de capacités pour un transfert permanent des compétences techniques, de gestion administrative, financières à tous les niveaux apparaissent comme le garant de la durabilité des effets après le retrait de l'UNFPA. Cependant, l'appropriation nationale demeure faible dans l'application des différents documents développés dont certains méritent encore d'être institutionnalisés. Par ailleurs, il est important que le pays tienne son engagement pour assurer la continuité de l'approvisionnement en contraceptifs actuellement garanti par l'UNFPA.

Dans le domaine de jeunes et adolescents, l'appui de l'UNFPA pour la mise en place des maisons des jeunes et le plaidoyer en vue de la signature d'une convention tripartite entre MJS, MID et UNFPA pour la mise à disposition d'espaces pour l'emplacement des espaces jeunes est un garant de l'appropriation nationale de la démarche et pour assurer la durabilité des interventions.

Dans le domaine de l'égalité des sexes et autonomisation des femmes, les résultats de l'appui de l'UNFPA dans l'élaboration des lois contre les VBG et au renforcement de la coordination pour la lutte contre les VBG y compris dans les situations humanitaires au niveau national et dans les régions et l'implantation des modèles de services intégrés incluant l'identification, la réponse et la réinsertion des femmes victimes de VBG à travers le Ministère en charge de la population demeurent durable après la fin du programme.

Dans le domaine de la Dynamique de population, l'appui technique, financier et stratégique de l'UNFPA dans la réalisation du RGPH3, l'appui pour la production d'un manuel pratique d'intégration des données dans les documents de développement, l'octroi de bourses d'étude et de formation aux étudiants de l'INSTAT l'accompagnement à la conception, la dissémination des fiches d'état civil et la redynamisation du SNISE pourront contribuer à la pérennisation des interventions après la fin du programme.

Alignement stratégique :

Les objectifs du CPAP ainsi que sa mise en œuvre à partir des Plans de travail annuels reflètent la prise en compte des priorités du plan stratégique de l'UNFPA en matière d'appui aux groupes défavorisés et vulnérables grâce à la collaboration avec les institutions publiques et la société civile.

A part les interventions qui sont bénéfiques aux femmes, plusieurs actions en faveur des jeunes ont été menées. L'UNFPA, par la coopération Sud-Sud, a renforcé la transmission des connaissances qui a permis de combler les lacunes en reliant la demande et l'offre de compétences techniques, de données d'expérience et de technologies conformément au Plan Stratégique 2014-2017.

L'UNFPA a appuyé la mise en place et l'opérationnalisation d'un mécanisme de coordination multisectorielle au niveau central et dans ses trois régions de concentration présidé par le Ministère de l'Economie et du Plan (MEP) en charge de la coordination de l'ensemble des agences du SNU dans le cadre des objectifs de développement durable (ODD) et du « Delivering As One » (DAO) et la cohérence des actions dans le cadre du Plan National de Développement de Madagascar.

L'UNFPA contribue à la mise en œuvre de l'UNDAF par la contribution de ses produits à ses effets, la participation à plusieurs projets conjoint avec les autres Agences du SNU, par la participation effective et dynamique à plusieurs groupes et sous-groupes thématiques depuis de 2015 à nos jours, et à la participation aux différentes réunions de revues. Enfin, suite à la revue à mi-parcours du CPAP, le programme a été réaligné sur le nouveau Plan Stratégique 2018-2021.

Capacité de réponse :

Le bureau de pays a fait preuve de flexibilité face aux changements dans le contexte national, les besoins et les priorités nationaux. Face à ces différents changements, l'UNFPA a procédé à la mise en place des mécanismes de coordination multisectorielle et le développement des stratégies de renforcement de capacités qui ont été jugés comme des stratégies d'adaptation efficaces tout en assurant la continuité de service. En situation d'urgence humanitaire, l'UNFPA a pu assurer l'assistance aux victimes grâce à ses capacités d'adaptation avec les dotations des kits au niveau des structures sanitaires et/ou les bénéficiaires, les renforcements de capacité afin d'assurer la prise en compte des besoins des jeunes et la réponse aux problèmes de violences basées sur le genre en situation humanitaire. Avec l'adoption du nouveau Plan stratégique de l'UNFPA, le programme s'est aligné avec les orientations du plan pour contribuer à l'atteinte de 3 résultats transformateurs. Suite aux

recommandations de la revue à mi – parcours, le bureau a montré sa flexibilité dans le changement de modalités de paiement des partenaires de mise en œuvre et réactualisation du cadre de résultats et des ressources.

Avantages comparatifs et valeur ajoutée : L'inexistence de stratégie de retrait de l'UNFPA ne permet pas de mesurer les résultats observés dans les différentes composantes du programme pays qui auraient pu être obtenus sans le soutien de l'UNFPA. Cependant , les appuis spécifiques dans (i) la réparation et la réinsertion socioéconomique des femmes victimes de VBG et des FVFO dans leurs communautés, (ii) l'investissement en approvisionnement en produits contraceptifs, (iii) l'intégration des données dans les politiques et programmes de développement, (iv) la réalisation des grande enquêtes (RGPH3), (iv) l'appui au mécanisme multisectoriel fonctionnel de coordination entre les partenaires étatiques et de la société civile constituent comme des interventions spécifiques qui pourraient être attribués à l'UNFPA et sont démontrés comme des avantages comparatifs.

Principales conclusions

Au niveau stratégique

Les données statistiques nationales sont présentes dans les principaux documents de programmation initiale de l'UNFPA (CPD et CPAP) sans mention spécifique des données régionales. Cependant, la sélection de trois régions de concentration a été basée sur les indicateurs spécifiques régionaux en matière de population et a été bien documentée. L'UNFPA a démontré une réelle valeur ajoutée dans les quatre composantes de son programme tenant compte de sa grande capacité de dialogue et de plaidoyer.

L'absence d'un plan de ressources humaines au niveau du CPAP qui couvre toutes les composantes de façon individuelle dans les trois régions d'intervention limite de façon considérable l'efficacité des actions. La coordination des activités avec les responsables régionaux des IP et personnel technique des ministères n'est pas très perceptible dans le suivi de proximité des interventions.

La stratégie de décentralisation des activités est non effective ou inefficace car les PTA sont signés au niveau de la capitale et cela entraîne une priorisation financière et des activités qui ne permettent pas de faire des choix objectifs au niveau des régions d'intervention.

En matière de santé de la reproduction/ planification familiale, l'UNFPA s'est beaucoup investi en matière de renforcement des services de SONU mais l'appui global aux maternités demeure insuffisant pour obtenir les changements souhaités. Beaucoup d'action sont concentrés sur la réparation de la fistule obstétricale et non la prévention. L'UNFPA reste le principal promoteur en planification familiale à Madagascar et a apporté son appui dans tous les domaines surtout en approvisionnement en intrants en particulier à part son appui dans la qualité et quantité de soins offerts et la promulgation de la loi SR/PF.

En matière de jeunes et adolescents, l'appui de l'UNFPA a permis de renforcer l'accès des jeunes même en milieu rural aux informations liées à leurs Santé Sexuelle et Reproductive. La sensibilisation par les jeunes pairs éducateurs, les ambassadeurs ont apporté un effet positif chez leurs pairs en matière de changement comportement Cependant, l'accès des jeunes aux services de qualité ainsi que leur implication aux différentes interventions est encore faible. L'éducation sexuelle a porté ses premiers fruits toutefois non accessible particulièrement lors de la situation humanitaire.

En matière d'égalité de sexe et d'autonomisation des femmes, l'UNFPA contribue à l'élimination des VBG et a préconisé des mesures de protection pour les victimes, en (i) appuyant la mise à disposition d'une loi spécifique de lutte contre les VBG et la vulgarisation effective des lois relatives aux VBG auprès de la population et des intervenants dans les régions d'intervention et (ii) en intervenant en milieu rural et au niveau des zones les plus vulnérables et difficile d'accès géographique. La qualité de service de CECJ, une structure de prise en charge des victimes de VBG est améliorée, tout en intervenant en contexte normal qu'en situation humanitaire en collaboration avec les membres des plateformes pour la prise en charge multisectorielle de VBG. Cependant, l'investissement des autres partenaires dans les CECJ reste minime. Dans la méthode préventive et pour la promotion du genre, l'UNFPA a travaillé pour l'implication des jeunes garçons et hommes dans les régions de Sud particulièrement, tout en évitant leur participation au phénomène de Dahalo.

En matière de population et développement, l'UNFPA a mené plusieurs actions qui ont permis de rendre le SNISE opérationnel à travers les décrets et les renforcements de capacités. Cependant, les mécanismes de remontée des données restent un grand défi. L'UNFPA a contribué à l'intégration de la dynamique de population, Santé Sexuelle et Reproductive, Egalité des sexes et autonomisation des femmes dans la planification de développement au niveau national, sectoriel, et régional au travers le renforcement des capacités des acteurs techniques du MEP et de l'INSTAT et la production d'un manuel pratique méthodologique. Les mécanismes d'intégration des données sont insuffisants et le personnel étatique change à cause de l'instabilité politique.

Principales recommandations

Au niveau stratégique, l'UNFPA devrait (i) développer un « business case » robuste spécifique pour chaque domaine des 3 résultats transformateurs pour l'élaboration du prochain programme de pays, y compris le pacte d'engagement ; (ii) prendre en compte les données statistiques situationnelles relatives à chaque composante stratégique (et résultats transformateurs) et celles des régions d'intervention du 8ème programme pays lors de la planification, afin de mieux suivre et évaluer l'incidence des interventions sur les indicateurs au niveau de ces zones et de mieux prioriser les interventions au niveau des groupes vulnérables (femmes au niveau rural, les personnes en situation d'handicap, ...) (iii) maintenir le dialogue et le plaidoyer auprès du Gouvernement de Madagascar et des institutions et autres partenaires de développement pour l'atteinte des objectifs de développement de Madagascar et la réalisation des objectifs de la CIPD et des ODD. (iv) Assurer la présence de l'UNFPA dans les régions de concentration des interventions pour assurer le suivi et la supervision des activités. (v) Assurer que les régions doivent avoir leur PTA propres signés entre le Gouvernement et l'UNFPA pour faciliter le financement et la mise en œuvre des activités.

En matière de santé de la reproduction/ planification familiale, l'UNFPA devrait appuyer (i) l'amélioration la disponibilité et la qualité des services de santé maternelle et néonatale et de services PF/SR surtout dans les zones les plus éloignées, y compris en situation d'urgences humanitaires, (ii) le renforcement des capacités nationales pour améliorer la qualité des services SONU,

En matière de jeunes et adolescents, l'UNFPA devrait appuyer l'amélioration de l'accessibilité des adolescents et jeunes aux informations et aux services de qualité en SRAJ de qualité incluant la planification familiale et (i) en améliorant la capacité nationale et les stratégies de mise en œuvre de l'éducation sexuelle (ii) en poursuivant le renforcement de l'engagement et l'implication du gouvernement, des jeunes, de la société civile afin d'accélérer la capture du dividende démographique.

En matière d'égalité de sexe et d'autonomisation des femmes, l'UNFPA devrait mener des actions de plaidoyer auprès des différentes parties prenantes afin de renforcer les actions de prévention et de lutte contre le VBG et les mariages d'enfants (i) en appuyant l'approbation et la vulgarisation de la loi spécifique et l'application des textes législatifs et réglementaires déjà existants avec les Ministères concernés, (ii) en appuyant l'opérationnalité des plates-formes de lutte contre les VBG et les services de prises en charge de VBG et les réseaux d'hommes (iii) en redéfinissant avec le Ministère en charge de population l'extension au niveau national et zones reculées des interventions de lutte contre les VBG de structures de prise en charge incluant le CECJ (iv) en promouvant le genre notamment la prise en charge des jeunes garçons et particulièrement dans les régions de Sud.

En matière de population et développement, l'UNFPA devrait (i) appuyer l'amélioration des mécanismes de remonté des données pour le SNISE, la collecte des fiches d'état civil (en particulier pour les décès), la collecte des données auprès des partenaires ; (ii) appuyer le renforcement des capacités du personnel de l'INSTAT et du MEP niveau central et des régions d'intervention en matière de l'intégration des données et la publication des études, articles, données.

Leçons apprises : Cette évaluation identifie comme principales leçons apprises le renforcement de l'appropriation nationale, la poursuite de programmation et planification régionale et renforcement de la mise en œuvre effective des plans régionaux, la poursuite de renforcement de capacité des partenaires de mise en œuvre pour contribuer à l'atteinte des résultats.

CHAPITRE 1: INTRODUCTION

Le présent rapport d'évaluation finale du 7^{ème} Programme de Coopération entre le Fonds des Nations Unies pour la Population et Madagascar (2015-2019) présente tout d'abord les objectifs et l'étendue de l'évaluation avant une revue du contexte dans lequel ce programme a été mis en œuvre, avec ses caractéristiques principales, après un rappel de celui du cycle précédent (2008-2013). Ceci inclut la situation et l'analyse financière du programme. Le rapport présente ensuite une revue du processus et de la méthodologie d'évaluation suivie des constats, des conclusions selon les critères d'évaluation de base (pertinence, efficacité, efficience, durabilité) et du positionnement stratégique de l'UNFPA (alignement stratégique, capacité de réponse, valeur ajoutée). Chaque critère est assorti de questions évaluatives qui permettent d'en préciser le champ d'investigation. Enfin, le rapport présente les conclusions et fait des recommandations visant à orienter le prochain programme pays et à améliorer les programmes de développement de Madagascar.

Les principaux utilisateurs des résultats de cette évaluation seront les détenteurs d'obligation et de droits. Il s'agit du Conseil d'Administration de l'UNFPA, des bureaux opérationnels de l'UNFPA (Bureau pays, bureau régional pour l'Afrique Australe et Orientale, les divisions du siège), du Gouvernement de Madagascar y compris leurs démembrements régionaux et sectoriels ainsi que des autres partenaires nationaux et des partenaires au développement.

Conformément à la décision 2009/18 du Conseil d'administration de l'UNFPA, tous les programmes du Fonds, en particulier les programmes de pays, doivent être évalués au moins une fois durant leur cycle.² La présente évaluation rentre dans cette logique avec une perspective de contribuer au renforcement de la transparence et à la redevabilité vis-à-vis du Conseil d'Administration de l'UNFPA, des donateurs, des gouvernements partenaires et des bénéficiaires. Les enseignements de l'évaluation vont en outre contribuer à la préparation du 8^{ème} programme pays de l'UNFPA.

1.1.OBJECTIFS (GLOBAL/SPECIFIQUES) DE L'EVALUATION DU PROGRAMME PAYS

Cette évaluation a pour objet d'apprécier, de manière aussi systématique que possible, l'ensemble des activités mises en œuvre dans le 7^{ème} programme de coopération entre Madagascar et l'UNFPA dans les thématiques de la Santé Sexuelle et Reproductive, des Jeunes et Adolescents, de l'Egalité des sexes et autonomisation des femmes et de la Dynamique de population.

1.1.1. Objectif global de l'Evaluation

L'objectif global de l'évaluation du Programme Pays est d'améliorer la redevabilité de l'UNFPA vis-à-vis du gouvernement et des parties prenantes et de contribuer aux évidences qui éclaireront la conception du prochain programme pays.

1.1.2. Objectifs Spécifiques

Les objectifs spécifiques de l'évaluation sont :

- (i) D'évaluer la pertinence et la contribution du programme pays aux résultats nationaux de développement ;

² DP/FPA/2009/18

- (ii) De fournir une évaluation indépendante de l'état d'avancement du programme en vue d'atteindre les produits et les résultats (effets) escomptés énoncés dans le cadre des résultats du document de programme de pays ;
- (iii) De fournir une évaluation du positionnement du Bureau - pays de Madagascar au sein des partenaires de développement et des partenaires nationaux, compte tenu de sa capacité à répondre aux besoins nationaux tout en ajoutant de la valeur aux résultats du développement du pays ;
- (iv) Évaluer dans quelle mesure le cadre de mise en œuvre a permis ou entravé les réalisations de la chaîne de résultats, c'est-à-dire ce qui fonctionnait bien et ce qui ne fonctionnait pas bien ;
- (v) Mettre en exergue les enseignements clés de la coopération passée et actuelle et fournir un ensemble d'options claires et prospectives menant à des recommandations stratégiques et concrètes pour le prochain cycle de programmation.

1.2. CHAMP DE L'ÉVALUATION

L'Évaluation du 7^{ème} Programme-Pays porte systématiquement sur les contributions du Bureau-Pays à l'évolution des résultats de développement en matière de Santé Sexuelle et Reproductive, des jeunes et de la santé de la reproduction des jeunes et des adolescents, ainsi qu'en matière d'Égalité des sexes et d'autonomisation des femmes, de production de données et d'utilisation de données pour la prise de décision.

L'évaluation couvre toutes les interventions de l'UNFPA de 2015 à 2019 au niveau central/national et, particulièrement celles qui ont bénéficié des interventions spécifiques : il s'agit des régions Androy, Atsimo Andrefana et Vatovavy Fitovinany. Cependant, la dernière année 2019 n'est pas prise en compte dans l'appréciation des résultats atteints. L'évaluation couvre tous les produits définis dans le cadre des résultats du programme et leur contribution aux résultats des cadres stratégiques de référence.

1.3. METHODOLOGIE ET PROCESSUS

1.3.1 Méthodologie et approche de l'évaluation

1.3.1.1 Cadre conceptuel d'évaluation

L'approche méthodologique adoptée est conforme aux orientations du manuel de l'UNFPA « *How to design and conduct a country programme evaluation* » et adaptée au contexte du programme et de Madagascar. Schématiquement, cette approche méthodologique peut se résumer comme dans le graphique ci-après :

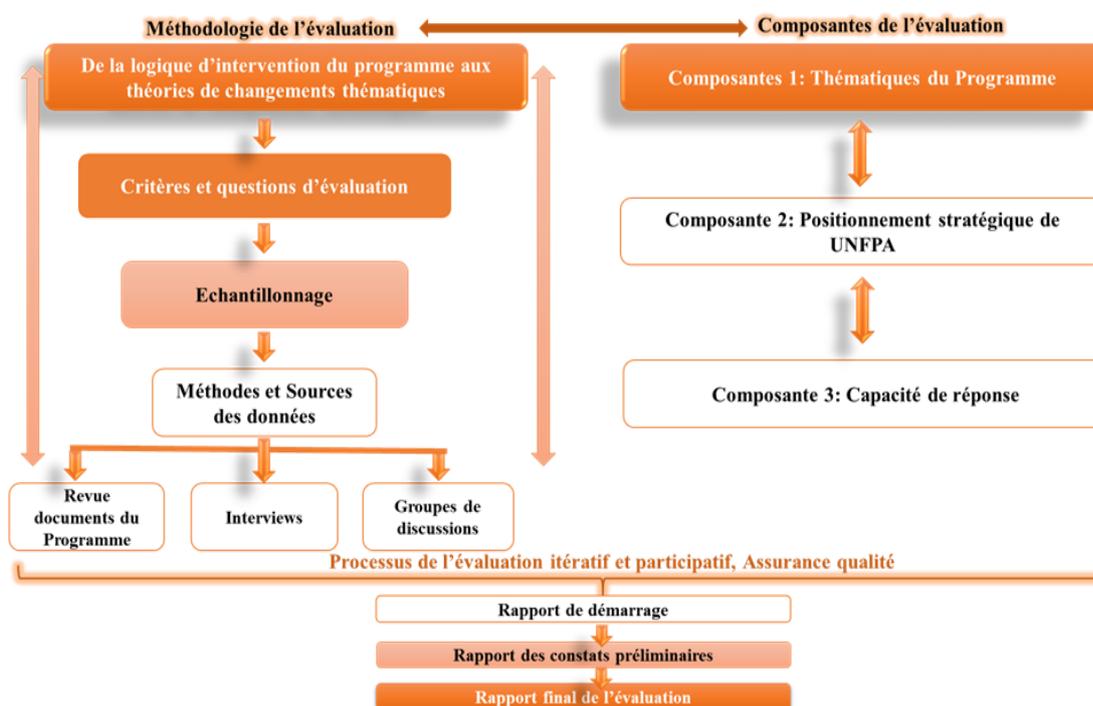


Figure 2: Cadre conceptuel de la méthodologie de l'évaluation

Conformément aux termes de référence, l'équipe d'évaluation a été guidée par les normes établies par le Groupe d'évaluation des Nations Unies (UNEG). Les membres de l'équipe ont respecté les directives d'éthique pour les évaluateurs dans le système des Nations Unies et le Code de conduite.

1.3.1.2 Evaluabilité

Ce diagnostic de l'évaluabilité est le processus systématique qui a permis d'identifier si l'intervention de l'UNFPA à travers le Programme Pays a été susceptible d'être évaluée et si l'évaluation est justifiée, réalisable et susceptible de fournir des informations utiles. En effet, le Programme Pays a pu être évalué de manière significative grâce à l'ensemble des conditions nécessaires.

Tableau 2: Evaluabilité du programme

Domaine d'évaluabilité	Critères d'évaluabilité	Constats
Théorie de changement ou modèle logique	<ul style="list-style-type: none"> ● Pertinence ● Adaptation ● Cohérence 	<p>Il existe une logique d'intervention cohérente avec des stratégies d'intervention pertinentes par rapport aux problématiques liées au contexte du pays et des populations malgaches.</p> <p>Les facteurs liés aux thématiques de SSR, PF, SONU, Adolescent et jeunes, Egalité des sexes et autonomisation des femmes puis Dynamique de population sont clairement ou explicitement identifiés. Et ce, sur une somme d'évidences objectives basées sur l'analyse du contexte.</p> <p>Le programme pays comporte des buts, des objectifs et des résultats clairs et définit les niveaux d'activités, les ressources financières, les résultats et les stratégies.</p>
Existence et disponibilité des informations	<ul style="list-style-type: none"> ● Disponibilité et Accessibilité des informations (documentations et 	<p>Le Programme Pays a des informations nécessaires sur l'intervention et le contexte de mise en œuvre à travers les rapports semestriels, les bilans régionaux et les rapports annuels. De plus, il existe des données utiles collectées</p>

pertinentes	données) sur les interventions du Programme Pays <ul style="list-style-type: none"> ● Adéquation de la documentation y compris les rapports et revues sur le programme 	présentes dans la matrice des indicateurs du programme. Ces données sont nourries à travers le système de suivi et de recueil des informations avec des responsabilités, des ressources et une périodicité bien définies. Un panier d'indicateurs a été mis en place depuis 2017 pour mieux apprécier la performance du programme et celle des partenaires.
Contexte favorable	<ul style="list-style-type: none"> ● Intérêt et Participation des parties prenantes ● Disponibilité des ressources et des capacités ● Coordination et gestion de l'évaluation 	Le niveau d'implication des parties prenantes et leurs perspectives dans le programme sont élevés. Et cela peut se démontrer par leurs participations aux ateliers de planification et de suivi. Les parties prenantes disposent de ressources et de capacités pour participer aux évaluations en termes de temps et de connaissances. Un Groupe de référence de l'Evaluation a été mise en place pour assurer l'implication continue des parties prenantes tout au long du processus de l'évaluation.

1.3.1.3 Les théories de changement

La théorie du changement reflète l'approche conceptuelle et programmatique adoptée par l'UNFPA pendant la période du programme. Sa reconstruction a été faite par thématique du programme (voir annexe 9). Et par conséquent les théories de changement ont été développées, de façon participative entre l'équipe d'évaluation et le staff du programme de l'UNFPA, en vue de mieux comprendre la logique d'intervention, et surtout les mécanismes et les hypothèses qui sous-tendent la réalisation ou l'atteinte des différents niveaux de résultats (Produits, effets immédiats, impact global).

Ces reconstructions ont permis de jouer un rôle très crucial dans l'analyse des données collectées, dans la perspective d'élaboration des constats et enfin du développement des conclusions et la rédaction de recommandations stratégiques et opérationnelles. Il s'agissait, d'une part, d'expliquer dans quelle mesure les interventions du programme ont produit les résultats observés/rapportés, les contributions aux effets (changements) ou non, et de déterminer les facteurs explicatifs et éventuellement les autres facteurs contributifs d'autre part.

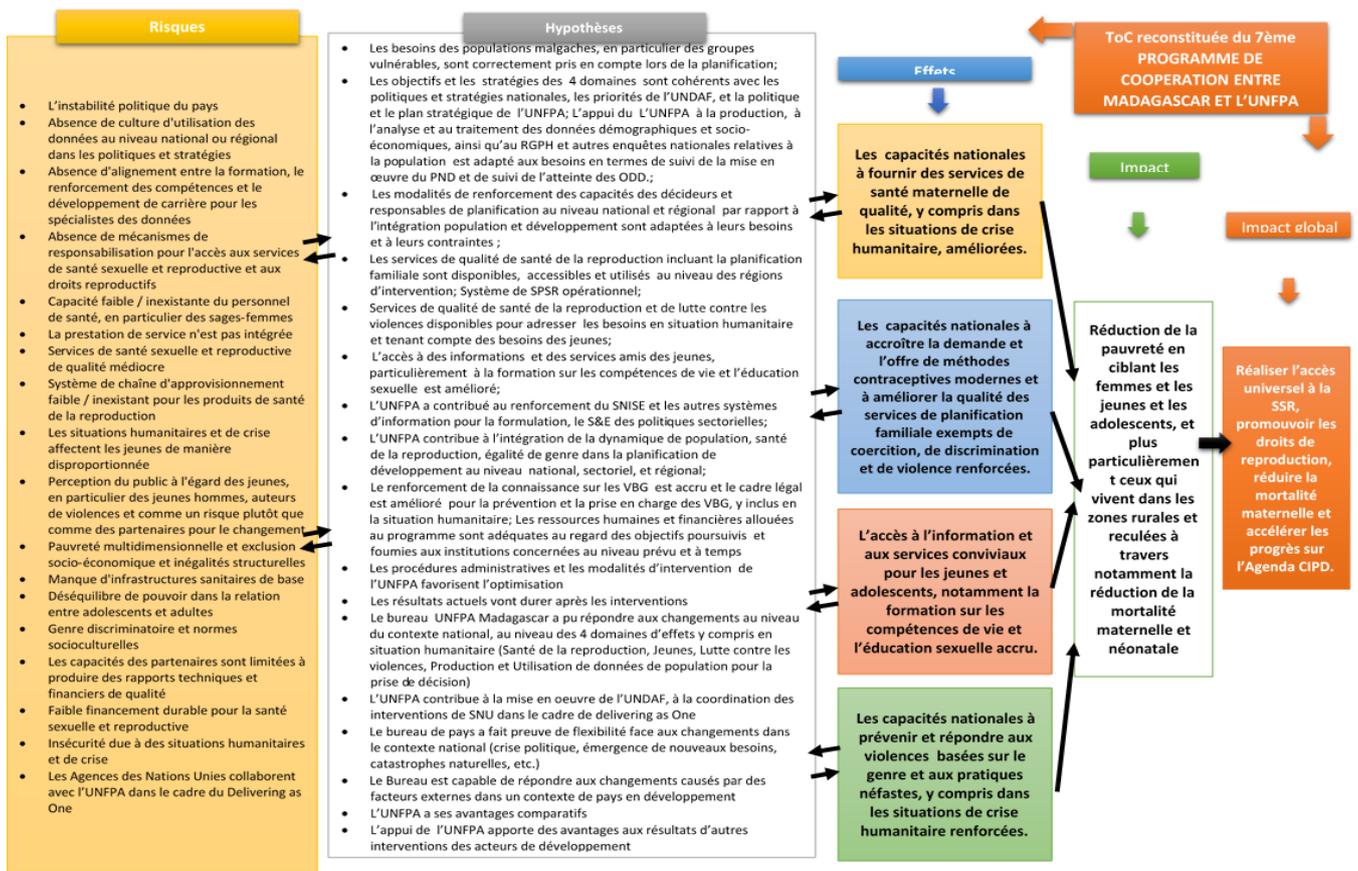


Figure 3: Reconstruction de la Théorie de changement

1.3.1.4 Critères et questions d'évaluation

Conformément à la méthodologie de CPE (Country Programme Evaluation) énoncée dans le manuel du Bureau d'évaluation de l'UNFPA sur les directives en matière d'évaluation de programme pays fournies dans le Handbook : « *How to design and conduct a country programme evaluation at UNFPA* » (2013), l'évaluation a été basée sur un certain nombre de questions (questions d'évaluation) couvrant certains critères.

L'évaluation a en effet adopté les critères définis par la Politique d'évaluation de l'UNFPA pour les évaluations de programme pays, qui sont basés sur ceux de l'UNEG (United Nations Evaluation Group) et les principes du CAD/OCDE pour l'évaluation du développement. Il s'agit de : Pertinence, Efficacité, Efficience et Durabilité. L'évaluation a également analysé le positionnement stratégique du bureau conformément aux directives fournies dans le Handbook. ONU Swap a été intégré dans l'évaluation dès la conception, la mise en œuvre et à la production des résultats.



Figure 4: Critères d'évaluation

L'équipe d'évaluation, après discussion avec le groupe de référence, a ainsi retenu 10 questions qui ont permis de focaliser ses travaux de collecte et d'analyse de données :

Analyse programmatique :

Pertinence

QE1 : Dans quelle mesure les objectifs du 7^{ème} programme pays de l'UNFPA à Madagascar correspondent-ils aux besoins de la population malgache (en particulier ceux des groupes vulnérables), et comment ses besoins ont-ils été alignés pendant toute la période de mise en œuvre du programme avec les priorités nationales et internationales, et les stratégies de l'UNFPA au niveau internationales ?

Efficacité

QE2 : Dans quelle mesure les produits du Plan d'action du Programme Pays ont-ils été atteints et comment ont-ils contribué à l'atteinte des résultats ?

Efficience

QE3 : 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

QE4 : Dans quelle mesure les interventions appuyées par l'UNFPA au travers de son programme pays sont-ils susceptibles de durer après la fin des interventions ?

Alignement stratégique :

QE5 : Dans quelle mesure l'appui fourni par l'UNFPA Madagascar aux partenaires respecte-t-il les orientations du plan stratégique 2014-2017 : développement de capacités, appui aux groupes défavorisés et vulnérables, soutien à la jeunesse, et promotion de la coopération sud-sud ?

QE6 : Dans quelle mesure le Bureau pays de l'UNFPA à Madagascar a-t-il contribué au fonctionnement du mécanisme de coordination de l'équipe pays des Nations Unies : le programme est-il aligné à l'UNDAF, et l'UNFPA coordonne-t-il les activités des autres Agences des Nations Unies dans le pays dans le cadre du « Delivering As One » pour une unité dans l'Action ? (**Coordination et complémentarité avec l'UNCT**)

Capacité de réponse

QE7 : Dans quelle mesure le Bureau Pays a-t-il été capable de répondre aux changements intervenus dans le contexte de Madagascar par rapport aux besoins et aux priorités nationales ?

QE8 : Dans quelle mesure le Bureau pays de l'UNFPA à Madagascar a-t-il été capable de répondre aux changements causés par des facteurs externes dans un contexte de pays en développement pendant la période de mise en œuvre du 7^{ème} Programme Pays ?

Valeur ajoutée

QE9 : Dans quelle mesure les résultats observés dans les différentes composantes du programme pays auraient-ils pu être obtenus sans le soutien de l'UNFPA ?

QE10 : Dans quelles mesures l'appui du 7^{ème} programme pays de l'UNFPA à Madagascar a-t-il apporté des avantages aux résultats d'autres interventions des acteurs de développement ?

La correspondance entre les questions et les critères d'évaluation est présentée au tableau suivant.

Tableau 3: Correspondance entre les questions et les critères d'évaluation

Critères	QE1	QE2	QE3	QE4	QE5	QE6	QE7	QE8	QE9	QE10
Pertinence	X									
Efficacité		X								
Effizienz			X							
Durabilité				X						
Alignement stratégique					X	X				
Capacité de réponse							X	X		
Valeur ajoutée									X	X

1.3.1.5 Echantillonnage

Dès la phase de démarrage, une cartographie des parties prenantes du 7^{ème} programme a été produite. Celle-ci a servi de base pour l'échantillonnage en vue de la sélection des parties prenantes à interroger : partenaires d'exécution, bénéficiaires des interventions et autres structures (partenaires de développement, autres Agences des Nations Unies). Conformément à la politique de l'évaluation, la participation pertinente et ouverte des partenaires (parties prenantes) a été assurée tout au long de ce processus d'Evaluation du Programme Pays de l'UNFPA Madagascar de telle sorte qu'ils tirent parti autant que faire se peut, de l'intégration de ceux qui ont aussi bien des droits que des devoirs lors de la planification, de la conception, de la mise en œuvre et de la prise de décisions.

La méthodologie d'échantillonnage utilisée est le « choix raisonné », et sur cette base, une stratification³ a été faite à partir des thématiques d'intervention du 7^{ème} Programme Pays. Selon les interventions mises en œuvre, les zones d'intervention ont été sélectionnées en conséquence sur la base de critères spécifiques (le volume d'investissement du programme ; l'accessibilité de la zone d'intervention ; la couverture des composantes du Programme-Pays du point de vue thématique ; l'innovation et l'intérêt stratégique de l'intervention.). Les parties prenantes, y compris les bénéficiaires, ont été choisies selon les principes de l'approche basée sur les droits et du genre.

³ La stratification est le processus consistant à diviser la population générale en sous-groupes homogènes avant l'échantillonnage. Ici les strates sont les types de partenaires (Bénéficiaires et certains membres de la société civile qui sont les titulaires de droits, l'Etat qui est titulaire d'obligations et de responsabilités et les autres partenaires qui appuient l'état)

Tableau 4: Répartition des structures interviewées par thématique aux niveaux central et régional

	Santé Sexuelle et Reproductive	Adolescents et jeunes	Egalité des sexes et autonomisation	Dynamique de population	Structure de Gestion	Total
Niveau Central						
Personnes interviewées	45	07	20	22	13	107
Entretiens groupés	2	2	2	3	4	13
Structures interviewées	13	3	4	6	1	27
Région d'Androy						
Personnes interviewées	7	3	6	3	2	21
Groupes de discussion	2	2	2	0	0	6
Structures interviewées	6	3	3	3	1	16
Région d'Atsimo Andrefanana						
Personnes interviewées	11	3	7	3	2	26
Groupes de discussion	4	2	2	0	0	8
Structures interviewées	5	3	3	2	1	14
Région de Vatovavy Fitovinany						
Personnes interviewées	10	7	10	3	0	30
Groupes de discussion	5	6	4	0	0	15
Structures interviewées	7	4	3	3	0	17
Total Personnes interviewées	73	20	43	31	17	184
Total Groupes de discussion	11	10	8	0	0	29
Total Structures interviewées	31	13	13	14	3	74⁴

L'évaluation a regroupé les activités de programmation (par projets et programmes) du Bureau pays de l'UNFPA à Madagascar autour des domaines thématiques énoncés dans le document du Programme Pays 2015-2019 dans un premier temps.

Par la suite, ces grappes⁵ regroupées en domaines thématiques selon les projets et programmes ont fait l'objet d'un échantillonnage délibéré (raisonné) basé sur l'identification des groupes cibles bénéficiaires et du volume des activités. L'équipe de consultants a effectué 184 interviews (sur 184 prévues dans la phase de démarrage par choix raisonné) et 29 groupes de discussions dans les sites (sur 29 prévues). Le choix dans la phase de démarrage a été raisonné délibérément en fonction des contraintes de temps et du budget de l'évaluation. Lors des visites sur le terrain, l'opportunité avec les bénéficiaires a permis de réaliser plus de groupes de discussions. En plus de cela, 27 structures ont été visitées (il s'agit des 15 partenaires de mise en œuvre et 12 autres partenaires de développement).

⁴ Le nombre de structures visitées correspond à celui identifié dans la cartographie, soit 27 sur 29 structures identifiées. Le total des 74 structures visitées est un double comptage des structures dans les régions. Par exemple, les directions régionales des Ministères étatiques et les représentations locales des partenaires de mise en œuvre ont été comptabilisées comme structures à part entière. Ce double comptage était nécessaire pour montrer l'évidence.

⁵La technique de l'échantillonnage en grappes entraîne la division de la population en groupes ou en grappes comme son nom l'indique. Suivant cette technique, on sélectionne au hasard un certain nombre de grappes pour représenter la population totale, puis on englobe dans l'échantillon toutes les unités incluses à l'intérieur des grappes sélectionnées. (Source : Portail statistique.<http://www.statcan.gc.ca/edu/power-pouvoir/ch13/prob/5214899-fra.htm>). Ici les grappes sont les 4 domaines thématiques à savoir : SR, Adolescent et Jeunes, Egalité des sexes et autonomisation des femmes et enfin Dynamique de population.

1.3.2 Phases du processus d'évaluation

L'évaluation du 7^{ème} programme pays de l'UNFPA Madagascar s'est déroulée en cinq phases conformément au Guide de l'évaluation : phase préparatoire, phase de conception, phase de terrain, phase de compte rendu, et phase de réponse, de diffusion et de suivi de la gestion.

La **phase préparatoire** (avril 2018) s'est déroulée dans les délais requis pour la préparation de l'évaluation. Au cours de cette phase, les termes de référence de l'évaluation ont été élaborés. Le groupe de référence (chargé de suivre les progrès de l'évaluation) et l'équipe d'évaluation ont été également constitués.

La **phase de démarrage** (12 Juin 2018) a permis à l'équipe d'évaluation de structurer l'exercice d'évaluation autour d'une liste de questions discutée et validée par le groupe de référence de l'évaluation et de produire à cet effet, un rapport de démarrage. C'est dans ce rapport que l'équipe d'évaluation a défini sa stratégie de collecte et d'analyse de données sur le terrain.

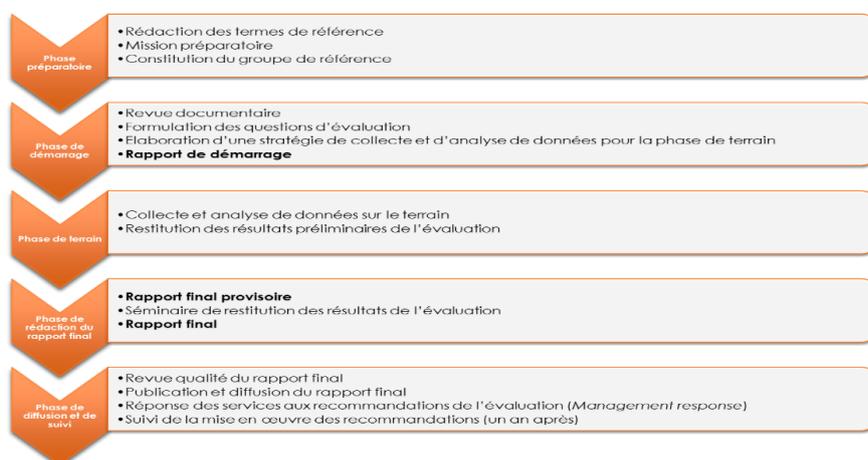
La **phase de terrain** (du 18 juin au 25 juillet) a donné lieu à la collecte de données sur le terrain par l'équipe d'évaluation. Elle s'est achevée avec une réunion de restitution des résultats préliminaires de l'évaluation auprès de l'équipe du bureau de pays (19 juillet) puis aux membres du groupe de référence de l'évaluation (31 juillet).

La **phase de rédaction du rapport d'évaluation** a conduit à la rédaction d'un rapport final provisoire, la réception des rétroactions du bureau-pays de l'UNFPA, la présentation des résultats préliminaires auprès du staff de l'UNFPA (8 Août 2018), la réception des commentaires du staff de l'UNFPA, l'élaboration du rapport final provisoire deuxième version, la réception des commentaires de l'UNFPA et leur prise en compte dans la nouvelle version du rapport, le partage du document auprès des membres du GRE, la finalisation et au dépôt du rapport final.

Durant la **phase de diffusion et de suivi**, le rapport d'évaluation sera publié sur le site Internet de l'UNFPA après évaluation de la qualité du rapport. Les services de l'UNFPA 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 de l'UNFPA. Un suivi de la mise en œuvre des recommandations sera conduit un an après la publication du rapport.

Figure 5: Résumé des principales phases de l'évaluation



1.3.2.1 Collecte des données sur terrain

En matière de méthode et techniques de collecte des données, les évaluateurs ont recouru à quatre principales méthodes: l'analyse documentaire, les entretiens semi-directifs approfondis avec des informateurs clés (les points focaux, les agents de terrains, gestionnaires du programme, partenaires d'exécution, autres parties prenantes impliquées dans la mise en œuvre du programme et d'autres partenaires stratégiques), les groupes de discussions (essentiellement avec les bénéficiaires directs du programme) et les observations directes des structures sur les sites de mise en œuvre du programme. A travers la matrice d'évaluation (voir Annexe 2), chaque méthode correspond de façon spécifique à une ou plusieurs questions évaluatives.

Les données primaires ont été recueillies à l'aide des guides d'entretien qui ont été administrés par les consultants de façon indépendante aux informateurs clés, lors de discussions de groupes avec les bénéficiaires et à partir des visites sur terrain. Les entretiens spécifiques ont été réalisés selon le temps consacré à la collecte des informations contenues dans les guides. Les données secondaires sont issues des rapports de diverses études, divers documents et autres rapports techniques et administratifs mis à la disposition des évaluateurs par l'UNFPA et par d'autres partenaires de mise en œuvre.

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

Revue documentaire : La revue documentaire a commencé depuis la phase de démarrage de l'évaluation. Elle a porté sur les documents clés, fournis par l'UNFPA et d'autres partenaires, tant au niveau national qu'au niveau local, y compris les documents stratégiques, documents de politique nationale, les rapports semestriels et annuels liés aux activités ou interventions thématiques de l'UNFPA. Les documents incluant les données financières issues du système d'information de l'UNFPA ont été partagés et revus.

La revue documentaire s'est poursuivie durant la phase de terrain et de synthèse. Cela a permis de compléter la documentation qui n'était pas disponible 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 rapports annuels au Bureau de pays ;
- Les documents décrivant et définissant la relation entre l'UNFPA 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 l'UNFPA ou d'autres partenaires à Madagascar.

Interviews individuels et groupés : des interviews semi-structurées auprès d'informateurs ont servi à recueillir de l'information auprès de divers intervenants. Des interviews individuelles et groupées ont été menées. L'équipe d'évaluation a conduit des interviews individuelles et groupées à Antananarivo avec le personnel du bureau de pays de l'UNFPA ainsi qu'avec les représentants des principaux partenaires de l'UNFPA au niveau central et dans les trois régions visitées, à savoir Atsimo-andrefana, Androy et Vatovavy Fitovinany (partenaires du gouvernement, organismes non gouvernementaux (ONG), partenaires techniques et financiers, etc.). Au total, l'équipe a conduit environ 184 interviews individuelles et 4 entretiens groupés pour les quatre composantes.

Visites de sites / Observation : Les visites des sites sur terrain ont été importantes pour permettre à l'équipe d'évaluation d'observer directement les sites d'interventions appuyés par l'UNFPA tels que les structures sanitaires, les Maisons des Jeunes, les espaces jeunes et les Centres d'écoute et de conseil juridique (CECJ) dans les sites choisis pour cette évaluation.

Groupes de discussions : les groupes de discussion ont été utilisés pour obtenir des informations provenant de groupes homogènes bénéficiaires des interventions (ce sont des détenteurs des droits). Ainsi, les femmes en âge de procréer y compris les jeunes filles, les femmes victimes des VBG, les femmes victimes (et/ou réparées) des fistules obstétricales, les jeunes hommes. Ces groupes de discussions étaient menées selon les guides développés lors de la phase de conception, et selon les thématiques d'intervention. Le processus a été mené selon une approche participative pour favoriser l'expression des femmes, hommes et jeunes impliqués d'une manière ou d'une autre dans le programme de coopération.

Triangulation : La fiabilité a été assurée grâce à la triangulation des données et des méthodes (en utilisant la convergence de multiples sources de données et méthodes de collecte de données) et au respect du manuel d'Évaluation de l'UNFPA (*How to Design and Conduct a Country Programme*

Evaluation at UNFPA). Cette triangulation a reposé sur le croisement systématique des sources de données et d'information ainsi que sur le croisement systématique des outils et méthodes de collecte de données (revue documentaire, entretiens individuels et de groupes, groupes focaux, observation directe).

1.3.2.3 Analyse, interprétation des données et validation :

L'analyse des données a commencé pendant la phase de collecte des données et s'est poursuivie tout au long du processus d'évaluation jusqu'à la production du rapport final de l'évaluation du Programme Pays de Madagascar. Cela a permis de repérer rapidement les problèmes émergents, d'intégrer l'information mise à jour, de confirmer les ententes et de recueillir des commentaires qui ont éclairé tous les résultats et les conclusions et de faciliter les recommandations pertinentes. La matrice d'évaluation a fourni la structure directrice pour l'analyse des données. Un dialogue permanent entre les consultants en évaluation et le gestionnaire de l'évaluation sur ces questions a permis d'effectuer des ajustements au fur et à mesure et au besoin.

En plus de l'analyse de contenu et des analyses descriptives, quantitatives, qualitatives et comparatives des données recueillies, l'analyse et l'interprétation des données collectées ont été réalisées en recourant à la triangulation des données, des sources, des outils et des approches et aux techniques de validation, notamment pour des raisons de cohérence. Les approches qualitatives ont été enrichies des approches quantitatives. Un processus de validation itératif avec le recoupement des informations et le partage des données recueillies avec des personnes ressources a été mis en place pour s'assurer de la qualité des données à analyser. Les rencontres de débriefing avec le bureau pays et les échanges avec le Groupe de référence (examen rapport de démarrage et du rapport intérimaire) ont également constitué des opportunités de feedback pour consolider l'analyse.

1.3.2.4 Difficultés rencontrées

L'équipe d'évaluateurs a rencontré plusieurs difficultés durant tout le processus d'évaluation, particulièrement durant la phase de collecte des données sur terrain, parmi lesquelles :

- L'indisponibilité de certains acteurs clés. La période d'évaluation a coïncidé avec la période de transition du Gouvernement de Madagascar qui a occasionné un changement de son Chef (Premier Ministre) et de ses membres. Cela a affecté le personnel des Ministères étatiques du niveau central au niveau décentralisé, et s'est répercuté sur la disponibilité de certains acteurs étatiques. Par exemple, certains directeurs régionaux et responsables de certains services étaient non seulement indisponibles mais nouvellement installés pour d'autres. Cependant, certaines mesures ont été prises pour pallier ce problème grâce à la triangulation des informations.
- L'insuffisance ou le retard dans l'obtention de documents et de données de suivi auprès des partenaires de mise en œuvre. Certains documents n'ont pas pu être mis à la disposition des évaluateurs malgré de nombreux efforts pour les obtenir, en particulier les rapports de suivi et des données désagrégées et spécifiques auprès des formations sanitaires.

1.3.2.5 Limites de l'évaluation

La limite de cette évaluation pourrait être l'absence de zone de contrôle/témoin pour pouvoir attribuer de façon plus rigoureuse au programme les changements observés dans les zones de mise en œuvre du programme. Par conséquent, la méthode utilisée pour apprécier les changements dans les zones de mise en œuvre a consisté en une mesure avant et après le programme, se basant principalement sur les indicateurs du programme. Cependant, les théories de changement qui ont été développées ont pu permettre, dans une certaine mesure, de renforcer l'analyse de la contribution des interventions du programme dans ces résultats et d'identifier de probables facteurs confondants.

1.3.2.6 Considérations éthiques et code de conduite

Les normes pour assurer la protection et le respect des participants ainsi que leur confidentialité ont été appliquées tout au long du processus de cette évaluation. Les participants ont été informés de leurs droits après la phase d'explication du but et objectifs de la mission d'évaluation. L'ensemble des interviews semi-dirigées et des discussions a été réalisé avec le consentement des participants. L'indépendance des évaluateurs a été clairement expliquée et les participants ont reçu une assurance de

confidentialité des propos dès le début de l'entrevue avant d'obtenir leur consentement. Le choix des participants des groupes de discussions a été fait avec les partenaires de mise en œuvre de sorte que l'inclusion des titulaires de droits a été effective. Tout le processus de mise en œuvre de l'évaluation a été sensible au genre en utilisant les spécificités contextuelles selon les localités, les régions et une analyse des rôles des personnes telle que décrite selon l'approche de l'intégration du genre et des Droits humains dans les évaluations⁶. Les conclusions et les recommandations ont été faites sur la base des constatations, des jugements et des leçons apprises, reflétant de manière appropriée la qualité de la méthodologie, des procédures et de l'analyse utilisées lors de la collecte et de l'interprétation des données. L'équipe a suivi le manuel d'évaluation qui fournissait des lignes directrices sur la façon de concevoir et de mener l'évaluation de programme pays, un outil utile pour parvenir à un consensus sur la terminologie et les méthodes utilisées dans l'évaluation et les résultats rapportés.

CHAPITRE 2 : CONTEXTE DU PAYS

2.1 DEFIS DU DEVELOPPEMENT ET STRATEGIES NATIONALES

2.1.1 Contexte politique

État insulaire d'Afrique australe, situé dans l'Océan indien à l'est du Mozambique, Madagascar est la 5^{ème} plus grande île du monde avec une superficie de 587 000 km² et 24,8 millions d'habitants en 2016.

L'instauration du Sénat en février 2016 boucle la mise en place de toutes les institutions démocratiques de la quatrième République⁷.

La crise politique qui a éclaté en 2009 à Madagascar a mis un sérieux coup de frein à l'élan économique de Madagascar. Après près de cinq années de crise socio-politique, Madagascar a pu organiser avec succès, au dernier trimestre de 2013, des élections présidentielles et législatives, consacrant ainsi son retour à l'ordre constitutionnel et dans le concert des nations. Cette longue crise s'est traduite par un recul des performances économiques et sociales et une dégradation de la situation en matière d'infrastructures et de gouvernance en affectant la mise en œuvre du programme. La situation économique de Madagascar reste préoccupante car malgré toutes ses richesses naturelles, le pays figure toujours parmi les plus pauvres au monde.

Le pays a fini par être considéré comme un Etat en situation de fragilité en 2013, selon la méthodologie commune aux Banques multilatérales de développement (BAD et Banque mondiale), fondée sur la moyenne des indicateurs de l'évaluation des politiques et institutions des pays (EPIP). Le pays continue à faire face à plusieurs défis prioritaires découlant des effets de la fragilité qui ont été déclinés dans la déclaration de politique générale de l'Etat (PGE), approuvée par l'Assemblée nationale en mai 2014 et dont l'opérationnalisation s'est faite à travers l'élaboration d'un Plan national de développement (PND) à moyen terme (2015-2020). Après une nouvelle crise politique au premier semestre de 2018, Madagascar s'est doté le lundi 11 juin 2018, d'un gouvernement de « consensus » dont la mission est de gérer les affaires du pays jusqu'aux prochaines élections générales de novembre de la même année. Les crises politiques à Madagascar occasionnent un « éternel recommencement » de la gouvernance des institutions et les besoins de la population ne sont pas vraiment pris en compte dans les résolutions politiques. La pauvreté s'aggrave alors que le pays détient d'énormes richesses.

2.1.2. Situation économique

L'économie malgache s'est progressivement relevée depuis le retour à l'ordre constitutionnel en 2014. La reprise des investissements publics, avec le retour des financements externes et les opportunités offertes par l'accès aux marchés extérieurs ont poussé les activités locales, notamment les travaux

⁶ Groupe des Nations Unies pour l'évaluation. Intégrer les droits de l'homme et l'égalité des sexes aux évaluations – Vers un document d'orientation du GNUE. Mars 2011

⁷ Banque Mondiale 2018

publics et les secteurs de la construction et des industries manufacturières. Le taux de croissance économique, qui dépasse 4 % depuis 2016, reflète cette tendance (contre une croissance annuelle moyenne de 2,7 % pendant la période de crise politique de 2009 à 2013).

Madagascar reste cependant très exposé aux aléas climatiques, ce qui rend difficile la lutte contre la pauvreté. En 2017, le secteur agricole, principale source de revenu pour plus de 80 % de la population, a subi les effets particulièrement sévères des catastrophes naturelles. La production rizicole aurait baissé de 20 % par rapport à l'année 2016. De fait, la majorité de la population n'a pas bénéficié de l'amélioration de la situation économique : le taux d'extrême pauvreté, mesuré sur la base de 1,9 dollars (en parité de pouvoir d'achat-PPA) demeure élevé à 76,2 pourcent en 2017.

L'année 2017 a été marquée par une forte hausse de l'inflation qui a atteint 9 % en décembre, représentant la hausse des prix la plus élevée en sept ans. Cette situation tient à la hausse des prix des produits alimentaires liée à la baisse de la production rizicole.

En revanche, en tant que l'un des principaux producteurs de vanille dans le monde, Madagascar a continué de profiter de l'envolée des prix de la vanille sur le marché international. Les recettes d'exportations de la vanille ont permis de limiter le déficit de la balance courante extérieure, de préserver la valeur de la monnaie locale et de constituer un niveau correct de réserves en devises.

Les perspectives économiques à moyen terme sont globalement positives avec une croissance du PIB qui devrait dépasser 5 %. Cependant, les incertitudes autour des prochaines élections présidentielles qui se tiendront fin 2018 pourraient avoir des effets négatifs sur la croissance. Ces élections sont également une occasion de rompre le cycle des crises politiques et de maintenir les réformes en place pour favoriser une croissance inclusive et durable⁸.

2.1.3. Contexte social

La crise politique de 2009 a eu des effets sur le contexte social des populations malgaches. L'on estime une perte d'environ 6,3 milliards de dollars entre 2009-2013⁹, soit 15 fois les dépenses publiques consacrées à la santé. À partir de 2015, le Gouvernement a institué une politique nationale de protection sociale dont l'objectif principal est de réduire de 15 % le nombre de Malgaches vivant dans l'extrême pauvreté (MPPSPF, 2015, p.15), ciblant à la fois les politiques d'assistance et de sécurité sociale.

Entre 2000 et 2014, on constate une amélioration générale du niveau d'inclusion sociale, principalement à la faveur du recul notable de la mortalité infantile, d'environ 50 % au cours de cette période. Cela est sans doute le résultat de politiques spécifiques en faveur de la santé maternelle et infantile mises en œuvre depuis la fin des années 90, notamment la gratuité de la vaccination (qui touche 78 % des enfants) et la distribution de vitamine.

Le niveau d'exclusion reste nettement plus élevé en milieu rural qu'en zone urbaine. La faible qualité des écoles, des cliniques et des autres services publics dans les campagnes malgaches confirme la nécessité urgente de remédier à ces formes spécifiques d'exclusion dans le pays. En raison de l'exode rural, entraîné par l'insuffisance des services publics et l'augmentation de la pauvreté, c'est dans la capitale, Antananarivo, que l'exclusion humaine gagne du terrain. Les facteurs d'exclusion humaine confirment la prépondérance de la sous-alimentation et de la pauvreté dans la genèse de l'exclusion ; leur contribution a augmenté dans le temps et dépasse 80 % dans le pays en 2014.

2.1.4. Les stratégies nationales de développement

A la sortie d'une longue crise sociale, politique et de gouvernance qui a pris fin en 2014 avec les nouvelles élections démocratiques, Madagascar a adopté une nouvelle orientation de développement économique et social axée sur la croissance inclusive et le développement durable. Cette nouvelle option s'est matérialisée par la mise en œuvre d'un Plan National de Développement (PND) initié depuis 2015 et qui prendra fin en 2019.

⁸ Banque Mondiale 2018

⁹ Banque Africaine de développement

Le rapport national de priorisation des ODD de Madagascar a été élaboré pour être à la fois inclusif et participatif, rééquilibré en intégrant toutes les dimensions du développement durable. Avec l'appui de la mission MAPS (mainstreaming acceleration and policy support), le gouvernement a aligné les stratégies nationales aux ODD priorisant la santé, l'éducation, le travail décent, la gouvernance, l'industrialisation, l'agriculture, la sécurité alimentaire, l'environnement et le changement climatique. Le pays a retenu 64 cibles parmi les 105 prioritaires sur les 169 cibles des 17 ODD.

2.1.5. Etat général de pauvreté de la population

La dernière enquête de l'INSTAT sur la pauvreté est celle du Suivi des Objectifs du Millénaire pour le Développement qui date de 2012. A Madagascar, la pauvreté est un phénomène essentiellement rural. L'écart moyen entre la pauvreté rurale et urbaine est de 28 points. La pauvreté touche une proportion importante de la population malgache et prédomine surtout en milieu rural où évolue la grande majorité de la population active. La dernière estimation de l'INSTAT révèle qu'en 2012, environ 71,5% de la population est pauvre, soit 77,3% en milieu rural et 48,5% en milieu urbain, partant d'un revenu annuel moyen de 1 388 000 Ariary. L'extrême pauvreté (niveau de consommation ou de revenu largement distancé par le seuil de pauvreté) concerne 56,5% de la population avec un revenu annuel moyen de 328 160 Ariary, soit moins de 1 000 Ariary par jour. Ce phénomène touche plus le milieu rural (62,1%) que le milieu urbain (34,6%). La consommation moyenne annuelle par tête d'habitant est estimée à 404 000 Ariary. Elle est plus élevée en milieu urbain qu'en milieu rural notamment dans la Région Androy qui est inférieure à 200 000 Ariary.

En 2012, les Régions Androy et Atsimo Atsinanana sont celles où le taux de pauvreté a été le plus élevé, respectivement de 96,7% et de 93,1%. Au fil du temps, la pauvreté touche plus de la moitié de la population. Elle s'intensifie surtout durant la période de crise politique : le taux de pauvreté est de 80,7% en 2002 et de 76,5% en 2010¹⁰.

2.1.6. Santé Sexuelle et Reproductive

Le ratio de mortalité maternelle connaît une tendance décroissante depuis 1990. En effet, ce taux est de 478 pour 100 000 naissances vivantes (ENSOMD 2012-2013) au cours de ces dernières années, contre 498 pour 100 000 naissances vivantes¹¹ en 2008-2009. Toutefois, la cible des OMD de 127 pour 100 000 naissances vivantes est loin d'être atteinte. Selon les estimations dans les études effectuées par la Banque mondiale, le taux de mortalité maternelle est passé de 778 à 353 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes entre 1990 et 2015.

Selon l'ENSOMD 2012- 2013, seules 44% des femmes reçoivent l'assistance d'un professionnel de santé qualifié et 38 % accouchent au niveau des formations sanitaires. Parallèlement, un déficit en Opération Césarienne par rapport au minimum recommandé par l'OMS est observé avec un taux de naissance par opération césarienne égal à 1,9¹² % contre 5 %.

En outre, les Nations Unies estiment que dans le monde, entre 2 million et 3,5 million de femmes et de jeunes filles vivent avec les fistules obstétricales. Il s'agit d'une complication directement liée à l'accouchement pouvant être évitée par une césarienne pratiquée à temps.

A Madagascar, plus de 50 000 femmes et jeunes filles souffrent de la fistule obstétricale et sont en attente de chirurgie réparatrice. 4000 femmes¹³ âgées entre 15 à 49 ans sont atteintes de cette maladie invalidante chaque année. Par ailleurs, une femme sur 20 est porteuse de fistule obstétricale à cause de la mauvaise qualité de la prise en charge obstétricale et 94% des femmes en âge de procréer déclarent ne pas connaître les signes cliniques de fistule obstétricale. Par ailleurs, seulement 11 % savent que la fistule obstétricale peut se soigner.

¹⁰ Enquête Nationale de Suivi des Objectifs du Millénaire pour le Développement (ENSOMD) en 2012.

¹¹ EDS IV (2008 -2009)

¹² (EDS IV) 2012-2013

¹³ ENSOMD 2012 -2013

2.1.7. Planification familiale

Malgré le progrès enregistré, la prévalence contraceptive à Madagascar reste insuffisante avec un taux de 38,9 %¹⁴ (contre 29 % en 2008 et 19% en 1997). Les besoins non satisfaits en matière de Planification Familiale (PF) sont passés de 25.6% en 1997 à 18% en 2012 et de 16% en 2017¹⁵. En outre, l'offre de services de planification familiale en post-partum immédiat n'est pas encore suffisamment vulgarisée, car très peu de prestataires ont la capacité d'offrir ces services. En 2016, le nombre d'utilisatrices régulières¹⁶ est de 1 662 030 dont 10 954 sont âgées de 10 à 14 ans, 218 459 de 15 à 19 ans, 447 726 de 20 à 24 ans et 984 891 sont âgées de 25 ans et plus. Concernant le nombre de nouvelles utilisatrices, il est de 631 604 dont 8580 sont âgées de 10 à 14 ans, 132 117 de 15 à 19 ans, 231 699 de 20 à 24 ans et 277 208 sont âgées de plus de 25 ans.

2.1.8. Jeunes et adolescents

La problématique de la santé sexuelle et reproductive chez les jeunes demeure un sujet tabou limitant les canaux de diffusion d'informations. Ainsi, la fréquence des mariages précoces à Madagascar figure parmi les plus élevées dans le monde. Une fille sur deux est mariée ou est en union avant l'âge de 18 ans et cela malgré la loi relative au mariage selon laquelle le mariage de deux personnes dont l'une n'a pas 18 ans, est illégal. Cette situation est intimement liée aux grossesses précoces qui concernent une fille sur trois à Madagascar. De plus, la grossesse¹⁷ et l'accouchement constituent la cause majeure des décès des adolescentes dans le pays. Sur les 10 femmes qui décèdent par jour suite à des complications liées à la grossesse ou l'accouchement, 3 sont des adolescentes de 15 à 19 ans. Par ailleurs, plus de 17% des filles dans la tranche d'âge de 15-19 ans ont eu leurs premiers rapports sexuels à l'âge de 15 ans.

Madagascar est classé parmi les 13 premiers pays à avoir un taux de prévalence de la grossesse précoce le plus élevé au monde, selon le classement World Atlas en 2015. A Madagascar notamment, «163 sur 1 000 grossesses concernent les adolescentes de 15 à 19¹⁸ans». A Madagascar, la prévalence du VIH dans la population adulte est faible et est passée de 0,02% en 1989 à 0,13% en 2007, et à 0,4% chez les adultes de 15-49 ans et de 0,16% chez les jeunes de 15-24 ans en 201¹⁹. Cette prévalence est faible au sein de la population générale avec une épidémie concentrée à l'intérieur des groupes les plus exposés au risque : les Hommes ayant des rapports sexuels avec les Hommes (HSH), les Utilisateurs de Drogues Injectables (UDI), les Professionnelles du Sexe (PS) et les jeunes. L'enquête comportementale et biologique de base effectuée en 2010 donne un niveau de prévalence de 14,7% chez les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (HSH).

2.1.9. Humanitaire

Le sud de Madagascar est en période de sécheresse et de famine depuis des décennies, mais les stratégies nationales n'ont pas réussi jusqu'ici à renforcer significativement la résilience. Par ailleurs, avec des pluies hors saison estivale de 2016 - 2017, plusieurs régions du pays ont été inondées. Entre 2015 et 2016 et pendant la première moitié de 2017, le phénomène météorologique El Niño et la Nina ont touché Madagascar et les impacts du cyclone ENAWO sont considérables.

L'« état d'urgence » a été déclaré au cours de cette période. Ce contexte fragile accentué par l'insécurité régnant sur l'ensemble du territoire national du fait du banditisme attribué aux « dahalo », continue à mettre en danger non seulement les populations, mais aussi les acteurs humanitaires qui essaient d'apporter une aide aux populations les plus vulnérables. Cette situation humanitaire

¹⁴ TRAC 2017

¹⁵ TRAC 2017

¹⁶ Données GESIS du Ministère de la Santé

¹⁷ ENSOMD 2012-2013

¹⁸ ENSOMD 2012 2013

¹⁹ ONUSIDA, L'estimation de l'ONUSIDA est effectuée à travers l'utilisation de logiciel SPECTRUM. ³⁶ Primature, Ministère de l'Economie et de l'Industrie, Rapport sur la Coopération au Développement 20092010 Madagascar, Septembre 2010.

catastrophique a durement affecté la vie de nombreuses femmes et de nombreux enfants en augmentant leur vulnérabilité et le risque de surmortalité maternelle et infantile.

Suite à la sécheresse provoquée par El Niño, près de 1,14 million de personnes au Sud de Madagascar souffrent actuellement d'insécurité alimentaire, dont 665 000 se trouvent en situation d'insécurité alimentaire sévère. Cette situation a été déclenchée par une baisse significative de la production alimentaire au cours des trois dernières saisons agricoles, en raison des précipitations erratiques depuis 2012 et d'une forte sécheresse. Une très grande partie de la population présente des carences qualitatives et quantitatives graves tandis que de nouveaux ménages en situation d'insécurité alimentaire légère ou modérée risquent de basculer progressivement vers une situation d'urgence.

2.1.9. Egalité des sexes et autonomisation des femmes

La violence faite à l'égard des femmes et les violences basées sur le genre sont en général, quasi courantes, pas moins à Madagascar. Une femme sur trois a subi un type de violence au cours des 12 derniers mois (Atsimo Andrefana, 27,5% ; Androy, 31% ; Vatovavy Fitovinany 43%) selon les rapports de l'ENSOMD (2012-2013), et près de 45% des femmes acceptent la violence domestique. Ces actes de violence passent très souvent sous silence. Ce qui explique que plus de 73% des femmes victimes de violence n'ont jamais tenté de chercher de l'assistance ou même de dénoncer les actes de violence.

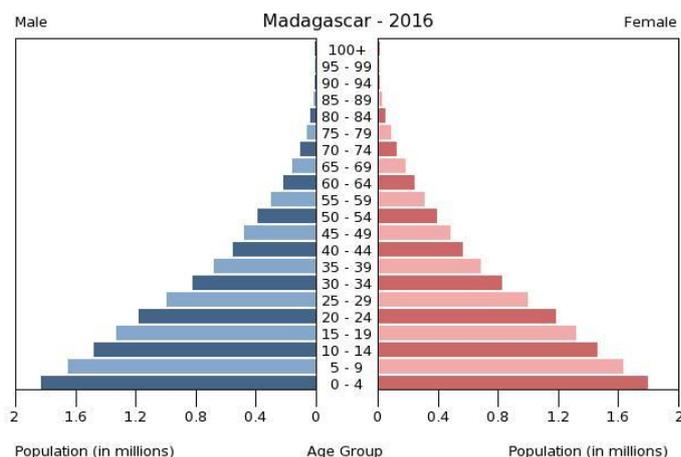
Madagascar, s'est engagé à intégrer transversalement la dimension « genre » dans toutes ses interventions de développement et à mettre en œuvre des politiques et programmes spécifiques pour la réduction des inégalités entre les femmes et les hommes. Le renforcement des mécanismes chargés de la promotion du genre, au niveau gouvernemental, est donc sous la responsabilité du MPPSPF. L'UNFPA en tant que Leader du Groupe Thématique Genre et Droits Humains au sein du SNU à Madagascar, aligne son plan d'action avec la partie nationale dont ses interventions sont à évaluer en ce 7^{ème} programme.

2.1.10. Dynamique de population

La population malgache a atteint 24 968 118 millions d'habitants en 2018²⁰ selon les estimations, et sa croissance se poursuit à un rythme élevé, évalué à 2,72 % par an par l'Institut National de la Statistique. Il s'ensuit que la population malgache est extrêmement jeune, les personnes âgées de moins de 25 ans représentant plus de 60 % des habitants. Parallèlement, l'espérance de vie à la naissance continue de progresser et s'élève désormais à 64 ans.

Par conséquent, le taux de dépendance reste très élevé, étant de l'ordre de 80 % en 2015 (contre 95 % en 2000), ce qui empêche pour le moment Madagascar de tirer profit du dividende démographique. Il existe toutefois des disparités d'une région à l'autre du pays : le taux de dépendance est plus élevé en milieu rural (105,4) qu'en milieu urbain (67,3), les régions du Sud présentant un taux supérieur à 100 (INSTAT, 2014).

Figure 6: Pyramide des âges de la population malgache



Source: 2017 CIA World Factbook and other sources

Cette pyramide des âges illustre la structure par âge et par sexe de la population Malgache. La forme de la pyramide des âges évolue progressivement en fonction des tendances en matière de fécondité, de mortalité et de migration internationale.

Selon le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA), l'extrême jeunesse de la population constitue un défi majeur, puisqu'elle entraîne des besoins considérables en investissements dans les secteurs sociaux tels que l'éducation, la santé, les infrastructures, mais elle constitue en même temps une fenêtre d'opportunité pour permettre au pays de tirer profit de dividende démographique... La transition démographique est amorcée, mais elle se situe à une étape initiale caractérisée par une baisse de la mortalité et de la fécondité. Cependant, l'indice synthétique de fécondité est encore élevé (environ 4,5 enfants par femme), et le taux de prévalence contraceptive qui s'élève à environ 38,9 % est légèrement plus élevé que la moyenne régionale.

Le maintien d'une fécondité élevée s'expliquerait par la précocité des unions et des grossesses à Madagascar, la moitié des femmes âgées de 25 à 49 ans ayant contracté leur première union avant 19 ans et 10 % avant 15 ans, bien que l'âge légal du mariage soit officiellement de 18 ans. Les statistiques indiquent également que la fécondité adolescente est très élevée, étant de 163 pour mille (UNFPA).

Le taux d'urbanisation avoisine aujourd'hui les 40 %. Si la population du pays a presque quadruplé depuis les années 60, celle de la capitale Antananarivo a été multipliée par six selon ATD Quart Monde (2012) qui estime qu'un tiers des habitants de la capitale est en proie à la misère, échappant aux calculs statistiques et occupant des zones urbaines non aménagées dans des conditions d'extrême insalubrité. Face à la rapidité de l'exode rural, les investissements dans les infrastructures urbaines n'ont pas été à la hauteur des besoins croissants, et l'accès aux services de base fait de plus en plus problème. L'habitat précaire (bidonvilles ou « maisons-sachets ») s'est répandu à Antananarivo. En 2011, le budget de la capitale était de 4 dollars par habitant et par an, soit 7 fois moins que celui de la ville de Dakar (Banque Mondiale, 2011).

Les flux migratoires se dirigent vers les villes, en particulier vers les chefs-lieux des régions. La création des complexes industriels et universitaires favorise ces déplacements, surtout vers la capitale. Mais les migrations entre régions paraissent encore faibles.

Quant aux flux migratoires inter-régionaux, l'existence de déplacements vers les zones rurales plus productives du fait de leurs potentialités (agricoles et minières) modifie la redistribution spatiale de la population régionale. La mobilité est ainsi très importante dans la région d'Antananarivo tandis qu'elle est la plus faible dans les régions de Fianarantsoa et de Toamasina.

Les migrations sont surtout le fait des adultes d'âge actif et des femmes qui migrent plus que les hommes, surtout aux âges jeunes. L'âge moyen des migrants est de 29,6 ans ; il est légèrement plus jeune chez les femmes que chez les hommes²¹.

2.2. ROLE DE L'AIDE EXTERIEURE²²

L'une des principales tâches du gouvernement malgache aujourd'hui est de mettre en œuvre le Plan National de Développement dont les trois piliers sont : améliorer la gouvernance, favoriser la relance économique et élargir l'accès aux services sociaux de base. Pour y parvenir, le gouvernement a reçu, lors de la Conférence des bailleurs des fonds et des investisseurs tenus à Paris en décembre 2016, un engagement de 6,4 milliards de dollars pour mettre en œuvre ses projets de développement (de 2017 à 2020). Les appuis financiers sont venus de la Banque africaine de développement, du Groupe de la Banque mondiale et du Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD). S'est ajoutée à cela une enveloppe de 3,3 milliards de dollars d'investissements annoncée par le secteur privé.

Suite au retour de la paix dans le pays, le Fonds monétaire international (FMI) qui avait supprimé son aide pendant les années de crise, a accordé son appui comme suit : mise en place en juin 2014 d'une Facilité rapide de crédit (FRC) de 47 M\$; en novembre 2015, accord d'une nouvelle FRC de 47 M\$, assortie d'un programme d'accompagnement des réformes économiques nécessaires (Staff Monitored Program, SMP) ; après une première mission en mars 2016, réalisation d'une seconde mission (juin 2016) ; et la conclusion d'un accord de principe pour un programme triennal (2016-2019) adossé à une FRC d'un montant de 310 M\$. Le 27 juillet 2016, le Conseil d'administration du FMI a approuvé

²¹ Rapport évaluation mi-parcours. UNFPA Madagascar 2017.

²² Rapport de démarrage revu à mi-parcours 2017

un accord de 40 mois au titre de cette facilité élargie de crédit en faveur de Madagascar d'un montant d'environ 304,7 M\$.

En décembre 2015, la Banque mondiale, quant à elle, a approuvé un crédit de 55 M\$ à Madagascar pour un appui budgétaire. Elle a poursuivi son appui ainsi : en février 2016, accord donné à Madagascar pour accéder au mécanisme de financement IDA Turnaround Facility ; soutien à Madagascar pour un montant estimé à 690 M\$ pour la période allant de 2016 à 2018.

Parmi les autres bailleurs de fonds figurent : L'Union européenne avec un Programme Indicatif National (PIN) de 518 M€ pour le 11e Fonds européen de développement (2014-2020). Madagascar devrait aussi bénéficier indirectement des fonds FEDER ; la Banque africaine de développement (BAD), en complément au Fonds africain de développement (FAD XIII) devrait apporter un appui supplémentaire de 80 M\$ de ressources additionnelles du fait du classement par la BAD de Madagascar parmi les pays « en situation de fragilité ».

A cette longue liste s'ajoute le Japon qui s'apprête à octroyer un prêt concessionnel de 500 M\$ pour l'extension du port de Tamatave. Enfin les USA reviennent à Madagascar avec l'AGOA (African Growth and Opportunity Act) suspendu depuis 2009.

2.3. LE PROGRAMME PAYS DE L'UNFPA FACE AUX DEFIS DU DEVELOPPEMENT

L'UNFPA apporte un appui au niveau national et/ou central pour les actions globales. En concertation avec les partenaires du Système des Nations Unies et afin de maximiser l'impact du programme, une attention particulière a été portée sur trois régions (Atsimo Andrefana, Anosy et Vatovavy Fitovinany) compte tenu des résultats de l'analyse d'un ensemble d'indicateurs qui reflètent les besoins prioritaires en termes de santé maternelle, de services de SSR/SRA, de lutte contre les violences basées sur le genre et de lutte contre les IST et le VIH, entre autres.

L'investissement du 6^{ème} programme de l'UNFPA (2011-2013) a été de 25,1 M\$ (soit 92% du montant prévisionnel). Cette contribution a augmenté des 62,5% initiaux à 67,4% et celle du gouvernement a été multipliée par 6 (de 1 à 6 M\$). Les ONG ont mobilisé pour leur part 1,8 M\$. La Santé Sexuelle et Reproductive a constitué l'essentiel (17,9 M\$, 65,9%) des dépenses du CPAP 2008-2011. L'enveloppe du 7^{ème} programme de l'UNFPA (2014- premier semestre 2018) a été de 22 371 076 M\$. Par conséquent, la contribution de l'UNFPA à Madagascar entre 2011 et 2018 a été de 47 M\$.

Tableau 5: Liste des indicateurs des trois régions d'intervention du 7ème programme de l'UNFPA

INDICATEURS/REGION	VATOVAVY FITOVINANY	ATSIMO ANDREFANA	ANDROY
Population totale	1 425 600	1 296 000	712800
Population Rurale	1050667	955152	525334
Population jeune (15-24 ans)	470448	426690	235224
Taux de pauvreté	79,6	93,1	96,7
Accouchement en structure de santé %	12,8	32	21,7
Accouchements assistés par personnel qualifié %	17,2	39,5	25,2
SONUB GAP	9	10	5
SONUC GAP	3	2	1
Besoins non satisfaits en PF	17,6	18,8	11,8
Indice synthétique de fécondité	6,1	6	8,4
Grossesses adolescentes avec enfants vivants en %	45,5	54,5	53,8
Taux de prévalence contraceptive	31,9	25,3	5,6
% de femmes victimes de violences domestique	67,8	39,1	40,2

Taux de Prévalence du VIH %	0	0,34	0,06
Femmes (15 -24 ans) ayant des connaissances sur prévention en %	39,7	38,5	28,9
Hommes (15 -24 ans) ayant des connaissances sur la prévention en %	47,2	49,1	31,8
Prévalence des IST déclarées par les femmes de 15 à 49 ans	2,5	8,7	1,1
Prévalence des IST déclarées par les hommes de 15 à 49 ans	6,6	15,9	8,8

CHAPITRE 3 : LA REPONSE ET LES STRATEGIES DE PROGRAMME DE L'UNFPA

L'UNFPA agit en partenariat avec les gouvernements, d'autres institutions et la société civile afin d'avancer sa mission. Deux cadres guident ses activités : Le Programme d'action adopté à la Conférence internationale sur la population et le développement de 1994 et les Objectifs de développement durable (ODD), un ensemble de dix-sept cibles visant à éradiquer la pauvreté, protéger la Planète et faire en sorte que tous les êtres humains vivent dans la paix et la prospérité.

L'UNFPA, Fonds des Nations Unies pour la Population travaille à travers le monde dans 156 pays afin de réaliser un monde où chaque naissance est désirée, chaque accouchement sans danger et le potentiel de chaque jeune réalisé.

L'UNFPA est présente à Madagascar depuis 1978 et met actuellement en œuvre son septième programme de coopération avec le Gouvernement de Madagascar. L'UNFPA favorise l'exécution nationale en alignant ses interventions aux priorités nationales afin de garantir l'appropriation nationale.

Le 7ème programme de coopération entre Madagascar et l'UNFPA a été approuvé en janvier 2015 et son plan d'action pour la période 2015-2019 a été signé entre le gouvernement et l'UNFPA en mars 2015.

UNFPA Madagascar travaille en partenariat avec le Gouvernement Malgache et les autres partenaires (ONG, société civile) sur la base du document de Programme.

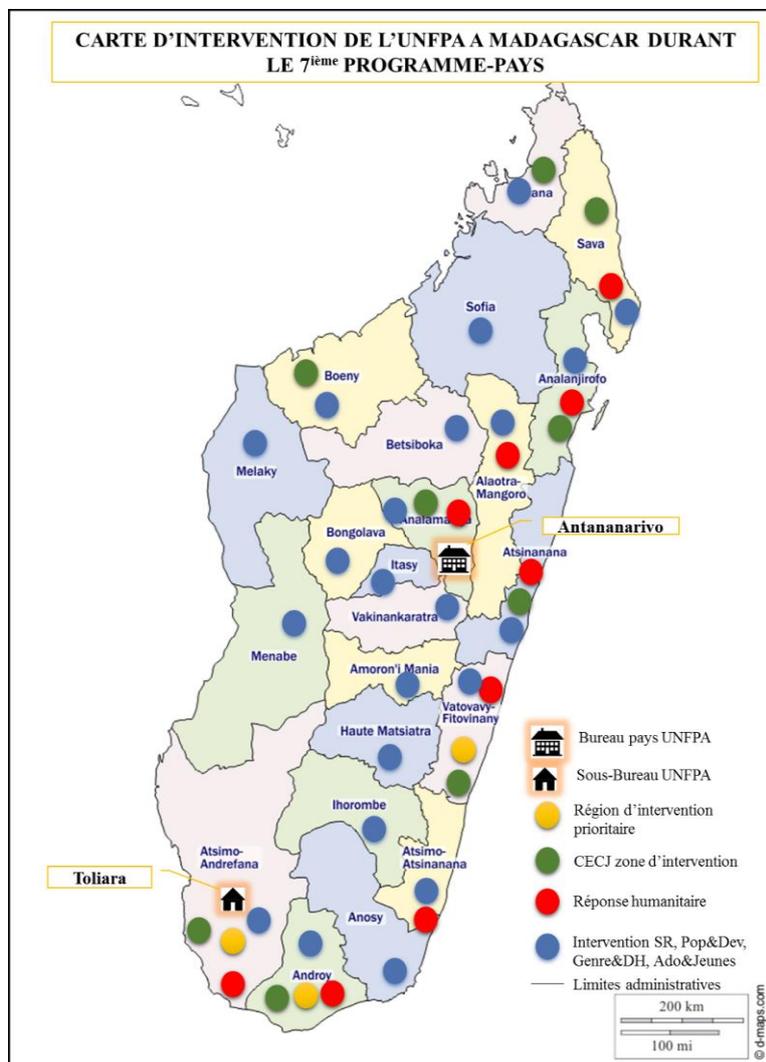
Conformément au plan stratégique de l'UNFPA pour 2018-2021, les domaines d'intervention du Fonds sont : (i) la santé de la reproduction (ii) les jeunes et adolescents (iii) le Genre et (iv) la production de données et la dynamique de la population.

L'UNFPA concentre ses efforts sur plusieurs domaines dans lesquels les retombées sont les plus importantes sur la vie des femmes et des jeunes.

Le programme dispose 5 produits dont (i) Produit 1: Les capacités nationales à fournir des services de santé maternelle de qualité, y compris dans les situations de crise humanitaire améliorées. (ii) Produit 2: Les capacités nationales à accroître la demande et l'offre de méthodes contraceptives modernes et à améliorer la qualité des services de planification familiale exempts de coercition, de discrimination et de violence renforcées. (iii) Produit 3: L'accès à des informations et des services amis des jeunes, notamment la formation sur les compétences de vie et l'éducation sexuelle amélioré. (iv) Produit 4: Les capacités nationales à prévenir et répondre aux violences basées sur le genre et aux pratiques néfastes, y compris dans les situations de crise humanitaire renforcées. (v) Produit 5: Les capacités nationales pour produire, analyser, disséminer les données désagrégées de la population et les utiliser comme information basée sur l'évidence pour les politiques et les processus de prise de décision renforcées.

En ce qui concerne les régions et zones d'intervention, l'UNFPA apporte un appui au niveau national et/ou central pour les actions globales. Par ailleurs, UNFPA apporte ses appuis spécifiques au niveau de 3 régions de concentration dont Vatovavy Fitovinany, Atsimo Andrefana, Androy.

Figure 7: Carte d'intervention du 7ème Programme pays²³



3.1 LA REPONSE STRATEGIQUE DE L'UNFPA

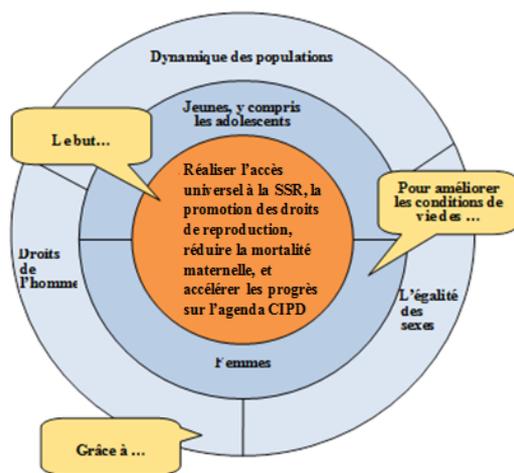
Se fondant sur les recommandations de l'évaluation du 6ème programme ainsi que des priorités ressorties dans la nouvelle « Politique Générale de l'Etat », le Plan-Cadre des Nations-Unies pour l'Assistance au Développement (UNDAF) pour la période 2015-2019 et le plan stratégique de l'UNFPA pour la période 2014-2017, le septième Programme vise la réduction de la pauvreté en ciblant les femmes et les jeunes et les adolescents, et plus particulièrement ceux qui vivent dans les zones rurales et reculées à travers notamment la réduction de la mortalité maternelle et néonatale. Afin de combler les lacunes, le programme cible les priorités suivantes en tenant compte des facteurs sociaux et culturels : (i) améliorer l'accès aux services

de santé sexuelle et reproductive intégrés et de qualité ; (ii) accroître l'accès des jeunes à l'information, à l'éducation sexuelle et aux services ; (iii) prévenir/réagir contre les violences basées sur le genre ; (iv) assurer la collecte, l'exploitation, l'analyse et la diffusion de données sur la population.

Ensuite, le programme pays a été aligné sur le Plan Stratégique 2014-2017, puis sur celui de 2018-2021. Le Plan Stratégique 2014-2017 visait à Contribuer à l'accès universel à la santé de la reproduction, la promotion des droits humains, la Réduction de la mortalité maternelle et la planification familiale, comme indiqué par la cible du Plan Stratégique 2014-2017 de l'UNFPA (Figure 8).

Figure 8: Cible du Plan Stratégique UNFPA, 2014-2017

²³ Les Zones d'intervention des CECJ appuyés dans le cadre du 7ème Programme sont à Antananarivo, Mahajanga, Toliara, Sakaraha, Ambovombe, Taolagnaro, Manakara, mananjary. En outre, des centres d'écoute temporaires ont été appuyés dans le cadre de la réponse aux urgences humanitaires à Antalaha et Maroantsetra.



3.2 REPOSE DE L'UNFPA DANS LE CADRE DU PROGRAMME PAYS

3.2.1 Enseignements tirés du Programme passé (2008-2013)

Le CPAP 2008-2011 (6^{ème} Programme Pays) a couvert 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 précédent (ou « produits ») ont été 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. Suite à la crise sociopolitique et économique l'UNFPA a étendu à 2013 son cycle en lien avec l'UNDAF qui couvrait initialement la période 2008-2011.

En matière de **Santé Sexuelle et Reproductive**, la contribution de l'UNFPA a été d'améliorer l'accès aux soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base de qualité (31% d'accouchements dans des centres de santé en 2012 contre 28% en 2009 dans les zones appuyées par le programme). Mais il s'est avéré que la faible capacité d'absorption du système public n'a pas permis d'atteindre les effets escomptés.

En matière de planification familiale, une attention trop grande accordée à l'approvisionnement en méthodes contraceptives a contribué à minimiser les autres éléments importants de la planification familiale, en particulier, les barrières socio-culturelles à l'utilisation des services.

Dans le domaine des **Adolescents et Jeunes**, l'UNFPA a renforcé les capacités nationales dans le domaine de la santé de reproduction des adolescents et des jeunes en appuyant l'élaboration d'une loi contre le mariage d'enfants, l'élaboration de programme d'éducation sexuelle à intégrer dans les programmes scolaires, l'établissement de 22 centres de santé amis des jeunes en 2012 contre 14 en 2010, l'éducation par les pairs, la création d'une page web adaptée aux jeunes « Tanora Guaranteeen » et la publication mensuelle d'une page consacrée aux jeunes dans les journaux et dans les espaces adaptés aux jeunes, la réalisation du Symposium national de la Jeunesse avec une forte implication

multisectorielle et de la société civile qui a permis d'initier le processus de réactualisation de la Politique Nationale de la Jeunesse intégrant les recommandations du Symposium.

Dans le domaine de l'**Egalité des sexes et autonomisation des femmes**, le programme a contribué à la mise en place d'un environnement institutionnel favorable à la promotion de l'égalité entre les hommes et les femmes. Il a donc aussi contribué à la mise en place d'instruments juridiques et de planification 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), et d'un mécanisme de suivi de l'accès à la justice et de lutte contre les VBG.

Quant à la situation socio- économique des femmes les plus vulnérables (femmes victimes de fistules, de VBG), la contribution du programme est restée relativement faible pour améliorer de façon durable leurs conditions vie. Même l'appui au renforcement de la participation des femmes aux affaires publiques ne semble avoir donné que peu de résultats. L'évaluation finale du 6^{ème} programme a mis en évidence la fragilité des réseaux de femmes appuyés par l'UNFPA. Les Centres d'écoute et de conseil juridique (CECJ) sont restés trop dépendants des financements extérieurs pour assurer la durabilité de leurs résultats.

Dans le domaine de la **Dynamique de population**, on peut mentionner l'appui du programme au renforcement des capacités des partenaires de mise en œuvre. Mais la crise politique de 2009 a conduit à la suspension du projet de Recensement Général de la Population et de l'Habitation, et à l'arrêt des activités sur les interrelations de la Dynamique de population tant au niveau central qu'au niveau décentralisé.

3.2.2 Réponse de l'UNFPA dans le cadre du 7^{ème} programme pays (2015-2019)

Le programme est à sa quatrième année de mise en œuvre. Il a été amendé suite à la revue à mi-parcours effectuée en 2017, en s'alignant au nouveau plan stratégique de l'UNFPA, 2018-2021 comprenant les 3 résultats transformateurs.

La réponse stratégique de l'UNFPA à travers sa logique d'intervention est adressée aux défis du développement de la République de Madagascar présentés au chapitre 2. Cette réponse s'inscrit parfaitement dans le cadre de l'UNDAF (Plan cadre des Nations Unies pour l'aide au développement) 2015-2019 ; **elle est fondée, à travers les produits du CPAP, sur la synergie, la cohérence et les liens logiques qui existent entre le programme en cours (2015-2019), l'UNDAF et le Plan stratégique 2014-2017 de l'UNFPA.** Les ajustements apportés tenant compte des recommandations de la revue ont permis un meilleur alignement par rapport au nouveau Plan stratégique 2018-2021 et un meilleur ciblage des interventions. De plus, le cadre de résultats et de ressources a été réactualisé tenant compte des recommandations de la revue à mi-parcours du programme, en découle la révision de la matrice de planification et de suivi et évaluation du programme (indicateurs de produits et cibles).

Par ailleurs, en collaboration avec la partie nationale, le bureau a mis en place un panier d'indicateurs (au niveau national et régional) pour le suivi du programme (21 indicateurs alignés aux 3 résultats transformateurs du plan stratégique 2018-2021 ont été développés) pour permettre un suivi de la performance du programme et des partenaires.

Les produits du CPAP 2015-2019 sont effectivement reliés aux effets UNDAF et au Plan stratégique de l'UNFPA.

Le **produit 1**, « Les capacités nationales à fournir des services de santé maternelle de qualité, y compris dans les situations de crise humanitaire, renforcées », contribue à l'effet UNDAF n° 3 et au Résultat n° 1 du Plan stratégique 2014-2017 de l'UNFPA.

Le **produit 2**, « Les capacités nationales à accroître la demande et l'offre des méthodes contraceptives modernes et à améliorer la qualité des services de planification familiale exempts de coercitions, de

discrimination et de violence renforcée », contribue à l'effet UNDAF n° 3 et au Résultat n°1 du Plan stratégique de l'UNFPA.

Le **produit 3**, « L'accès à l'information et aux services sociaux pour les jeunes et adolescents, notamment la formation sur les compétences de vie et l'éducation sexuelle accru », contribue à l'effet UNDAF n°3 et au Résultat n° 2 du Plan stratégique de l'UNFPA.

Le **produit 4**, « Les capacités nationales à prévenir et à répondre aux violences basées sur le genre et aux pratiques néfastes, y compris dans les situations de crises humanitaires, renforcées », contribue à l'effet UNDAF n°2 et au Résultat n°3 du Plan stratégique de l'UNFPA.

Le **produit 5**, « Les capacités nationales pour produire, analyser, disséminer les données désagrégées de la population et les utiliser comme information basée sur l'évidence pour les politiques et les processus de prise de décisions, renforcées », contribue à l'effet UNDAF n°1 et au Résultat n°4 du plan stratégique de l'UNFPA. Les liens avec l'UNDAF et le Plan stratégique de l'UNFPA sont clairement établis.



Figure 9: Les liens entre la logique d'intervention et le plan stratégique puis l'UNDAF

3.2.3 Structure financière du programme

L'examen de la structure financière du 7^{ème} programme pays entre l'UNFPA et le Gouvernement de Madagascar permet d'en apprécier l'efficacité, en mettant en rapport les ambitions affichées pour chaque produit, et les fonds qui y ont été alloués.

L'enveloppe prévue en fin de cycle était de 74,5 million USD : 27 millions à partir des ressources ordinaires et 47,5 million par des modalités de cofinancement et/ou à partir d'autres ressources, incluant les ressources ordinaires. L'enveloppe prévue en fin de cycle était de 74,5 million USD : 27 millions à partir des ressources ordinaires et 47,5 million par des modalités de cofinancement et/ou à partir d'autres ressources, incluant les ressources ordinaires. L'UNFPA s'était engagé à dégager un

montant de 14 millions de dollars US au titre des ressources ordinaires pour le présent programme de coopération avec le Gouvernement de Madagascar, sous réserve de la disponibilité de fonds. Dans ces ressources, l'UNFPA s'était engagé à mobiliser un montant de 5.8 millions de dollars US au titre des autres ressources, sous réserve de l'intérêt des donateurs, en faisant clairement référence au plan de mobilisation des ressources du programme de pays.

Un total de 22 371 076 dollars US a été dégagé entre 2015 et le 1^{er} semestre 2018 pour le présent programme de coopération avec le Gouvernement de Madagascar. La contribution de l'UNFPA a donc augmenté 62,58% du montant de l'engagement initial. Le montant mobilisé au cours des quatre années (2015-2018) est de 3 113 596 \$US (soit 14% de l'enveloppe globale) ; 15 592 405 \$US (70%) proviennent des Ressources propres de l'UNFPA et 3 665 075 \$US (16%) d'autres sources. Le tableau 6 indique que les ressources régulières ont connu une variation par une descendante de 2016 en 2018. Quant aux ressources mobilisées, une augmentation importante est observée de 2015 en 2017, et le 1^{er} semestre 2018 annonce de bonne perspective car le montant mobilisé est déjà supérieur à celui de l'année 2016.

Tableau 6: Type de budget par source de financement (2015-2018)

Budget	2015	2016	2017	2018	Total
Ressources propres	4 990 000	3 653 900	3 548 505	3 400 000	15 592 405
Autres ressources	847 650	1 267 732	934 758	614 936	3 665 075
Ressources mobilisées	104 011	752 536	1 428 782	828 267	3 113 596
Total	5 941 661	5 674 168	5 912 045	4 843 203	22 371 076

Source : Cognos du 09/07/2018

L'évolution des ressources mobilisées entre 2015 et 2017 connaît une croissance au fil des années contrairement aux ressources propres qui sont en diminution tout comme les autres ressources. La même logique a été suivie en 2018 car les Ressources propres sont passées de 3 548 505 \$US en 2017 à 3 400 000 \$US et les autres ressources de 934 758 \$US à 614 936 \$US. Par contre au premier semestre les Ressources mobilisées représentent déjà 828 267 \$US soit 58% du montant de l'année 2017 ce qui envisage une bonne perspective. Les montants de 2018 sont tous partiels car ils reflètent ceux du premier semestre, ils sont donc susceptibles de changer.

Pour la période 2015-2017, le taux d'utilisation financière varie entre 95% et 96%, ce qui confirme la bonne performance du programme en termes de capacité. Pour la période 2018, le taux d'utilisation au moment de l'évaluation était autour de 63% (situation 30 Juillet 2018). L'appréciation de la performance du taux d'utilisation financière du programme se fait sur une base annuelle, et la moyenne de ce taux entre 2015 et 2017 est de 97%.

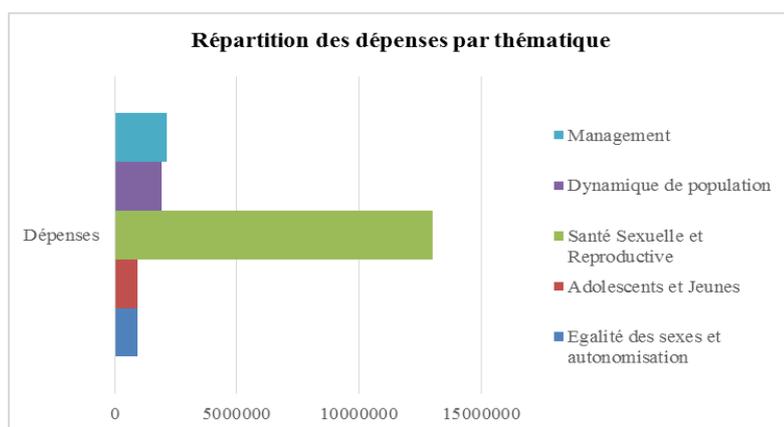


Figure 10: Répartition des dépenses par thématique, 2015-2017

Les chiffres montrent l'importance que l'UNFPA accorde à la Santé Sexuelle et Reproductive d'une manière générale. Elle constitue l'essentiel (13 024 452 \$US, 69%) des dépenses du CPAP 2015-2017. Cette répartition inégale du budget entre les quatre thématiques est un choix délibérément opéré par l'Organisation pour mieux réduire la

mortalité maternelle et néonatale en vue de réaliser un accès universel à la SSR, la promotion des droits de reproductions, la réduction de la mortalité maternelle et l'accélération des progrès sur l'Agenda CIPD en conformité avec la Plan stratégique 2014-2017. Les budgets des autres thématiques sont comme suite : Jeunes et Adolescent (915 080 \$US, 5%), Egalité des sexes et autonomisation des femmes (934 774 \$US, 5%) et Dynamique de population (1 909 397 \$US, 10%).

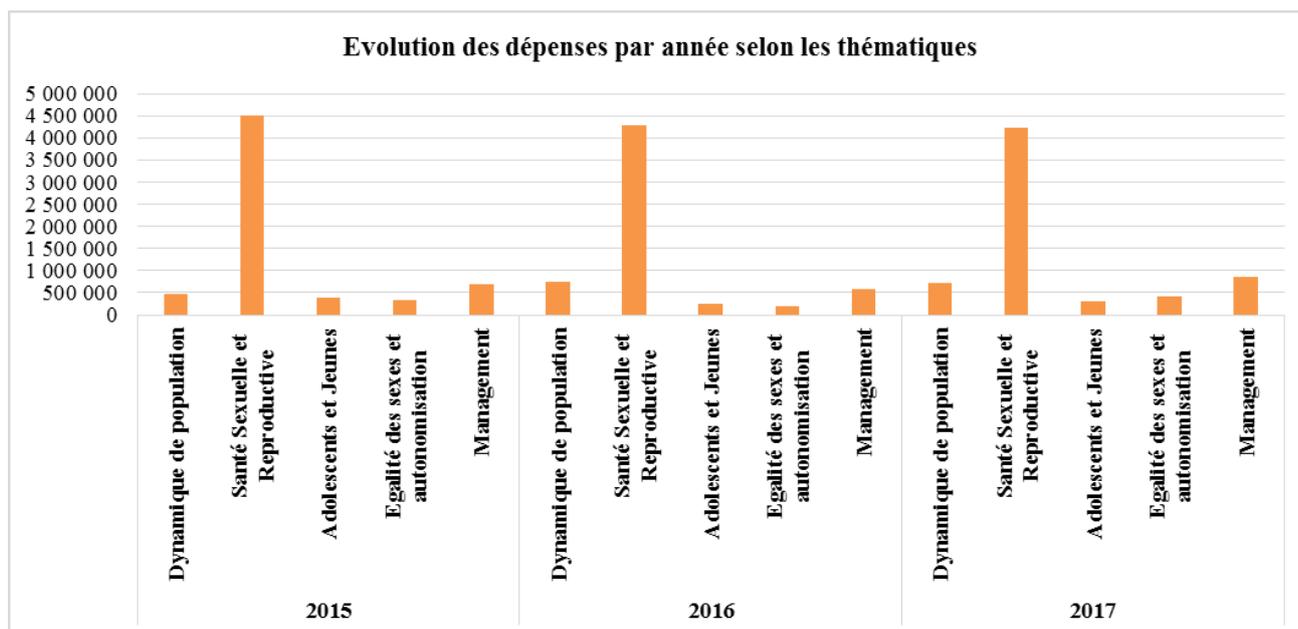


Figure 11: Evolution des dépenses par année selon les thématiques (Millions USD)

L'évolution des dépenses nous fait observer une légère évolution régressive des dépenses de la thématique Santé Sexuelle et Reproductive bien que celle-ci soit la plus importante (4 741 161 \$US en 2015, 4 456 926 \$US en 2016 et 4 542 711 \$US en 2017). L'évolution est la même pour le domaine thématique Adolescents et Jeunes et celui de la Dynamique de population. Par contre, le domaine thématique Egalité des sexes et autonomisation des femmes a évolué de façon ascendante de 332 251 \$US en 2015 à 433 475 \$US en 2017. Les dépenses de 2018 révèlent des bonnes perspectives car à mi-parcours de l'année elle présente un taux d'absorption de 62% pour l'ensemble des thématiques.

Tableau 7: Taux d'absorption des IPs par effet du programme (2015-2017)

Source : Atlas 2018, UNFPA

	2015	2016	2017	Moyenne 2015-17	2018 (Jul 18)
Santé Sexuelle et Reproductive	95%	96%	93%	95%	67%
Adolescents et Jeunes	98%	94%	97%	96%	77%
Egalité des sexes et autonomisation des femmes	96%	91%	97%	95%	48%
Dynamique de population	97%	98%	111% ²⁴	102%	43%
Total	96%	95%	99%	97%	62%

Le tableau ci-dessus nous présente les taux d'absorption des IPs par effet du programme (2015-2017 et Juillet 2018). Le taux d'absorption est en moyenne de 97% entre 2015 à 2017. Il a varié sur toute la période. Cette variation dépendait des années et des décaissements opérés dans l'exécution des activités et est globalement très appréciable. Par conséquent, l'UNFPA affiche d'excellente performance en matière d'absorption financière. Le taux d'absorption des partenaires de mise en œuvre de la composante Dynamique de population (Effet 4) est celui qui présente le plus de performance (102%), avant celui de la composante Adolescents et Jeunes (Effet 2) soit 96%. Le Taux d'absorption est de 62% le premier semestre 2018 avec 43% pour la composante Dynamique de

²⁴ Le taux supérieur à 100% en 2017 provient du fait qu'au moment de la réalisation du Recensement pilote en 2016, le fonds alloué par USAID pour cette activité n'était pas encore disponible et a été pré financé par UNFPA. Au moment du virement du fonds en 2017, le montant correspondant ne pouvait plus être enregistré dans ATLAS alors que les dépenses liées à cette activité ont été reversées et donc comptabilisées pour l'année 2017

population, 67% pour celle de la Santé Sexuelle et Reproductive, 48% pour celle liée à l'Égalité des sexes et autonomisation des femmes et enfin 77% pour la composante Adolescents et Jeunes. Les taux sont très appréciables.

CHAPITRE 4 : CONSTATS : LES REPOSES AUX QUESTIONS D'ÉVALUATION

Pour la clarté du texte, ci-après, les réponses aux questions évaluatives sont présentées de manière détaillée par critère de jugement. Les informations documentaires, les extraits détaillés et les autres méthodes de collecte d'information incluant les entretiens individuels et groupés, les groupes de discussion, les visites de sites et aussi les analyses des constats par critère de jugement au niveau des indicateurs sont présentés dans l'annexe 2 de ce rapport, c'est-à-dire la matrice d'évaluation.

4.1 PERTINENCE DU PROGRAMME

QE1 : Dans quelle mesure les objectifs du 7^{ème} programme pays de l'UNFPA à Madagascar correspondent-ils aux besoins de la population malgache (en particulier ceux des groupes vulnérables), et comment ses besoins ont-ils été alignés pendant toute la période de mise en œuvre du programme avec les priorités nationales et internationales, et les stratégies de l'UNFPA au niveau internationales ?

Résumé de la réponse

Des études préliminaires et données démontrant la prise en compte inclusive des besoins de la population et leur concentration *ont été utilisées lors de la programmation du CPAP.*

D'une manière globale, les résultats de l'ENSOMD réalisés en 2012-2013 (Enquête Nationale de Suivi des OMD) ont été utilisés lors de processus de développement de Programme dans les 3 domaines thématiques dont la Santé de la Reproduction, Jeunes et Adolescents, Égalité de sexe et Lutte contre les violences basées sur le genre, ceci en tenant compte des indicateurs principaux. Par ailleurs, d'autres études thématiques aussi bien quantitatives que qualitatives présentant la situation spécifique de la population ont été également utilisées lors de la programmation. Ce processus a été participatif impliquant toutes les parties prenantes travaillant dans le domaine de la population avec leurs expertises techniques et les connaissances des problèmes de la population.

Par ailleurs, le choix des régions a été basé sur la situation spécifique des régions ainsi que les conditions des régions en situation humanitaire prenant toujours en compte les indicateurs principaux relatifs à la population. Ainsi, la sélection des zones d'interventions de l'UNFPA et de la couverture des interventions des domaines thématiques sont en cohérence avec les besoins identifiés et les priorités nationales.

Le CPAP et les PTA de domaines Santé de la Reproduction, Jeunes et Adolescents, Lutte contre les Violences Basées sur le Genre ont ciblés des groupes vulnérables lors de processus de programmation et mise en œuvre. Parmi ces groupes, on inclut les femmes victimes de violence, les femmes victimes de fistule obstétricale, les femmes et les jeunes dans les zones rurales. Par ailleurs, les femmes sinistrées lors des catastrophes naturelles font parties de bénéficiaires du programme.

Les objectifs et les stratégies des 4 domaines d'intervention du CPAP sont cohérents avec les politiques et stratégies nationales, incluant le PND et les différentes politiques sectorielles, les priorités de l'UNDAF, et le plan stratégique de l'UNFPA 2014-2017 et 2018-2021. Le programme a fait l'objet

de revue à mi-parcours en 2017 et par la suite aligné avec le Plan stratégique 2018-2021 pour contribuer à l'atteinte des résultats transformateurs. Les PTA des 5 produits du programme sont également alignés avec les priorités du plan stratégique de l'UNFPA et l'UNDAF.

L'appui de l'UNFPA à la production, à l'analyse et au traitement des données démographiques et socio-économiques, ainsi qu'au RGPH et autres enquêtes nationales relatives à la population est adapté aux besoins en termes de suivi de la mise en œuvre du PND et de suivi du programme et de l'atteinte des ODD. Cet appui est également cohérent avec la Stratégie Nationale de Développement de la Statistique.

CJ1.1: Le processus de programmation et de planification a pris en compte les besoins des populations malgaches, en particulier des groupes vulnérables

En Santé Sexuelle et Reproductive, le CPAP a fait ressortir les besoins des femmes en âge de procréer à partir de l'analyse des indicateurs en Santé Sexuelle et Reproductive dont la principale source a été l'Enquête sur le suivi des objectifs du millénaire pour le développement (ENSOMD 2012-2013). Ces indicateurs sont relatifs au taux élevé de mortalité maternelle à 478 000 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes, au taux élevé des grossesses d'adolescentes (34%) et au taux élevé d'accouchements à domicile (61%) en zone rurale et enfin un taux de prévalence contraceptive en légère hausse (33% en 2012), sans oublier la mauvaise qualité des soins à cause de l'insuffisance des prestataires de santé qualifiés, en particulier les sages-femmes. Ces besoins des femmes en âge de procréer, y compris en situation humanitaire, sont ensuite prises en compte dans les PTA relatifs à la SSR. Le programme à travers la composante SSR a priorisé les groupes les plus vulnérables et marginalisés en soutenant la politique nationale de gratuité des services de Santé Maternelle et de planification familiale. Cette politique vise à toucher les personnes de toutes les localités même les plus reculées de Madagascar.

L'UNFPA a travaillé avec les institutions publiques et la société civile pour que ces derniers puissent prendre en compte les besoins dans le domaine de la SSR et SRAJ des femmes, des jeunes dans leurs PTA respectifs.

De plus, certaines études ont été aussi considérées lors de la conception du CPAP : il s'agit entre autres de l'Evaluation de la sécurisation des intrants de santé à Madagascar en 2012 ; l'Evaluation de la campagne pour éliminer les fistules obstétricales et recadrage du plan stratégique en 2014 ; le Rapport d'évaluation du système de sécurisation des produits de santé de la reproduction et de la qualité de l'offre des services de planification familiale 2014 ;

Pour le volet Jeunes et Adolescents, L'UNFPA s'est penché spécifiquement aux groupes jeunes et adolescents et surtout les plus vulnérables en se basant sur leurs problèmes spécifiques et leurs besoins en matière de santé sexuelle et reproductive à partir de l'Enquête sur le suivi des objectifs du millénaire pour le développement (ENSOMD 2012-2013). Ainsi, le taux de fécondité des adolescentes a augmenté passant de 148 en 2009 à 163 pour 1 000 en 2012. La fréquence des mariages précoces à Madagascar figure parmi les plus élevées dans le monde. Une fille sur deux est mariée ou est en union avant l'âge de 18 ans et cela malgré la loi relative au mariage selon laquelle le mariage de deux personnes dont l'une n'a pas 18 ans, est illégal. Cette situation est intimement liée aux grossesses précoces qui concernent une fille sur trois à Madagascar. De plus, la grossesse et l'accouchement constituent la cause majeure des décès des adolescentes dans le pays. Sur les 10 femmes qui décèdent par jour suite à un accouchement, 3 sont des adolescentes de moins de 19 ans. Par ailleurs, plus de 17% des filles dans la tranche d'âge de 15-19 ans ont eu leurs premiers rapports sexuels à l'âge de 15 ans. A Madagascar notamment, «163 sur 1 000 grossesses concernent les adolescentes de 15 à 19 ans», selon l'Enquête du suivi de l'objectif du millénaire pour le développement (ENSOMD) réalisée en 2012-2013. Ces besoins des jeunes et adolescents, y compris en situation humanitaire, sont ensuite pris en compte dans les PTA relatifs à la SRAJ.

La situation humanitaire fait partie des priorités du pays et les besoins de la prise en charge des femmes, des jeunes filles, personnes vulnérables, ces urgences humanitaires sont identifiées et pris en compte dans le CPAP. Il a été noté qu'un quart de sa population, soit cinq millions de personnes, vit

dans des zones fortement vulnérables aux cyclones, sécheresses et inondations. La résilience des communautés touchées par les aléas climatiques reste faible à cause de la pauvreté.

En matière d'Egalité des sexes et autonomisation des femmes, les besoins des populations malgaches, en particulier des groupes vulnérables, (les jeunes, les femmes) ont été correctement identifiés et pris en compte lors de la planification à partir de l'analyse situationnelle. Le CPAP a tiré de l'enquête de suivi des OMD de 2012-2013, concluant que 30% des femmes sont victimes d'au moins une violence domestique, les jeunes femmes sont 4 fois plus exposés aux violences sexuelles que leurs aînés, et 35% des auteurs sont des voisins ou des parentés, qui est dû en partie à la tolérance de la VBG dans la société malgache (45,2% des femmes et 46,3% des hommes trouvent normal le fait qu'un conjoint bat sa femme).

En matière de Dynamique de population, les interventions du 7^{ème} Programme Pays sont adaptées aux besoins des populations cibles d'autant plus que l'identification et la planification des réponses à ces besoins ont été faites de façon participative en se basant sur les données statistiques nationales en matière de Dynamique de population. L'analyse situationnelle a également permis de faire ressortir le besoin de réaliser un RGPH qui constitue une source majeure d'informations sur l'état et la dynamique de la population et de ce fait permet de connaître, l'effectif de la population de Madagascar, sa répartition par unité administrative et sa structure selon les caractéristiques démographiques, sociales et économiques.

La sélection des zones d'interventions de l'UNFPA et la couverture des interventions des domaines thématiques dans ces zones sont en cohérence avec les besoins identifiés et les priorités nationales.

La sélection des zones d'interventions de l'UNFPA dans le cadre du 7^{ème} Programme de coopération avec Madagascar a fait l'objet d'une analyse comparative des régions à partir des indicateurs sociodémographiques. L'objectif de cette analyse était d'appuyer un certain nombre de régions afin de contribuer à réduire « l'extrême pauvreté » à travers la lutte contre la mortalité maternelle, l'offre des services de santé de la reproduction, l'offre des services de la Santé Sexuelle et Reproductive des jeunes et des adolescents y compris la lutte contre les IST et VIH/SIDA, la lutte contre les violences basées sur le genre, la fourniture des données désagrégées pour la planification du développement, le suivi et l'évaluation des différents programmes. La démarche a consisté à collecter les différents indicateurs (obtenus essentiellement à partir des rapports de l'enquête nationale de suivi des OMD (ENSOMD) réalisée par l'INSTAT) pour chacune des régions, et classer les régions selon la priorité à leur accorder par rapport à chacun des indicateurs de la pauvreté et enfin, à leur attribuer des pondérations. A la fin, une attention particulière a été portée sur trois régions avec leurs taux de pauvreté c'est-à-dire Atsimo Andrefana (93,1%), Androy (96,7%) et Vavovavy Fitovinany (79,6%). Cependant, les données statistiques des trois régions relatives aux thématiques couvertes par l'UNFPA sont absentes du CPD bien que celles du niveau national sont mentionnées. Hormis cette couverture dans les trois régions, plusieurs interventions des composantes couvrent l'ensemble du pays. Il s'agit du RGPH, des ateliers de renforcement des capacités sur le SNISE, du personnel de l'INSTAT et l'intégration de la dimension Dynamique de population dans les politiques et stratégies de développement dans la composante Dynamique de population. Il en est de même pour les opérations de réparations de fistules obstétricales, les urgences humanitaires, les activités de plaidoyer, les appuis institutionnels, l'appui à l'élaboration des politiques, stratégies et lois.

CJ1.2: Les objectifs et les stratégies des 4 produits sont cohérents avec les politiques et stratégies nationales, les priorités de l'UNDAF, et la politique et le plan stratégique de l'UNFPA. Cela est remarquable dans toutes les composantes.

Les objectifs visés par les 4 composantes sont étroitement liés aux cadres de politique nationaux et internationaux où sont définies les priorités. Au niveau national, ils sont en adéquation, notamment avec: (i) la Politique Générale de l'Etat (PGE 2014) suivant les axes prioritaires comme le «

Renforcement de la gouvernance, de l'état de droit et instauration d'une justice équitable » ; (ii) la Politique Nationale de Développement (PND 2015-2020) dans ses axes 4 et 5.

De façon spécifique, dans la composante SSR, les objectifs et les stratégies sont cohérents avec le Plan de développement du secteur santé (PDSS 2015 – 2019) ; les engagements du pays à l'Initiative Mondiale FP2020, le Plan Stratégique Intégré de Sécurisation des Produits de Santé de la Reproduction /Planification Familiale à Madagascar (2016 – 2020) sur ses différents axes ; le Plan d'Action National Budgétisé PF 2016-2020; le Plan stratégique National pour l'élimination des Fistules Obstétricales à Madagascar. De même les interventions en matière de Jeunes et Adolescents sont alignées à la Politique nationale de la Jeunesse dont l'élaboration a été appuyée par l'UNFPA.

En ce qui concerne la composante Egalité des sexes et autonomisation des femmes, les axes d'interventions sont cohérents avec les documents de politiques et stratégies clés, à savoir : la Politique Nationale de l'Emploi et de la Formation Professionnelle (PNEFP 2015-2019) et la Stratégie Nationale de Lutte contre les Violences Basées sur le Genre 2017-2021. Cette composante prend en compte les engagements régionaux et internationaux de Madagascar en faveur de l'égalité des sexes, en adéquation avec les besoins des femmes, la protection des femmes, des filles et des groupes vulnérables, en l'occurrence la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, les Programmes d'action de la CIPD et de Beijing, les Objectifs du millénaire pour le développement.

Quant à la composante Population et Développement, l'appui du 7^{ème} Programme a été cohérent avec la Stratégie Nationale de Développement de la Statistique de Madagascar 2008-2017 dans ses différents axes et décret portant sur le cadre organisationnel du SNISE puis son Manuel de procédures et d'organisation.

Au niveau international, les 4 composantes s'alignent sur les objectifs de la CIPD, les Objectifs du Développement Durable (ODD), l'UNDAF 2015-2019 et la plate-forme d'action de Pékin. L'approche du secteur de la santé applique à la fois le Plan d'action de Maputo et la Feuille de route pour la santé maternelle et néonatale.

L'UNFPA a ciblé spécifiquement les groupes vulnérables et marginalisés d'une manière priorisée en matière de SSR. Le produit 1 et le produit 2 du CPAP contribuent au Résultat n°1 : « Santé sexuelle et reproductive » du Plan stratégique de l'UNFPA 2014-2017 et à l'Effet 3 de l'UNDAF. Le produit 3 contribue à l'effet UNDAF n°3 et au Résultat n° 2 du Plan stratégique de l'UNFPA. Le produit 4 contribue à l'effet UNDAF n°2 et au Résultat n°3 du Plan stratégique de l'UNFPA.

Le produit 5 contribue à l'effet UNDAF n°1 et au Résultat n°4 du plan stratégique de l'UNFPA.

Le 7^{ème} programme a mis un accent particulier sur le renforcement des capacités nationales dans un souci de pérennisation. Le renforcement des capacités a été aussi planifié comme activité à part entière et relative à chaque composante d'intervention, par exemple, dans les services de santé maternelle, la planification familiale et dans la prise en charge des fistules obstétricales.

En termes de cibles, d'une manière priorisée, les groupes vulnérables et marginalisés sont les survivants hommes ou femmes victimes de VBG, les victimes de fistules obstétricales, les femmes en situation humanitaire et les jeunes et adolescents ruraux.

CJ1.3: L'appui de l'UNFPA à la production, à l'analyse et au traitement des données démographiques et socio-économiques, ainsi qu'au RGPH et autres enquêtes nationales relatives à la population est adapté aux besoins en termes de suivi de la mise en œuvre du PND et de suivi du programme et de l'atteinte des ODD. Les besoins d'alignement du SNISE avec le PND et les ODD ont été identifiés à travers les lacunes du fonctionnement de ce système.

Les stratégies d'appui à la collecte et au traitement des données démographiques et socio-économiques sont cohérentes avec les besoins de suivi du PND et de suivi de l'atteinte des ODD identifiés. Et cela en ressortant les difficultés logistiques d'accès sur le terrain aux populations reculées, la disponibilité

de données fiables et à jour provenant de tous les niveaux administratifs qui sont souvent sans autorité décentralisée.

Au niveau de la cohérence de la collecte et au traitement des données démographiques et socio-économiques, les besoins ont bien été ressortis dans le document de conception des interventions de l'UNFPA afin de mieux calibrer les investissements programmatiques selon le profil régional de la population au travers la nécessité d'organiser un nouveau recensement.

Dans le produit 5, le renforcement des capacités de l'INSTAT dans l'analyse, production et la publication des données est planifié. Cela concerne si bien le personnel que l'institution. En outre, le MEP en tant qu'organe de coordination, et responsable du SNISE et donc de suivi des ODD intègre dans son Plan de travail le renforcement de capacités incluant l'intégration de la dynamique de la population dans la planification.

4.2 EFFICACITE DU PROGRAMME

QE2 : Dans quelle mesure les produits du Plan d'action du Programme Pays ont-ils été atteints et comment ont-ils contribué à l'atteinte des résultats ?

Résumé de la réponse

En matière de santé de la reproduction, l'UNFPA a contribué, à travers le renforcement des plateaux techniques des centres SONU incluant la disponibilité en sages-femmes, à améliorer l'offre de services de santé maternelle particulièrement dans les régions d'intervention. Un total de 150.901 femmes ont accouché dans les formations sanitaires incluant lors des urgences humanitaires et 4355 FVFO ont été réparées pendant le cycle du programme. En ce qui concerne la planification familiale, l'UNFPA a assuré l'achat en contraceptifs, l'adoption et la promulgation de la nouvelle loi sur la SSR/PF en 2018. Les points de prestation en PF ont augmenté et 15 centres modèles PF ont été opérationnalisés. L'UNFPA a appuyé la mise en œuvre du plan stratégique du SPSR.

En matière d'adolescents et jeunes, l'UNFPA a opérationnalisé 22 centres de jeunes et des réseaux des jeunes ; 92 000 jeunes ont été sensibilisés sur la Santé des adolescents. L'UNFPA a appuyé le programme d'éducation sexuelle qui a été mis en œuvre dans deux districts d'expérimentation. Malgré que le résultat prévu ne soit pas atteint, le processus de mise à l'échelle est actuellement en cours et mérite d'être considéré dans le 8ème programme.

En matière d'égalité des sexes et autonomisation des femmes, l'UNFPA a contribué à la disponibilité d'une Version préliminaire du projet de loi sur la lutte contre les VBG et d'un Document de stratégie de plaidoyer pour l'adoption du même projet et de la Stratégie Nationale de lutte contre les VBG. Il a contribué à la mise en place de 3 plateformes régionales de lutte contre les VBG disposant de plans d'action de lutte contre les VBG en période normale et humanitaire se basant sur la Stratégie Nationale de VBG. L'appui de l'UNFPA a été aussi marqué par l'opérationnalisation de 8 centres offrant des services d'écoute et de conseil juridique (CECJ) aux 19914 victimes de VBG. L'on compte 505 victimes de VBG et des femmes victimes, réparées de fistule obstétricale (FVFO) qui ont bénéficié d'une réinsertion socio-économique à travers une AGR adaptée après des sensibilisations sur leurs droits et sur la planification familiale. Toutefois, les plateformes régionales de lutte contre les VBG ne sont pas toutes opérationnelles, aussi bien au niveau central que régional. Plusieurs interventions pour le renforcement de prise en charge des survivantes de VBG ont été faites et les bénéficiaires sont satisfaits des services des 4 CECJ dans les districts.

En matière de population et développement, l'UNFPA a contribué au renforcement du SNISE et des autres systèmes d'information pour la formulation, le S&E des politiques sectorielles. Des efforts ont été entrepris pour renforcer les capacités des structures au niveau central et de trois régions d'intervention de l'UNFPA (Vatovavy Fitovinany, Atsimo Andrefana et Androy) pour l'opérationnalisation du système. Les actions entreprises par l'UNFPA ont permis de rendre le SNISE

opérationnel et cela par la production d'un rapport national et de rapports régionaux. L'UNFPA contribue à l'intégration de la dynamique de population, santé de la reproduction, égalité de genre dans la planification de développement aux niveaux national, sectoriel et régional. Les capacités de 247 personnes qualifiées (sur 250 planifiées jusqu'en 2019, soit 99%) de l'Institut National de la Statistique ont été renforcées. De plus, 49 membres du personnel des services décentralisés ont été formés sur l'intégration population développement, ils disposent ainsi des outils nécessaires pour établir des plans et une politique de développement fondés sur des données factuelles. En sus, plusieurs ateliers de renforcement de capacités des acteurs de développement aux niveaux central et régional ont été organisés en matière de dividende démographique dans l'optique d'effectuer une analyse approfondie de la situation et des stratégies définies dans les politiques sectorielles. Les phases de sensibilisation, de recrutement et de formation se sont déroulées pour la réalisation du RGPH3 entre 2015 à 2017. L'année 2018 a été consacrée à la collecte et remontée des données des périphéries vers le niveau central. L'on note que 22 structures sanitaires contribuent à améliorer l'enregistrement des naissances et des décès en utilisant les fiches d'enregistrement des faits d'état civil tout en fournissant des formations. Cependant, plusieurs défis entravent le bon fonctionnement de l'état civil, notamment des difficultés de collecte des données sur la couverture de l'enregistrement des décès maternels.

4.2.1 Santé Sexuelle et Reproductive

Dans le domaine de la Santé Sexuelle et Reproductive, le 7^{ème} programme de coopération entre l'UNFPA et le Gouvernement prévoyait deux produits :

- Les capacités nationales à fournir des services de santé maternelle de qualité, y compris dans les situations d'urgence humanitaire améliorées ;
- Les capacités nationales à accroître la demande et l'offre de méthodes contraceptives modernes et à améliorer la qualité des services de planification familiale exempts de coercition, de discrimination et de violence renforcées.

Les principaux partenaires de mise en œuvre des produits 1 et produit 2 du CPAP sont : Le Ministère de la Santé Publique, MSM. ; SALFA ; le Central d'Achat SALAMA, ASOS, FISA, Faculté de Médecine ; et indirectement des partenariats ont été établis avec l'association Nationale des Sages-Femmes avec le Ministère de la Santé Publique, la Fédération de la Communauté Royale Traditionnelle de Madagascar, la fondation Médicale d'Ampasimanjeva et l'ONG SISAL.

CJ2.1: Les services de qualité de santé maternelle sont disponibles, accessibles et utilisés au niveau des régions d'intervention

En absence d'étude d'envergure nationale relative à analyse de données sur la population, la santé, comme « l'Enquête Démographique et de Santé », la présente évaluation ne pourra pas apprécier la situation des deux indicateurs dont le ratio de mortalité maternelle et le taux d'accouchement par le personnel qualifié. Par ailleurs, le programme a largement contribué à l'amélioration de la santé maternelle en atteignant les cibles prévues du CPAP dans le domaine de SONUB et réparation de fistule. En effet, 21% des centres de santé de base étaient capables de fournir des soins obstétricaux d'urgence de base tandis que la cible pour l'année 2019 est de 20%. Concernant la réparation de fistule, au total, 4 355 FVFO ont été réparées pendant les quatre années du programme grâce à l'appui de l'UNFPA contre 4 000 prévue en 2018, ce qui résulte l'atteinte des objectifs du produit 1.

Concernant le SONU et la santé maternelle, le programme UNFPA a déjà dépassé la cible prévue par rapport au pourcentage de formations sanitaires offrant le service SONUB avec le chiffre actuel de 21% contre le 20% prévu en 2019. Par ailleurs, l'appui de l'UNFPA a pu contribuer à l'accouchement des

150.901 femmes dans les formations sanitaires au niveau des régions d'intervention depuis le début du cycle du programme.²⁵.

Tableau 8: Accouchements au niveau des Formations Sanitaires dans les 3 régions de concentration (Androy, Atsimo Andrefana, Vatovavy Fitovinany)

Année	Accouchement	Urgence obstétricale	Césarienne
2015	40 218	1 236	522
2016	46 890	1 164	563
2017	47 288	1 676	775
2018 (Juillet)	16 505	609	327
Total	150 901	4 685	2 187

Le bureau pays a appuyé la **réactualisation des documents politiques et stratégiques** en vue d'une amélioration de l'accès et la qualité des services intégrés de SONU tout en prenant en compte la prise en charge des violences basées sur le genre. Il s'agit notamment de : (i) la Politique Nationale de Santé de la Reproduction ; (ii) la Stratégie nationale sur la couverture de santé universelle ;(iii) le Plan opérationnel de la Feuille de Route pour l'Accélération de la Réduction de la Mortalité et de la Morbidité Maternelle à Madagascar, y compris le Plan d'Action pour Chaque Nouveau-Né (2015-2019) ;

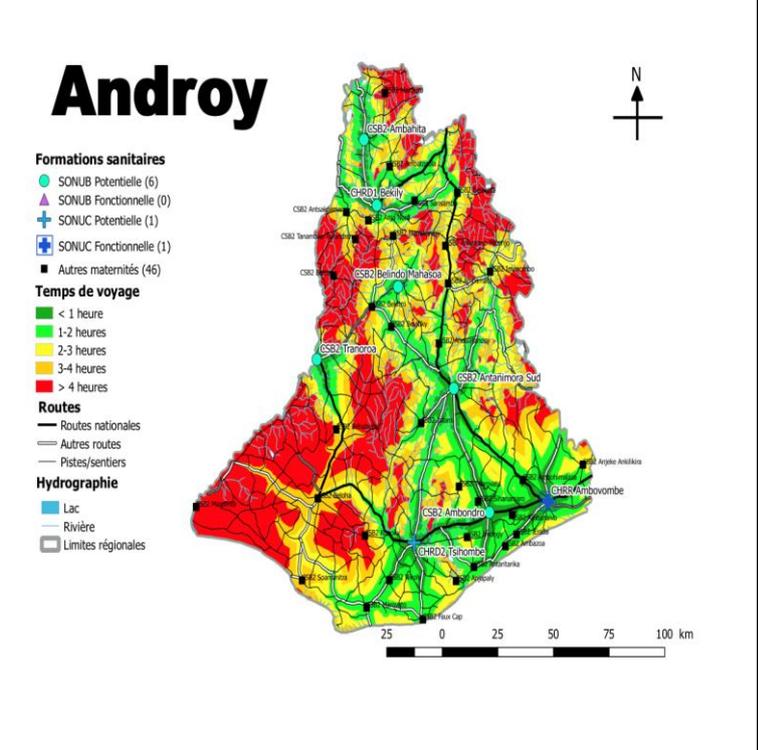
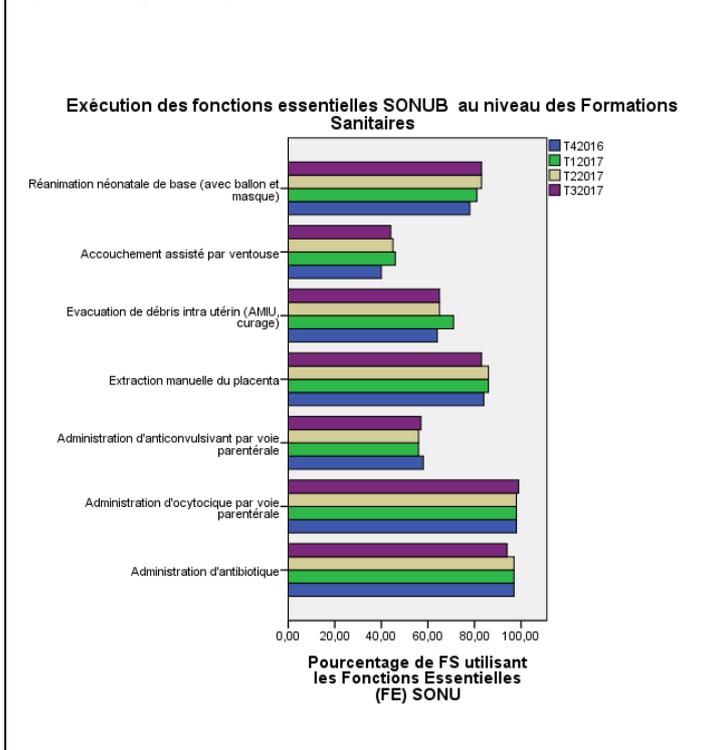
Les activités de monitoring SONU ont été menées durant les années 2016-2017 (cf Figure 12). De même, pour cette année 2018, le développement de réseau des maternités de référence a été mené en collaboration avec les autres agences des Nations Unies dans les 14 régions de Madagascar en utilisant le logiciel ACCES MOD/SIG afin de bien répartir les centres SONU géographiquement basés sur la densité de la population, sur l'accessibilité de la population et sur l'aire d'influence du centre SONU. La figure 13 ci-après montre une carte d'accès à 1, 2, 3 et 4h des maternités du réseau SONU dans l'une des régions du pays (Androy). Par ailleurs, le plateau technique des centres SONU a été renforcé à travers la réhabilitation de 8 CSB et toutes les maternités dans les régions d'intervention ont été dotées en kits d'accouchement en quantité de 105 370 Kits, des intrants pour des opérations césariennes. La fourniture des outils de gestion dont 3 103 CPoN, 3 103 registres de CPN, 10 000 FSSMN, 8 000 carnets de santé de la mère, 134 manuels de plaidoyer sont parmi les activités appuyées par l'UNFPA. En outre, plusieurs blocs opératoires²⁶ ont été réhabilités et équipés par le programme après une évaluation des besoins.

²⁵ (Résultats *monitoring* 2017)

²⁶ Bloc opératoire de l'ATU du CHUGOB de la Maternité de Befelatanana avec dotation en équipement, le couloir de l'ATU du CHU GOB, le Bloc opératoire du CHRR d'Ambovombe Androy avec dotation en matériels, Pavillon du Bloc opératoire du CHR D Mahitsy avec dotation en matériels et équipements.

Figure 12: Exécution de fonctions essentielles SONUB au niveau des Formations Sanitaires

Figure 13: Carte d'accessibilité physiques aux maternités SONU (Androy)



Cinq centres SONU sont ainsi réhabilités et neuf ayant été équipés de kits et équipements. 54 agents de santé ont été aussi formés en SONU et PFPP, 36 formés en SRAJ et 22 formés en VBG avec l'appui de l'UNFPA dans les trois zones d'intervention et des efforts ont été fournis pour améliorer le système de référence contre référence.

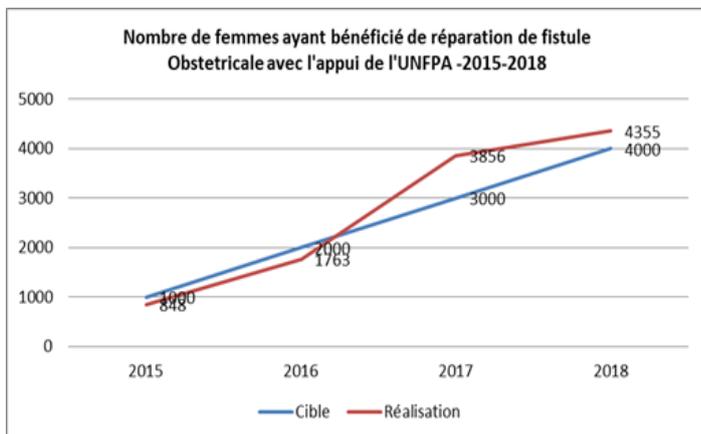
Un district d'une région d'intervention de l'UNFPA a été doté de deux ambulancettes (tuk tuk) pour assurer la référence des femmes enceintes sur le point d'accoucher et des urgences obstétricales vers l'hôpital vers Toliara. L'utilisation optimum de ces matériels de transport reste encore un grand défi avec 21 urgences obstétricales été référées au niveau de formation sanitaires depuis 2016.

S'agissant de système de référence en collaboration avec les matrones, les initiatives avec l'appui de l'UNFPA se sont rapportées sur la signature d'une convention entre le Ministère de la Santé et les matrones. Ainsi, 41 matrones et 50 leaders des communautés royales et traditionnelles ont été orientés sur les signes de danger au cours de la grossesse et de l'accouchement dans les régions Vatovavy Fitovinany et Atsimo Andrefana. Un des résultats constatés c'est la référence 21 agents communautaires matrones (ACM) de 107 femmes enceintes au niveau de 6 CSB, et 2 pendant la période du mois d'Avril au Juin 2018 pour l'accouchement. Un district d'une région d'intervention de l'UNFPA a été dotée de deux ambulancettes (tuk tuk) pour assurer la référence des femmes enceintes sur le point d'accoucher et des urgences obstétricales vers l'hôpital vers Toliara. L'utilisation optimum de ces matériels de transport reste encore un grand défi. En effet, un total de 21 urgences obstétricales été référées au niveau de formation sanitaires depuis 2016.

Dans le domaine de la fistule, l'UNFPA, en collaboration avec d'autres partenaires, y compris la société civile travaillent tous en synergie dans la zone d'intervention. Le programme a beaucoup investi dans la prévention, le traitement et la réinsertion socio-économique des femmes victimes de fistules obstétricales à travers la recherche active des femmes et la prise en charge. Dans ce cadre, 4 355 femmes ont bénéficié de réparation chirurgicale durant les 4 années du programme et 18 chirurgiens et 18 internes qualifiant ont été formés. Ces activités ont eu un impact considérable sur les bénéficiaires car elles ont montré leur satisfaction sur la prise en charge gratuite. Par ailleurs, un début de changement de comportement des

femmes victimes est constaté car ces dernières ne se cachent plus pour être guéries de cette maladie et arrivent directement au niveau des hôpitaux²⁷ suite aux sensibilisations. Un approvisionnement en intrants médicaux des centres de santé pour la réparation de 800 cas de Femmes Victimes de Fistules Obstétricales (FVFO) a également été enregistré.

Figure 14: Evolution du nombre de patientes souffrant de fistule bénéficiant de réparation



S’agissant de la **qualité des interventions chirurgicales de fistules**, les chirurgiens ont souligné que beaucoup de femmes reviennent pour des rechutes. A titre d’exemple, dans l’hôpital d’Ampasimanjeva, selon le médecin chef, pour l’année 2017, sur les 121 femmes opérées de fistules obstétricales, 46 ont eu des rechutes et sont revenues pour des réparations soit un pourcentage de 38% le nombre varie de 2 à 8 fois pour des réparations après rechute. Plusieurs raisons

peuvent être à l’origine de ces faits : (i) les femmes réparées une fois de retour à leur domicile n’ont pas suivi les précautions hygiéniques conseillées à la sortie de l’hôpital, la prévention de la PF n’a pas été aussi suivie pour avoir une grossesse qu’après deux ans ; (ii) la malnutrition car en général, les FVFO sont de petite taille et ont un poids inférieur à la normale (ii) la qualité de l’opération n’est pas adéquate surtout lors des campagnes où le nombre est élevé.

L’UNFPA a amélioré la pratique de base des sages-femmes en appuyant la formation de 60 sages-femmes stagiaires en pratique maïeutique. Par ailleurs, le bureau pays a recruté 35 sages-femmes dans les centres hospitaliers de référence et dans les centres de santé de base des trois régions d’intervention du programme, lesquelles ont pu effectuer 2 936 accouchements réalisés dans leurs lieux d’affectation. Toujours dans ce domaine, le curriculum pour la formation initiale des sages-femmes a été mise à jour et renforcé sur la base d’ICM/WHO standard. Ce curriculum est actuellement appliqué dans 3 facultés de médecine du pays. Les 6 IFIRPs et la faculté de médecine en ont été dotés d’équipements médicaux et de matériels didactiques ; 44 sages-femmes de l’ANSFM et ONSFM des 3 régions d’intervention formées en leadership/plaidoyer/ communication, 41 sages-femmes des CSB2 de Tuléar ont été remises à niveau sur la prise en charge des complications en salle de naissance, 8 médecins et 9 sages-femmes bénéficiant de formation des formateurs en SONU à travers les modules e-learning ; 28 encadreurs maïeutiques ont reçu une formation en Enseignement Basé sur les Compétences (EBC) par des experts internationaux en collaboration avec l’ICM sur la pratique des sages-femmes avant la prise de services.

Afin d’améliorer la performance des sages-femmes sortantes nouvellement recrutées dans les CSB SONUB dans les zones d’intervention de l’UNFPA, les sages – femmes enseignants ont assuré « **le mentorat**»²⁸ des sages-femmes nouvellement affectées.

Par ailleurs, les capacités de 75 médecins et sages-femmes enseignants ont été renforcés en SONUB, en méthodes de formation au niveau de ces 3 facultés, ceci en partenariat avec USAID/MCSP.

²⁷ Cas de quatre jeunes femmes au CHRD de Mananjary qui viennent d’être opérées lors de la visite sur terrain.

²⁸ Le mentorat désigne une relation interpersonnelle de soutien, d’échanges et d’apprentissage, dans laquelle le mentor investit son expérience acquise et son expertise afin de favoriser le développement des sages-femmes nouvellement recrutées qui ont des compétences à acquérir et des objectifs professionnels à atteindre.

Le Répertoire Nationale de registre des sages-femmes a été mis à jour en vue de la disponibilité, le déploiement et la rétention des sages-femmes. L'ordre des sages-femmes a été appuyé dans le recensement et la recherche des sages-femmes ; le curriculum de formation de sage-Femme sur cursus maïeutique est disponible. Le programme a aussi équipé le Laboratoire de compétences de l'IFIRP, la Faculté de Médecine et sites de stages d'Antananarivo et le laboratoire de PF/CPN/CPoN de la Maternité de Befelatanana.

Les facteurs externes qui entravent l'amélioration de la pratique de sage-femme sont surtout l'existence des certaines écoles privées des sages-femmes ne disposant pas d'accréditation, ni n'utilisant pas totalement le curriculum WHO/ICM et qui entraîne la faible performance des étudiantes sortantes et pourraient entraîner une mauvaise qualité des services en matière de la santé maternelle. Il s'avère ainsi important le recadrage et la participation du secteur privé dans la prochaine programmation tout en assurant la bonne coordination.

S'agissant de surveillance des décès maternels et réponse (SDMR), les progrès sont faibles. En effet, en ce qui concerne la coordination, le comité national de surveillance de décès maternels et de riposte (SDMR) est confiné dans le secteur santé et malgré sa redynamisation, l'effectivité des revues des décès maternels réalisés jusqu'à la transmission des fiches au niveau central restent encore un défi. Le programme a appuyé la fourniture de 399 guides de prestataires pour la conduite des revues de décès maternels et la formation des responsables régionaux et districts en santé de la reproduction des 8 régions incluant ceux des 3 régions d'intervention. Les résultats du Monitoring des 4 trimestres²⁹ ont révélé que parmi les 154 décès maternels enregistrés, 50 décès (32,5%) ont fait l'objet d'une revue et 52 fiches de revue (33,7%) ont été transmises au niveau central. Il en résulte que la cause de décès est surtout l'hémorragie. Dans les trois régions appuyées par l'UNFPA, la situation de la SDMR est illustrée dans le tableau ci-contre. A Androy et Atsimo Andrefana, on a constaté que plus de 80%³⁰ de décès maternels enregistrés ont fait l'objet de revue contre seulement 4%³¹ au niveau de la Région Vatovavy Fitovinany.

Tableau 9: Situation de SDMR dans les trois régions de concentration

Région	DM enregistrées	Revue	Pourcentage
Androy	4	4	100%
Vatovavy	10	8	80%
Atsimo Andrefana	45	2	4%
Total	59	14	23.7%

La stratégie de CCC sur la SR est disponible : l'UNFPA a appuyé à l'élaboration de supports de communication en SR et à l'organisation des journées internationales et événements nationaux. Par ailleurs, 5.000 affiches et 5.000 brochures sur les 7 signes de danger pendant la grossesse; 4.000 affiches sur les symptômes et les hôpitaux de prise en charge de la Fistule Obstétricale (FO) réalisés; 1 spot de sensibilisation sur la FO réalisé – 20 diffusions TV et 40 diffusions radio; 3.000 dépliants sur les comportements à adopter après la réparation de la FO ont été conçus et imprimés; 3 théâtres radiophoniques de 7 épisodes sur la PF ont été réalisés et diffusés dans les régions d'interventions ; 2 spots sur la planification familiale ciblant les familles et les jeunes ont été réalisés; 10.000 brochures sur les méthodes complètes de contraceptifs modernes réimprimées et distribués ;

Le 7^{ème} programme a apporté son appui à la réalisation **des activités de plaidoyer et de mobilisation sociale** à travers l'organisation des journées : (i) les journées internationales et événements nationaux pour la promotion de la SR, de la PF, de la lutte contre les FO; la Journée du 8 Mars; (iii) la Semaine de la

²⁹ (4^{ème} 2016, 1^{er}, 2^{ème} et 3^{ème} trimestre 2017)

³⁰ Androy : 4 revues effectuées/4 Décès maternels enregistrés dans les FS, 4 revues de décès maternels effectués dans les FS ; Région Atsimo Andrefana : 08 revue effectuées/10 Décès maternels enregistrés dans les FS

³¹ Vatovavy Fitovinany : 2 revues de décès maternels effectués/ 45 décès maternels enregistrés

CARMMA; (iv) la journée mondiale des sages – femmes; (v) la journée internationale pour l'élimination de la fistule obstétricale.

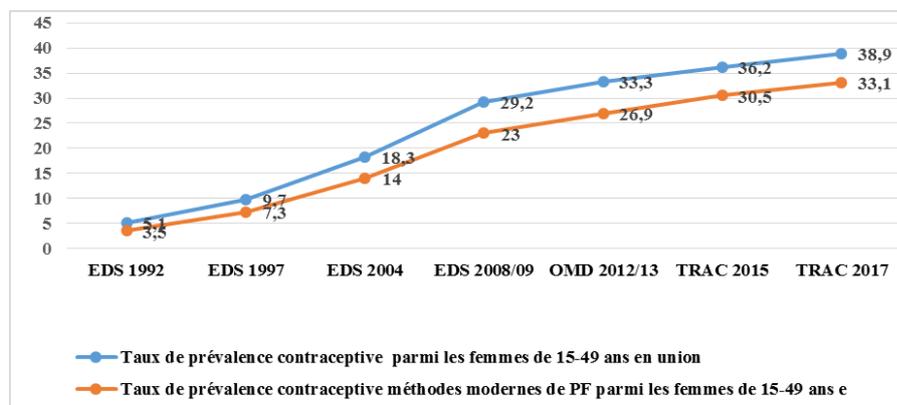
Concernant le suivi des actions, l'analyse effectuée par l'équipe d'évaluateurs a pu ressortir que le suivi de proximité des interventions permettant d'avoir un changement qualitatif des interventions de l'UNFPA est défaillant et l'insuffisance des structures de structures de référence est constatée.

CJ2.2 Les services de qualité de planification familiale sont disponibles, accessibles et utilisés au niveau des régions d'intervention : Les objectifs prévus pour le produit 2 du programme sont généralement atteints. En effet, le taux de prévalence contraceptive parmi les femmes en union (TPC) passe de 29% à 39% dont 39% est l'objectif du programme à atteindre en 2019. Concernant les produits du programme, le pourcentage de points de prestation de services sans rupture de stock de contraceptifs au cours des trois derniers mois est à 95% si la prévision était à 90% en 2018. Le pourcentage de points de prestation de services offrant au moins 5 méthodes contraceptives est à 90% Alors que les prévisions étaient à 71% en 2018.

L'appui de l'UNFPA relatif à la planification familiale et la SPSR se tourne dans le Produit 2 du CPAP : Les capacités nationales à accroître la demande et l'offre de méthodes contraceptives modernes et à améliorer la qualité des services de planification familiale exempt de coercition, de discrimination et de violence renforcées.

L'UNFPA a été et demeure le **principal promoteur de la planification familiale** à Madagascar. Son appui et sa contribution ont porté ses fruits si on analyse les objectifs du programme et le graphique ci-dessous. Le TPC est actuellement égal à 39% Alors que l'objectif de l'effet du CPAP est de 38% en 2019. Toutefois, avec cette tendance, le pays risque de ne pas atteindre l'objectif d'un TPC égal à 50% qu'il s'est fixé dans le cadre de l'engagement PF 2020. A cet effet, l'augmentation devrait être de 2 points par an.

Figure 15: Evolution du taux de prévalence contraceptive moderne (source : TRAC PF 2017)



Concernant la couverture contraceptive³², le tableau ci-après montre une évolution progressive

Tableau 10: Evolution de la couverture contraceptive

Année	Nombre d'UR de méthodes PF modernes	Taux de couverture contraceptive en % (TCC)
2015	1 547 864	27,6
2016	1 662 030	29,25
2017	1 835 336	32,3
2018 (août 2018)	1 954 511	31,9

Source : données GESIS du Ministère de la Santé

³² Le taux de couverture contraceptive se calcule en divisant le nombre de femmes utilisatrices régulières de produits contraceptifs par le nombre de femmes en âge de procréer. Les données sont collectées auprès des formations sanitaires et Tiré du GESIS du Ministère de la santé

Dans les régions d'intervention du programme, le **TCC a augmenté de 2015 à 2017**, En effet, dans les deux régions, le taux a presque doublé, passant de 7,8% à 14,61% pour Androy ; et de 17,4% à 31,4% pour Atsimo Andrefana. Par contre, le taux est passé de 28,9% à 31,3% pour Vatovavy Fitovinany avec une évolution plutôt faible³³.

L'analyse des **besoins non satisfaits** permet également d'analyser la contribution de l'UNFPA. Actuellement, moins de deux femmes sur dix (16 %) ont des besoins non satisfaits en matière de contraception alors qu'il était de 19% en 2012. On note un écart non négligeable entre la proportion de femmes ayant des besoins pour espacer et la proportion de celles qui ont des besoins pour limiter leur descendance (9 % contre 7 %). Les besoins non satisfaits en matière de contraception sont les plus élevés chez les femmes de 45-49 ans (24 %), et ces besoins étant orientés vers la limitation de naissance (21%). En ce qui concerne les besoins non satisfaits pour espacer les naissances, force est de constater que les femmes les plus jeunes (15-19 ans et 20-24 ans) enregistrent les proportions les plus élevées (respectivement, 11 % et 14 %). Les besoins sont orientés davantage vers l'espacement des naissances.

Evolution des indicateurs de Produit 2 du programme

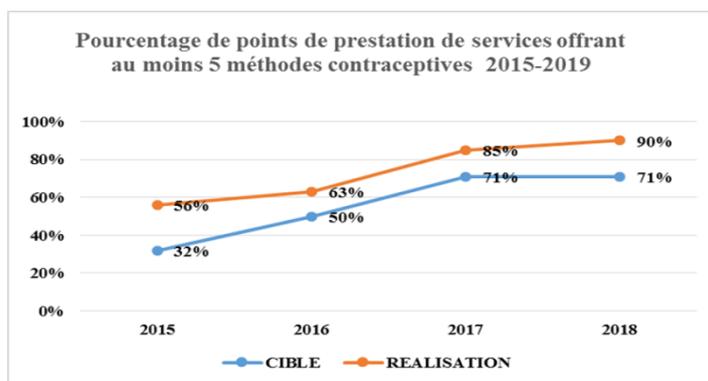
Tableau 11: Pourcentage de points de prestation de services sans rupture de stock de contraceptifs au cours des trois derniers mois

Source : Matrice suivi évaluation du CPAP

Indicateur 1 : Pourcentage de points de prestation de services sans rupture de stock de contraceptifs au cours des trois derniers mois			
Année	2015	2016	2017
CIBLE	94,60%	95%	95%
REALISATION	94,90%	94,90%	94%

Indicateur 2 du Produit 2

Figure 16: Pourcentage de points de prestation de services offrant au moins 5 méthodes contraceptives 2015-2019



Le tableau et le graphique ci-dessus montrent l'évolution positive de deux indicateurs par rapport à la disponibilité des produits contraceptifs et l'offre de service.

Pour l'indicateur 1, les réalisations avec l'appui de l'UNFPA seront plus développées dans le point **concernant l'opérationnalisation du système SPSR**.

Pour l'indicateur 2, « **Pourcentage de points de prestation de services offrant au moins 5 méthodes contraceptives** » même la situation 2018 est de l'ordre de 90% avec une prévision est à 71%.

Dans ce cadre, l'appui de l'UNFPA réside sur le **renforcement des capacités en PF**, qui consistait à la réalisation des formations/remise à niveau à l'intention de (i) 224 agents de santé de trois régions de concentration³⁴ incluant ceux des centres modèles PF en PFI incluant l'approche jeune, l'approche droits et les méthodes de longue durée; ces activités ont été effectuées en collaboration avec d'autres partenaires financiers après une réactualisation du curriculum de formation en PFI et la dotation en intrants PF, (ii) 180 étudiants sages-femmes et médecins formés en PF, (iii) 40 AC formés en PF4 au niveau des 4 communes d'intervention de FISA (région Androy), et (iv) 20 AS des CSB Stars MSM dans la région Atsimo Andrefana formés en Méthode de Longue Durée.

Par ailleurs, **15 centres modèles PF**³⁵ ont été mis en place et opérationnels dans les 3 régions d'intervention et dans la région Analamanga en collaboration avec le Ministère de la Santé et les ONG

³³ Source : données rapports annuels UNFPA

³⁴ Atsimo Andrefana, Vatovavy Fitovinany et Androy

³⁵ 15 centres modèles dont 04 situent dans la Région Analamanga, 05 dans la région Atsimo Andrefana, 04 dans la Région Vatovavy Fitovinany et 02 dans la région Androy

comme la FISA. Ainsi le Ministère de la Santé est appuyé à travers la réhabilitation, la dotation en mobiliers de bureaux, équipements et matériels audio-visuels. Les centres modèles PF³⁶ servent également de centres de stages pratiques pour la formation en PF.

Par ailleurs, le programme a contribué à l'amélioration de l'accès des populations vulnérables et des zones enclavées et éloignées des 3 régions d'intervention à l'offre de services PF/IST/VIH grâce à des stratégies de proximité en partenariat avec la FISA et MSM. Dans ce sens, des prestations de services de PF ciblant les populations vulnérables d'Analamanga ont été réalisées à travers les bus mobiles en collaboration avec MSM. Des stratégies avancées en outreach ont été réalisées dans les zones enclavées et éloignées des 3 régions d'Atsimo Andrefana, Androy et Vatovavy Fitovinany par les équipes de MSM et FISA.

Le programme a contribué à l'accroissement de la demande en PF en apportant son appui à la célébration annuelle de la campagne PF en 2015 avec des sensibilisations sur la prévention des grossesses précoces et non désirées.

UNFPA a apporté son appui pour la disponibilité des documents stratégiques et opérationnel ainsi que la mise en place et l'opérationnalisation d'un système SPSR dans le pays.

Par ailleurs, **un comité national de coordination en PF** impliquant toutes les parties prenantes est opérationnel et se réunit régulièrement une fois par mois. Ce comité discute régulièrement de l'évolution de la mise en œuvre des activités du plan d'action national budgétisé (PANB) PF incluant la SPSR. Le sous-comité logistique chargé de la quantification des besoins et de la surveillance des stocks en produits contraceptifs est également fonctionnel. Les membres sont composés de tous les acteurs en PF et une réunion de ce sous-comité logistique en PF est organisée chaque mois. Par ailleurs, le Comité de Gestion Logistique (CGL) des intrants de santé chargé de la mobilisation des ressources et du plaidoyer en matière de SPSR ainsi que l'Unité Technique de gestion logistique (UTGL) des intrants de santé sont fonctionnels et assurent la coordination de la quantification des produits au sein des partenaires. Le CGL et l'UTGL ont appuyé le plaidoyer pour l'introduction de nouvelles marques de contraceptifs tels que le Sayana Press et Implanon NXT ainsi que la recherche action relative à l'introduction de l'Implanon NXT dans les districts pilotes de Moramanga et d'Antsirabe II.

D'autre part, **le programme approuve la gamme complète des contraceptifs** pour le secteur public et les ONG FISA, SALFA et MSM. Une ligne budgétaire d'un montant égal à 100 millions d'ariary pour l'achat des produits contraceptifs a été ouverte en 2006 par l'Etat. Ce montant a diminué pendant la crise politique en 2009 ; et en 2017, il n'a augmenté que de 1%, alors que l'Etat s'était engagé à une augmentation d'au moins 5% par an.

Suite aux activités de plaidoyer menées auprès du Ministère des Finances et du Budget et du Ministère de la Santé Publique par UNFPA et les autres partenaires, le Ministère de la Santé Publique s'est engagé à partir de 2018, à augmenter de 100% par an pendant 5 ans, le budget alloué à l'achat des produits contraceptifs.

Malgré l'engagement pris par l'Etat, l'accroissement du budget alloué par le gouvernement à l'acquisition, au stockage et à la distribution des produits contraceptifs est encore faible. Le comité national PF est fonctionnel et devrait assurer le suivi pour l'application des engagements pris et continuer les activités de plaidoyer pour accroître ce budget alloué.

Les résultats des stratégies avancées en outreach réalisées dans les zones enclavées et éloignées des 3 régions d'Atsimo Andrefana, Androy et Vatovavy Fitovinany par les équipes de MSM et FISA sont palpables et révèlent du partenariat avec l'ONG FISA, 3150 cas d'IST au sein des groupes vulnérables à haut risque à Atsimo Andrefana ont été traités et 3500 MLD pour la population les plus pauvres à Antananarivo insérées; 9 prestations mobiles en services intégrés en SSR sont réalisées et 4 960/6 000 clients dont 56% Jeunes et 44% d'adultes ont bénéficié des services de la FISA.

En partenariat avec l'ONG MSM, 8 499 services SR/PF ont été offerts dont 4 066 clients de méthodes PF de longue durée et permanente à travers les équipes mobiles de MSM dans 270 sites; 18 Districts, 4 Régions ; 25 853 clients ont été servis par les 47 CSB Stars dont 2 090 pour des méthodes de longue durée dans les 3 régions d'Atsimo d'Andrefana, de Vatovavy Fitovinany et de SAVA; 1 976 services

³⁶ Un centre modèle PF est une structure qui fait l'objet d'appui spécifique - technique et financier afin qu'il puisse refléter les meilleures pratiques en PF et obéir aux normes de qualité en matière de service intégrés, en termes d'infrastructures d'accueil, de ressources humaines et matérielles, de gamme de produits contraceptifs et d'intégration des services PF/VIH/SMI/SRA avec focus sur les adolescents et les jeunes.

SR/PF dont 1 518 clients bénéficiaires de méthodes de longue durée et permanente ont été offerts à travers les 2 bus mobiles dans les quartiers pauvres d'Antananarivo. 47 CSB Stars du secteur public ont été appuyés par l'UNFPA dans le cadre du projet jeune mère pour améliorer l'utilisation et la qualité des services en SR/PF.

Avec l'appui de l'UNFPA, la nouvelle loi PF fixant les règles régissant la SR/PF **est actuellement adoptée.** A cet effet, le comité de la loi PF sous la direction du Ministère de la Santé a été mise en place avec l'appui de l'UNFPA et des actions de plaidoyer ont été conduites à travers l'organisation de deux tables rondes sur l'importance du dividende démographique et le rôle révolutionnaire de la PF. Ce plaidoyer a été mené respectivement avec l'association des femmes parlementaires sous le leadership du Président du Sénat et avec le Gouvernement sous le leadership du Premier Ministre. Pour pallier à l'ajournement du vote du projet de loi au niveau du Sénat, UNFPA a appuyé l'organisation d'un dîner avec les parlementaires pour débattre du sujet et du rôle crucial de la planification familiale pour le développement socio-économique du pays.

Le 12 et 13 décembre 2017, la loi a été adoptée au niveau du Sénat et de l'Assemblée Nationale après amendement et retrait des articles 22 et 23 sur l'avortement thérapeutique. En son article 21, dans l'optique de protéger, respecter et réaliser le droit de toute personne sans aucune discrimination ni coercition, à la pratique de la PF, la nouvelle loi stipule l'accès libre des adolescents sexuellement actifs mariés ou non aux conseils et offre de service de planification familiale. La loi n°2017-043 a été promulguée par le Président de la République le 25 janvier 2018.

L'UNFPA et les autres partenaires ont appuyé le Ministère de la Santé pour l'élaboration du texte d'application de la loi, actuellement en attente de validation en conseil du Gouvernement et en Conseil des Ministres, ainsi que l'élaboration du plan d'opérationnalisation de la loi SR/PF.

L'UNFPA a apporté également son appui dans la conduite de plaidoyer lors de la journée de réflexion des leaders traditionnels et du groupe d'influence sur la SR/PF suivi de la dissémination de la nouvelle loi auprès des responsables des collectivités territoriales décentralisées, des journalistes, des prestataires et des jeunes d'Ambovombe Androy pour la création d'un environnement normatif et organisationnel favorable à l'accès de tous et en particulier des adolescents et des jeunes aux informations et services de PF basés sur les droits.

L'UNFPA avec le groupe H6+ continue de conduire des activités de plaidoyer auprès du Ministère de la Santé pour la légalisation de l'avortement thérapeutique dans le cadre de la réduction de la mortalité maternelle.

Niveau d'opérationnalisation du système SPSR

Concernant l'opérationnalisation du système SPSR, avec l'appui de l'UNFPA, **le Plan Stratégique Intégré de PF et de SPSR 2016-2020 est disponible** et en cours d'être mis en œuvre dans l'optique du renforcement du partenariat multisectoriel, public et privé. Le plan a servi de base pour l'élaboration du Plan d'Action National Budgétisé (PANB) PF 2016-2020 relatif aux engagements de Madagascar à la FP 2020. Dans ce cadre, des réunions d'information et de sensibilisation des PTF, ONG internationales, des ONG locales et des élus des 22 régions, du secteur privé et des ministères sectoriels (MJS, MEN, MPPSPF, MJ, MC et MFB), sur le Plan Stratégique Intégré en PF et SPSR et les engagements de Madagascar à la FP 2020 ont été réalisées.

L'UNFPA s'est beaucoup investie dans le cadre du renforcement de capacités de la gestion logistique des produits de SR. **Le logiciel CHANNEL**, un outil électronique en gestion d'information logistique, a été promulgué par UNFPA pour améliorer le système de collecte des données logistiques et constitue actuellement l'outil national de gestion d'information logistique pour tous les produits de santé à Madagascar. La nouvelle version du logiciel CHANNEL (Malagasy Channel) a été lancée vers fin 2014 et sa mise en œuvre a été étendue à 15 régions en 2015 contre 07 régions en 2014. Dans ce sens, 392 agents de santé, gestionnaires logistiques et décideurs du niveau central et de 7 régions³⁷ sont formés en nouvelle version de CHANNEL et 136 agents de santé dont 20 gestionnaires logisticiens et 19 pharmaciens ont été formés sur l'utilisation de la nouvelle version de CHANNEL.

Le processus d'intégration de la gestion des intrants de santé à SALAMA (stockage et distribution) a été amélioré par (i) la révision et l'harmonisation nécessaires des niveaux de stock maximum et minimal pour

³⁷ Sava, Diana, Menabe, Melaky, Haute Matsiatra Ihorombe, Alaotra Mangoro

tous les médicaments de santé de la reproduction et (ii) la mise en place du comité logistique qui réunit chaque mois, tous les techniciens du niveau central impliqués dans la gestion des produits SR.

Un système de suivi/monitorage et de supervision formative intégré a été mis en place dans les plans régionaux annuels de développement sanitaire.

165 prestataires PF sont formés en Gestion des Approvisionnements et Stock (GAS) et des produits PF au niveau de 5 SDSP³⁸ pour la sécurisation; 22 responsables régionaux et 38 responsables de 19 districts formés sur la chaîne d'approvisionnement; 2 techniciens en logistique SR/PF ont participé sur le partage d'expériences en matière de chaîne d'approvisionnement; 19 gestionnaires formés en gestion logistique; UNFPA a appuyé à la formation du personnel de la centrale d'achat SALAMA sur le système d'information et de gestion logistique (SIGL) et le renforcement des capacités en quantification des besoins en produits de SR.

L'approvisionnement au niveau national en contraceptifs a été assuré par l'UNFPA avec l'appui de SALAMA pour acheminer les produits du niveau central vers les districts sanitaires. UNFPA a contribué à **l'approvisionnement de la gamme complète des contraceptifs au pays** a également assuré la dotation en kits PF de 323 nouveaux sites PF (publics et SALFA), a appuyé la reproduction des supports de gestion en PF, et a contribué à l'ouverture de 128 sites MLD. Vingt fonctionnaires du Ministère de la Santé ont été formés sur le logiciel Impact 2 qui vise à recueillir des données sur la PF et à fournir aux décideurs une indication sur les impacts des activités de PF menées et sur la planification des interventions à mettre en œuvre.

Un plan national budgétisé en matière d'approvisionnement des produits SR est disponible. Des ateliers de quantification des besoins en produits SR ont été aussi organisés sous financement du programme. Des manuels sur la quantification des besoins en intrants de santé et la gestion des intrants de santé destinés aux agents de santé à différents niveaux ont été améliorés et multipliés en 200 exemplaires. De plus, les capacités de stockage en produits SR/PF ont aussi été renforcées à tous les niveaux. Par ailleurs, les cadres du Ministère ont assisté à des ateliers internationaux sur la substitution aux produits génériques à Addis-Ababa, à l'atelier des points focaux du logiciel CHANNEL à Ouagadougou en 2015 et à l'atelier sur la maturité de la chaîne d'approvisionnement à Nairobi en 2018.

En matière de coordination, suivi et évaluation, des activités de supervisions ont été effectuées conjointement au niveau des régions. Par ailleurs, le logiciel de base de données à la Direction de la Santé Familiale (DSFa) a été réactualisé pour mieux intégrer les volets SONU, Fistule, et les formations. Cependant, la réactualisation régulière de données et l'utilisation de données pour la prise de décision restent encore un défi. Des réunions H4 et le GTTL se tiennent régulièrement.

Concernant les évaluations, l'évaluation de l'introduction de l'implanon NXT dans les districts pilotes (Moramanga et Antsirabe II) a été réalisée et les recommandations ont été utilisées dans les planifications. UNFPA a appuyé la mise à disposition des outils de collecte et de gestion des informations en PF à travers la réactualisation et la reproduction des fiches individuelles de consultation PF, des registres, des bons de commande et bons de livraison des produits SR.

Les points forts de la réalisation du programme sont i) la pérennisation de la réunion de coordination nationale ; ii) la contribution financière des partenaires en complément de celle de l'Etat dans l'achat des produits SR par rapport aux besoins nationaux ; iii) l'existence d'un système national d'approvisionnement ; iv) l'intégration des produits de santé des programmes verticaux dont les produits contraceptifs et les produits de santé maternelle dans le circuit SALAMA. Toutefois, il est à remarquer que le système de distribution n'assure pas le transport des produits de santé de la reproduction de la centrale d'achat SALAMA jusqu'au niveau CSB. Il n'y a pas de moyen de transport au niveau du district sanitaire pour assurer le transport des produits vers les centres de santé en cas de menace de rupture et ceci constitue encore un grand défi à relever.

³⁸ SDSP Vohipeno, Manakara, Mananjary, Ifanadiana, Maroantsetra

CJ2.3 : Les services de qualité de santé de la reproduction et de lutte contre les violences disponibles pour répondre aux besoins en situation humanitaire et tenant compte des besoins des jeunes

Dans le domaine de réponse humanitaire, le bureau pays a renforcé les capacités du pays dans l'intégration de la santé de la reproduction et de la lutte contre les violences en situation humanitaire. A cet effet, le plan de contingence a été mis à jour annuellement comme prévu dans le CPAP intégrant la santé de la reproduction et lutte contre les violences.

Grâce à l'utilisation du DMU, 984 femmes enceintes avec des complications obstétricales et leurs nouveau-nés ont pu être sauvés grâce à des opérations césariennes et des soins post opératoires ; 296 complications obstétricales ont été prises en charge gratuitement ; 17099 femmes enceintes ont pu bénéficier d'accouchements sécurisés. Parmi les services complets de santé sexuelle et reproductive, l'utilisation du planning familial a pris la relève pour le renforcement de la résilience de ces femmes dans la période post-natale.

Dans le cadre des urgences humanitaires, 32 225 kits dignités ont été livrés aux femmes enceintes dans le Sud pendant la grande famine. Suite à des incendies dans deux districts ; 162 583 boîtes de MISOPROSTOL, 756 flacons de CHLORHEXIDINE, des tests de dépistage IST/VIH ont été également livrés à des formations sanitaires. 3 CSB ont été dotés en kits d'accouchement médicalisé, un hôpital a été doté en kits laparo-césarienne. Des sites d'hébergement de la capitale, de la région d'Androy et de 2 districts de la région d'Alaotra Mangoro ont reçu des kits de dignité, des couvertures et des kits individuels d'accouchement hygiénique. Une dizaine de formations sanitaires de la capitale ont été aussi livrées en kits de prise en charge médical des viols. Le renforcement des mesures d'accompagnement de l'utilisation du Misoprostol a été effectué et un draft de stratégie est disponible. 149 responsables de régions et districts au niveau des services déconcentrés couvrant 80 districts sanitaires répartis sur 15 régions les plus vulnérables aux chocs climatiques ont procédé à l'analyse de la situation humanitaire et de la vulnérabilité au niveau des régions et districts par rapport aux prévisions SARCOF et météo MADA et la réalité vécue liée aux impacts de « el NINO ».

S'agissant du domaine de lutte contre les VBG, des sous-cluster pour la lutte contre les VBG au niveau national et régional ont été mis en place. Les sous clusters VBG ont été activés dans les régions de SAVA, Atsimo Andrefana, Androy ainsi qu'au niveau national. A SAVA et Atsimo Andrefana, à Ambovombe, le renforcement des capacités dans la collecte des données sur les VBG grâce à l'appui de 02 data manager basés respectivement à Ambovombe et à Antalaha, la constitution d'une base de données électroniques, avec des outils de gestion, pour la compilation des données collectées par les relais communautaires ont été réalisés. 30 institutions membres du sous-cluster VBG national sont formées sur la prévention et la réponse aux VBG dans les situations humanitaires ; le mapping des intervenants souscluster VBG a été disponible et distribué aux membres, et un Plan d'action élaboré avec input sur le plan de contingence. Pendant la crise humanitaire de 2017, 10 980 personnes ont été sensibilisées sur les VBG en général et pendant la crise humanitaire. Il y avait l'engagement des responsables des communes des 8 districts touchés par l'insécurité alimentaire sévère dans le sud, avec les leaders communautaires, les maires, les responsables médicaux, la police et la gendarmerie dans les 7 districts touchés par le cyclone ENAWO. 90 acteurs étatiques et non étatiques (police, gendarme, santé, associations et ONG diverses) ont eu un renforcement de capacités à prévenir et répondre aux VBG et mettre en place un cadre de collaboration entre les différents services impliqués dans la prise en charge des victimes de VBG. Un des points forts dans la prévention et la réponse aux VBG était le renforcement de la communication en temps de crise humanitaire par les ONG Gender Links et Bel Avenir.

Néanmoins, l'adhésion des partenaires est insuffisante. Des contraintes sont rencontrées lors de la mise en œuvre de certaines plateformes par l'inexistence de bureau et des matériels, d'où les réunions sont occasionnelles. En dehors de l'insuffisance de membres, vu ces difficultés d'ordre technique, organisationnel et financier des quelques plateformes au niveau régional observées lors de la descente

sur terrain, elles ont intervenu ponctuellement jusqu'à la limite de leurs moyens. La coordination a été renforcée tant au niveau des intervenants en VBG qu'entre les différents clusters humanitaires.

4.2.2 Adolescents et Jeunes

L'évaluation de la composante Adolescents et Jeunes est effectuée suivant l'effet 2 afin d'apprécier les progrès et l'atteinte des résultats escomptés en lien avec le Plan Stratégique de l'UNFPA et en vue de mesurer les impacts des actions sur les bénéficiaires et le produit 3. L'effet 2: « *Priorité accrue aux adolescents, en particulier les jeunes adolescentes, dans les politiques et programmes nationaux de développement, notamment en mettant à leur disposition des services complets d'éducation sexuelle et de santé en matière de sexualité et de procréation* » contribue à l'effet UNDAF n°3.

CJ2.4: L'accès à des informations et des services amis des jeunes, particulièrement à la formation sur les compétences de vie et l'éducation sexuelle est amélioré par l'opérationnalisation de 22 structures pour les jeunes et les autres actions à l'endroit des jeunes et adolescents. De façon globale, plus de 92 000 jeunes en milieu scolaire et extrascolaire ont été sensibilisés sur la Santé Sexuelle et Reproductive des adolescents et des jeunes pendant le 7ème programme. Le programme d'éducation sexuelle a été introduit dans le pays, expérimenté au niveau de deux sites pilotes où plus de 3 000 élèves ont été touchés. Une évaluation en vue d'une mise à l'échelle au niveau national a également été réalisée. La mise à l'échelle progressive a débuté cette année 2018 par la formation de 66 grands formateurs issus de 7 régions.

Les principaux partenaires de mise en œuvre produit 3 du CPAP sont : (i) le Ministère de la Jeunesse et des Sports (MJS); (ii) le Ministère de la Santé Publique (MSP); (iii) le Ministère de l'Éducation Nationale (MEN); (iv) le Ministère de la Population, de la Protection sociale et de la Promotion de la Femme (MPPSPF) et FISA Madagascar.

Pour atteindre le produit 3, les stratégies suivantes ont été adoptées: (i) la sensibilisation et information des jeunes et adolescents non scolarisés, surtout en milieu rural, sur les questions de mariage, de grossesse précoce et d'IST/VIH; (ii) le soutien à l'intégration d'une éducation sexuelle dans les programmes scolaires; (iii) le plaidoyer pour accroître l'investissement en faveur des jeunes et particulièrement des jeunes filles et des jeunes marginalisés (y compris les jeunes travailleurs du sexe et les jeunes de la rue).

Un mécanisme a été mis en place par la formation de 20 jeunes pairs éducateurs par maison des jeunes et 10 par espaces jeunes pour sensibiliser leurs pairs en matière de santé de la reproduction des adolescents et des jeunes. Des supports de communication adaptés aux jeunes et adolescents, sur les différents thématiques ont été produits et disséminés. En outre, plusieurs réseaux de jeunes ont été mis en place pour garantir l'accessibilité des informations.

Le nombre d'espaces jeunes en particulier est passé de 0 en 2015 à 13 en 2018 ; les maisons des jeunes sont passées de 4 en 2015 à 6 en 2018 qui sont en réseau avec les centres de santé amis des jeunes pendant le 7ème programme. Un mécanisme a été mis en place par la formation de 20 jeunes pairs éducateurs par maison des jeunes et 10 par espaces jeunes pour sensibiliser leurs pairs en matière de santé de la reproduction des adolescents et des jeunes. En outre, plusieurs réseaux des jeunes sont mis en place pour garantir l'accessibilité des informations. De façon globale, plus de 92 000 jeunes en milieu scolaire et extrascolaire ont été sensibilisés sur la santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes pendant le 7ème programme. Par ailleurs, les réseaux des jeunes sont attirants pour les jeunes car 21 900 jeunes sont sensibilisés sur les réseaux sociaux à travers la page facebook Tanora Garan'Teen (TGT). Environ 5 000 jeunes ont été sensibilisés par le Réseau des jeunes ambassadeurs engagés dans la SRAJ (dénommé TANORA IRAY). Plus de 700 jeunes ont eu une connaissance améliorée sur le dividende démographique et ont contribué à l'élaboration de la résolution des jeunes sur la consolidation de paix se basant sur les piliers du dividende démographique lors de la journée

internationale de la jeunesse à Fianarantsoa ; plus de 3 000 jeunes ont eu une connaissance améliorée sur l'hygiène menstruelle.

Pourcentage de districts scolaires mettant en œuvre un programme d'éducation sexuelle conforme aux normes internationales

Grâce à l'appui fourni par l'UNFPA, malgré que la sexualité constitue encore un sujet tabou à Madagascar, le programme d'éducation sexuelle y a été introduit et a été expérimenté au niveau de deux sites pilotes à Atsimo Andrefana et Vatovavy Fitovinany en 2015 où plus de 3 000 élèves ont été touchés. Une évaluation pour une mise à l'échelle nationale du programme a par ailleurs été réalisée. « Madagascar s'est engagé aux côtés de 19 autres pays pour offrir des services d'ESC aux adolescents et jeunes malagasy. Pour ce faire, la DCI/MEN a élaboré en 2015 le document Cadre d'Orientation de l'éducation sexuelle (COES) se basant sur les directives internationales en matière d'ESC et tenant compte des réalités socioculturelles, des spécificités des régions, des situations économiques, du contexte pédagogique, mais aussi des principes directeurs internationaux sur l'éducation sexuelle... » Le pays dispose d'une politique nationale de la jeunesse et ceci constitue un atout car elle traduit la forte volonté du pays et son engagement en matière des jeunes.

Outre le COES, le guide d'intégration dans le programme scolaire, les manuels pour les enseignants et pour les parents, le curriculum de formation de 2014 à 2018, le document de communication pour les parents concernant le Programme d'Education Sexuelle disponible en version malagasy et français ont été élaborés et utilisés.

Partant du COES, un « Programme d'Education Sexuelle » appelé PES a été conçu pour la mise en œuvre de l'ES dans les écoles. De ce fait, un guide d'intégration de l'ESC dans toutes les matières enseignées au niveau de chaque niveau d'étude et se basant sur le PPO a été élaboré par l'équipe de la DCI/MEN en 2015. Ce guide a pour objectif d'outiller les enseignants et éducateurs en charge de mener convenablement le programme d'ESC auprès des élèves. S'agissant des parents d'élèves, un document qui leur est spécialement destiné a été élaboré par la DCI/MEN. En effet, suite à une mission de suivi de la mise en œuvre de l'expérimentation réalisée par la DCI/MEN, il a été recommandé la production d'un document pour les parents pour informer ces derniers sur le contenu de l'ESC, notamment les thèmes véhiculés, afin d'éviter tous préjugés et toutes fausses interprétations relatives à la sexualité qui reste encore un sujet tabou à Madagascar », extrait du rapport d'évaluation sur la mise en œuvre de l'éducation sexuelle complète dans deux sites pilotes.

L'évaluation de la mise en œuvre du programme d'Education Sexuelle Complète (ESC) dans deux sites pilotes a démontré sa pertinence et son adaptation aux objectifs visés par ce programme : 176 éducateurs de deux sites pilotes ont été formés sur l'éducation sexuelle complète et plus de 3 000 élèves ont été sensibilisés.

Des suivis réguliers ont en effet été effectués en 2016. En 2017, une évaluation de l'expérimentation pour une mise à l'échelle nationale a été réalisée. L'évaluation a démontré sa pertinence et son adaptation aux objectifs visés par ce programme : 176 éducateurs de deux sites pilotes ont été formés sur l'éducation sexuelle complète et plus de 3 000 élèves ont été sensibilisés. Un plan de formation des enseignants et éducateurs a été élaboré ; 100 documents du programme d'Education Sexuelle ont été produits. Toutefois, les partenaires ont avancé que le Ministère de l'Education Nationale ne faisait pas parti du partenariat pour la mise en œuvre directe de l'UNFPA ; ce qui engendrant quelques susceptibilités car tout doit passer par le Ministère de la Jeunesse et des Sports.

Les résultats ont été satisfaisants et un début de la mise à l'échelle progressive a été opérationnalisé en 2018. A cet effet, la formation des 66 grands formateurs issus de 7 régions d'intervention a été effectuée. Les prochaines étapes seraient de réaliser la formation des éducateurs locaux par les grands formateurs et les enseignants dispensant le programme d'éducation sexuelle prévus pour la prochaine rentrée scolaire pour l'année 2018.

Plaidoyer pour accroître l'investissement en faveur des jeunes et particulièrement des jeunes filles et des jeunes marginalisés : la politique nationale de la jeunesse est disponible. Le curriculum

de formation en santé la reproduction des adolescents et jeunes pour les agents non santé a été élaboré conjointement avec le Ministère de la Santé Publique et toutes les entités concernées. L'Approche de l'Éducation par les Pairs est coordonnée grâce au lancement du document d'harmonisation de l'éducation par les pairs. La coordination entre les 3 directions du Ministère de l'Éducation Nationale bénéficiant d'appui a été renforcée. Le programme a contribué aussi à l'élaboration du plan stratégique national SRAJ et à l'actualisation des cursus de formation en SRAJ pour les agents de santé et non santé.

Un effort a été fourni dans l'amélioration du mécanisme de remontée des données de réalisation des sites d'intervention à l'issue de la formation de 40 personnes ressources régionales et centrales. Cependant, d'après les partenaires, l'appropriation de la partie nationale à l'application de ces documents est encore faible.

CJ2.5: Participation des jeunes dans le processus de consolidation de la paix renforcée

Depuis la mise en œuvre du projet en janvier 2018, une meilleure cohésion a été constatée au niveau des communautés cibles grâce à l'instauration des dialogues pour la paix et pour la gestion des conflits dans les huit communes d'intervention avec implication des jeunes et des femmes. A ce jour, 130 dialogues par acteurs et 42 réunions des leaders communautaires ont été réalisés. De même, des activités de solidarité, culturelles et sportives au nombre de 1, ont été organisées par les communautés impliquant différents groupes et 30 conflits ont été réglés au niveau des plateformes communautaires.

Malgré les barrières culturelles qui les interdisent de prendre la parole en public, les femmes et les jeunes ont intégré les plateformes communautaires mixtes et peuvent s'exprimer dans les différentes réunions. Les plateformes communautaires sont en effet constituées par 72% de femmes et de jeunes.

Par ailleurs, 16 groupements de femmes, 16 groupements de jeunes et 16 groupements d'hommes messagers de la paix ayant été constitués dans le cadre du projet ont pu sensibiliser 156³⁹ jeunes, 681 femmes et 911 hommes dont les connaissances sur la paix ont été améliorées.

La consolidation de la paix est un des projets et qui a pu montrer son efficacité grâce aux résultats en termes de nombre de jeunes; ces jeunes qui volontairement arrivent à apporter leurs efforts pour prendre part à la mise en place de cette paix dans la société constituent une des réussites du projet. Malheureusement, le projet est encore à son début et l'impact est encore difficile.

4.2.3 Égalité des sexes et Autonomisation des femmes

Dans le 7^{ème} programme de coopération, l'effet direct du Plan Stratégique de l'UNFPA associé à la composante Égalité des sexes et Autonomisation des femmes et qui a permis d'apprécier les progrès et l'atteinte des résultats escomptés des actions sur les bénéficiaires de ce plan était l'effet 3. Il est formulé comme suit: « *Les progrès en matière d'égalité des sexes, d'autonomisation des femmes et des filles, de droit en matière de reproduction, y compris les plus vulnérables et marginalisés réalisés.* ».

La composante Égalité des sexes et Autonomisation des femmes n'était associé qu'à un seul produit, à savoir le produit 4: « *Les capacités nationales à prévenir et à répondre aux violences basées sur le genre et aux pratiques néfastes, y compris dans les situations de crises humanitaires, renforcées* », contribue à l'effet UNDAF n°2.

Capacités nationales à prévenir et à répondre aux violences basées sur le genre et aux pratiques néfastes

³⁹ Données issues de 5 messagers de la paix de la commune d'Ebelo. Les autres données sont encore en cours de traitement.

CJ2.6 Les institutions nationales, y compris la société civile ont des capacités accrues pour la prévention et la prise en charge des Violences Basées sur le Genre (VBG). Les objectifs prévus par le Programme par rapport au produit 4 du programme de CPAP sont quasiment atteints. En effet, un projet de loi pour la lutte contre les violences est actuellement disponible et 19 914 victimes de VBG ont été prises en charge au niveau des services appuyés par le Programme aussi bien en situation de développement qu'en situation humanitaire. La cible pour 2019 est de 16 500.

Le produit 4 du Programme a été mis en œuvre en partenariat avec le Ministère de la Population, de la Protection Sociale et de la Promotion de la Femme (MPPSPF), le Ministère de l'Enseignement Technique et de la Formation Professionnelle (METFP), les ONG Search For Common Ground, Bel Avenir et Gender Links

Le Programme a contribué à l'amélioration de l'environnement juridique et institutionnel de la lutte contre les VBG à travers le plaidoyer pour le développement de loi, le développement de document politique, et le renforcement des capacités techniques et institutionnelles pour la prévention et la prise en charge des victimes.

L'UNFPA a appuyé l'élaboration **d'un projet de loi spécifique sur la lutte contre le VBG**. Ce projet de loi préconise des mesures de protection pour les victimes et les témoins et prévoit des peines supplémentaires pour renforcer la lutte contre l'impunité. La loi est actuellement discutée au niveau de la Commission de Réforme du Système Pénal. Par ailleurs, le texte portant institution des CECJ est initié et l'UNFPA a également facilité l'élaboration du projet de loi portant ratification du Protocole facultatif à la CEDEF. Un plan de plaidoyer pour l'adoption et l'application des différents textes relatifs aux VBG est disponible. Avec l'appui de l'UNFPA la stratégie nationale de lutte contre les VBG est actuellement disponible.

Les Centres d'Ecoute et de Conseil Juridique (CECJ) constituent des dispositifs mis en place par le MPPSPF pour lutter contre les VBG. Ses activités principales consistent à fournir le soutien psychosocial, la référence médicale ou juridique aux victimes de VBG. Ils travaillent également pour la prévention des VBG à travers la sensibilisation de la population aux droits de l'Homme. L'UNFPA a appuyé les actions des 8 CECJ⁴⁰ qui 5 sont implantés dans les 3 régions de concentration des interventions. Pour assurer la qualité de service de ces structures, l'UNFPA a appuyé la formation technique du personnel de CECJ dans le domaine de la prise en charge psychosociale, la collecte et la gestion des données, la gestion administrative et financière d'un CECJ. Sur le plan institutionnel, les CECJ ont bénéficié de dotation en mobiliers, équipements informatiques et générateurs solaires. Il est noté que l'activité de sensibilisation effectuée par ces structures reste encore insuffisante due à la limitation de ressources entraînant la connaissance insuffisante de l'offre de service de prise en charge des VBG par la population.

Dans le domaine de la coordination des réponses en matière de lutte contre le VBG, le programme a pu appuyer la mise en place et l'opérationnalisation des **plateformes** nationales et régionales de lutte contre les VBG institué au Ministère de la Population, de la Protection Sociale et de la Promotion de la Femme. Elle est composée par des entités de prise en charge des VBG (Santé Publique, Sécurité publique, Gendarmerie, Justice, Population), de l'Education Nationale, de la Jeunesse et Sports, de la Communication, le CECJ, ainsi que des organisations de la société civile. Elle a pour mission de coordonner et d'harmoniser toutes les actions au niveau régional en matière de prévention et de lutte contre les VBG. Cinq axes stratégiques ont été élaborés dans le plan d'action de la plateforme dont la prévention des actes de violence ; réponse juridique, médicale et sociale; réhabilitation et réinsertion socio-économique des survivantes de VBG; coordination et suivi-évaluation; optimisation de résultat par des mesures d'accompagnement, conformément à la Stratégie

⁴⁰ Toliara, Sakaraha, Ambovombe, Mananjary, Manakara, Mahajanga

Nationale de Lutte contre les VBG. Pour renforcer les actions des plateformes, trois protocoles et quatre guides ont été développés et fournis. Les capacités des membres des plateformes ont été renforcées pour assurer l'offre des services de qualité et la prise en charge holistique des victimes.

Au niveau régional, les membres des plateformes sont constitués par des services techniques déconcentrés telles que la Direction régionale de la jeunesse et sports, DRPPSPF, Gendarme, Police, Santé, Justice, Education et des partenaires au développement entre autres : réseau de protection des enfants, Association des Sages.

La mise en place de plateformes a renforcé **la synergie et la complémentarité des actions des parties prenantes** tout en considérant leurs spécificités respectives. En effet, ce mécanisme facilite la large transmission des messages non seulement dans la zone locale mais dans les zones respectives de chaque membre de la plateforme, la médiatisation des services offerts par le CECJ, la signalisation des cas de violence dans les zones d'intervention des partenaires, la résolution des problèmes par ces membres suivant les cas par exemple l'orientation juridique et la référence médicale. L'opérationnalisation effective des plateformes reste un grand défi à relever pour la prochaine programmation tout en considérant le problème de limitation des ressources et organisationnelles.

Le Programme a soutenu la mise en place **des réseaux d'hommes pour un engagement constructif** des garçons et des hommes dans la lutte contre le VBG. Le réseau d'hommes regroupe les hommes comme les leaders traditionnels, les leaders d'opinion, les chefs religieux, pour s'engager dans le plaidoyer et la sensibilisation par pair au niveau de la communauté pour la promotion de la lutte contre le VBG.

Le Programme a renforcé le partenariat entre les ministères et la société civile, un partenariat avec la Police Judiciaire a été développé pour renforcer la prise en charge des victimes de VBG dans le cadre de la mise en œuvre du **Projet Appui à la Réforme du Secteur de la Sécurité à Madagascar** (ARSSAM). Suite à la mise en œuvre de ce projet, le nombre des cas traités a augmenté de 48% par la police judiciaire, et la célérité dans le traitement des dossiers sur les VBG s'est améliorée : 65% des dossiers sur les VBG ont été déférés au niveau du parquet, 40% des victimes ont obtenu gain de cause suite à la dénonciation des cas de VBG à leur rencontre.

L'élaboration et la diffusion du guide de prise en charge des cas de VBG a permis au personnel de la police judiciaire de renforcer leurs connaissances sur les textes légaux en matière de prévention et de répression des cas liés aux VBG et d'améliorer leurs pratiques professionnelles sur les techniques d'accueil, d'audition et d'enquête des victimes de VBG ainsi que la recherche et le traitement des renseignements liés aux VBG. Le développement d'outils de collecte de données sur les VBG et la dotation d'équipements bureautiques et informatiques ont permis à 20 services de la police judiciaire d'accélérer le traitement des dossiers sur les VBG et de disposer de données qui serviront comme base de rapportage, de planification et de plaidoyer.

Dans le cadre des actions avec la communauté, la bonne relation avec les leaders traditionnels permet de faciliter et de véhiculer les messages au niveau de la communauté (Ampanjaka, Sojabe ou autres). Ce sont des personnes influentes dans la société et peuvent aider à convaincre les personnes conservatrices de la tradition à changer les comportements et avoir un Plan d'action des réseaux d'homme. Ce Plan priorisait l'implication de ces leaders communautaires dans la réalisation des engagements des réseaux d'hommes. **Dans le domaine de la formation et du renforcement des capacités**, 29 agents de santé sont formés sur la prise en charge médicale des violences sexuelles ; 64 intervenants sociaux des DRPPSPF et des CECJ ont été formés sur la collecte et le traitement des données sur les VB ; 300 policiers judiciaires, tout grade confondue, 1 559 leaders et 200 femmes et jeunes leaders communautaires sont formés en prise en charge de VBG. Les CECJ, les centres de santé appuyés et la police judiciaire ont pu prendre en charge de 19 914 victimes de VBG aussi bien en situation normale qu'humanitaire. Ce chiffre inclut 3 750 femmes et filles survivantes des VBG en

situation humanitaire qui ont bénéficiées de la prise en charge psychosociale et dotées de kits de dignité.

Dans le domaine de la sensibilisation, des actions ont été menées pour informer la population sur les services disponibles et sur la prévention et de lutte contre le VBG à travers les canaux de communication appropriés et des messages et outils de sensibilisation. L'accroissement du nombre de victimes des VBG qui cherchent un appui auprès des centres de prise en charge constitue un des résultats des activités de sensibilisation.

La réinsertion socio-économique pour les victimes de VBG et des femmes réparées de fistule obstétricale (FVFO) fait partie des interventions du programme. Au total, 505 femmes (182 étaient victimes de FO et 251 survivantes de VBG et 72 femmes vulnérables et filles mère) ont bénéficié des appuis en Activités Génératrices de Revenus (AGR). Elles ont également des sensibilisations sur leurs droits et la planification familiale. Il est constaté que la mise en œuvre des activités de réinsertion était quelques fois inadaptée aux FVFO. En effet, les conditions de formation, qui durent plus d'une dizaine de jour en ville alors que les femmes viennent des localités éloignées en laissant leurs familles ne convenaient pas toujours à certaines FVFO. Par ailleurs, les critères de sélection des femmes victimes de violences basées sur le genre n'ont pas permis de cibler les plus vulnérables.

Dans le domaine de **Suivi et Evaluation et Système d'Information**, une base de données est disponible au niveau de chaque CECJ et au niveau de la Police Judiciaire avec le projet ARSSAM. Par ailleurs, la gestion et la qualité des bases de données de quelques centres restent encore un défi⁴¹. Des supervisions formatives par le MPPSPF s'avèrent nécessaires et/ou des renforcements réguliers des capacités.

4.2.4 Dynamique de population

L'évaluation de la composante « Dynamique de population » est effectuée suivant l'effet 4 du Plan Stratégique de l'UNFPA en vue de mesurer les impacts des actions sur les bénéficiaires et d'apprécier les progrès et l'atteinte des résultats escomptés. L'effet 4 : « *Les agendas des politiques de développement nationales et internationales, grâce à l'intégration des dynamiques de populations et leurs liens avec le développement durable, la santé sexuelle et reproductive, les droits en matière de reproduction, le VIH et l'égalité des sexes, renforcés* » contribue à l'effet UNDAF n° 1.

Le 7^{ème} programme de coopération entre l'UNFPA et le Gouvernement prévoyait un seul produit dans le domaine de la Dynamique de population. Le produit 5 est intitulé : « Les capacités nationales pour produire, analyser, disséminer les données désagrégées de la population et les utiliser comme information basée sur l'évidence pour les politiques et les processus de prise de décision renforcées ».

Les principaux partenaires de mise en œuvre produit 5 du CPAP sont le Ministère de l'Economie et du Plan, à travers la Direction de la Planification Globale, la Direction de Suivi Evaluation des Programmes, la Direction des Coopérations Economiques Extérieures et l'Institut National de la Statistique.

a) Indicateur Effet 1 UNDAF : Existence des données du RGPH à jour; Indicateur Plan Stratégique: Madagascar a ou n'a pas organisé, analysé et diffusé une enquête nationale auprès des foyers permettant d'estimer les populations clés et d'utiliser des indicateurs de santé reproductive (au cours des cinq dernières années); Indicateur Résultat CPAP : Données de recensement collectées, traitées et analysées et résultats publiés et diffusés.

⁴¹ Un exemple pour le CECJ Mananjary constaté lors de la visite sur terrain dont les victimes fréquentant le CECJ sont tous inscrits comme toujours des nouveaux cas.

CJ2.7 Le SNISE et les autres systèmes d'information pour la formulation, le S&E des politiques sectorielles ont été renforcés

La mise en œuvre du Recensement Général de l'Habitation a été rendue effective pendant la période de du 7ème programme de coopération entre Madagascar et l'UNFPA. Le processus étant en cours, les données mises à jour ne sont pas encore disponibles au moment de l'évaluation finale du programme. Cependant, les résultats sont attendus avant la fin de l'année 2019. Malgré le retard dans la mise en œuvre de cette activité, dû aux différentes contraintes administratives et financières, le dénombrement qui était initialement programmé en 2016 a été réalisé en 2018.

Selon les partenaires, le rôle de l'UNFPA dans la production et la dissémination des résultats est très appréciable tout comme dans la gestion des autres enquêtes. Plusieurs autres partenaires tels que l'USAID et la Banque Mondiale ont participé au financement et à la réalisation de ce RGPH3 aux côtés de l'UNFPA. Une base de données sur la cartographie censitaire est disponible. La collecte des données sur l'ensemble des données (dénombrement) a été complètement achevée, les questionnaires sont acheminés au niveau central. Les données mises à jour sur RGPH sont attendues avant la fin de l'année 2019, un rapport des résultats préliminaires qui présentent des résultats globaux est prévu sortir avant la fin de l'année 2018. Les données définitives ainsi que les rapports d'analyse thématique seront disponibles en 2019.

Au cours des 5 dernières années, aucune édition de l'enquête périodique auprès des ménages (EPM) et de l'enquête démographique et de santé (EDS) n'a pas été réalisée.

Dans le cadre de renforcement institutionnel de l'INSTAT, pour lui permettre de disposer suffisamment de personnels qualifiés capables d'intervenir dans la réalisation de collecte et analyse de données de qualité (sur RGPH, diverses enquêtes), l'UNFPA a pris en charge les frais de scolarité de 13 étudiants démographes et 3 statisticiens malgaches depuis le début du 7ème programme et 247 personnes qualifiées (sur 249 planifiés jusqu'en 2019 soit 99%) de l'Institut National de la Statistique ont vu leurs capacités renforcées.

D'après les interlocuteurs, l'un des grands défis reste la gestion des compétences au sein de l'INSTAT. Le statut du personnel au sein de l'INSTAT fait que le personnel qualifié et cherche d'autres opportunités d'emploi au travers des métiers libéraux ou dans d'autres institutions qui les convoitent. Toutefois, l'insuffisance du personnel compétent impacte négativement sur la production des données de qualité.

Les capacités en S&E des responsables au niveau central et régionaux impliqués en S&E ont été renforcées par exemple 22 responsables de suivi et évaluation formés en matière de SRISE ont été formés (il s'agit ici des Directeurs du Développement Régional (DDR) et/ou responsables de suivi et évaluation (RSE)). En plus de cela, 37 participants formés et les Indicateurs du SNISE mise à jour et validés au titre de l'année 2017.

Toutefois, d'après les partenaires interviewés, le système de remontée des données qui alimente le SNISE souffre de dysfonctionnement à cause des raisons diverses liées au manque d'accessibilité géographique de certaines régions et localités, à une insuffisance de personnel qualifié et engagé pour la bonne marche de ce système et enfin à la non utilisation des moyens de technologie moderne auprès des producteurs des données. Dans certaines régions, les plans régionaux de développement ne sont pas disponibles et cela entraîne des difficultés dans l'opérationnalisation et suivi du système régional intégré de suivi et évaluation.

D'après les interlocuteurs, les données ne sont pas disponibles à temps et l'obtention des données fiables pour le suivi du programme au niveau des partenaires de mise en œuvre est un réel défi. Et cela ne facilite pas l'utilisation des données et la production de documents basés sur les analyses des données. Les capacités du Ministère de l'Economie et du Plan en charge du SNISE à réaliser les contrôles de qualité des données provenant des autres ministères sont faibles. De même, les Directions Régionales de ce même ministère ont des capacités faibles dans la publication des rapports de suivi contenant des données fiables et de qualité. Par ailleurs, les interlocuteurs ont témoigné qu'il existe une faible collaboration entre le SNISE et l'INSTAT.

L'appui financier de l'UNFPA ne permet pas de faire la refonte du SNISE en profondeur pour améliorer la collecte des données administratives et renseigner ses indicateurs. La remontée des données à un coût et, l'UNFPA et les autres acteurs devrait l'inclure dans la planification de la collecte

des données et particulièrement dans les zones à accès difficile. L'UNFPA ne saisit pas l'opportunité d'utiliser les centres de formations existant pour inclure le module sur le traitement et la publication des données afin de mieux former les étudiants dans une perspective d'amélioration de l'offre de personnel.

CJ2.8: L'UNFPA contribue à l'intégration de la dynamique de population, santé de la reproduction, égalité de genre dans la planification de développement au niveau national, sectoriel, et régional

L'UNFPA contribue à l'intégration de la dynamique de population, santé de la reproduction, égalité de genre dans la planification de développement au niveau national, sectoriel, et régional. Cela par l'appui du Ministère de l'Economie et de la Planification dans la réactualisation du manuel d'intégration de la population dans le processus de développement élaboré pour toutes les parties prenantes pour être un outil indissociable à toute sorte de planification pour le développement.

Le plan national de développement 2015-2019 a été finalisé en 2015. Ce document traite de la dynamique des populations et prend notamment en compte les tendances et les projections démographiques dans l'établissement des objectifs de développement.

Le renforcement des capacités a touché 37 participants issus des institutions partenaires de l'UNFPA. Ces participants ont été sensibilisés sur les bénéficiaires prioritaires et la connaissance des ODD pour Madagascar et le SNISE. Les membres du personnel de 51 organismes et services décentralisés ont été formés sur intégration population développement dans les plans, programmes de développement. Désormais, ils disposent des compétences et outils nécessaires pour établir des plans et une politique de développement fondés sur des données factuelles.

L'UNFPA a appuyé le Ministère de l'Economie et de la Planification dans la réactualisation du manuel d'intégration de la population dans le processus de développement élaboré pour toutes les parties prenantes pour être un outil indissociable à toute sorte de planification pour le développement. Malgré les séances de renforcement des capacités des acteurs, les capacités d'assimilation des personnes des régions par rapport à l'intégration de la dimension population dans les plans et programmes de développement sont limitées à cause de leurs profils et compétences de bases.

Plusieurs ateliers de renforcement de capacités des acteurs de développement au niveau central et régional ont été organisés sur le dividende démographique dans l'optique d'effectuer une analyse approfondie de la situation et des stratégies définies dans les politiques sectorielles. Madagascar fait partie des cinq premiers pays africains sur les 55 pays de l'Union Africaine à intégrer le dividende démographique pour sa croissance économique. L'appui technique et financier de la mise en œuvre du processus de dividende démographique est assuré par l'UNFPA et l'USAID-HP+. La synergie d'actions entre les deux partenaires facilite l'atteinte du résultat afin de profiter le dividende démographique.

Il est à noter l'insuffisance des statistiques pour analyser l'implication des jeunes dans le processus de prise de décision et la conception, suivi et évaluation des politiques et stratégies de développement. Une feuille de route non disponible dans toutes les régions d'intervention de l'UNFPA.

Les responsables des programmes et de suivi évaluation au niveau central et au niveau des 3 régions d'intervention de l'UNFPA ont eu leurs compétences renforcées et ont été outillés, suite aux formations en planification, suivi et évaluation et sur l'intégration de la dimension population dans les programmes qui ont été organisées à leur endroit et grâce aux manuels pratiques d'intégration population et sur le suivi et évaluation mis à leur disposition.

4.3 EFFICIENCE DU PROGRAMME

QE3 : Dans quelle mesure les ressources humaines, financières et administratives allouées au programme ont-elles favorisé ou au contraire entravé la production des résultats observés ?

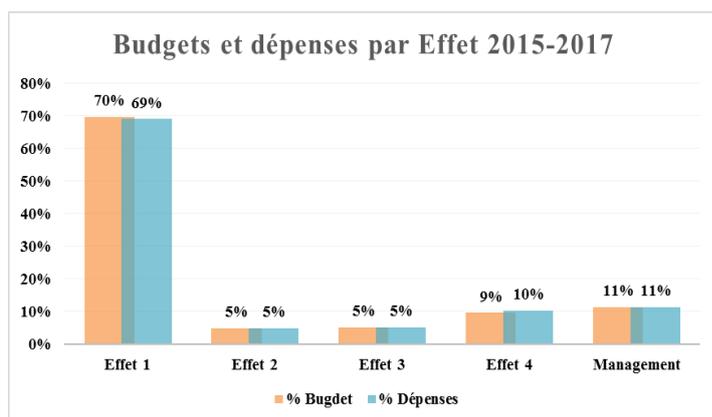
Résumé de la réponse

Les ressources humaines et financières allouées au programme sont adéquates au regard des objectifs poursuivis eu égard aux forts taux d'utilisation de ces ressources et des résultats opérationnels globalement satisfaisant. Le taux d'utilisation et d'absorption élevé sont dus aux séances de planification et de revues périodiques organisées chaque année avec les partenaires d'exécution. Il existe des retards dans le démarrage de l'exécution de certaines activités en début de période à cause une faiblesse dans la maîtrise des exigences de l'UNFPA qui nécessite un accompagnement de proximité pendant la période de démarrage et aux changements institutionnels récurrents d'agents du côté de la partie étatique. Le niveau d'instruction et le nombre insuffisant au niveau des partenaires étatiques jouent un rôle important sur la mauvaise qualité des livrables soumis pour approbation. Le volume de ressources humaines et financières est adéquat et suffisant pour fournir l'appui nécessaire aux partenaires pour la planification (le niveau stratégique), mais pas le suivi de proximité dans toutes les régions d'intervention. Car non seulement elle n'est pas suffisante mais elle n'est pas réparties de façon optimale dans les régions d'intervention du programme pays. Il n'existe pas une équipe permanente de l'UNFPA qui couvre toutes les thématiques de façon individuelle dans les trois régions d'intervention et cela limite de façon considérable l'efficacité des actions de coordination et de suivi de proximité. Les modalités de paiement direct vers les bénéficiaires par les banques entravent le bon déroulement des activités bien que l'on note une nette amélioration du changement de modalités d'exécution de certains partenaires d'exécutions qui sont passé du mode de paiement direct au mode de paiement par avance après une évaluation des capacités.

CJ3.1: Les ressources humaines et financières allouées au programme sont adéquates au regard des objectifs poursuivis eu égard aux forts taux d'utilisation de ces ressources et des résultats opérationnels globalement satisfaisant. Le taux d'utilisation et d'absorption élevé sont dus aux séances de planification et de revues périodiques organisées chaque année avec les partenaires d'exécution. Il existe des retards dans l'exécution de certaines activités à cause des problèmes d'absorption des fonds qui sont occasionnés par une faible maîtrise des procédures UNFPA et aux changements institutionnels récurrents d'agents du côté de la partie étatique. Les ressources humaines allouées au programme sont adéquates au regard des résultats quantitatifs obtenus mais n'est cependant pas réparties de façon optimale dans les régions d'intervention du programme pays.

Les ressources financières ont été alloués aux différentes thématiques du programme comme suit : 70% pour l'Effet 1, 5 % pour l'Effet 2 et 3; 9 % pour l'Effet 4 et 11 % pour le Management du programme. Le pourcentage des dépenses entre 2015-2017 suit la même clé de répartition de ces ressources allouées. Il en n'est de même pour les taux d'absorption qui sont de 95% pour les Effets 1 et 3, 97% pour l'Effet 2 et 102% pour l'Effet 4. Bien que les finances n'aient pas été mobilisées à la hauteur des attentes, il est à noter que les dépenses et l'utilisation de ces ressources ont été faite à bon escient afin d'obtenir un niveau élevé des réalisations des activités de chaque domaine d'effet.

Figure 17: Pourcentage des budgets et dépenses par effet entre 2015-2017
Source : Atlas 2017



On note des retards dans le démarrage des activités en début à cause des délais d’approbation des PTAs qui sont trop long d’après les entretiens avec les responsables des institutions étatiques et les partenaires d’exécution. L’origine de ce problème se trouve aux niveaux de la qualité des documents que les partenaires soumettent pour approbation.

Cependant, selon l’analyse documentaires et certains entretiens il y a une faible maîtrise des exigences de

l’UNFPA qui nécessite un accompagnement de proximité pendant la période de démarrage. Le niveau d’instruction et le nombre insuffisant au niveau des partenaires étatiques jouent un rôle important sur la mauvaise qualité des livrables soumis pour approbation. C’est pourquoi, au-delà des chiffres performants que le programme affiche, il existe une nécessité d’appui qualitatif des partenaires par le suivi de proximité dans chaque région d’intervention. D’après les partenaires, il a été conclu que la collaboration entre l’UNFPA et ses partenaires de mise en œuvre est bonne. Il existe une appropriation nationale de certaines initiatives à travers leur engagement. Le partenariat avec les organisations de la société civile a aussi été qualifié de bien appréciable.

Le volume de ressources humaines et financières est adéquat et suffisant pour fournir l’appui nécessaire aux partenaires pour la planification (le niveau stratégique), mais pas le suivi de proximité dans toutes les régions d’intervention. Car elle est non seulement insuffisante mais pas réparties de façon optimale dans les régions d’intervention du programme pays. Le bureau central de l’UNFPA à Madagascar est composé de 32 personnes qui gèrent les aspects stratégiques et opérationnels. Il a un démembrement dans la région d’Atsimo-Andrefana plus précisément à Toliara qui se compose de 7 personnes (avec 1 personne dans chacune des thématiques Egalité des sexes et Autonomisation des femmes puis Santé Sexuelle et Reproductive et 1 personne qui est en charge des deux autres thématiques Dynamique de population et Jeunes et Adolescents).

Le sous-bureau de l’UNFPA à Toliara est en charge de la mise en œuvre et du suivi des activités dans les trois régions de concentrations des interventions du 7^{ème} programme à savoir la région de Vatovavy-Fitovinany, la région d’Atsimo-Andrefana et la région d’Androy. Cependant, cette équipe n’est pas permanente dans ces régions. Par conséquent, Il n’existe pas une équipe permanente de l’UNFPA qui couvre toutes les thématiques de façon individuelle dans les trois régions d’intervention et cela limite de façon considérable l’efficacité des actions de coordination et de suivi de proximité.

En matière de communication, certains supports ne sont pas adaptés en dialectes régionaux faute de budget conséquent et des ressources humaines nécessaires pour traduire les supports. De plus, il n’existe pas une stratégie de communication pour le changement de comportement qui s’assure que les axes et les canaux soient alignées aux stratégies des ministères en terme d’adaptation de supports, stratégies et cibles au niveau local. Les capacités du personnel opérationnel en mobilisation de ressources sont faibles en terme technique de vente de résultats, communication des résultats, et rédaction de propositions de projet conjoint.

L’analyse documentaire et les entretiens avec les responsables des institutions étatiques et les partenaires d’exécution montrent que le volume de ressources humaines au niveau de régions est insuffisant pour le suivi de proximité auprès des bénéficiaires et de l’utilisation des investissements dans les formations sanitaires. Donc, la délocalisation des ressources humaines au sous-bureau ne répond pas de manière satisfaisante aux besoins et aux enjeux des zones d’intervention de l’UNFPA dans les quatre composantes du programme. La couverture des interventions de l’UNFPA est minime par rapport aux changements que l’on veut apporter dans les districts et communes des trois régions de

concentrations. Par exemple, les CECJ n'étendent leurs rayons d'actions auprès des districts et Focktane des trois régions de concentration des interventions.

CJ3.2: Les procédures administratives et les modalités d'intervention de l'UNFPA ont favorisé l'optimisation des résultats. Elles demeurent cependant, difficilement absorbables par les partenaires de mise en œuvre eu égard à leurs faibles capacités techniques et aux changements de leaders et des personnes technique dans les ministères étatiques.

L'efficacité du programme serait aussi beaucoup liée à la qualité et la disponibilité (expertise technique et proximité des ressources humaines) de l'accompagnement de l'UNFPA dans la mise en œuvre du programme. Grâce aux mécanismes fonctionnels de coordination des interventions de l'UNFPA dans les régions de concentration, un accompagnement stratégique de proximité est fourni. Cette coordination est un engagement politique manifeste à travers l'ancrage institutionnel. Elle est absente au niveau des districts. Du point de vue technique, il semblerait que la gestion du programme au niveau de l'UNFPA souffre à cause du poids important du travail pour assurer un suivi de proximité auprès des partenaires d'exécution. De ce fait, un retard dans le déblocage des ressources pour les partenaires de l'Effet 1 et l'Effet 3, est noté malgré la planification et les contrats signés à temps. Au cours des entrevues ces partenaires ont fait ressortir l'insuffisance des missions de supervision et de suivi de proximité du personnel financiers et techniques pour accompagner régulièrement la production des rapports de qualités supérieurs. De façon globale, les partenariats sont appropriés pour la mise en œuvre des interventions.

Les modalités de paiement direct vers les bénéficiaires par les banques entravent le bon déroulement des activités car il faut organiser l'activité dans une zone où il existe une banque et terminer l'activité avant l'heure de fermeture de la banque locale. De plus, les populations rurales qui participent souvent aux formations n'ont tous pas de pièces d'identité. L'on note cependant, une nette amélioration du changement de modalités d'exécution de certains partenaires d'exécutions qui sont passé du mode de paiement direct au mode de paiement par avance après une évaluation des capacités. Il existe aussi certains problèmes de communication entre le niveau central et le CECJ concernant les modifications sur les procédures financières. Par conséquent, les CECJ produisent les rapports avec des retards qui ont un impact négatif sur le démarrage de leurs activités et leurs taux d'absorption financière qui restent faibles. Les entrevues faites au niveau central et avec les CECJ ont fait ressortir les besoins de renforcement des capacités des intervenants sociaux en matière de gestion de base de données et des procédures financières. Les entretiens et la revue de la documentation sur le programme semblent indiquer une faible utilisation des informations acquises (stratégiques et opérationnelles). La gestion des connaissances pour améliorer la performance du programme et créer un environnement de l'apprentissage organisationnel n'est optimal.

4.4 DURABILITE DU PROGRAMME

QE4 : Dans quelle mesure les interventions appuyées par l'UNFPA au travers de son programme pays sont-ils susceptibles de durer après la fin des interventions ?

Résumé de la réponse

Le choix des stratégies de mise en œuvre adoptées par l'UNFPA, la mise en place de mécanismes de renforcement de capacités pour un transfert permanent des compétences techniques, de gestion administrative, financières à tous les niveaux ont été les outils mis en place garants de la durabilité des effets après le retrait de l'UNFPA. Il y a certainement un important transfert de compétences qui garantira la durabilité des acquis dans les quatre domaines d'effet. L'appropriation nationale est encore faible et devrait encore s'améliorer si on considère l'appropriation relative à l'application des différents documents développés. De plus, certains documents ne sont pas institutionnalisés par exemple le monitoring SONU, l'approche Mentor et seraient à l'origine de la faible appropriation ; l'institutionnalisation des différents concepts comme le monitoring. Toutefois, les partenaires ont émis

leurs craintes dans la continuité du programme en ce qui concerne l'approvisionnement en contraceptifs qui est actuellement assuré par l'UNFPA si l'état ne se positionne pas.

Par rapport aux jeunes, l'appui de l'UNFPA pour la mise en place des maisons des jeunes et le plaidoyer en vue de la signature d'une convention tripartite entre MJS, Ministère de l'Intérieur et Décentralisation et l'UNFPA pour la mise à disposition d'espaces pour l'emplacement des espaces jeunes est un garant de l'appropriation nationale de la démarche et pour assurer la durabilité des interventions.

En matière de Egalité des sexes et Autonomisation des femmes, l'UNFPA a contribué à l'appui pour la révision et l'élaboration de lois contre les VBG et au renforcement de la coordination pour la lutte contre les VBG y compris dans les situations humanitaires au niveau national et dans les régions. Des modèles de services intégrés qui inclut l'identification, la réponse et la réinsertion des femmes victimes de VBG à travers le MPPSPF ont été opérationnalisés pour lutter efficacement contre les VBG.

Dans le domaine de la Dynamique de population, l'appui technique, financier et stratégique de l'UNFPA a été considérable dans l'acceptation et la mise en œuvre du RGPH3. De plus, un appui pour la production d'un manuel pratique d'intégration des données dans les documents de développement a été effectif. L'UNFPA a contribué fortement à l'amélioration de la production et de l'utilisation de données fiables au travers l'octroi de bourses d'étude et de formation aux 16 étudiants de l'INSTAT.

La mise à jour du décret du SNISE et l'actualisation de son manuel opérationnel sont des actions fortement pérennes appuyées par l'UNFPA pour l'institutionnalisation du mécanisme du bon fonctionnement des politiques publiques, ainsi que l'accompagnement à la conception et dissémination des fiches d'état civil.

CJ4.1: Les résultats actuels vont durer après les interventions car le 7^{ème} programme pays a déployé des efforts considérables dans la mise en place des mécanismes qui pourraient donner des effets durables sur le système de santé de la reproduction et par conséquent atténuer les risques politiques, socio-économique et humanitaires qui pourraient affecter les résultats. Il s'agit concrètement du choix des stratégies adoptées, du choix des partenaires de mise en œuvre, des mécanismes de renforcement de capacités, de la contribution au développement et de la formulation des principaux cadres programmatiques de développement à moyen et long terme du secteur Santé Sexuelle et Reproductive et du renforcement du système de santé.

Les stratégies en matière de SSR adoptées et qui seront en mesure d'assurer la durabilité des résultats concernent le renforcement de la capacité des centres de santé à offrir des services obstétricaux et néonataux d'urgence de qualité, l'appui au Ministère de la Santé dans le déploiement des sages-femmes dans les zones rurales et reculées, le renforcement de la surveillance et de la réponse aux décès maternels et du système d'information et de gestion des données, la prévention, traitement et réinsertion socio-économique des femmes porteuses de fistules obstétricales, le plaidoyer, mobilisation sociale et participation communautaire sur les questions de SSR, y compris les grossesses précoces. L'UNFPA a travaillé en permanence avec la société civile et la communauté en vue d'une meilleure appropriation pour augmenter la fréquentation et la demande des services SSR et SRAJ de qualité. Quant au partenariat avec l'état, l'UNFPA a apporté un renforcement du système de santé à tous les niveaux et a veillé à une meilleure appropriation.

Des compétences techniques et gestionnaires remarquables dans la composante SSR ont été transférées en permanence tout au long du programme et pourront être durablement maintenues après le retrait de l'assistance de l'UNFPA. On peut par exemple citer entre autres les formations en SONU en PFI, les formations en gestion des intrants SR à l'intention des responsables à tous les niveaux, en suivi-évaluation, et en gestion financière. Lors des discussions avec les partenaires d'exécution, il a été conclu qu'il y aura certainement un important transfert de compétences qui garantira la durabilité des acquis en SSR. Il a été démontré que presque la totalité des stratégies adoptées dans les produits 1 et 2 de la composante SSR ont un effet durable et seront en mesure de continuer après le retrait de l'UNFPA. De plus, les interventions menées entre autres le renforcement de capacités des structures de soins en Santé de la Reproduction est en faveur de garantir une qualité des soins après le retrait de l'UNFPA.

Toutefois, les partenaires ont émis leurs craintes dans la continuité du programme en ce qui concerne l'approvisionnement en contraceptifs qui est actuellement assuré par l'UNFPA si l'état ne s'approprie pas entièrement cette initiative. Il est ressorti que l'appropriation nationale est encore faible dans l'appropriation des différents documents et guides développés. Certains documents ne sont pas institutionnalisés, comme le monitoring SONU, l'approche Mentor et cela justifierait la faible appropriation et institutionnalisation de leurs différentes approches.

En matière de l'Égalité des sexes et autonomisation des femmes, l'UNFPA a contribué à l'appui pour la révision et l'élaboration de lois contre les VBG, la définition et la mise en œuvre d'une stratégie de plaidoyer pour son application. Et de manière plus substantielle, l'intervention de l'UNFPA a été très marquant dans le renforcement de la coordination pour la lutte contre les VBG y compris dans les situations humanitaires. En matière de réponse en matière de lutte contre les violences basées sur le Genre, l'UNFPA a appuyé la mise en place des modèles de services intégrés qui inclut l'identification, la réponse et la réinsertion des femmes victimes de VBG à travers le MPPSPF. Hormis cette réponse, un accompagnement dans les renforcements des capacités, des supervisions et suivi des prestataires de services à fournir des soins médicaux, psychosociaux, ainsi que des conseils juridiques ont été assurés. Et ce par le développement et renforcement de partenariat entre les ministères et la société civile pour la prévention des VBG et plus spécifiquement pour un engagement constructif des garçons et des hommes.

Lors des discussions avec les bénéficiaires, il est ressorti de façon unanime l'insuffisance des activités de sensibilisation après des leaders communautaires, et de la couverture des interventions à cause de l'insuffisance du personnel des CECJ. De plus, il est ressorti que les partenaires de mises en œuvre n'ont pas d'intervention œuvrant spécifiquement dans leurs secteurs d'intervention sans intégrer d'autres services PF, SSR, SRAJ.

L'appui technique, financier et stratégique de l'UNFPA a été considérable dans l'acceptation et la mise en œuvre du RGPH3 (en cours de remonter des données). Les données issues de cette enquête serviront pour le suivi et l'évaluation des programmes de développement aux niveaux national, local et sectoriel (santé, éducation, etc.) ; l'analyse des questions de genre; le suivi de la pauvreté; la mise-à-jour de la base de sondage pour les enquêtes futures (EDS, MICS, EPM, etc.); le calcul des indicateurs additionnels relatifs: (i) à la mortalité maternelle; (ii) au handicap; (iii) à l'état-civil, en l'occurrence l'enregistrement des naissances.

L'UNFPA a appuyé la production d'un manuel d'intégration des données dans les documents de développement. C'est un outil pratique qui servirait de façon durable aux acteurs de développement à prendre en compte les données factuelles dans la conception des politiques, stratégies de façon pratique.

L'UNFPA a contribué fortement à l'amélioration de la production et de l'utilisation de données fiables au travers d'un appui à l'INSTAT par la mise en place d'une stratégie de renforcement des capacités du personnel et l'octroi de bourses d'étude et de formation à 16 étudiants formés à l'IFORD et à l'ENSEA dans le cadre du programme.

La mise à jour du décret du SNISE et l'actualisation de son manuel opérationnel sont des actions fortes appuyées par l'UNFPA pour l'institutionnalisation du mécanisme du bon fonctionnement des politiques publiques.

Au travers les interventions du 7^{ème} programme, des fiches d'état civil en République de Madagascar ont été produites et disséminées, et cela restent des actions pérennes.

4.5 ALIGNEMENT STRATEGIQUE

QE5 : Dans quelle mesure l'appui fourni par l'UNFPA à Madagascar aux partenaires respecte-t-il les orientations du plan stratégique 2014-2017 : développement de capacités, appui aux groupes défavorisés et vulnérables, soutien à la jeunesse, et promotion de la coopération sud-sud?

Résumé de la réponse

Les objectifs du CPAP ainsi que sa mise en œuvre reflètent la prise en compte des priorités du plan stratégique de l'UNFPA en matière d'appui aux groupes défavorisés et vulnérables grâce à la collaboration avec les institutions publiques et la société civile pour que ces derniers puissent prendre

en compte les besoins de 4 domaines y compris l'humanitaire dans leurs PTA respectifs. Par ailleurs, les personnes en situation d'handicap n'étaient pas ciblées aussi bien lors de la programmation CPAP que pendant la mise en œuvre. L'UNFPA, par la coopération Sud-Sud, a renforcé la transmission des connaissances qui a permis de combler les lacunes en reliant la demande et l'offre de compétences techniques, de données d'expérience et de technologies conformément au Plan Stratégique 2014-2017. Par ailleurs, il y a lieu de noter qu'à la faveur de la revue à mi-parcours du CPAP, le programme de coopération a été réaligné sur le nouveau Plan Stratégique 2018-2021 et l'agenda 2030.

CJ5.1: Les objectifs du CPAP ainsi que sa mise en œuvre reflètent la prise en compte des priorités du plan stratégique de l'UNFPA en matière de ciblage des groupes défavorisés et vulnérables dans les CPAP et PTA grâce à la collaboration avec les institutions publiques et la société et à la systématisation du renforcement des capacités nationales pendant la période de la mise en œuvre du programme. De plus, il existe des activités spécifiques dédiées à la dimension jeunesse dans le CPAP et PTA et plusieurs activités de promotion de la coopération sud-sud.

L'appui fourni par l'UNFPA à Madagascar aux partenaires respecte les orientations du plan stratégique 2014-2017 dans le choix des groupes vulnérables les plus défavorisée par le truchement du partenariat étroit avec les services techniques des ministères et la société civile. Par ailleurs, à la faveur de la revue à mi-parcours du CPAP, le programme de coopération a été réaligné sur le nouveau Plan Stratégique 2018-2021 et les objectifs de développement durable de l'agenda 2030. Les PTA 2018 ont fait le focus sur les trois résultats transformateurs. L'UNFPA a travaillé avec les institutions publiques et la société civile pour que ces derniers puissent prendre en compte les besoins de 4 domaines y compris l'humanitaire dans leurs PTA respectifs. Les interventions planifiées dans les PTA ciblent spécifiquement les groupes vulnérables et marginalisés d'une manière priorisée malgré que les personnes en situation d'handicap ne fussent pas ciblées de façon spécifique. Et, le développement de capacités a été l'élément clé du programme et est traduit à travers l'ensemble des stratégies des différents produits des effets.

Dans le volet SSR, c'est à travers la prise en compte des femmes victimes de fistules obstétricales, les femmes situées dans des zones très éloignées et enclavées, les femmes très pauvres et désavantagées et aussi celles en situation d'urgences. Dans le volet Egalité des sexes et autonomisation des femmes, les groupes les plus vulnérables et désavantagés sont les victimes de tous types de violences et de crises humanitaires, les femmes victimes de fistules obstétricales, les femmes marginalisées, les jeunes en milieu rural. En ce qui concerne la dimension jeune, à travers l'opérationnalisation des centres conviviaux à leur intention aussi bien en milieu rurale (espaces jeunes) qu'urbain (maison des jeunes), l'appui à la mise en place de l'éducation sexuelle complète, l'appui à l'opérationnalisation d'un réseau de jeunes ambassadeurs est une marque d'un soutien intensif à la jeunesse défavorisée.

Durant la période 2015-2018, l'UNFPA a renforcé sa participation dans la coopération Sud-Sud par la transmission des connaissances a permis de combler les lacunes en reliant la demande et l'offre de compétences techniques, de données d'expérience et de technologies conformément au Plan Stratégique 2014-2017.

Dans le cadre de la composante SSR, des activités ont été entreprises entre autres la collaboration entre l'UNFPA et le PAM pour l'approvisionnement d'aliments crus aux femmes hospitalisées pour la réparation des fistules obstétricales. Enfin, le programme a mobilisé des fonds CERF et des fonds de la Principauté de Monaco/Andorre pour le programme humanitaire commun PAM-UNFPA dans le sud de Madagascar. Hormis ces efforts, l'UNFPA a appuyé plusieurs autres initiatives dont quelques-unes relatives à :

- La formation de six équipes de chirurgie et 10 chirurgiens malgaches en technique de chirurgie de FO avec l'Université de Dakar.
- La signature des partenariats avec le Ministère de la Santé, de Faculté de Médecine de Dakar, Mercy Ships, Operation Fistula Foundation, WFP, chirurgien international, les ONG locales et la communauté pour la réalisation de campagnes sur les FO.

En matière de Dynamique de population, la coopération Sud-Sud a été d'une importance capitale non seulement pour renforcer les capacités techniques de l'INSTAT par l'ANSD dans la mise en œuvre de cartographie censitaire mais également pour réduire de façon considérable les ressources nécessaires pour la réalisation du RGPH3. Et, les étudiants malgaches pris en charge par l'UNFPA ont été formés au Cameroun et à Abidjan (8 à l'IFORD et 1 à l'ENSEA) et chaque année 02 (deux) enseignants de l'ENSEA d'Abidjan pris en charge par l'UNFPA viennent à Madagascar pour la formation des 50 étudiants de l'INFA (Ecole Statistique).

Les personnes partenaires techniques et de mise en œuvre ainsi que les bénéficiaires interviewés ont témoigné que ces échanges ont été fructueux et sources de d'innovations.

QE6 : Dans quelle mesure le bureau pays de l'UNFPA à Madagascar a-t-il contribué au fonctionnement du mécanisme de coordination de l'équipe pays des Nations Unies : le programme est-il aligné à l'UNDAF, et l'UNFPA coordonne-t-il les activités des autres Agences des Nations Unies dans le pays dans le cadre du Delivering As One pour une unité dans l'Action ?

Résumé de la réponse

L'UNFPA contribue au développement à la mise en œuvre de l'UNDAF, à la coordination des interventions de SNU dans le cadre de Delivering as One par la participation effective et dynamique à plusieurs groupes et sous-groupes thématiques depuis de 2015 à nos jours. D'abord, tous les produits du CPAP ont été alignés aux effets de l'UNDAF de façon systématique. Cependant, cette coordination n'est pas visible entre les points focaux qui œuvrent pour les différentes agences du SNU au niveau du Ministère de la jeunesse. Les interventions sur l'état civil, le SNISE et la coordination n'ont pas par contre conduit à la recherche de complémentarités avec les autres agences du SNU. Le mécanisme de coordination globale et multisectorielle des partenaires au développement du 7ème programme est présidé par le MEP au niveau central et dans les trois régions de concentration d'interventions. Celui-ci constitue un point fort car il renforce la crédibilité et la visibilité, et permet des échanges stratégiques et opérationnels.

Le bureau de l'UNFPA a fait des efforts pour assurer qu'il n'y ait pas de duplications dans les actions avec les autres agences du SNU, par ailleurs la synergie des actions surtout en matière de jeune et santé de la reproduction nécessite encore des améliorations.

CJ6.1 : Le bureau de l'UNFPA Madagascar a activement contribué à la mise en œuvre de l'UNDAF de façon à aligner chacun de ses produits de son programme pays. Et, il a participé à la coordination des interventions de SNU dans le cadre de « Delivering As One » et aux groupes de travail et à des initiatives conjointes dans le cadre de l'UNCT, autant comme membres que leader des groupes de travail.

L'UNFPA a contribué de manière effective au bon fonctionnement du système des Nations Unies à Madagascar. En effet, il a participé à plusieurs groupes et sous-groupes thématiques depuis l'année 2015. Le fonds a assuré la présidence en 2015 du groupe de gestion et de coordination c'est-à-dire le Programme Management Team (PMT) en 2015 et a assuré aussi la vice-présidence dans les groupes de gestion et de coordination (UNCG et UN Communication Suivi et Evaluation en 2017 et 2018). Le rôle de l'UNFPA a été particulièrement déterminant au sein des groupes thématiques en matière d'appui aux jeunes en assurant la présidence durant quatre années du programme en 2015, 2016, 2017 et 2018. Le constat est le même pour l'Egalité des sexes et autonomisation des femmes au cours duquel l'UNFPA a assuré aussi la présidence pendant trois années successives en 2016, 2017 et 2018. L'UNFPA a aussi pris part aux trois Groupes Effet de l'UNDAF. Les partenaires ont reconnu cette participation importante de l'UNFPA dans le fonctionnement du SNU par l'effort de complémentarité et synergie d'action. L'UNFPA a également pris part de façon active au groupe technique de travail sur la santé maternelle et néonatale créé à la suite du lancement de l'initiative H4+ à Madagascar (devenu actuellement initiative H6+). Sur le plan de la coordination et de la complémentarité dans le domaine de la SSR, les partenaires interviewés ont révélé que l'UNFPA et l'OMS interviennent de manière coordonnée et complémentaire en matière de santé maternelle et néonatale. Toutefois, lors des discussions avec les partenaires étatiques et certains bénéficiaires, il a été apparu qu'il manquait une

coordination entre les points focaux qui œuvrent pour les différentes agences du SNU au niveau du Ministère de la jeunesse (exemple : UNICEF et UNFPA). Par ailleurs, les mêmes partenaires ont remarqué aussi l'absence continue de certaines ONGs et des agents techniques des autres ministères étatiques aux diverses réunions. Dans la composante Egalité des sexes et autonomisation des femmes, les collaborateurs interviewés pensent que l'UNFPA a des compétences nécessaires en matière de genre et a atteint des résultats satisfaisant à travers ses interventions, néanmoins les interlocuteurs des autres agences du SNU souhaitent qu'il ait un partage d'informations sur l'état d'avancement des projets, lors des réunions des chefs d'agence pour une synergie des interventions. Dans la composante Dynamique de population, les interventions de l'UNFPA n'ont pas conduit à la recherche de complémentarités avec les autres agences du SNU, surtout en ce qui concerne l'état civil, le SNISE et la coordination. Par contre, des synergies au cours de la réalisation du RGPH3 ont donné de bons résultats au déroulement du processus. Après entretiens avec les autres agences du SNU et les partenaires étatiques, des synergies potentielles de l'UNFPA avec le PNUD et l'UNICEF peuvent donner lieu à un appui conséquent au SNISE, l'état civil, le dividende démographique, la lutte contre les VBG et la production et intégration des données statistiques dans les politiques publiques et stratégies de développement.

UNFPA a participé également à plusieurs autres projets conjoints : l'un sur la Réforme du Secteur de la Sécurité (RSS) qui de par son mandat elle est l'agence qui travaille sur les questions de violences basées sur le genre (VBG); et l'autre sur l'instauration du dialogue communautaire en mettant en place des mécanismes endogènes, en renforçant les moyens de subsistance et en favorisant le changement de comportement en faveur de la paix. Dans ce dernier projet l'UNFPA de par son mandat est l'agence qui travaille sur les questions de promotion de la SRAJ et de l'Egalité des sexes et autonomisation des femmes.

Le Ministère de l'Economie et du Plan (MEP) est le principal responsable de la coordination du 7ème programme. Il assure aussi la coordination globale et multisectorielle des partenaires au développement (CPAP 2015-2019) et de l'ensemble des agences du SNU dans le cadre des objectifs de développement durable (ODD) et du « Delivering As One » (DAO) et la cohérence des actions dans le cadre du Plan National de Développement de Madagascar. L'UNFPA a appuyé la mise en place de ce mécanisme de coordination présidé par le MEP au niveau central et dans les trois régions de concentration d'interventions. Cette coordination multisectorielle n'est pas seulement stratégique mais elle est aussi opérationnelle si bien qu'elle organise des descentes trimestrielles sur le terrain avec l'UNFPA pour le suivi de la mise en œuvre des activités hormis la tenue régulière de ses réunions. Grâce à ce mécanisme, il existe chaque année des PTA harmonisés et auprès de chaque partenaire qui sont systématiquement revue pour améliorer la planification, l'harmonisation des interventions et l'optimisation des ressources. Les régions ne disposent cependant pas de leur PTA propres signés avec l'UNFPA mais suivent le PTA des ministères au niveau central. Cela entraîne une priorisation financière et des activités du niveau central qui ne permet pas de faire des choix objectifs au niveau des régions d'intervention. De plus, la coordination des activités avec les responsables régionaux des IPs et personnel technique des ministères n'est pas très perceptible dans le suivi de proximité des interventions. Le manque de délégation de pouvoir du Gouvernement du niveau central vers le niveau régional ne facilite pas la mise en œuvre des activités sur le terrain car très souvent l'approbation des PTA des directions régionales par le niveau central prend beaucoup de temps. Tout comme, le niveau central réduit le volume d'activités inscrit dans les PTA des régions pour des raisons budgétaires souvent non partagées. Par conséquent, cela réduit l'efficacité des interventions régionales et ce, d'après l'analyse documentaires et les interviews avec les partenaires d'exécution.

Le mécanisme de coordination mise en place de l'équipe pays des Nations Unies constitue un point fort car il renforce leur crédibilité et leur visibilité. De plus, ce cadre de coordination permet des échanges pour avoir des accords en termes stratégiques et opérationnels, permet aussi une mobilisation des ressources. Elle garantit aussi une plus grande visibilité des Nations Unies dans son ensemble et constitue un puissant outil de mobilisation des ressources auprès des bailleurs de fonds.

CJ6.2 : Le bureau de Madagascar a contribué à éviter les duplications et a promu les synergies dans le cadre de l'UNCT

L'UNFPA a participé activement dans l'élaboration de l'UNDAF. La planification familiale, la santé maternelle, l'offre de service de santé de la reproduction des adolescents sont tous figurés dans l'UNDAF comme priorité dans les actions du Système des Nations Unies dans le cadre de développement du pays.

En SR, cinq interventions sont réalisées en collaboration avec d'autres agences du SNU. Il s'agit de la formation et équipement des centres SONU ; le dépistage de cancer de col; la formation sur la SDMR; l'appui aux centres de santé amis des jeunes et aux structures pour les jeunes et prévention et prise en charge des femmes victimes des violences basées sur le genre.

Les interventions de l'UNFPA en matière de jeunes et adolescents n'ont pas eu des synergies avec l'UNICEF et donc certaines duplications se sont faites. Les interventions du PNUD et de la Banque mondiale auprès de l'INSTAT et du Ministère de l'Economie et de la Planification étaient complémentaires à ceux de l'UNFPA.

Tenant compte de ces faits, des efforts seront encore à déployer pour assurer que les actions de l'UNFPA avec les autres agences soient en complémentarité et pour éviter la duplication surtout dans le domaine de la jeunesse tenant compte des mandats respectifs de chaque agence.

4.6 CAPACITE DE REPONSE

QE7 : Dans quelle mesure le bureau pays a-t-il été capable de répondre aux changements intervenus dans le contexte de Madagascar par rapport aux besoins et aux priorités nationales ?

Résumé de la réponse :

Le bureau pays a fait preuve de flexibilité face aux changements dans le contexte national aux changements de personnel au niveau des principaux Ministères partenaires d'exécution aussi bien les personnels de gestion que les points focaux de l'UNFPA dans les structures étatiques par la mise en place de mécanismes de coordination et l'adaptation des PTA. De façon dynamique, les besoins des jeunes ont été pris en compte dans les interventions en situation d'urgences pendant les cyclones, inondations et sécheresse et une rapidité de réaction technique et organisationnelle de l'UNFPA a été apporté pour sauver des vies. Le contenu des PTA de la composante Dynamique de population a fortement évolué d'une année sur l'autre pour tous les partenaires d'exécution.

CJ7.1: Le bureau pays a fait preuve de flexibilité face aux changements dans le contexte national au niveau du fonctionnement de l'état et des facteurs liés aux changements climatiques. Cette flexibilité était dynamique à travers les activités et outils de planification et de suivi.

Le bureau pays a démontré une flexibilité pour aux changements intervenus dans le contexte politique de Madagascar particulièrement face aux effets post-crise. L'UNFPA a dû faire face aux divers changements de personnel au niveau des principaux Ministères partenaires d'exécution aussi bien les personnels de gestion que les points focaux de l'UNFPA dans les structures étatiques. La mise en place des mécanismes de coordination multisectorielle et le développement des stratégies de renforcement de capacités ont été des stratégies d'adaptation efficaces. Les partenaires interviewés ont fait savoir que ces stratégies assurent une continuité des activités. Au travers des réunions de planification et de revue des interventions organisées dans les mécanismes de coordination, les PTAs sont adaptés aux besoins des populations. Et cette flexibilité est prévue dans le CPAP : « Chaque année, le Gouvernement et l'UNFPA signeront les plans de travail annuels (PTA)... En cas d'urgence, l'UNFPA peut, en concertation avec le Gouvernement, reprogrammer les activités afin de répondre aux problèmes qui surviennent, en particulier pour des mesures visant à sauver des vies.»⁴².

⁴² CPAP 2014-2019, page 19

C'est ainsi que dans la composante SSR, l'UNFPA a continué à collaborer avec le secteur public, en particulier avec le ministère de la santé tant avec le personnel stratégique et qu'opérationnel. Dans l'Effet 2, les besoins des jeunes ont été pris en compte dans les interventions en situation d'urgences car les jeunes leaders humanitaires ont sensibilisé leur pair sur l'hygiène corporelle et la sensibilisation à faire la planification familiale. Lors des discussions avec les partenaires d'exécution, il a été soulevé la rapidité de réaction de l'UNFPA pour sauver des vies lors des urgences humanitaires. En fait, ces changements se sont révélés adaptés aux nouveaux besoins identifiés.

L'UNFPA a été capable de s'adapter rapidement lors des urgences humanitaires. En effet, concrètement, lors du cyclone ENAWO, l'UNFPA a pu assurer l'assistance aux victimes du cyclone ENAWO en matière de consultation, accouchement et opération césarienne, offrir des services SSR/PF à travers les équipes sanitaires mobiles. Dans les zones affectées par le cyclone ENAWO, un appui est apporté par les aides aux sinistrés au travers les mécanismes communautaires contre les VBG, c'est à dire l'appui psychosocial, juridique et médical aux victimes des VBG dans quelques districts, la mise en place des sous clusters pour la lutte contre les VBG national et régionaux (SAVA, Atsimo Andrefana, Ambovombe), le renforcement des capacités dans la collecte des données sur les VBG de 30 institutions puis identification de 7 lieux de prise en charge en situation humanitaire.

Aussi, lors de l'épidémie de peste en 2017, l'UNFPA appuyé le pays rapidement en envoyant 4 médecins et 30 sages-femmes contractuelles pour riposte sanitaire face à l'épidémie de peste au niveau de 4 districts les plus affectés, la dotation de « Kit-SR d'urgence » au niveau de 2 centres hospitaliers de référence du district et 1 centre hospitalier d'urgence. L'UNFPA a procédé aussi à une enquête rapide de l'impact de la peste sur les services de santé reproductive à Antananarivo et à Toamasina. Et pour la prise en compte de besoins des jeunes et de l'intensification des VBG dans les interventions relatives à la lutte contre les violences basées sur le genre en situation humanitaire, il y avait la mise en place des sous-clusters VBG, des femmes et jeunes leaders communautaires formés en Genre, en VBG (y compris pendant la crise humanitaire). Dans le cadre de l'Effet 4, Le bureau de pays a démontré une grande flexibilité pour adapter le contenu de la composante Dynamique de population aux effets post-crise car le plaidoyer fort pour l'acceptation du Gouvernement à réaliser le RGPH3 et la mise à jour du décret puis du manuel opérationnel du SNISE. De plus, le contenu des PTA de la composante Dynamique de population 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 et celui de l'INSTAT pour la réalisation du RGPH3. Tout ceci traduit la flexibilité de l'UNFPA à s'adapter à chaque situation selon le contexte national.

QE8 : Dans quelle mesure le bureau pays de l'UNFPA à Madagascar a-t-il été capable de répondre aux changements causés par des facteurs externes dans un contexte de pays en développement pendant la période de mise en œuvre du 7^{ème} Programme Pays ?

Résumé de la réponse

L'UNFPA s'est montrée flexible face aux changements causés par des facteurs externes à Madagascar. Les changements externes au programme sont les nouvelles orientations politiques auquel le Bureau pays de l'UNFPA devrait s'aligner ainsi qu'au nouveau Plan Stratégique de l'UNFPA 2018-2021. Suite à des micro-évaluations, certaines modalités de paiement des partenaires de mise en œuvre ont évoluées.

CJ8.1 Le bureau pays a été capable de répondre aux changements causés par des facteurs externes aux programmes tels que les nouvelles orientations politiques, les recommandations des audits sur les modalités de paiements des acteurs, l'adoption en septembre 2017 du nouveau Plan Stratégique de l'UNFPA 2018-2021 et les recommandations de l'évaluation à mi-parcours.

L'UNFPA s'est montrée flexible face à l'introduction par le pays du volet Couverture sanitaire universelle (CSU) durant la période du 7^{ème} programme pays qui était imprévisible au début du programme. Par ailleurs, le programme a fait l'objet d'une revue à mi-parcours en 2017 et par la suite a été aligné avec le nouveau plan stratégique 2018-2021 afin de s'y aligner au nouveau plan stratégique pour contribuer à atteindre les 3 résultats transformateurs. Des nouvelles directives ont été ainsi adaptées par le bureau pays pour réorienter davantage les interventions

Suite aux recommandations de la revue à mi-parcours, le bureau a montré sa flexibilité dans le changement de modalités de paiement des partenaires de mise en œuvre. Et ainsi, l'UNFPA a procédé à une micro évaluation en 2017 et a pu recruter de nouveaux les partenaires de mise en œuvre selon leur performance. Ainsi, certains partenaires d'exécution ont changé de modalités de paiement passant de la modalité directe à la modalité avance. Ils ont manifesté leur satisfaction auprès de l'UNFPA eu égard à cette capacité de s'adapter aux contextes et aux changements. De plus, un panier d'indicateurs a été mis en place faisant suite à la recommandation de la revue à mi-parcours, ce qui a permis une réactualisation du cadre de résultats et des ressources ainsi que la matrice de suivi et évaluation avec tous ses corollaires (cibles des indicateurs de produit).

4.7 VALEUR AJOUTEE

QE9 : Dans quelle mesure les résultats observés dans les différentes composantes du programme pays auraient-ils pu être obtenus sans le soutien de l'UNFPA ?

Résumé de la réponse

L'UNFPA présente plusieurs avantages comparatifs dans les 4 domaines thématiques. Et cela aussi bien sur le plan stratégique qu'opérationnel. La contribution qu'elle apporte au développement et à la mise en œuvre des programmes et projets conjoints est particulièrement appréciée par les autres agences du système NU. La perception des valeurs ajoutées de l'UNFPA par le gouvernement, la société civile et des autres partenaires de développement est élevée.

CJ9.1: L'UNFPA a ses avantages comparatifs et apporte un appui spécifique qu'aucune autre institution ne pourrait fournir dans divers domaines, particulièrement dans la défense des populations vulnérables et toujours prête à répondre aux besoins des groupes vulnérables et marginalisés et lors des urgences humanitaires avec une attention particulière accordée aux jeunes et adolescents.

L'UNFPA est seul à apporter un appui spécifique qu'aucune autre institution ne pourrait fournir dans divers domaines. Il s'agit notamment de sa grande capacité de dialogue et de plaider pour élever plus haut les objectifs de la CIPD et du Dividende Démographique en vue de leur prise en compte dans le développement économique et social, de son leadership incontesté dans la lutte contre les FO et les VBG, de son leadership en matière de SRAJ, de sa grande expertise dans la collecte et l'analyse des données.

Un autre avantage comparatif du fonds, et non des moindres, c'est le renforcement de la durabilité institutionnelle en apportant son soutien au développement des capacités, particulièrement dans le secteur public et dans le domaine de la disponibilité des produits de santé de la reproduction, de la logistique et de la formation.

De plus, l'UNFPA est la seule institution qui contribue prioritairement à soigner l'image de la sage-femme et à transformer la profession, pour qu'elle soit bien vécue, bien exercée et bien valorisée. Il est aussi à noter sa grande capacité de dialogue et de plaider, et son intervention dans l'humanitaire tout cela marqué par son mécanisme de coordination des acteurs.

Par ailleurs l'UNFPA apporte un appui spécifique qu'aucune autre institution ne pourrait fournir dans la défense des populations vulnérables et toujours prête à répondre aux besoins des groupes vulnérables et marginalisés et lors des urgences humanitaires avec une attention particulière accordée aux jeunes et adolescents.

Néanmoins, il est à noter que l'inexistence de stratégie de retrait de l'UNFPA ne permet pas d'avoir des conclusions et de mesure des résultats observés dans les différentes composantes du programme pays qui auraient pu être obtenus sans le soutien de l'UNFPA.

QE10 : Dans quelles mesures l'appui du 7^{ème} programme pays de l'UNFPA à Madagascar a-t-il apporté des avantages aux résultats d'autres interventions des acteurs de développement ?

Résumé de la réponse

UNFPA à travers son appui du 7^{ème} programme à Madagascar a démontré une expertise reconnue et des avantages comparatifs certains dans les 4 composantes du programme aux résultats d'autres interventions des acteurs de développement car ses interventions les sont complémentaires pour les parties prenantes (ministère de la justice, ministère de la santé publique, ministère de la police, les ONG, les Fokontany...).

CJ10.1: L'appui du L'UNFPA apporte des avantages aux résultats d'autres interventions des acteurs de développement en démontrant une expertise reconnue et des avantages comparatifs certains dans les 4 composantes du programme par les progrès réalisés au niveau national dans les domaines de la santé maternelle, la planification familiale, la prise en compte de la dynamique de population, les données sociodémographiques y compris données sur les violences sexuelles, et priorité accordée aux adolescents et jeunes.

L'UNFPA apporte des avantages aux résultats d'autres interventions des acteurs de développement par le biais de l'effet 3 de l'UNDAF 2015- 2019. Ces avantages sont bien visibles par le choix des populations dans les zones d'intervention, particulièrement les groupes vulnérables qui accèdent et utilisent maintenant des services sociaux de base pérennes et de qualité.

En matière de Santé Sexuelle et Reproductive, L'UNFPA a contribué à la réalisation de plusieurs interventions dans le secteur de la SSR. Il s'agit par exemple de la mise en place du cadre d'opérationnalisation et le dispositif de suivi de la mise en œuvre des priorités du PDSS 2015-2019 (PMO/PDSS) avec la constitution de pool d'encadreurs de 67 cadres pour appuyer le suivi et la mise en œuvre des priorités jusqu'au niveau des districts et un système d'évaluation fonctionnel.

Plusieurs autres avantages comparatifs peuvent être cités. Il s'agit entre autres :

- La position de l'UNFPA en matière de SSR 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 en égard aux initiatives entreprises avec les sages-femmes dans les interventions de ce programme.
- L'UNFPA est le seul fond qui appuie financièrement la lutte contre les fistules obstétricales durant la période de mise en œuvre du programme. De plus, il est le principal fond qui appuie l'achat des contraceptifs et des intrants en matière de planification familiale. Les interventions sur la lutte contre les fistules obstétricales avec les réparations sont gratuites grâce à l'UNFPA et des centres modèles en Planification familiale ont pu être mis en place.

En matière de Jeunes et Adolescents, en plus de son leadership sur le dividende démographique, la promotion de la stratégie des jeunes ambassadeurs dans la prévention des grossesses à l'école, l'UNFPA est l'un des rares acteurs apporté son appui aux **espaces jeunes en milieu rural**.

En matière d'Égalité des sexes et autonomisation des femmes, l'UNFPA est la principale agence qui s'engage à la lutte contre les VBG dans le SNU de façon holistique. Il promeut la prise en charge des VBG et des femmes victimes de fistules obstétricales. Il a mis en place les plateformes et les sous-clusters VBG en situation humanitaire, appuyer les CECJ, la prise en charge et la réinsertion socioéconomique des femmes victimes de VBG et des FVFO dans leurs communautés.

En matière de Dynamique de population, le rôle de l'UNFPA est important à travers son plaidoyer pour la réalisation du RGPH3 et les résultats obtenus. L'UNFPA joue un rôle central dans la réalisation de grandes enquêtes. Aussi, le bureau pays a une grande capacité de dialogue et de plaidoyer pour élever plus haut les objectifs de la CIPD y compris ceux l'agenda sur le dividende démographique. L'existence du mécanisme multisectoriel fonctionnel de coordination entre les partenaires étatiques et de la société civile avec l'appui de l'UNFPA a favorisé l'organisation des missions de supervision participative des interventions au niveau régionale qui permettent de prendre les mesures correctrices endogène (venant des partenaires de mise en œuvre). L'UNFPA est l'un des seuls fonds qui a appuyé le système d'enregistrement et de statistiques de l'État civil dans les trois régions de concentration des interventions à Madagascar durant la durée du programme d'après les autorités étatiques.

CHAPITRE 5 : CONCLUSIONS

5.1.NIVEAU STRATEGIQUE

Conclusion 1 (C1)

C.1	Niveau de priorité : 1	Origine : QE1, QE6, QE7	Recommandation associée : R.1
<p>Les données statistiques relatives à chaque composante au niveau national sont présentes dans les deux principaux documents stratégiques de l'UNFPA dont le CPD et le CPAP. La sélection de trois régions de concentrations (Androy, Atsimo Andrefana, Vatovavy Fitovinany) a été basée sur les indicateurs spécifiques des régions en matière de population et a été bien documentée malgré que les données spécifiques regionales soient absentes dans les documents CPD et CPAP.</p> <p>Les besoins des populations malgaches, en particulier des groupes vulnérables, ont été pris en compte lors de la planification de façon globale au travers l'analyse situationnelle faite de façon participative en se basant sur les données statistiques nationales en matière de population et développement. De même, Le CPAP a sélectionné les régions de concentration des interventions du 7ème Programme Vatovavy Fitovinany, Androy et Atsimo Andrefana vu la pauvreté dans ces régions.</p>			

Conclusion 2 (C2)

C.2	Niveau de priorité : 1	Origine : QE1, QE2, QE4, QE10,	Recommandation associée : R.2
<p>Le bureau pays a une grande capacité de dialogue et de plaidoyer auprès du Gouvernement de Madagascar et des institutions et autres partenaires de développement.</p> <p>L'UNFPA a joué des rôles important en terme de dialogue et de plaidoyer pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● L'adoption et la mise en œuvre des Loi SR/PF. ● L'institutionnalisation du Monitoring SONU et de la prise en compte des besoins spécifiques des bénéficiaires vulnérables. ● La réponse médicale apportée, psychologique et socio-économique aux femmes victimes de fistules obstétricales. ● Les réponses humanitaires adaptées aux besoins des bénéficiaires en termes de nombre et 			

adaptation situationnelle.

- La rédaction, et le suivi de la révision de l'avant-projet de loi VBG.
- La sensibilisation des acteurs politiques et de développement pour la prise en compte du Dividende démographiques dans les questions de développement.
- L'acceptation et la réalisation du RGPH3. La mise à jour du manuel opérationnel de SNISE. La production du manuel d'opérationnalisation pour l'intégration des données dans les politiques et stratégies de développement. Il s'agit du manuel pratique d'intégration des données dans les politiques et stratégies de développement à Madagascar.

Conclusion 3 (C3)

C.3	Niveau de priorité : 1	Origine : QE1, QE2, QE4, QE10,	Recommandation associée : R.2
L'UNFPA a démontré une réelle valeur ajoutée dans les quatre composantes de son programme. En matière de SSR, l'UNFPA contribue en outre, de manière significative par à l'approvisionnement du pays en contraceptifs, dans la prise en charge des FVFO et dans ses interventions en faveur des jeunes surtout en milieu rural. En matière d'Egalité de sexes et autonomisation des femmes par l'appui médicale, psychologique et socio-économique aux femmes victimes de fistules obstétricales et celles victimes de VBG. En matière de Jeunes et Adolescents, la valeur ajoutée a été démontrée par l'appui aux espaces et maisons des jeunes en milieu rural en offrant un paquet de service ; puis dans la dynamique de populations par l'appui à l'intégration des données, à l'opérationnalisation du SNISE et la réalisation du RGPH3.			

Conclusion 4 (C4)

C.4	Niveau de priorité : 2	Origine : QE2, QE3	Recommandation associée : R.3
L'absence d'un plan de ressources humaine au niveau du CPAP qui couvre toutes les composantes de façon individuelle dans les trois régions d'intervention limite de façon considérable l'efficacité des actions. La coordination des activités avec les responsables régionaux des IP et personnel technique des ministères n'est pas très perceptible dans le suivi de proximité des interventions.			

Conclusion 5 (C5)

C.5	Niveau de priorité : 2	Origine : QE2, QE6	Recommandation associée : R 4
La stratégie de décentralisation des activités est non effective ou inefficace car les PTA sont signés au niveau de la capitale et cela entraîne une priorisation financière et des activités qui ne permettent pas de faire des choix objectifs au niveau des régions d'intervention. Les régions ne disposent pas de leur PTA propres signés avec l'UNFPA mais suivent le PTA des ministères au niveau central. Par conséquent, le manque de délégation de pouvoir du Gouvernement du niveau central vers le niveau régional ne facilite pas la mise en œuvre des activités opérationnelles à cause des durées trop longues d'approbation des plans de travail des Directions régionales par le Niveau centrale. Le niveau centrale réduit aussi le volume d'activité des régions pour des raisons budgétaires peu expliquées et cela réduit l'efficacité des interventions régionales.			

5.2. NIVEAU PROGRAMMATIQUE

5.2.1 Santé de la reproduction/ Planification familiale

Conclusion 6 (C6)/ SR 1

C.6	Niveau de priorité : 1	Origine : QE2, QE10	Recommandation associée : R.5
L'UNFPA s'est beaucoup investi en matière de renforcement des services de SONU mais l'appui global aux maternités demeure insuffisant pour obtenir les changements souhaités. Beaucoup			

d'actions sont concentrées sur la réparation de la fistule obstétricale et non la prévention.

La Santé Sexuelle et Reproductive constitue l'essentiel des dépenses du CPAP 2015-2017 soit 69% pour un montant global de 13 024 452 \$US. Dans cette répartition, la réparation des femmes victimes des fistules occupent une part importante. Les activités de prévention des fistules et de sensibilisation restent en marge. Malgré les efforts entrepris, d'une manière générale, le taux de mortalité maternelle demeure stationnaire. Le taux d'accouchement dans les formations sanitaire reste peu élevé suite à une faible qualité de soins et a une faible accessibilité des femmes surtout les plus enclavées y compris en situation d'urgence humanitaire, et la prise en charge holistique des femmes victime de FO reste un problème.

Conclusion 7 (C6)/ SR 2

C.7	Niveau de priorité : 1	Origine : QE2, QE4, QE10	Recommandation associée : R.6
L'UNFPA reste le principal promoteur en planification familiale à Madagascar et a apporté son appui dans tous les domaines surtout en approvisionnement en intrants en particulier à part son appui dans la qualité et quantité de soins ouvert et la loi PF.			
L'appui et la valeur ajoutée de l'UNFPA reste remarquable au regard des résultats escomptés en SSR/PF. Ainsi, même si le taux de prévalence contraceptive a augmenté, les besoins non satisfaits demeure élevé, l'utilisation de méthode de longue durée tel que le DU reste encore très faible qualité des services est faible, les normes sociales défavorables à la PF sont persistantes.			

5.2.2 Jeunes et adolescents

Conclusion 8 (C8)/ JA 1

C.8	Niveau de priorité : 1	Origine : QE2, QE4	Recommandation associée : R.7
L'appui de l'UNFPA a permis de renforcer l'accès des jeunes même en milieu rural aux informations liées à leurs santé sexuelle et reproductive			
La sensibilisation par les jeunes pairs éducateurs, les ambassadeurs ont apporté un effet positif chez leurs pairs en matière de changement comportement ; l'éducation sexuelle a porté ses premiers fruits. Cependant, malgré les stratégies déjà entreprises à l'intention des Adolescents et des Jeunes, l'accès des jeunes aux services de qualité ainsi que leur implication aux différentes interventions est encore faible. Et l'éducation sexuelle n'est pas accessible pour tous y compris pour les adolescents et les jeunes en situation humanitaire.			

5.2.3 Egalité des sexes et autonomisation des femmes

Conclusion 9 (C9)/ ES AF 1

C.9	Niveau de priorité : 1	Origine : QE.4	Recommandation associée : R.8
L'UNFPA contribue à l'élimination des VBG et a préconisé des mesures de protection pour les victimes, en appuyant la mise à disposition d'une loi spécifique de lutte contre les VBG et la vulgarisation effective des lois relatives aux VBG auprès de la population et des intervenants dans les régions d'intervention.			
L'UNFPA contribue à vulgariser les textes réglementaires relatifs aux droits humains notamment au genre. L'UNFPA a appuyé les analyses des lacunes sur les textes existants pour en avoir le recueil de textes sur les VBG aboutissant à une version préliminaire du projet de loi sur la lutte contre les VBG ainsi qu'un document de stratégies de plaidoyer pour l'adoption du projet de ces lois. L'UNFPA a contribué à l'appui de tous les processus jusqu'au stade actuel d'avant-projet de lois spécifiques sur la lutte contre les VBG. Un plaidoyer plus poussé s'avère nécessaire pour l'avancement à l'adoption de			

la loi spécifique avant de la vulgariser.

Conclusion 10 (C10)/ ESAF 2

C.10	Niveau de priorité : 2	Origine : QE4, QE10	Recommandation associée : R.9
L'UNFPA contribue à l'élimination des VBG, y compris en situation humanitaire, en améliorant la qualité de services de CECJ- une structure de prise en charge des victimes de VBG, en appuyant les plates-formes de coordination, et en soutenant davantage la prise en charge des victimes des VBG et de FVFO.			
L'UNFPA a appuyé l'opérationnalisation des CECJ par le biais du MPPSPF en prenant en charge 19914 victimes de VBG incluant celles victimes des situations humanitaires (physiques, sexuelles, psychologiques, économique). Les missions effectives des CECJ sont une évidence pour la prévention des actes de VBG ainsi que la protection des survivants. Les mécanismes de coordination au niveau national et régional sont peu fonctionnels et ne suscitent pas une implication des autres acteurs de développement pour la réponse et la prévention des victimes de VBG et de FVFO. De même, il manque la mise en place d'une stratégie de pérennisation et la participation effective à la réinsertion socioéconomique des victimes de VBG et de FVFO.			

Conclusion 11 (C11)/ ESAF 3

C.11	Niveau de priorité : 3	Origine : QE4	Recommandation associée : R.10
L'UNFPA contribue à l'élimination des VBG, des pratiques néfastes notamment le mariage des enfants en milieu rural par la couverture des interventions dans les zones les plus vulnérables et difficiles d'accès ; et dans la méthode préventive par l'implication des jeunes garçons et hommes dans les régions de Sud particulièrement.			
La couverture des interventions est en cohérence avec les besoins identifiés et les priorités nationales car les cas de violence domestique dans les 3 régions sont élevés, (67,8% des femmes à Vatovavy Fitovinany, 40,2% à Androy et 39,1% à Atsimo Andrefana ont subi un type de violence). Les victimes de VBG de ces zones d'intervention sont prises en charge, mais la sensibilisation pour susciter l'augmentation de la fréquentation des CECJ aux victimes des zones très reculées est très limitée. Les réseaux d'hommes et de jeunes garçons ne sont pas assez utilisés dans la sensibilisation pour la prévention des VBG, et du mariage des enfants.			

5.2.4 Population et développement

Conclusion 12 (C12)/ PD 1

C.12	Niveau de priorité : 1	Origine : QE1, QE.3	Recommandation associée : R.9
L'UNFPA a mené plusieurs actions qui ont permis de rendre le SNISE opérationnel notamment la mise à jour du Décret N°2015-521 du 24 Mars 2015 modifiant et complétant certaines dispositions du Décret N° 2008-524 du 06 Juin 2008 sur le SNISE et la révision du manuel de procédure du SNISE, puis enfin plusieurs renforcements des capacités dont celui des 22 responsables de suivi-évaluation des régions. Cependant, les mécanismes de remontée des données ne fonctionnent pas de façon optimale pour alimenter le SNISE, SRISE, les fiches d'état civil et le besoin d'information des partenaires de développement.			
Les mécanismes d'intégration des données des SNISE (santé), VBG, Jeunes et SR dans les bases des données des Directions régionales de l'Economie et du Plan sont très faibles à cause de la faiblesse des mécanismes des remontés des données au niveau des Ministères qui éprouvent des difficultés techniques. Cette faiblesse se situe au niveau du dispositif constitué d'acteurs, d'outils et de méthodes qui			

interagissent à différentes étapes du processus de production de l'information que sont la collecte des données individuelles ou primaires ; l'agrégation, le stockage, le partage et l'analyse des données en fonction de chaque localité. Les publications de l'INSTAT et celle du SNISE sont peu nombreuses et leurs qualités est à améliorer.

Conclusion 13 (C13)/ PD 2

C.13	Niveau de priorité : 1	Origine : QE1, QE.3	Recommandation associée : R.9
<p>L'UNFPA a contribué à l'intégration de la dynamique de population, santé sexuelle et reproductive, égalité des sexes et autonomisation des femmes dans la planification de développement au niveau national, sectoriel, et régional au travers le renforcement des capacités des acteurs techniques du MEP et de l'INSTAT et la production d'un manuel pratique méthodologique. Les mécanismes d'intégration des données sont insuffisants et le personnel étatique change à cause de l'instabilité politique.</p>			
<p>Le renforcement des capacités des acteurs techniques du MEP et de l'INSTAT ont permis d'acquérir des capacités techniques pour mener des enquêtes et études sectorielles spécifiques. De même cette collaboration avec le MEP a permis de produire un manuel technique d'intégration des données dans les documents politiques et stratégiques du pays. Cependant, les capacités de ces acteurs ne sont pas souvent assez développées pour faire des publications. Et la stratégie de renforcement des capacités du personnel est maintenue à cause de leur qualité et changement fréquent dû à l'instabilité politique.</p>			

CHAPITRE 6 : RECOMMANDATIONS

6.1.Recommandations stratégiques

Recommandation 1 (R1)

R.1	Niveau de priorité : 1 Destinataire(s) : bureau de pays	Origine : C.1, C.2, C.10, C.11, C.12
Recommandation	<p><i>Développer un « business case » robuste spécifique pour chaque domaine des 3 résultats transformateurs pour l'élaboration du prochain programme de pays, y compris le pacte d'engagement.</i></p> <p><i>Prendre en compte les données statistiques situationnelles relatives à chaque composante stratégique (et résultats transformateurs) et celles des régions d'intervention du 8^{ème} programme pays lors de la planification. Cela permettra de mieux suivre et évaluer l'incidence des interventions sur les indicateurs au niveau dans ces zones.</i></p>	
Implications opérationnelles	<p>Introduire lors de l'analyse de la situation des indicateurs spécifiques des régions ciblées par le programme lors de la conception du programme, afin de disposer davantage des besoins spécifiques de chaque région et par conséquent de mieux orienter le choix des zones .</p>	

Recommandation 2 (R2)

R.2	Niveau de priorité : 1 Destinataire(s) : bureau de pays	Origine : C.1, C.2, C.3, C.4, C.5, C.6, C.7, C.8, C.9, C.10, C.11, C.12
Recommandation	<i>Maintenir le dialogue et le plaidoyer auprès du Gouvernement de Madagascar et des institutions et autres partenaires de développement pour l'atteinte des objectifs de développement de Madagascar et la réalisation des objectifs de la CIPD et des ODD.</i>	
Implications opérationnelles	<ul style="list-style-type: none"> • Le plaidoyer et l'établissement d'un dialogue pour l'adoption et la mise en œuvre de la Loi sur les VBG • L'appropriation nationale de l'institutionnalisation du Monitoring SONU et de la prise en compte des besoins spécifiques des bénéficiaires vulnérables. • L'élargissement du partenariat et des investissements pour la réponse médicale, psychologique et socio-économique aux femmes victimes de fistules obstétricales et aux femmes victimes des VBG. • Le suivi de la prise en compte du dividende démographique dans les politiques et stratégies nationales. • Appuyer les réalisations des grandes enquêtes dans la prochaine période de mise en œuvre du programmes pays (Enquêtes National Démographiques et de Santé, Enquête par grappes à indicateurs multiples MICS, Enquête sur le suivi des ODD et autres enquêtes spécifiques) • Accompagner la partie étatique sur l'utilisation et la vulgarisation des techniques d'intégration des données dans les politiques et stratégies de développement à travers le manuel disponible. 	

Recommandation 3 (R3)

R.3	Niveau de priorité : 1 Destinataire(s) : bureau de pays	Origine : C.3, C.4, C.5
Recommandation	<i>Assurer la présence de l'UNFPA dans les régions où se concentrent les interventions pour assurer le suivi et la supervision des activités.</i>	
Implications opérationnelles	<p>Recrutement du personnel additionnel dans les régions de concentration des interventions de l'UNFPA. Il s'agit des stagiaires, VNU, personnel. Et cela, en couvrant toute les composantes, plus spécifiquement Santé Sexuelle et Reproductive, Egalité des sexes et autonomisation des femmes, Adolescents et Jeunes, Dynamique de Population, Communication (stagiaire, chargé de suivi (VNU)).</p> <p>Cette présence de l'UNFPA va résoudre les problèmes de chevauchement des activités, Améliorer la coordination des activités, Faciliter le suivi et l'évaluation des activités, Faciliter les réquisitions et les approbations.</p>	

Recommandation 4 (R4)

R.4	Niveau de priorité : 1 Destinataire(s) : bureau de pays, Bureau régional Afrique	Origine : C.5
Recommandation	<i>Les régions doivent avoir leur PTA propres signés entre le Gouvernement et l'UNFPA. Cela faciliterait le financement et la mise en œuvre des activités.</i>	
Implications opérationnelles	Mettre en place un mécanisme de financement des activités sur la base des PTAs régionaux pour accroître l'efficacité et l'efficacité des interventions.	

	<p>Cela permettra de :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Décentraliser la décision ; Permettre la mise en œuvre du Protocol d'accord avec les plans de développement régionaux car les PTA de l'UNFPA ne considèrent pas les plans régionaux qui sont laissé pour compte ● Permettre de considérer l'autorité étatique décentralisée (chefs de région) ; Réduire le cheminement des requêtes ● Faciliter l'utilisation des chefs de districts pour les prises des décisions et l'utilisation de leurs personnels ; Faciliter l'approbation des activités au niveau locale ● Valoriser les ressources locales ; Avoir un effet multiplicateur sur les résultats et améliorer la capacité de réponse au niveau local ● Efficience de l'utilisation des fonds
--	--

6.2.Recommandations programmatiques

6.2.1 Santé de la reproduction/ planification familiale

Recommandation 5 (R5)/ SR1

R.5	Niveau de priorité : 1	Origine : C6
Recommandation	Destinataire(s) : bureau de pays, Bureau régional Afrique	
Recommandation	<i>Renforcer les stratégies qui visent à accroître les capacités nationales pour améliorer la qualité et l'accessibilité des services SONU</i>	
Implications opérationnelles	<ul style="list-style-type: none"> ● Améliorer l'accès aux femmes surtout celles vivant dans les plus enclavées y compris en situation d'urgence au service SR de qualité à travers ● Le renforcement du suivi des centre SONU et l'institutionnalisation des Monitoring ● Le développement de l'approche mentor ● Le renforcement du plateau technique des formations sanitaires en SONUB/SONUC et prise en charge médicale des FO ; ● La meilleure sensibilisation de la population et surtout des hommes dans la lutte contre les Fistules Obstétricales. ● L'introduction d'un paquet intégré en SR pour les AC ● Renforcement du partenariat avec les OSC, les associations locales pour la sensibilisation ● L'amélioration du système de référence et contre référence ● L'introduction de la PEC des FO dans le PMA des CSB et des AC et des données dans le GESIS ● La définition du paquet d'activités des matrones dans les zones enclavées les plus inaccessibles 	

Recommandation 6 (R6)/ SR2

R.6	Niveau de priorité : 1	Origine : C7
Recommandation	Destinataire(s) : bureau de pays, Bureau régional Afrique	
Recommandation	<i>Renforcer les stratégies qui visent à améliorer les capacités nationales pour améliorer la qualité et l'accessibilité au service SR/PF à l'endroit des femmes</i>	

Implications opérationnelles	<ul style="list-style-type: none"> ● La préparation d'un « investment case » pour faire un plaidoyer en faveur de l'opérationnalisation de la loi sur la planification familiale et la sexualité et la reproduction récemment adoptée et promulguée. ● Le renforcement du plaidoyer auprès du gouvernement, des parlements et des partenaires pour une augmentation progressive du budget alloué aux produits SR et planification familiale ● L'amélioration de la performance des centres modèles PF à travers un suivi régulier ● Le renforcement de la chaîne d'approvisionnement et de la gestion des contraceptifs. ● Réactualisation et mise en œuvre du plan stratégique de communication intégrée pour un CCC en SR/PF
-------------------------------------	---

6.2.2 Jeunes et adolescents

Recommandation 7 (R7)/ JA1

R.7	Niveau de priorité : 1	Origine : C8
Recommandation	Destinataire(s) : bureau de pays, Bureau régional Afrique	
Implications opérationnelles	<p><i>Renforcer les stratégies qui visent à accroître les capacités nationales pour améliorer la qualité et l'accessibilité aux informations et services de SRAJ à l'endroit des jeunes et adolescents</i></p> <p>Améliorer l'accès aux adolescents et jeunes à des informations et aux services de qualité, par :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Le renforcement de la collaboration avec les Organisations non gouvernementales, et les Organisations des adolescents et jeunes sur les questions de SRAJ; ● Le renforcement de la performance des Centres de santé Amis Jeunes. ● Le renforcement de l'implication des jeunes à la planification, la mise en œuvre, le suivi des interventions destinées aux jeunes et aux prises de décision à tous les niveaux ● Le renforcement de la gestion des maisons et espaces par les jeunes ● La mise à l'échelle de l'éducation sexuelle complète ● La prise en compte des besoins spécifiques des filles dans les maisons et espaces jeunes et en milieu rural et lors des situations d'urgences humanitaires ● Le renforcement de la sensibilisation des jeunes et adolescents ● L'amélioration de la gestion des pairs éducateurs ● Le développement des stratégies avancées de sensibilisation des communautés au dialogue parents- jeunes, à l'éducation à la sexualité complète en famille et à la prévention des grossesses non désirées en partenariat avec les agents de santé communautaires, les matrones, le pairs éducateurs, les enseignants et les leaders religieux ● La poursuite du renforcement de l'engagement du gouvernement, des jeunes, de la société civile en faveur de l'investissement dans la santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes, la planification familiale, afin d'accélérer la capture du dividende démographique 	

6.2.3 Egalité des sexes et autonomisation des femmes

Recommandation 8 (R8)/ ES1

R.8	Niveau de priorité : 1 Destinataire(s) : bureau de pays, Bureau régional Afrique	Origine : C.9
Recommandation	<i>Mener des actions de plaidoyer auprès des différentes parties prenantes pour l'approbation de la loi spécifique sur la lutte contre les VBG et sa vulgarisation, puis pour une application des textes législatifs et réglementaires déjà existants (textes réglementaires, plates-formes de lutte contre le VBG, mécanismes de suivi de VBG etc...)</i>	
Implications opérationnelles	<p>A cette fin, le bureau devrait :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Recenser les facteurs de blocage, et déterminer les solutions effectives permettant l'adoption des lois spécifiques sur la lutte contre les VBG avec les partenaires. ● Avoir un plaidoyer plus poussé auprès des parties prenantes concernées en collaboration avec le MPPSPF pour l'approbation des lois spécifiques sur la lutte contre les VBG et sa vulgarisation. 	

Recommandation 9 (R9)/ ES2

R.9	Niveau de priorité : 1 Destinataire(s) : bureau de pays, Bureau régional Afrique	Origine : C.10, C.11
Recommandation	<i>Renforcer la lutte contre les VBG et les mariages des enfants en appuyant l'opérationnalité des plates-formes de lutte contre les VBG et les services de prises en charge de VBG et les réseaux d'hommes.</i>	
Implications opérationnelles	<p>A cette fin, le bureau devrait :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Appuyer les structures œuvrant dans la lutte contre les VBG à fournir de service de prise en charge psychosociale, médicale de qualité. ● Renforcer la coordination des interventions dans la lutte contre le VBG et supporter la gestion de données sur le VBG à travers les plates-formes et le Ministère en charge du Genre. ● Renforcer la lutte contre les mariages précoces en partenariat avec les plates-formes et les structures de prises en charges de VBG ● Appuyer le développement de cartographie pour identifier les zones où les mariages précoces sont élevés afin de prioriser et mieux orienter les interventions dans la lutte contre les mariages précoces. ● Redéfinir ensemble avec le Ministère en charge du Genre les critères efficaces de l'entité qui gère le CECJ. ● Appuyer l'opérationnalisation des plateformes et les réseaux d'hommes. <p>Appuyer la réinsertion socio-économique des femmes victimes de VBG et les FVFO réinsérées.</p> <p>Analyser le contexte institutionnel pour bien gérer le CECJ et pour avoir toujours des résultats satisfaisants.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Elaborer une stratégie de pérennisation institutionnelle et financière du CECJ avec la collaboration du MPPSPF. ● Mener des actions de renforcement de capacité à l'endroit des acteurs 	

	<p>du CECJ et les acteurs en situation humanitaire, et intensifier la sensibilisation avec une approche intégrée, pour une meilleure implication et engagement multisectoriels dans la lutte contre le VBG</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Identifier les facteurs de blocage de l'opérationnalisation des plateformes et porter des solutions avec les partenaires ● Développer un partenariat avec les agences sœurs pour cibler les femmes victimes de VBG et FVFO dans les activités tendant à l'autonomisation économique des femmes.
--	---

Recommandation 10(R10)/ES3

R.10	Niveau de priorité : 3	Origine : C.10, C.11
	Destinataire(s) : bureau de pays, Bureau régional Afrique	
Recommandation	<p><i>Redéfinir avec le MPPSPF l'extension des interventions de lutte contre les VBG par la couverture nationale de structures de prise en charge de VBG incluant le CECJ appropriées aux contextes, surtout dans les zones reculées ; la promotion du genre notamment la prise en charge des jeunes garçons et particulièrement dans les régions de Sud.</i></p>	
Implications opérationnelles	<p>A cette fin, le bureau devrait :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Appuyer le MPPSPF pour définir les zones reculées pour intervention, et définir les stratégies et la mise en œuvre de ces activités d'extension. ● Appuyer le MPPSPF au renforcement la promotion du genre à la prise en charge des jeunes garçons des régions d'Androy et d'Anosy et d'Atsimo Andrefana pour éviter le comportement d'être futur dahalo, intégrée dans la sensibilisation de SR et PF. 	

6.2.4 Dynamique de population

Recommandation 11(R11)/PD1

R.11	Niveau de priorité : 3	Origine : C.12
Recommandation	<p><i>Améliorer les mécanismes de remontée des données pour le SNISE, la collecte des fiches d'état civil (en particulier pour les décès), la collecte des données auprès des partenaires.</i></p>	
Implications opérationnelles	<p>L'UNFPA doit assurer l'appui dans (i) la mise en place des stratégies spécifiques selon les régions car l'accessibilité géographique des localités varie selon les régions, (ii) l'amélioration du mécanisme de remonté des données doit passer par le renforcement des systèmes des producteurs des données (y compris ceux de l'administration) en s'assurant que les données qui alimentent le SNISE sont fiable et de qualité, (iii) Le suivi du programme au niveau des partenaires de mise en œuvre en assurant une présence de l'UNFPA sur le terrain.</p>	

Recommandation 12(R12)/PD2

R.12	Niveau de priorité : 3 Destinataire(s) : bureau de pays, Bureau régional Afrique	Origine : C.13
Recommandation	<i>Maintenir le renforcement des capacités du personnel de l'INSTAT et du MEP niveau central et des régions d'intervention en matière d'intégration des données et la publication des études, articles, données, etc.</i>	
Implications opérationnelles	Cela peut se faire aussi en connectant l'INSTAT à des instituts de recherche spécialisés dans la publication. Aussi, il est possible d'utiliser l'opportunité des centres de formations pour introduire des modules sur le traitement et la publication des données pour former les étudiants. Dans le même sens, la stratégie de dissémination de données pourrait être renforcée.	

ANNEXES *(produit séparément)*

Annexe 1 Termes de Référence

Annexe 2 : Matrice d'évaluation complétée,

Annexe 3 : Guides d'entretiens,

Annexe 4 : Liste des projets Atlas,

Annexe 5 : Cartographie des parties prenantes et Liste des personnes/institutions rencontrées,

Annexe 6 : Programme du CPE,

Annexe 7 : Documents consultés

Annexe 8 : Matrice de planification du suivi évaluation du CPAP 7ème programme de coopération entre Madagascar et UNFPA

Annexe 9 : Reconstruction de la Théorie de changement

Annexe 10 : Liste des membres du Groupes de Référence