

**EVALUATION FINALE DU 7<sup>ème</sup>  
PROGRAMME DE COOPERATION  
ENTRE MADAGASCAR ET L'UNFPA**

Rapport final

**ANNEXES**

2015-2019

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 et Droits Humains*

Evaluation finale du 7ème 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.

## ANNEXES

ANNEXES.....	3
ANNEXE 1 : Termes de reference .....	6
ANNEXE 2 : Matrice d'évaluation du 7ème programme de coopération entre madagascar et l'unfpa (2015-2019) .....	31
ANNEXE 3 : Guides d'entretiens, .....	225
<i>annexe 3.1 : guide des discussions de groupe a l'intention des beneficiaires jeunes filles et garcons</i> .....	225
<i>annexe 3.2 : guide des discussions de groupe a l'intention des jpe des maisons des jeunes ou des espaces jeunes</i> .....	225
<i>annexe 3.3 : guide des discussions de groupe a l'intention des superviseurs et pairs éducateurs csb (jeunes pairs mères)</i> .....	225
<i>annexe 3.4 : guide des discussions de groupe a l'intention des jeunes, femmes porteuses de fistules reparees</i> .....	225
<i>annexe 3.5 : guide de discussion de groupe de femmes enceintes</i> .....	226
<i>annexe 3.6 : guide de focus group a l'intention des survivantes</i> .....	226
<i>annexe 3.7 : guide d'entretien individuel composante genre</i> .....	227
<i>annexe 3.8: guide d'entretien individuel composante dynamique de population</i> .....	228
<i>annexe 3.9 : composante sante de la reproduction</i> .....	229
<i>annexe 3.10 : composante adolescents et jeunes</i> .....	231
<i>annexe 3.10 : guide d'interviews pour les osc, ips</i> .....	232
<i>annexe 3.11: guide d'entretiens individuels charges de programmes de l'unfpa et autres responsables de departement</i> .....	233
ANNEXE 4 : Liste des projets ATLAS, .....	236
ANNEXE 5 : Cartographie des parties prenantes et liste des personnes/institutions rencontrees, .....	237
<i>annexe 5.2 : liste des personnes/institutions rencontrees, .....</i>	239
<i>annexe 5.3 : focus group menes par la composante sante de la reproduction</i> .....	249
<i>annexe 5.4 : focus group menes par la composante adolescent et jeunes</i> .....	250
<i>annexe 5.5 : groupes focaux menes pour la composante genre</i> .....	252
ANNEXE 6 : Programme du CPE .....	254
ANNEXE 7 : Documents consultes (non exhaustive) .....	255
ANNEXE 8 : Matrice de planification du suivi évaluation du cpap 7ème programme de coopération entre madagascar et unfpa .....	258
ANNEXE 9 : Reconstruction de la théorie de changement .....	264
ANNEXE 10 : Membre de groupe de reference .....	265

## LISTE DES ACRONYMES ET DES ABREVIATIONS

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

<b>PRD</b>	: Plan Régional de Développement
<b>PTA</b>	: Plan de Travail Annuel
<b>RGPH</b>	: Recensement Général de la Population et de l'Habitation
<b>RSSS</b>	: Réforme du Secteur de Sécurité
<b>SALFA</b>	: Sampan'asa Loterana Momba ny Fahasalamana
<b>SE/CNLS</b>	: Secrétariat Exécutif du Comité National de Lutte contre le Sida
<b>SIDA</b>	: Syndrome d'Immuno Déficience Acquise
<b>SMN</b>	: Santé Maternelle et Néonatale
<b>SNISE</b>	: Système National Intégré de Suivi et Evaluation
<b>SNDS</b>	: Stratégie Nationale de Développement de la Statistique
<b>S&amp;E</b>	: Suivi et Evaluation
<b>SNU</b>	: Système des Nations Unies
<b>SONUB</b>	: Soins obstétricaux et néonataux d'Urgence de Base
<b>SONUC</b>	: Soins obstétricaux et néonataux d'Urgence Complets
<b>SPSR</b>	: Sécurisation des Produits de santé de la Reproduction
<b>SR</b>	: Santé de la reproduction
<b>SRA</b>	: Santé de la Reproduction des Adolescents
<b>SRAJ</b>	: Santé de la Reproduction des Adolescents et Jeunes
<b>SSR</b>	: Santé sexuelle et de la Reproduction
<b>UNDAF</b>	: United Nations Development Assistance Framework
<b>UNFPA</b>	: United Nations Population Fund
<b>UNICEF</b>	: United Nations Children's Fund
<b>VBG</b>	: Violences Basées sur le Genre
<b>VIH</b>	: Virus de l'Immuno Déficience Humaine
<b>ZI</b>	: Zone d'intervention

# ANNEXE 1 : TERMES DE REFERENCE

## Introduction

Le Fonds des Nations Unies pour la Population, l'UNFPA, est une agence de développement international qui œuvre en faveur du droit à la santé et de l'égalité des chances de chacun, femme, homme, jeunes et adolescents. L'UNFPA offre son appui aux pays et pour faire en sorte que chaque grossesse soit désirée, que chaque accouchement soit sans danger, et que le potentiel de chaque jeune soit accompli.

Conformément au plan stratégique de l'UNFPA 2018-2021 adopté en septembre 2017 et à l'Agenda 2030 des Objectifs de Développement Durables (ODD), les domaines d'intervention de l'agence sont : (i) la santé de la reproduction (ii) Adolescents et Jeunes (iii) l'égalité de genre (iv) et Dynamique de la population.

L'UNFPA agit en partenariat avec les gouvernements, les organisations de la société civile et d'autres institutions afin d'avancer dans la réalisation de sa mission. Deux cadres guident ses activités: Le Programme d'action adopté de la Conférence internationale sur la population et le développement de 1994 (CIPD) et l'Agenda 2030 des Objectifs de développements durables (ODD).

La politique de l'évaluation de l'UNFPA de 2013 prévoit l'évaluation des programmes pays au moins une fois tous les deux cycles de programmation.

Les résultats et les recommandations de l'évaluation finale du programme seront utilisés par le gouvernement et les autres acteurs de développement pour renforcer les actions de lutte contre la pauvreté.

Pour Madagascar, la revue à mi-parcours du 7<sup>ème</sup> Programme de coopération entre Madagascar et l'UNFPA a été réalisée en 2017 et a mis en exergue les progrès réalisés, les défis et les leçons apprises. La revue a permis un meilleur alignement par rapport au nouveau Plan stratégique 2018-2021 et un meilleur ciblage de nos interventions. Cette année, comme figuré dans le plan d'évaluation du programme, le bureau pays de Madagascar entamera l'évaluation du 7<sup>ème</sup> Programme qui va permettre de démontrer les résultats atteints et les performances au niveau des bailleurs et toutes les parties prenantes et qui servira à mieux orienter la future programmation.

Cette étude va permettre de démontrer les résultats atteints et les performances et les recommandations au niveau du Gouvernement de Madagascar, des partenaires de développement, des bailleurs et toutes les parties prenantes. De plus, elle servira non seulement à mieux orienter la future programmation mais aussi d'outil de redevabilité et d'apprentissage pour les donateurs et les parties prenantes.

## Contexte

Le Plan d'Action du Programme Pays (CPAP) du 7<sup>ème</sup> programme de Madagascar ayant été développé sur la base du Document Programme Pays élaboré lors d'un processus participatif sous l'égide du Ministère de l'Economie et de la Planification. Ce programme se fonde sur les recommandations de l'évaluation du 6<sup>ème</sup> programme, les priorités de la nouvelle « Politique Générale de l'Etat », le Plan National de Développement (PND), le Plan-Cadre des Nations Unies pour l'Assistance au Développement (UNDAF) pour la période 2015-2019 et sur le plan stratégique de l'UNFPA pour la période 2014-2017.

Le septième programme de coopération entre Madagascar et l'UNFPA vise la réduction de la pauvreté ciblant les femmes et les jeunes adolescents, et plus particulièrement ceux qui vivent dans les zones rurales reculées à travers notamment, la réduction de la mortalité maternelle et néonatale tout en tenant compte des facteurs socioculturels du pays. Le programme est articulé autour de quatre priorités qui ont pour objectifs (i) d'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/agir contre les violences basées sur le genre; (iv) rendre disponible les données pour mettre en œuvre des programmes efficaces basés sur les évidences.

Le programme de coopération (CPAP 2015-2019) de cinq ans a pour montant de 74,5 millions de dollars américains dont 27 millions des ressources propres et 47,5 millions de dollars américains à mobiliser.

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. Autrement dit, les volets sécurisation des produits contraceptifs, plaidoyer et mobilisation de ressources, élaboration de guides et normes en SR/PF, et autres activités identifiées ont une couverture nationale pour tenir compte du besoin urgent du Gouvernement de réduire la mortalité maternelle et d'augmenter l'utilisation de la planification familiale à court et moyen termes.

Toutefois, compte tenu des ressources limitées et de la disparité des besoins, une stratégie géographique spécifique a été décidée pour la mise en œuvre du 7ème programme. Les résultats de l'analyse d'un ensemble d'indicateurs qui reflètent les besoins prioritaires en termes de santé maternelle, de services de SR/SRA, de lutte contre les violences basées sur le genre, de lutte contre les IST et le VIH confirment que les six régions prioritaires identifiées au cours du programme précédent (Atsimo Andrefana, Atsimo Atsinanana, Vatovavy Fitovinany, Anosy, Androy et Sofia) restent les plus vulnérables. En concertation avec les partenaires, il a donc été décidé de maintenir le choix de ces régions prioritaires.

Par ailleurs, afin de maximiser l'impact du programme, une attention particulière est portée sur trois de ces régions (Atsimo Andrefana, Androy et Vatovavy Fitovinany). Cette attention particulière est pour permettre d'offrir un paquet complet de services, adopter une stratégie d'intégration des activités et assurer la synergie des interventions des partenaires techniques et financiers. Cette concentration des interventions contribue à renforcer le suivi du programme par une présence effective sur le terrain et une amélioration de la capacité de suivi et, permet d'aller au-delà de la région vers une approche au niveau des districts. Ces choix sont faits en concertation avec le Gouvernement et les agences des Nations Unies, sur la base de critères tels que besoins/vulnérabilité, consolidation des acquis, complémentarité avec les partenaires internationaux et l'implication de la société civile. Cette démarche devant obtenir et démontrer des résultats dans les zones prioritaires, vise à mobiliser davantage de ressources pour répliquer le programme tout en gardant une perspective de cinq années de programmation vers une mise à l'échelle progressive. Elle a été concrétisée à travers les planifications régionales pour tenir compte durant les interventions du contexte local.

De façon exceptionnelle, dans le cadre de la réponse à une urgence humanitaire ou de la mise en œuvre d'un programme conjoint des Nations Unies par exemple, l'UNFPA apporte un appui dans des régions autres que les régions prioritaires.

Durant la mise en œuvre du programme, le bureau de l'UNFPA a travaillé avec 15 partenaires de mise en œuvre au niveau de 4 effets du programme (cf. annexe 2 : liste des Partenaires de mise en œuvre).

En, 2017, la revue à mi-parcours du 7ème programme a été conduite et a permis de réorienter le programme. Les recommandations de cette revue ont conduit également à l'amendement du cadre de résultats du programme.

## **Objectifs et portée de l'évaluation**

### **Portée de l'évaluation:**

L'évaluation couvrira les interventions prévues et/ou mises en œuvre dans le cadre de programme pays actuel pendant la période du 2015-2019. D'une manière précise, l'évaluation de pertinence couvre la période 2015-2019 et l'évaluation des effets et résultats couvre la période 2015-2018.

L'évaluation couvrira toutes les zones où le programme a été mis en œuvre incluant ainsi les trois régions de concentration de l'UNFPA, à savoir Atsimo Andrefana, Vatovavy Fitovinany et Androy. En addition, comme mentionné dans le contexte du programme, le programme de l'UNFPA s'étend dans tout le pays dans le domaine de Planification familiale et sécurisation des produits de santé de la reproduction. Le programme de lutte contre les violences basées sur le genre inclut également la Région de Boeny. L'évaluation inclura les interventions ponctuelles au niveau des autres régions.

L'évaluation couvrira les domaines techniques du programme pays, à savoir la santé sexuelle et reproductive, la santé de la reproduction des jeunes et adolescents, l'égalité de sexes et la dynamique des populations. En outre, l'évaluation couvrira des aspects transversaux tels que l'approche fondée sur les droits de l'homme, l'intégration de genre, la coordination, le suivi et l'évaluation, et les partenariats.

Pour la santé de la reproduction, l'évaluation devra mettre l'accent sur: la chaîne d'approvisionnement, la disponibilité des produits au niveau des points de prestation des services, le renforcement des capacités pour la prestation de services santé sexuelle et reproductive ainsi que la création de la demande pour ces services, en mettant l'accent sur les services de planification familiale pour les adolescentes ; le programme de santé sexuelle et reproductive des jeunes et adolescents.

Pour l'aspect Genre, l'évaluation doit couvrir les aspects de l'amélioration d'un environnement politique et renforcement des capacités de prévention et de prise en charge de violences basées sur le genre.

Dans le domaine de population et développement, il est important d'examiner les aspects de la disponibilité des données ventilées, la disponibilité et l'utilisation des données probantes concernant la programmation et la situation de l'intégration des dimensions de la population dans les politiques, plans et

cadres de développement au cours de la période considérée. Le positionnement stratégique et la valeur ajoutée de l'UNFPA feront parties également des éléments à analyser dans l'évaluation.

### **Objectifs de l'évaluation**

**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.

**Les objectifs spécifiques de l'évaluation sont :**

- (i) d'évaluer la pertinence et la contribution du programme pays aux résultats nationaux de développement,
- (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 de pays du 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;
- (vi) 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.

### **Questions et critères de l'évaluation**

Conformément à la méthodologie de CPE (Country Programme Evaluation) énoncée dans le manuel du Bureau d'évaluation de l'UNFPA<sup>1</sup> sur la façon de concevoir et de réaliser des évaluations de programmes de pays (2013), l'évaluation sera basée sur un certain nombre de questions (questions d'évaluation) couvrant les critères suivants :

#### **Analyse programmatique :**

##### **Pertinence**

**QE1 :** Dans quelle mesure les objectifs du 7<sup>ème</sup> 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 ?

##### **Efficiences**

**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 ?

---

<sup>1</sup> <https://www.unfpa.org/admin-resource/how-design-and-conduct-country-programme-evaluation-unfpa>



**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<sup>ème</sup> 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<sup>ème</sup> programme pays de l'UNFPA à Madagascar a-t-il apporté des avantages aux résultats d'autres interventions des acteurs de développement ?

## **Méthodologie et approche de l'évaluation**

L'équipe d'évaluation utilisera l'approche méthodologique détaillée dans le **manuel de l'évaluation de l'UNFPA**<sup>2</sup> durant toutes les phases de l'évaluation. Par ailleurs, L'évaluation du 7<sup>ème</sup> programme sera effectuée de façon participative impliquant toutes les parties prenantes et à tous les niveaux, y compris les partenaires d'exécution et les bénéficiaires directs.

Le manuel d'Evaluation de l'UNFPA (*How to Design and Conduct a Country Programme Evaluation at UNFPA*) a été conçu pour aider l'équipe d'évaluateurs et le gestionnaire d'évaluation au niveau de chaque bureau pays afin de bien mener l'évaluation. Cela relate les orientations durant toutes les phases de l'évaluation et fournit les méthodes et outils à utiliser dans cette grande activité. Les évaluateurs sont invités à se référer ce manuel pour bien mener cette grande activité étant donné que le présent document relate les principes les plus importants sans entrée dans les détails.

Ce manuel d'évaluation fournit un certain nombre de modèles que l'équipe d'évaluateurs devrait utilisées dont la **matrice d'évaluation**<sup>3</sup> pour structurer et consolider de façon systématique les données collectées pour chacune des questions d'évaluation. Cette matrice permettra entre autre d'identifier les données manquantes et ainsi combler ces vides avant la fin de la collecte. Cette matrice aidera aussi pour assurer la validité des données collectées.

Les points ci-après décrivent les sections à suivre dans la réalisation de cette évaluation.

### **1. Reconstruction de la logique de l'intervention du 7<sup>ème</sup> programme et Théorie de changement**

L'évaluation utilisera l'approche de théorie de changement. De ce fait, la méthodologie de l'évaluation sera basée sur l'analyse approfondie des résultats et produits escomptés, les activités prévues ainsi que les facteurs externes qui ont influencé l'atteinte des résultats.

Il est prévu que l'équipe d'évaluation reconstruise et capture la logique sous-jacente aux interventions du programme pays (à partir des documents de planification) et la représente dans un diagramme (diagramme de théorie de changement) dans le rapport de démarrage. La théorie du changement reflète l'approche conceptuelle et programmatique adoptée par l'UNFPA pendant la période du programme. Elle inclut également les hypothèses principales inhérentes au processus de changement recherché. La théorie du changement inclura les types de stratégies d'intervention ou les modes d'engagement utilisés lors de la mise en œuvre des programmes, les principes/interventions, les éléments de la logique d'intervention, le

---

<sup>2</sup> <https://www.unfpa.org/admin-resource/how-design-and-conduct-country-programme-evaluation-unfpa>

<sup>3</sup> <https://www.unfpa.org/admin-resource/how-design-and-conduct-country-programme-evaluation-unfpa> (Template 5 ; Page 197) ; Annexe 5 du présent document

niveau de type des changements attendus et les facteurs externes et les liens causals. Tous ces éléments devront être décrits dans le diagramme de théorie de changement.

L'analyse de la théorie de changement du programme pays et la reconstruction de la logique d'intervention sont nécessaires et jouent un rôle important dans la conception de l'évaluation, durant l'analyse des données collectées, pour l'élaboration des constats et enfin lors du développement des conclusions et la rédaction de recommandations pratiques et pertinentes.

Les évaluateurs devront baser leur appréciation sur l'analyse et l'interprétation de la cohérence de la chaîne des résultats : les liens entre activités et produits escomptés, le rapport entre les produits et les effets à travers leurs observations et les données collectées par eux tout au long de la chaîne de résultats. Les évaluateurs utiliseront cette analyse comme base pour l'expression d'un jugement sur la manière dont le programme en cours contribue à l'atteinte de résultats recherchés et tels que présentés dans les documents de programme pays.

L'équipe d'évaluateur développera la méthodologie conformément à l'approche décrite ici et concevra des outils idoines pour collecter les données, lesquelles constitueront le socle pour la rédaction de réponses factuelles et détaillées aux questions d'évaluation ainsi que pour un jugement d'ensemble sur le programme pays.

La méthodologie inclura : le cadre analytique, la stratégie de collecte de données et de leur analyse, la matrice d'évaluation et le plan de travail détaillé.

L'équipe d'évaluation utilisera des méthodes de collecte de données qui sont à la fois qualitative et quantitative et conduira entre autres une revue documentaire, des entretiens, des discussions de groupes (*focus group*), des échanges avec les différents informateurs clés et des observations pendant les visites sur le terrain.

Les évaluateurs utiliseront la **matrice d'évaluation**<sup>4</sup> (contenue dans *l'Evaluation Handbook* de l'UNFPA) pour structurer et consolider de façon systématique les données collectées pour chacune des questions d'évaluation. Cette matrice leur permettra entre autre d'identifier les données manquantes et ainsi combler ces vides avant la fin de la collecte. Cette matrice est aussi un outil utile en vue d'assurer la validité des données collectées.

L'évaluation doit être transparente, inclusive et participative, et tenant compte de l'approche basée sur les droits de l'homme et du genre.

### **Finalisation des questions et hypothèses d'évaluation**

La finalisation des questions d'évaluation qui guidera l'évaluation doit refléter clairement des critères d'évaluation et les questions indicatives listés dans le présent Termes de référence. Elles dégageront également les constatations à partir de la reconstruction de la logique d'intervention du programme pays. Les questions d'évaluation seront incluses dans la matrice d'évaluation (annexe 5) et doivent être complétées par les hypothèses qui capturent les aspects cruciaux de la logique d'intervention liés avec le cadre de la question. La collecte de données pour chaque hypothèse sera guidée par les indicateurs qualitatifs et quantitatifs formulés qui sont également présentés dans la matrice.

### **Mécanisme de validation**

L'équipe d'évaluation utilisera une diversité de méthodes pour assurer la validité des données recueillies. Outre une triangulation systématique des sources de données et méthodes de collecte des données et des outils, la validation des données sera assurée par des échanges réguliers avec les gestionnaires de programmes du Programme Pays et l'équipe de coordination nationale.

### **Participation des parties prenantes**

L'évaluation adoptera une approche inclusive, impliquant un large éventail de partenaires et parties prenantes. L'équipe d'évaluateurs finalisera et utilisera la cartographie des parties prenantes<sup>5</sup> développée par le gestionnaire d'évaluation pour identifier les partenaires directs et indirects<sup>6</sup> de l'UNFPA à rencontrer. Ces intervenants comprennent des représentants du Gouvernement, des organisations de la

---

<sup>4</sup><https://www.unfpa.org/admin-resource/how-design-and-conduct-country-programme-evaluation-unfpa> (Exemple d'une matrice d'évaluation : Page 112)

<sup>5</sup><https://www.unfpa.org/admin-resource/how-design-and-conduct-country-programme-evaluation-unfpa> Page 196

<sup>6</sup> *Partenaire indirect : Partenaires qui ne travaillent pas directement avec mais qui jouent un rôle clé dans l'atteinte d'un résultat pertinent ou domaine donné au niveau national*

société civile, les organisations des Nations Unies, d'autres organisations multilatérales, les donateurs bilatéraux et surtout les bénéficiaires du programme.

## Processus d'évaluation

L'évaluation se déroulera en trois phases et chacune d'entre elles comprend plusieurs étapes :

### 1. Phase de conception

Cette phase comprendra:

- Une revue de tous les documents pertinents disponibles au bureau de l'UNFPA.
- Une cartographie des parties prenantes. L'équipe d'évaluation établira une cartographie des parties prenantes à l'évaluation. L'exercice de cartographie comprendra les acteurs étatiques et de la société civile et indiquera les relations et les synergies des actions entre les différents groupes de parties prenantes.
- Une analyse de la logique d'intervention du programme, c'est à dire la théorie du changement qui vise à lier les activités prévues aux résultats escomptés du programme
- La finalisation de la liste des questions d'évaluation
- L'élaboration de la matrice d'évaluation
- Le développement de plan de collecte des données, les outils de collecte et de la stratégie d'analyse ainsi qu'un plan de travail concret pour la phase de terrain.

À la fin de la phase de conception, l'équipe d'évaluation va produire un rapport de démarrage (inception report) mettant en exergue les résultats des étapes ci-haut énumérées.

### 2. Phase de terrain

Après la phase de conception, l'équipe d'évaluation entreprendra une à trois semaines de mission de collecte et d'analyse des données nécessaires pour répondre à la liste finale des questions d'évaluation consolidée à la phase de conception.

À la fin de la phase de terrain, l'équipe d'évaluation va faire au Bureau pays une présentation sur les résultats préliminaires de l'évaluation, en vue de recueillir des feed-back et de tester les conclusions et / ou recommandations provisoires.

### 3. Phase de synthèse et de rapportage

Durant cette phase, l'équipe d'évaluation va poursuivre le travail d'analyse entrepris au cours de la phase de terrain et préparer un premier draft de rapport final d'évaluation, en tenant compte des observations formulées par le Bureau pays lors de la réunion de débriefing.

Ce premier draft de rapport final sera soumis au groupe de référence de l'évaluation pour commentaires (par écrit). Les observations faites par le groupe de référence et consolidées par le gestionnaire d'évaluation vont permettre l'équipe d'évaluation de préparer un deuxième projet de rapport d'évaluation final.

Ce deuxième projet de rapport final servira de base pour organiser un séminaire de restitution des résultats dont les participants seront constitués des représentants du Bureau Pays ainsi que toutes les parties prenantes clés du programme.

Le rapport final sera rédigé peu de temps après le séminaire, en tenant compte des observations formulées par les participants.

## Résultats attendus/ Produits attendus

Les principaux résultats attendus de l'équipe d'évaluation sont:

- Le rapport de démarrage (20 à 30 pages) ;
- La présentation de débriefing à la fin de la phase de terrain ;
- Le rapport d'évaluation (maximum 70 pages plus les annexes)

Les livrables spécifiques attendus sont les suivants:

- **Un rapport de démarrage**, y compris (au minimum):
  - a) une cartographie des parties prenantes;
  - b) la matrice d'évaluation (y compris la liste finale des questions d'évaluation et des indicateurs);
  - c) la conception de l'évaluation et la méthodologie, avec une description détaillée du plan de collecte des données pour la phase de terrain. (20 à 30 pages).

- **Un document de présentation de débriefing (Power Point)**, la synthèse des principales constatations, conclusions préliminaires et recommandations de l'évaluation, qui sera présenté et discuté avec le Bureau pays lors de la réunion de débriefing prévu à la fin de la phase de terrain.
- **Un projet de rapport d'évaluation finale** (potentiellement suivi d'un second projet, en tenant compte des commentaires éventuels du groupe de référence de l'évaluation).
- **Une présentation PowerPoint** des résultats de l'évaluation pour le séminaire de restitution. Pour les présentations Power Point le bureau d'Evaluation du Siège dispose également des exemples de présentations que le Gestionnaire d'Evaluation pourrait partager à l'équipe d'évaluateurs le moment venu.
- **Un rapport final de 50 à 70 pages (annexe non inclus)**, sur la base des commentaires exprimés lors du séminaire de restitution (annexe non inclus).  
Des exemples de rapport d'évaluation sont disponibles dans le site internet de l'UNFPA à <https://web2.unfpa.org/public/about/oversight/evaluations/>.

Les rapports feront l'objet d'analyse et de contrôle en utilisant la fiche de contrôle qualité (EQA)<sup>7</sup> qui est également disponible sur le site internet et en annexe du présent document.

### **Assurance qualité**

Le premier niveau de l'assurance qualité de tous les produits de l'évaluation sera conduit par le chef d'équipe de l'évaluation avant leur soumission au Bureau Pays.

Le Bureau Pays recommande que le « check list » d'analyse de la qualité d'évaluation (mentionné ci-dessous) soit utilisé comme élément pour le système d'assurance qualité pour les versions provisoires et finales du rapport d'évaluation. Le principal objectif de l'utilisation du « check list » est d'assurer que le rapport d'évaluation soit conforme aux normes et standards professionnels en matière d'évaluation.

#### *Check list d'analyse de qualité d'évaluation*

1. Structure et clarté du rapport	<b>Pour assurer que le rapport est facile à lire, complet, structuré d'une manière logique et développé conformément avec les standards internationaux.</b>
2. Résumé exécutif	<b>Pour donner un aperçu de l'évaluation, rédigé comme un document autonome incluant les éléments clés de l'évaluation, comme les objectifs, la méthodologie, les conclusions et les recommandations.</b>
3. Conception et méthodologie	<b>Pour fournir une explication claire des méthodes et outils utilisés incluant la justification de choix de méthodologies utilisées. Pour assurer que les contraintes et limites sont formulées d'une manière explicite (incluant les limites s'appliquant aux interprétations et extrapolations, la robustesse des sources de données, ...)</b>
4. Fiabilité des données	<b>Pour assurer que les sources de données sont clairement définies aussi bien pour les données primaires que secondaires.</b> <b>Pour fournir des explications sur la crédibilité des données primaires (exemples : interview et focus group) et données secondaires (exemples : rapports) et des limites formulés d'une manière explicites.</b>
5. Constatations et analyses	<b>Pour assurer d'avoir des analyses solides et des constatations basées sur les faits.</b> <b>Pour assurer que les interprétations sont basées sur des hypothèses soigneusement décrites, les facteurs contextuels sont identifiés, le lien de cause à effet entre les interventions et les résultats finaux (incluant les résultats inattendus) sont bien expliqués</b>

<sup>7</sup> <https://www.unfpa.org/admin-resource/how-design-and-conduct-country-programme-evaluation-unfpa> (template 13 Page 208) ; Annexe 6 du présent document

#### 6. Validité des conclusions

**Pour assurer que les conclusions sont basées sur des constatations crédibles et expriment les jugements impartiaux des évaluateurs.**

**Pour assurer que les conclusions sont priorisées et groupés incluant : le résumé, l'origine et les détails des conclusions**

#### 7. Utilité et clarté des recommandations

**Pour assurer que d'une manière logique les recommandations découlent des conclusions, elles sont bien ciblées et réalistes et opérationnellement faisables et sont présentées par ordre de priorité.**

**Les recommandations doivent inclure les éléments suivants : Résumé, niveau de priorité (très important, important, moyennement important), l'organe cible de la recommandation (l'unité administrative à laquelle s'adresse la recommandation, l'origine (la recommandation est basée sur quelle conclusion) ; implication opérationnelle**

#### 8. SWAP - Genre

**Pour assurer que l'approche d'évaluation est aligné avec le SWAP (System Wide Action Plan) sur le Genre**

**Le second niveau de l'assurance** qualité de l'évaluation sera conduit par le gestionnaire d'évaluation. Finalement le rapport d'évaluation fera l'objet de contrôle qualité par un service d'analyse Independent au niveau du Siège. Les résultats de l'analyse de la qualité d'évaluation ainsi que les produits de l'évaluation seront publiés dans le site du bureau d'Evaluation <https://web2.unfpa.org/public/about/oversight/evaluations/>

Le système d'assurance qualité du bureau d'Evaluation basé sur les normes et standards de l'UNEG et les bonnes pratiques de la communauté d'évaluation international définissent le standard de qualité escompté de cette évaluation.

L'élément clé est la grille d'analyse de la qualité (EQA<sup>8</sup>: Evaluation Quality Assessment) qui établit les processus avec les étapes inhérents pour l'assurance qualité et les grandes lignes pour le rapport d'évaluation et sa révision. L'analyse de la qualité d'évaluation sera systématiquement appliquée à cette évaluation.

---

<sup>8</sup><https://www.unfpa.org/admin-resource/how-design-and-conduct-country-programme-evaluation-unfpa> (template 13 Page 208) ; Annexe 6 du présent TDR









## Composition de l'équipe de l'évaluation

L'équipe d'évaluation sera composée d'un consultant international et deux consultants nationaux. Le consultant international coordonnera l'évaluation en tant que chef d'équipe, il (elle) a pour rôle de coordonner le processus global de l'évaluation et effectuera également l'évaluation d'un de quatre domaines des thématiques du programme UNFPA (santé de la reproduction, jeunes et santé de la reproduction des jeunes et adolescents, Genre, Production de données et utilisation de données pour la prise de décision).

Il (elle) a comme tâches spécifiques de :

- Guider la conception globale de l'évaluation et assurer un leadership intellectuel;
- Gérer l'équipe des experts techniques;
- Diriger le processus de collecte des données;
- Assurer l'évaluation de l'un des thématiques du programme UNFPA
- Se déplacer dans les zones d'intervention pour la collecte de données;
- Diriger le processus de rédaction des rapports de l'évaluation (rapport de lancement et rapport final),
- Agir en tant qu'auteur principal et assurer la cohésion analytique globale;
- Fournir l'assurance qualité interne et diriger la révision des versions successives des rapports de l'évaluation;
- Faciliter les réunions de présentation des livrables et présente les constatations et les conclusions du rapport final de l'évaluation à l'atelier national de partage des résultats avec les parties prenantes.

Les deux consultants nationaux effectueront l'évaluation des autres volets du programme non couvert par le consultant international.

Ils (elles) auront pour rôle de :

- Fournir à l'équipe d'évaluation l'expertise requise par rapport aux autres thématiques non couverts par le consultant international
- Contribuer à la rédaction du rapport de démarrage (caractérisation du contexte national, affinement des questions et de la matrice d'évaluation pour le domaine du Genre).
- Participer aux travaux de collecte et d'analyse de données lors de la phase de démarrage (analyse documentaire) et de la phase de terrain (entretiens et groupes focaux).
- Contribuer à la production des documents attendus de l'évaluation.

Le travail de l'équipe d'évaluation sera guidé par les normes établies par le Groupe d'évaluation des Nations Unies (UNEG). Les membres de l'équipe doivent respecter les directives d'éthique pour les évaluateurs dans le système des Nations Unies et le Code de conduite également établis par UNEG (cf. Annexe 2). Les évaluateurs seront invités à signer le Code de conduite avant de s'engager dans l'exercice d'évaluation.

### 1. Qualification de l'équipe d'évaluation

#### Consultant international pour la coordination de l'évaluation et pour traiter un thème de l'évaluation

- Formation universitaire supérieure (minimum bac+5 en sciences économiques, démographie, statistiques, sciences sociales, sciences politiques, santé publique ou équivalent);
- Expérience confirmée dans la conception et la conduite et coordination des évaluations complexes, en particulier dans le domaine de l'aide au développement et/ou de l'action humanitaire pour les agences des Nations Unies et / ou d'autres organisations internationales dans des pays francophones;
- Ayant déjà réalisé avec succès au moins deux évaluations finales de programmes et/ou de plans stratégiques relatifs aux domaines thématiques couverts par l'évaluation [Santé

Maternelle et néonatale, Planification Familiale, Santé Reproductive des adolescents et les jeunes et éducation sexuelle, Genre et lutte contre la Violence Basée sur le Genre, production et utilisation de données pour la prise de décision];

- Connaissance du contexte du pays, au moins en relation avec le domaine thématique dont il assurera directement l'évaluation;
- Excellentes aptitudes de gestion et capacités de travailler avec des équipes pluridisciplinaires et multiculturelles;
- Excellentes capacités de communication et de rédaction en français et bonne connaissance de l'anglais.
- Ayant des expériences au moins 8 ans dans au moins un des domaines d'intervention de l'UNFPA (santé de la reproduction, santé de la reproduction des jeunes et adolescents, Genre et violences basées sur le genre, Production et utilisation de données pour la prise de décision)
- Avoir des solides compétences dans les domaines d'Approches basées sur le genre et de Gestion axée sur les résultats;
- Bonnes compétences en analyse et traitement de données qualitatives et quantitatives
- Sens de leadership et d'écoute

### **Consultants nationaux pour les autres thématiques**

- Diplôme d'études approfondies en sciences sociales ou domaine similaire ou diplôme de médecine ou santé publique ;
- Expériences au moins 5 ans dans la gestion ou Suivi et Evaluation de programme en santé de la reproduction, santé de la reproduction des jeunes et adolescents, genre et violences basées sur le genre ou production et utilisation de données de population pour la prise de décision,
- Ayant effectué au moins deux évaluations relatives à la santé de la population et/ ou mandat de l'UNFPA pour le compte des agences des Nations Unies ou d'autres organisations internationales ;
- Expérience en évaluation de programmes humanitaires (en situation d'urgence) ;
- Excellente capacité de rédaction et de communication en français.

### **Rémunération, durée des contrats et modalités de paiement**

Les frais des consultants seront payés sur base des procédures des Nations Unies en utilisant les modalités de paiement suivantes:

- 20% - paiement initial lors de l'approbation du rapport de démarrage.
- 50% - deuxième paiement après acceptation du draft du rapport comprenant les résultats de la collecte de données sur les terrains.
- 30% - payable à la réception d'un rapport final qui doit être précédée d'une réunion des parties prenantes avec la facilitation des consultants.

Des déplacements au niveau des zones d'interventions sont prévus, et les indemnités seront payées suivant les barèmes du Système des Nations Unies.

Les journées de travail sont réparties entre les membres de l'équipe comme suit :

<b>Consultants</b>	<b>Nombre de jours ouvrables</b>
<b>Team Leader, Consultant International</b>	40
<b>Deux consultants nationaux</b>	36

Phase/Livrables	Chef Consultant International	d'équipe : Consultant national 1	Consultant national 2
Rapport de démarrage	4	4	4
Phase de terrain	20	20	20
Analyse de données, rapport provisoire et annexes	10	8	8
Rapport final et annexes	5	3	3
Atelier de restitution des résultats de l'évaluation	1	1	1
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>36</b>	<b>36</b>

### Gestion et conduite de l'évaluation

La gestion et la conduite de l'évaluation sont sous la responsabilité du gestionnaire de l'évaluation qui travaillera avec le Groupe de référence de l'évaluation. Le gestionnaire de l'évaluation aidera l'équipe d'évaluation dans la conception de l'évaluation, fournira une rétroaction continue pour l'assurance qualité lors de la préparation du rapport sur la conception et le rapport final. Il sera appuyé par le Conseiller Régional en Suivi-évaluation (ESARO).

Le groupe de référence sera composé des représentants du Bureau de pays de l'UNFPA Madagascar, la partie nationale, le Bureau Régional de UNFPA (ESARO), la Division des programmes du siège.

Les principales fonctions du groupe de référence sont:

- Discuter des termes de référence.
- Fournir à l'équipe d'évaluation de l'information et de la documentation pertinente sur le programme.
- Faciliter l'accès de l'équipe d'évaluation aux informateurs clés au cours de la phase de terrain.
- Discuter et approuver les rapports produits par l'équipe d'évaluation.
- Donner des avis sur la qualité du travail accompli par l'équipe d'évaluation.
- Donner des feedback sur les constats, les conclusions et recommandations de l'évaluation en vue de les intégrer dans la prochaine conception et exécution des programmes.

## ANNEXES

Annexe 1 : Format du rapport de démarrage de l'évaluation

Le rapport de conception doit utiliser le modèle suivant :

### **CHAPITRE 1: Introduction 1-2 pages max**

- 1.1 But et objectifs de l'évaluation du programme de pays
- 1.2 Portée de l'évaluation
- 1.3 Objet du rapport de conception

### **CHAPITRE 2: Contexte du pays 4-6 pages maximum**

- 2.1 Défis du développement et stratégies nationales
- 2.2 Le rôle de l'aide extérieure

### **CHAPITRE 3: Réponse stratégique et programme de l'UNFPA 5-7 pages max**

- 3.1 Réponse stratégique de l'UNFPA
- 3.2 Réponse de l'UNFPA dans le cadre du programme de pays
  - 3.2.1 Le programme de pays
  - 3.2.2 La structure financière du programme de pays

### **CHAPITRE 4: Méthodologie et approche de l'évaluation 7-10 pages maximum**

- 4.1 Critères d'évaluation et questions d'évaluation
- 4.2 Méthodes de collecte et d'analyse des données
- 4.3 Sélection de l'échantillon d'intervenants

- 4.4 Évaluation de l'évaluabilité, limitations et risques

#### **CHAPITRE 5: Processus d'évaluation 3-5 pages max**

- 5.1 Aperçu du processus

- 5.2 Composition de l'équipe et répartition des tâches

- 5.3 Besoins en ressources et soutien logistique

- 5.4 Plan de travail

(Nombre total de pages) 20-30 pages max

#### **ANNEXES**

- Annexe 1 Termes de référence

- Annexe 2 Matrice d'évaluation

- Annexe 3 Guides d'entretiens

- Annexe 4 Liste des projets Atlas

- Annexe 5 Carte des parties prenantes

- Annexe 6 Programme du CPE

- Annexe 7 Documents consultés

Annexe 2. Code de conduite et normes d'évaluation dans le système des Nations Unies

Les évaluations des activités financées par l'UNFPA doivent être indépendantes, impartiales et rigoureuses. Chaque évaluation devrait clairement contribuer à l'apprentissage et à la responsabilisation. Par conséquent, les évaluateurs doivent avoir une intégrité personnelle et professionnelle et être guidés par la convenance dans la conduite de leurs affaires. En particulier:

1. Pour éviter les conflits d'intérêts et les pressions indues, les évaluateurs doivent être indépendants, ce qui implique que les membres d'une équipe d'évaluation ne doivent pas être directement responsables de l'élaboration des politiques / de la programmation, de la conception ou de la gestion globale du sujet d'évaluation. S'attendre à être dans un proche avenir. Les évaluateurs ne doivent pas avoir d'intérêts acquis et ont la pleine liberté de mener leur travail d'évaluation de façon impartiale, sans effets négatifs potentiels sur leur développement professionnel. Ils doivent pouvoir s'exprimer librement.

2. Les évaluateurs devraient protéger l'anonymat et la confidentialité des informateurs individuels. Ils devraient donner un avis maximum, minimiser les délais et respecter le droit des gens de ne pas s'engager. Les évaluateurs doivent respecter le droit des gens à fournir des renseignements confidentiels et veiller à ce que les informations sensibles ne puissent pas être rattachées à leur source. Les évaluateurs ne sont pas censés évaluer les individus et doivent équilibrer une évaluation des fonctions de gestion avec ce principe général.

3. Les évaluations révèlent parfois des soupçons d'actes répréhensibles. Ces cas doivent être signalés discrètement à l'organisme d'enquête approprié.

4. Les évaluateurs doivent être sensibles aux croyances, aux mœurs et aux coutumes et agir avec intégrité et honnêteté dans leurs relations avec toutes les parties prenantes. Conformément à la Déclaration universelle des droits de l'homme des Nations Unies, les évaluateurs doivent être sensibles aux questions de discrimination et d'égalité entre les sexes et y faire face. Ils doivent éviter de porter atteinte à la dignité et à l'estime de soi des personnes avec lesquelles ils sont en contact au cours de l'évaluation. Sachant que l'évaluation pourrait affecter négativement les intérêts de certaines parties prenantes, les évaluateurs devraient effectuer l'évaluation et communiquer leur but et leurs résultats d'une manière qui respecte clairement la dignité et l'estime de soi des parties prenantes.

5. Les évaluateurs sont responsables de la présentation claire, précise et juste des limites de l'étude, des constatations fondées sur des données probantes, des conclusions et des recommandations.

Pour plus de détails sur l'éthique et l'indépendance dans l'évaluation, veuillez consulter les Directives éthiques de l'UNEG et les Normes d'évaluation dans le système des Nations Unies.

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

[http://www.unevaluation.org/papersandpubs/documentdetail.jsp?doc\\_id=21](http://www.unevaluation.org/papersandpubs/documentdetail.jsp?doc_id=21)

#### **Annexe 3 : Présentation du rapport d'évaluation**

Section	Titre	Longueur suggérée
RESUME		3-4 pages max
CHAPITRE 1:	Introduction	
1.1	Objectifs (général/spécifiques) de l'évaluation du programme pays	5-7 pages max
1.2	Champ de l'évaluation	
1.3	Méthodologie et processus	

CHAPITRE 2: Contexte du pays		
2.1	Objectifs de développement et des stratégies nationales	5-6 pages max
2.2	Le rôle de l'assistance externe	
CHAPITRE 3 : La réponse et les stratégies de programme de l'UNFPA/UN		
3.1	Réponse de l'ONU et de l'UNFPA	5-7 pages max
3.2	Réponse de l'UNFPA à travers le programme pays	
3.2.1	Brève description de la stratégie du cycle précédent de l'UNFPA, les objectifs et les réalisations	
3.2.2	Le programme pays de l'UNFPA (en cours)	
3.2.3	La structure financière du programme pays	
CHAPITRE 4 : Constats : les réponses aux questions d'évaluation		
4.1	Réponse à la première question	25-35 pages max
4.2	Réponse à la deuxième question	
4.3	Réponse à la troisième question	
4.4	Réponse à la Xème question	
CHAPITRE 5 : Conclusions		
5.1	Niveau stratégique	6 pages max
5.2	Niveau Programmatique	
CHAPITRE 6 : Recommandations		
	Recommandation # 1, #2, #3 (niv. Stratégique / niv. Programmatique)	4-5 pages max
(Nombre total de pages)		50-70 pages
Annex 1 Termes de Référence Annex 2 Listes des personnes/institutions rencontrées Annex 3 Liste des documents consultés Annex 4 La matrice d'évaluation Annex 5 les outils méthodologiques		

Annexe 4 : Restitution des résultats provisoires au Bureau Pays

- Un atelier d'une demi-journée à la fin de la phase de terrain ;
- Participants : Représentant du Bureau Pays, Représentant Assistants, Chargés de programmes.

Présentation par l'équipe d'évaluation
Objectifs de l'atelier: présenter et valider les résultats et tester les éléments de conclusions et les recommandations provisoires
Rappeler les objectifs de l'évaluation du programme de pays.
Méthodologie: le processus, le champ, les critères d'évaluation et les questions d'évaluation, les méthodes d'échantillonnage pour la sélection des parties prenantes, les méthodes de collecte de données et des techniques de triangulation
Phase de terrain: visites de sites; parties prenantes consultées par type d'institution/répartition géographique
Constats provisoires pour chaque question d'évaluation
Éléments de conclusions: distinguer conclusions stratégiques / programmatiques recommandations provisoires: stratégiques / programmatiques
Prochaines étapes: phase de rédaction du rapport – assurance qualité (BP, BR) - revue de qualité du rapport final (BE) - réponses des services – dissémination.

Annexe 5 : Matrice d'évaluation

EQ1 : Dans quelle mesure ...			
Hypothèses à évaluer	Indicateurs	Sources d'information	Méthodes et outils pour la collecte des données
L'hypothèse 1 (voir exemple dans l'outil 1)			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Les évaluateurs doivent compléter cette case avec toutes les données et informations pertinentes recueillies au cours de la phase sur le terrain en relation avec les éléments énumérés dans la colonne «hypothèses à évaluer» et leurs indicateurs correspondants. Les informations présentées ici peuvent provenir: de l'examen documentaire, des entrevues, des discussions de groupes de discussion, etc. Étant donné que la matrice remplie deviendra l'annexe principale du rapport d'évaluation final, le responsable de l'équipe d'évaluation et le responsable de l'évaluation doivent veiller à ce que toutes les informations affichées: <ul style="list-style-type: none"> <li>- est directement lié aux indicateurs énumérés ci-dessus;</li> <li>- est rédigé de manière lisible et compréhensible;</li> <li>- rend visible la triangulation des données;</li> <li>- la ou les sources d'information sont référencées dans les notes de bas de page.</li> </ul> </li> </ul>			
L'hypothèse 2 (voir exemple dans l'outil 1)			
L'hypothèse 3 (voir exemple dans l'outil 1)			
EQ2 : Dans quelle mesure ...			
Hypothèses à évaluer	Indicateurs	Sources d'information	Méthodes et outils pour la collecte des données
L'hypothèse 1 (voir exemple dans l'outil 1)			
L'hypothèse 2 (voir exemple dans l'outil 1)			
L'hypothèse 3 (voir exemple dans l'outil 1)			

Annexe 6 : Evaluation de la qualité (EQA)

Unité organisationnelle:

Titre du rapport d'évaluation:

Année du rapport:

Qualité globale du rapport:

Good

Commentaires généraux:

[Insérer texte]

Date de l'évaluation:

## Niveaux d'évaluation

<b>Très bien:</b>	Fort, supérieure à la moyenne, meilleures pratiques	<b>Bien:</b>	Satisfaisant, respectable	<b>Moyen:</b>	Avec quelques faiblesses, encore acceptable	<b>Insatisfaisant:</b>	Faible, ne répond pas aux normes minimales de qualité
-------------------	---	--------------	---------------------------	---------------	---	------------------------	---

<b>Critères d'évaluation de la qualité</b>	<i>Insérer le niveau d'évaluation suivi des commentaires principaux. (Utiliser la fonction 'shading' pour donner aux cellules la couleur correspondante)</i>	
<b>1. Structure et clarté des rapports</b>  <i>Veiller à ce que le rapport soit complet et convivial</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le rapport est-il facile à lire et à comprendre (c'est-à-dire écrit dans un langage non technique accessible au public visé)?</li> <li>• Le rapport est-il centré et précis (par exemple trop long)?</li> <li>• Le rapport est-il structuré de façon logique? Existe-t-il une distinction claire entre analyse / résultats, conclusions, recommandations et leçons apprises (le cas échéant)?</li> <li>• Les annexes contiennent - au minimum - les TdR; Une bibliographie, une liste des personnes interrogées, la matrice d'évaluation et les outils méthodologiques utilisés (par exemple, guides d'entrevue, notes de groupe de discussion, schéma des enquêtes)?</li> </ul> <i>Résumé</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un résumé est-il inclus dans le rapport, écrit en tant que section autonome et présentant les principaux résultats de l'évaluation?</li> <li>• Y a-t-il une structure claire du sommaire exécutif (i. E., I) Objet, y compris le ou les destinataires visés; Ii) Objectifs et brève description de l'intervention; Iii) Méthodologie; Iv) Principales conclusions; V) Recommandations)?  <ul style="list-style-type: none"> <li>Le résumé est-il raisonnablement concis (par exemple, avec une longueur maximale de 5 à 10 pages)?</li> </ul> </li> </ul>	Niveau d'évaluation:	<b>Moyen</b>
	Commentaires:	

<p><b>2. Conception et méthodologie</b></p> <p><i>Veiller à ce que l'évaluation soit placée dans son contexte</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• L'évaluation indique-t-elle si l'évaluation est destinée à la responsabilisation et / ou à l'apprentissage?</li> <li>• L'évaluation décrit-elle le public cible de l'évaluation?</li> <li>• Le contexte de développement et institutionnel de l'évaluation est-il clairement décrit?</li> <li>• Le rapport d'évaluation décrit-il la reconstruction de la logique d'intervention et / ou de la théorie du changement?</li> <li>• L'évaluation explique-t-elle les contraintes et / ou les limitations générales?</li> </ul> <p><i>Assurer une conception et une méthodologie rigoureuses</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• L'approche et le cadre d'évaluation sont-ils clairement décrits? Établit-elle les questions d'évaluation, les hypothèses, les indicateurs, les sources de données et les méthodes de collecte des données?</li> <li>• Les méthodes choisies étaient-elles appropriées pour répondre aux questions d'évaluation? Les outils de collecte de données sont-ils décrits et justifiés?</li> <li>• Les méthodes d'analyse sont-elles clairement décrites?</li> <li>• Les limitations méthodologiques sont-elles reconnues et leur impact sur l'évaluation décrit? (Explique-t-elle comment tout biais a été surmonté?)</li> <li>• La stratégie d'échantillonnage est-elle décrite? La conception comprend-elle des techniques de validation?</li> <li>• Existe-t-il des preuves de l'implication des intervenants dans la conception de l'évaluation? (Existe-t-il une carte globale / crédible des intervenants?)</li> <li>• La méthodologie permet-elle la collecte et l'analyse de données désagrégées? <ul style="list-style-type: none"> <li>• La conception et la méthodologie sont-elles appropriées pour évaluer les questions intersectorielles (équité et vulnérabilité, égalité des sexes et droits de l'homme)?</li> </ul> </li> </ul>	Niveau d'évaluation:	<b>Très bien</b>
<p><b>3. Fiabilité des données</b></p> <p><i>Assurer la qualité des données et des processus robustes de collecte de données</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• L'évaluation a-t-elle triangulé toutes les données recueillies?</li> <li>• L'évaluation a-t-elle clairement identifié et fait appel à des sources de données qualitatives et quantitatives?</li> <li>• L'évaluation a-t-elle explicité les éventuels problèmes (biais, lacunes de données, etc.) dans les sources de données primaires et secondaires et, le cas échéant, expliqué ce qui a été fait pour minimiser ces problèmes? C'est à dire. L'évaluation a-t-elle énoncé explicitement les limites des données recueillies?</li> <li>• Existe-t-il des preuves que les données ont été collectées avec une sensibilité aux questions de discrimination et d'autres considérations éthiques?</li> <li>• Y a-t-il une désagrégation adéquate des données entre les sexes? Et si cela n'a pas été</li> </ul>	Niveau d'évaluation:	
	Commentaires:	
	Commentaires:	



<p><b>4. Analyse et conclusions</b>  <i>Assurer une analyse sonore</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• L'information est-elle analysée et interprétée systématiquement et logiquement?</li> <li>• Les interprétations sont-elles basées sur des hypothèses soigneusement décrites?</li> <li>• L'analyse est-elle présentée par rapport aux questions d'évaluation?</li> <li>• L'analyse est-elle transparente sur les sources et la qualité des données?</li> <li>• Les liens de cause à effet entre une intervention et ses résultats finaux sont-ils expliqués?</li> <li>• Dans la mesure du possible, l'analyse est-elle désagrégée pour montrer différents résultats entre les différents groupes cibles?</li> <li>• Les résultats non intentionnels sont-ils identifiés?</li> <li>• L'analyse est-elle présentée en fonction de facteurs contextuels?</li> <li>• L'analyse inclut-elle la réflexion des opinions des différentes parties prenantes (reflétant des intérêts divers)? Par exemple. Comment les opinions divergentes ont-elles pu être traitées dans l'analyse?</li> </ul>	<p>Niveau d'évaluation:</p>	
---	-----------------------------	--

<p>possible, est-ce expliqué?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• L'évaluation rend-elle explicite le degré d'implication des différentes parties prenantes dans les différentes phases du processus d'évaluation?</li> </ul>	
--	--

	Commentaires :	
<b>5. Conclusions</b> <i>Évaluer la validité des conclusions</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les conclusions sont-elles crédibles et clairement liées aux conclusions?</li> <li>• Les conclusions démontrent-elles un niveau approprié d'abstraction analytique?</li> <li>• Des conclusions traduisent-elles le jugement impartial des évaluateurs sur l'intervention?</li> </ul>	Niveau d'évaluation:	
	Commentaires:	
<b>6. Recommandations</b> <i>Assurer l'utilité et la clarté des recommandations</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les recommandations découlent-elles logiquement des conclusions?</li> <li>• Les recommandations sont-elles suffisamment claires, ciblées sur les utilisateurs visés et réalisables sur le plan opérationnel?</li> <li>• Les recommandations reflètent-elles les consultations des parties prenantes tout en restant équilibrées et impartiales?</li> <li>• Le nombre de recommandations est-il gérable?</li> <li>• Les recommandations sont-elles prioritaires et clairement présentées pour faciliter une réponse appropriée de la direction et donner suite à chaque recommandation spécifique?</li> </ul>	Niveau d'évaluation:	
	Commentaires:	
<b>7. Genre</b> <i>Pour évaluer l'intégration de l'égalité entre les sexes et l'autonomisation des femmes (GEEW)</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le GEEW est-il intégré dans le champ d'analyse de l'analyse et des indicateurs conçus de manière à assurer la collecte des données relatives au GEEW?</li> <li>• Les critères d'évaluation et les questions d'évaluation traitent-ils spécifiquement de la manière dont la GEEW a été intégrée dans la conception, la planification, la mise en œuvre de l'intervention et les résultats obtenus?</li> <li>• A-t-on choisi une méthodologie, des méthodes et des outils d'évaluation tenant compte des sexospécificités et des techniques d'analyse des données? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les conclusions, les conclusions et les recommandations de l'évaluation reflètent-elles une analyse comparative entre les sexes?</li> </ul> </li> </ul>	Niveau d'évaluation:	

	Assessment Levels (*)			
Critères d'évaluation de la qualité (points de notation *)	Très bien	Bien	Moyen	Insatisfaisant
1. Structure et clarté des rapports, y compris résumé (7)				7
2. Conception et méthodologie (13)			13	
3. Fiabilité des données (11)			11	

4. Analyse et résultats (40)			<b>40</b>	
5. Conclusions (11)		<b>11</b>		
6. Recommandations (11)		<b>11</b>		
7. Intégration du genre (7)	<b>7</b>			
<b>Total des points marqués</b>	<b>7</b>	<b>22</b>	<b>63</b>	<b>7</b>
<b>Niveau d'évaluation global du rapport d'évaluation</b>			<b>Fair</b>	
	<b>Très bien</b> ➔ A utiliser avec confiance	<b>Bien</b> ➔ A utiliser avec confiance	<b>Moyen</b> ➔ A utiliser avec précaution	Insatisfaisant ➔ A ne pas utiliser

(\*) A) Insérer les points de pointage associés aux critères de la colonne correspondante (p. Ex. - si «conclusion et analyse» ont été évaluées comme «bon», inscrire 40 dans la colonne «Bon». (C) Utiliser la fonction «ombrage» pour donner aux cellules la couleur correspondante.

Annexe 7 : Liste des documentations (non exhaustive)

- Rapport d'évaluation du 6<sup>ème</sup> programme de Madagascar
- « Management response » de l'Evaluation du 6<sup>ème</sup> programme
- Document CPD, UNFPA Madagascar
- Document initial CPAP UNFPA Madagascar
- Cadre de résultats CPAP amendé
- Plans régionaux avec UNFPA
- Tous les PTAs 2015-2018
- Plan de S&E du programme
- Matrice de S&E réactualisée du CPAP UNFPA Madagascar
- Rapports des revues annuelles et revues semestrielles du programme de Coopération entre Madagascar et l'UNFPA
- Rapports trimestriels des PTAs
- Rapports annuels de suivi de PTAs
- Rapports de mission sur les terrains
- Rapports financiers
- FACE
- Rapports de mise en œuvre des Plans régionaux
- Rapport d'évaluations thématiques
- Rapport SIS My Results 2015- 2017
- Rapports des réunions de programme
- Rapports des réunions de renforcement de capacité des IPs
- Rapports des réunions de management
- Document CCA 2012 Madagascar
- Document de Programme ou Projets Conjointes avec les autres agences de Nations Unies
- Rapport de mise en œuvre des programmes conjoints
- Documents ODDs
- Plan de mobilisation de ressources
- Rapport de mise en œuvre de Plan de mobilisation de ressources
- Rapports de retraite
- Plan National de développement de Madagascar
- UNDAF Madagascar
- Documents DAO Madagascar

**NB : Plus toute autre documentation jugée nécessaire à l'équipe d'évaluation.**

Annexe 8 : Liste des projets dans Atlas pour la période en cours d'évaluation

Liste de fonds 2015

3FPAM	Fond Enquête MDG
3FPBF	Peace building Fund
AMA02	Urgence humanitaire
FPA90	Fond propre UNFPA
ZZJ49	Fond recensement
ZZT05	RHCS
ZZT06	FTSM

2016

Liste de fonds 2016

3FPAM	Fond Enquete MDG
3FPBF	Peace building Fund
AMA02	Urgence humanitaire
FPA90	Fond propre UNFPA
UJA47	Peace Buiding Fund

UKA95	DFID
UOF40	Humanitaire
USA64	Fond USAID SONU
ZZJ49	Fond Recensement
ZZT05	RHCS
ZZT06	FTSM

**Liste de fonds 2017**

3006E	Humanitaire
AMA02	Humanitaire
FPA90	Fond propre UNFPA
UDJ34	Humanitaire
UJA47	Peace building fund
UKA95	DFID
UOF81	Humanitaire
UOF95	Humanitaire
USA64	Fond USAID SONU
USA73	USAID Recensement
ZZH05	Humanitaire
ZZJ49	Recensement
ZZT05	RHCS
ZZT06	FTSM

Liste de fonds 2018

FPA90	Fond propre UNFPA
UDJ34	Humanitaire
UJA47	Peace building fund
UJA54	Peace building fund
UQA68	ESC
ZZJ49	Recensement
ZZT05	RHCS

**Liste des projets 2015-2018**

<b>Santé de la reproduction</b>	
MDG07ASO	Santé maternelle
MDG07BLA	Santé maternelle
MDG07FMD	Santé maternelle
MDG07FSA	Planification familiale
MDG07HAI	Reinsertion femmes victimes de fistules
MDG07HUM	Humanitaire
MDG07MSM	Planification familiale
MDG07MSP	Santé de la reproduction
MDG07OPF	Operation Fistula
MDG07SLF	Santé maternelle
MDG07SLM	Securisation de Produits de la SR
<b>Jeunes</b>	
MDG07MJS	Jeunes

MDG07SFC	Peace Building Fund
<b>Genre</b>	
MDG07EFP	Genre
MDG07POP	Genre
MDG07PBF	Peace Building Fund
<b>Population et Développement</b>	
MDG07INS	Production de données
MDG07MEP	Population et Développement
<b>Transversal</b>	
MDG07PAR	Partenariat
MDG07CAP	Coordination & Assistance
MDG07COM	Communication
MDG07FPA	Programme Support UNFPA

Annexe 9 : Liste des partenaires de mise en oeuvre

#### **Santé de la Reproduction**

- Ministère de la Santé Publique
- ASOS
- Bel Avenir
- Faculté de médecine
- FISA
- Handicap International
- Marie Stopes Madagascar
- Centrale d'Achat SALAMA
- SALFA

#### **Jeunes**

- Ministère de la Jeunesse et du Sport
- SFCG

#### **Genre**

- Ministère de la Population, de la Protection Sociale et de la Promotion de la Femme (MPPSPF)
- Ministère de l'Emploi, de l'Enseignement Technique et de la Formation Professionnelle (MEETFP)

#### **Population & Développement**

- INSTAT
- Ministère de l'Economie et du Plan

## ANNEXE 2 : MATRICE D’EVALUATION DU 7<sup>ème</sup> PROGRAMME DE COOPERATION ENTRE MADAGASCAR ET L’UNFPA (2015-2019)

### ANNEXE 2 : MATRICE D’EVALUATION DU 7<sup>ème</sup> PROGRAMME DE COOPERATION ENTRE MADAGASCAR ET L’UNFPA (2015-2019)

<i>Critères de jugement</i>	<i>Indicateurs</i>	<i>Source d’information</i>	<i>Méthodes et outils pour la collecte des données</i>
<b>PERTINENCE</b>			
<b>QE1 : Dans quelle mesure les objectifs du 7<sup>ème</sup> 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 international?</b>			
<b>CJ1.1: Le processus de programmation et de planification a pris en compte les besoins des populations malgaches, en particulier des groupes vulnérables</b>	<p>a-Existence des études préliminaires et données démontrant la prise en compte inclusive des besoins de la population et leur concentration, avant la programmation des activités et le choix des IPs.</p> <p>b- Cohérence de la sélection des zones d’interventions de l’UNFPA et de la couverture des interventions des domaines thématiques avec les besoins identifiés et les priorités nationales</p> <p>c- Ciblage des groupes vulnérables et marginalisés d’une manière priorisée selon les mesures dans lesquelles les interventions planifiées dans les PTAs pour les 4 domaines d’effets</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CPAP</li> <li>• PTA</li> <li>• Politiques stratégiques</li> <li>• Politiques nationale/ régionale</li> <li>• PND</li> <li>• Documents d’analyse de situation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analyse documentaire,</li> <li>• Interviews avec staff de l’UNFPA</li> <li>• Interview avec les Partenaires de mise en œuvre,</li> <li>• Interview/ Focus group avec les bénéficiaires finaux.</li> </ul>
<p>a-Existence des études préliminaires et données démontrant la prise en compte inclusive des besoins de la population et leur concentration avant la programmation des activités et le choix des IPs.</p> <p><u>(i)Extraits détaillés de documentation</u></p> <p><u>Santé de la reproduction des jeunes et adolescents</u></p> <p>Lors de la programmation du 7<sup>ème</sup> programme de Coopération entre Madagascar et l’UNFPA, plusieurs documents principaux ont été exploités et ont permis de faire ressortir les problématiques suivantes de la population ayant trait à l’accès universel à la santé sexuelle et reproductive :</p>			

#### Enquête de besoins en Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence SONU (2010)

« Seulement 2% des centres de santé de base sont capables de fournir des soins obstétricaux d'urgence de base ».

#### Enquête Nationale de Suivi des OMD (ENSOMD 2012-2013):

##### - *Mortalité maternelle*

Selon l'ENSOMD, le ratio de mortalité maternelle est resté presque inchangé depuis des décennies. Il est estimé à « 478 décès maternels pour 100 000 naissances » vivantes contre 498 pour 100 000 naissances vivantes. Cette forte mortalité maternelle est due à : (i) un taux élevé de grossesses d'adolescentes (34%) ; (ii) un taux d'accouchements à domicile élevé en milieu rural (61%) résultant des difficultés d'accessibilité géographique et financière aux formations sanitaires et une faible couverture en centres de santé de base capables de fournir des soins obstétricaux d'urgence de base (2%) ; (iii) un taux de prévalence contraceptive en légère hausse (29% en 2008 contre 33% en 2012) dû en partie à une culture pro nataliste ; (iv) et la mauvaise qualité des soins à cause de l'insuffisance de prestataires de santé qualifiés, en particulier des sages-femmes.

##### - *Problématique des jeunes et prévention et lutte contre les IST/VIH*

Le taux de fécondité des adolescentes a augmenté passant de 148 pour mille en 2009 à « 163 pour mille en 2012 ». Parmi les facteurs explicatifs on peut citer : (i) les pratiques socioculturelles néfastes telles que le mariage des jeunes (48%) ; (ii) la précocité des relations sexuelles souvent non protégées sur incitation de l'environnement communautaire ou de la propre initiative des jeunes avec pour conséquence les grossesses précoces et les avortements compliqués (20% des filles âgées de 15 à 19 ans ont eu leur première relation sexuelle avant l'âge de 15 ans, et plus de 40% des filles deviennent mères avant l'âge de 18 ans).

Seules 24% des adolescentes en union ont accès à la contraception malgré leur désir d'espacer les grossesses et seulement 18% des adolescentes (15-19 ans) utilisent une méthode contraceptive.

Parmi les femmes et les hommes de 15-24 ans qui ont déjà eu des rapports sexuels, seuls 2% des jeunes filles et 4% des jeunes garçons ont utilisé un condom lors de leur premier rapport sexuel.

23% des jeunes filles âgées de 15-24 ans ont une connaissance considérée comme « complète » ou « approfondie » du Sida.

Seuls « 5% des jeunes de 15 à 19 ans, ont déjà fait le test de dépistage et reçu le résultat ».

En outre, 56% d'entre eux n'ont jamais entendu parler des IST, pourtant la syphilis touche 16% des professionnelles du sexe dans les grandes villes.

#### Politique Générale de l'Etat (PGE) : Mai 2014

Pour les défis à relever dans le cadre de la santé pour tous (Point 21, Page 14), l'orientation stratégique mentionne « Priorité à la santé maternelle et infantile : intensifier le programme élargi de vaccinations, fournir les prestations de services intégrés et de qualité à la population et notamment celle dans les zones enclavées, et mettre à disposition permanente des intrants de santé de qualité par niveau »

Pour les défis à relever dans le cadre de la sécurité publique (Point 10, Page 10), l'orientation stratégique mentionne « Protéger les femmes et les enfants contre la violence et le tourisme sexuel ».

#### Nouvelles Mondiales Permanentes (NMP Avril 2014)

Selon le classement des pays publié en avril 2014 par les Nouvelles Mondiales Permanentes sur les Catastrophes Naturelles, Madagascar fait partie des 10 pays les plus exposés aux risques de catastrophe naturelle au monde et un quart de sa population, soit cinq millions de personnes, vit dans des zones fortement vulnérables aux cyclones, sécheresses et inondations.

#### Violences basées sur le Genre et autonomisation de la femme



Le rapport ENSOMD montre que 30% des femmes ont subi plusieurs types de violence durant les 12 derniers mois précédant l'enquête dans tout Madagascar. La violence psychologique tient la première place parmi les violences les plus fréquentes et 19% des femmes l'ont subie. La violence physique, quant à elle, est endurée par 12,1% des femmes. La violence sexuelle et la violence économique sont respectivement supportées par 7,2% et 5,3% des femmes. Pratiquement la moitié de tous les types de violence ont été perpétrés au sein de la famille, ainsi en est-il de la violence lors de la grossesse, confirmée par 59,9% des femmes victimes en union. La violence sexuelle, quant à elle, est plus répandue au niveau de la communauté : 35,4% des cas sont commis par des voisins et 20,1% par des inconnus. Il ressort de cette analyse qu'aucune catégorie de femme n'est épargnée par la violence bien que la prévalence varie légèrement selon certaines caractéristiques sociodémographiques. Les femmes jeunes courent beaucoup plus de risques que leurs aînées de subir des violences. Le fait d'appartenir aux quintiles des riches ne protègent pas les femmes de la violence. Par ailleurs, l'indiscipline (78,2%) et le non-respect (51,2%) des enfants sont les causes des actes de violence les plus cités par les femmes. Pourtant, la plupart des femmes (83,3%) qui ont commis des actes de violence à l'égard des enfants ont déclaré que ces causes sont rarement rencontrées.

### *Dynamique de population*

Selon les projections démographiques de l'Institut National de la Statistique (INSTAT) à partir du recensement de 1993, avec un taux de croissance annuel de 2,8%, la population totale de Madagascar serait près de 21,6 millions habitants en 2013 : sept personnes sur dix vivent en milieu rural majoritairement sans électricité ni eau. La pyramide des âges se structure comme suit : 16,1% d'enfants de 0-5 ans et 30,5% âgés 5-14 ans ; 64% sont des jeunes de moins de 25 ans dont 47% ont moins de 15 ans et 32% sont des jeunes et adolescents âgés de 10 à 24 ans. La jeunesse de la population est à la fois une fenêtre d'opportunité et un défi exerçant une forte tension sur les services sociaux de base peu préparés à répondre aux besoins des jeunes.

Ces statistiques sont basées sur des données qui datent de 1993, soit il y a 25 ans, nécessitant la mise à jour des données qui peuvent refléter les situations actualisées des différentes catégories de la population. Par ailleurs, selon les normes des Nations Unies, le Recensement Général de la Population devrait être effectué tous les dix ans.

La « chute » de vitalité de l'économie nationale et locale caractérisée par le manque d'emplois décents et/ou la perte d'emplois à la suite de la fermeture de nombreuses entreprises a acculé une grande partie de la population à une situation de précarité et de vulnérabilité (PND 2015- 2019, page 5). La crise politique de 2009-2013 et ses implications, notamment la suspension d'une partie des aides extérieures et la politique d'austérité budgétaire, ont modifié la structure des finances publiques (PND 2015- 2019, page 6). La morosité de l'économie durant la crise n'a pas permis au secteur privé de jouer pleinement son rôle de moteur malgré le fait que des forces pour la croissance inclusive et le développement du pays existent. Il s'agit, entre autres, d'une population jeune et d'une main d'œuvre abondante (PND 2015- 2019, page 11).

### *(ii) Entretiens*

En matière de SR, les partenaires d'exécution ont reconnu lors des entretiens que le programme a pris en compte les besoins de la population avant la programmation des activités à partir de plusieurs études préliminaires de base ; le choix des IPS a également été orienté en fonction de leur mission en faveur de ces populations et de leur concentration. En effet, les partenaires ont précisé que ces études sont riches en données en faveur des besoins de la population.

Selon l'analyste du programme SR au niveau du Bureau de coordination régionale de l'UNFPA, lors de la conception du CPAP 7<sup>ème</sup> programme, l'UNFPA s'est basée sur plusieurs études nationales qui démontrent les besoins de la population avant la programmation des activités. Malheureusement, les résultats de ces études ne sont pas suffisamment exploités ni les recommandations suffisamment suivies.

D'après les entretiens avec les chargées de programme, des réunions et des ateliers de concertation ont été réalisés avec les parties prenantes, et les besoins et intérêts des personnes victimes de VBG ont été considérés. Les axes d'interventions ont été formulés avec les parties prenantes durant atelier d'élaboration du CPD et du CPAP. Les VBG constituent une manifestation de l'inégalité de genre. Au début du Programme, 30% des femmes ont déclaré avoir subi une violence. L'appui institutionnel fourni, notamment pour l'élaboration de la stratégie nationale de lutte contre VBG et pour l'initiation de la révision de la Politique Nationale de Promotion la Femme et la loi VBG, répond aux demandes de Madagascar.

L'évaluation du précédent Programme a été utilisée comme document de base lors de la formulation des axes stratégiques et ont été fournis aux parties prenantes.

Selon les responsables au niveau des partenaires de mise en œuvre et l'UNFPA pour le domaine Population et Développement, l'identification et la planification des réponses à ces besoins en matière de Production et Utilisation de données ont été faites de façon participative en se basant sur les données statistiques nationales en matière de population et de développement. Les autorités étatiques ont identifié les besoins des populations bénéficiaires et actrices des interventions à travers la participation (source : rapport d'atelier de conception du CPD 2015-2019) des partenaires et bénéficiaires et/ou par des méthodes rigoureuses : enquêtes situationnelles, consultations des partenaires et de toutes les parties prenantes (étatiques et non-étatiques), ateliers participatifs de revues et de planification annuelles (régionales et nationales).

### (iii) Résultats

L'analyse situationnelle au niveau pays a été menée de manière à identifier les besoins de la population et guider la planification des interventions liées aux SR, Jeunes et adolescents, Egalité des sexes et autonomisation des femmes et Population et développement. La Planification régionale avec la participation des toutes les parties prenantes lors de la conception des plans régionaux, a permis de prendre en compte les besoins identifiés.

Le CPAP a pris en compte et mis la priorité sur la réduction de la mortalité maternelle à travers le produit 1, le produit 2 et le produit 3. Le programme a également mis la priorité sur la nécessité de réduire le taux de fécondité chez les jeunes à travers la prévention des grossesses précoces et des mariages précoces. Par ailleurs, il a intégré la prévention et prise en charge des VBG dans le produit 4 à travers la mise en place d'un environnement favorable (cadre légal et institutionnel) et d'un plan opérationnel.

Concernant la dynamique de population, le programme a pris en compte et mis la priorité sur la nécessité de réaliser le RGPH afin de rendre disponibles des données fiables sur la population en vue d'une planification et de la prise de décision au niveau national.

Le CPAP a pris en compte la grande vulnérabilité de la population dans les zones à haut risque de catastrophes naturelles de manière transversale couvrant les 5 produits.

*« Le septième Programme vise la réduction de la pauvreté en ciblant les femmes, les jeunes et les adolescents, en particulier 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 ciblera 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. » CPAP- Page 9.*

*« Produit 1: Les capacités nationales à fournir des services de santé maternelle de qualité, y compris dans les situations de crise humanitaire, améliorées.*

*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.*

*Produit 3: L'accès à l'information et aux services conviviaux pour les jeunes et adolescents, notamment la formation sur les compétences de vie et l'éducation sexuelle, accru.*

*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.*

*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. » CPAP page 9*

### b- Cohérence de la sélection des zones d'interventions de l'UNFPA et de la couverture des interventions des domaines thématiques avec les besoins identifiés et les priorités nationales

#### (i) Extraits détaillés de documentation

- ENSOMD

*Les données du tableau suivant ont été tirées du document de l'ENSOMD 2012-2013 et a permis au bureau d'effectuer la sélection des régions de concentration*

REGION	POP TOTALE	POP RURALE	POP URBAIN	Taux de FERTILITE	Accouchement assisté par personnel qualifié	Accouchement assisté par personnel qualifié	SONUB ELAP	SONUC ELAP	Besoins non satisfaits en PP	Indice synthétique de fécondité	Evénements labores à acc. vivants en SC	Taux de prévalence des violences domestiques	SC de bonnes connaissances de prévention	Taux de Prévalence du VIH SC	Femmes 249 années ou plus sur les prévalences	Hommes 19 années ou plus sur les prévalences	Prévalence des IST Méthodes pour les femmes de 15 à 49	Prévalence des IST Méthodes pour les hommes de 15 à 49
ANALANANANANA	1 410 000	590 000	1 150 000	47	80,0	74	20	2	90,8	3,5	0,6	54,9	45,6	0,20	73	73	0,8	2,8
VAKIVAKIVANA	1 790 000	1 200 000	990 000	30,6	42,0	44	19	2	70,4	5,4	0,9	42,6	26,1	0,00	90,0	90,0	1,0	2,3
ITASY	714 438	543 000	242 000	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
BEMELARANA	403 000	340 000	100 000	70,0	20,0	22,0	10	2	80,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
HAUTE	1 800 000	870 000	300 000	70	35,2	30,0	11	2	14,9	5,5	23,0	42	37	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
AMERIKY	110 000	100 000	20 000	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
VAKIVAKIVANA	1 420 000	900 000	470 000	70,0	12,0	12,0	9	2	17,0	0,0	0,0	0,0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
BEMELARANA	300 000	200 000	100 000	30,0	30,0	30,0	10	2	50,0	0,0	0,0	0,0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ANALANANANANA	400 000	300 000	200 000	10,0	10,0	10,0	10	2	60,0	0,0	0,0	0,0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ANALANANANANA	1 200 000	800 000	400 000	15,0	15,0	15,0	15	2	70,0	0,0	0,0	0,0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ANALANANANANA	300 000	200 000	100 000	10,0	10,0	10,0	10	2	80,0	0,0	0,0	0,0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ALAFIA	1 000 000	700 000	300 000	50,0	40,0	40,0	10	2	90,0	0,0	0,0	0,0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
BEMELARANA	300 000	200 000	100 000	10,0	10,0	10,0	10	2	80,0	0,0	0,0	0,0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ANALANANANANA	1 200 000	800 000	400 000	10,0	10,0	10,0	10	2	70,0	0,0	0,0	0,0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ANALANANANANA	300 000	200 000	100 000	10,0	10,0	10,0	10	2	80,0	0,0	0,0	0,0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ANALANANANANA	1 200 000	800 000	400 000	10,0	10,0	10,0	10	2	70,0	0,0	0,0	0,0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ANALANANANANA	300 000	200 000	100 000	10,0	10,0	10,0	10	2	80,0	0,0	0,0	0,0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ANALANANANANA	1 200 000	800 000	400 000	10,0	10,0	10,0	10	2	70,0	0,0	0,0	0,0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ANALANANANANA	300 000	200 000	100 000	10,0	10,0	10,0	10	2	80,0	0,0	0,0	0,0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ANALANANANANA	1 200 000	800 000	400 000	10,0	10,0	10,0	10	2	70,0	0,0	0,0	0,0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ANALANANANANA	300 000	200 000	100 000	10,0	10,0	10,0	10	2	80,0	0,0	0,0	0,0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ANALANANANANA	1 200 000	800 000	400 000	10,0	10,0	10,0	10	2	70,0	0,0	0,0	0,0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ANALANANANANA	300 000	200 000	100 000	10,0	10,0	10,0	10	2	80,0	0,0	0,0	0,0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ANALANANANANA	1 200 000	800 000	400 000	10,0	10,0	10,0	10	2	70,0	0,0	0,0	0,0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ANALANANANANA	300 000	200 000	100 000	10,0	10,0	10,0	10	2	80,0	0,0	0,0	0,0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
TOTAL	21 600	15 900	7 000	71,5	38,3	44,3	60	26	80	5	30,4	13	43,4	6,10	52,4	59,3	9	9,0

La pondération pour identifier les régions de concentration a été effectuée durant la préparation du 7<sup>ème</sup> programme. Le texte ci-dessous est tiré du document intitulé « Analyse comparative des régions à partir des indicateurs sociodémographiques » Page 1 et Page 2.

« Dans le cadre de son VII<sup>ème</sup> Programme de coopération avec Madagascar, l’UNFPA se propose 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 de services de santé de la reproduction, l’offre de services de la santé de la reproduction 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 et le suivi et l’évaluation des différents programmes. Madagascar est classé parmi les pays les plus pauvres : 71,5% de sa population vit en dessous du seuil de pauvreté et 52,7% vit dans l’extrême pauvreté selon les données de l’ENSOMD. C’est-à-dire que toutes les régions ont besoin d’être assistées si l’on veut réduire le niveau de pauvreté. Mais étant donné le niveau limité de nos ressources et pour que notre appui ait un impact, il faut travailler dans un nombre limité de régions. Comment choisir ces régions ? C’est l’objet de la présente note.

Comme noté plus haut, toutes les régions sont pauvres, certes, mais à des degrés différents. Notre choix sera basé sur les régions ayant des indicateurs de pauvreté les plus élevés. Le but de notre programme est de contribuer à réduire la pauvreté -l’extrême pauvreté selon l’UNDAF- à travers l’offre des services cités ci-dessus. Il s’agit donc, soit de réduire les niveaux élevés des indicateurs pour certains, soit d’accroître les niveaux des indicateurs pour d’autres. Ce sera le cas pour la mortalité maternelle, la prévalence du VIH/SIDA, la fécondité générale et celle des adolescentes, les besoins non satisfaits en matière de planification familiale, l’expérience des violences domestiques (réduction), les accouchements assistés par du personnel qualifié dans une structure médicale (pour les structures sanitaires SONUB et SONUC), la prévalence contraceptive et la connaissance des méthodes de prévention du VIH.

La démarche a consisté à collecter les différents indicateurs pour chacune des régions, à 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, nous aurons les régions classées selon les besoins prioritaires en termes de santé maternelle, de services de SR/SRA, de lutte contre les violences domestiques et de lutte contre les IST et le VIH.

Le choix des régions ainsi classées sera moins dépendant des préférences et permettra d’assister de façon impartiale, celles qui sont les plus nécessiteuses. Les différents indicateurs retenus pour l’exercice sont les suivants : Contexte du pays ; Population totale ; Population rurale ; Population jeune (15-24 ans) ; Population sous le seuil de

pauvreté ; Revenu moyen par habitant en USD ; % de chefs de famille femme ; Mortalité Maternelle (Taux de mortalité maternelle pour 100000 NV ; Taux d'accouchement en structures médicalisées ; Taux d'accouchements assistés par du personnel qualifié) ; SONU de base (%) ; SONU complet (%) ; Besoins non satisfaits en PF (en %) ; Santé Sexuelle et de la Reproduction (Taux de fécondité, Vie féconde des adolescentes (Grossesses des adolescentes (15-19 ans) avec enfants vivants en %, Taux de prévalence contraceptive en %, Expérience de Violence domestique) ; VIH/IST (Taux de prévalence du VIH en %, Connaissance sur Prévention du VIH, Taux de prévalence des IST).

Tous les indicateurs ci-dessus (à l'exception du revenu moyen en USD) ont été obtenus à partir des rapports de l'enquête nationale de suivi des OMD (ENSOMD) réalisée par l'INSTAT excepté le taux de prévalence du VIH qui est extrait du rapport annuel 2013 du CNLS.

Les pondérations vont de 1 à 22. Le nombre 1 est attribué à la région qui vient en tête par rapport à l'indicateur donné. Par exemple, pour le Taux de fécondité, la région numéro 1 sera celle dont le taux est le plus élevé car les actions seront menées prioritairement dans cette région pour aider à réduire le niveau de fécondité.

Autre exemple : pour le Taux de prévalence contraceptive, la région numéro un sera celle où le taux de prévalence est le plus bas. Les actions à mener devront permettre d'augmenter ce taux afin de réduire les niveaux de mortalité maternelle et de fécondité.

C'est cette logique qui a guidé tout l'exercice. La somme des pondérations a permis de classer les régions. Les régions qui ont le moins de points sont celles qui ont le plus besoin d'assistance dans nos domaines d'intervention.

Comme on peut le noter, dans chacune des régions prioritaires, tous nos domaines d'intervention y sont présents. En d'autres termes, nos interventions seront réalisées dans les mêmes régions, ce qui concrétisera l'intégration.

Les dix régions identifiées comme prioritaires selon les indicateurs retenus sont ATSIMO ANDREFANA, VATOVAVY FITOVINANY, SOFIA, ANDROY, ANOSY, ATSIMO ATSIANANA, MELAKY, SAVA, MENABE et ANALANJIROFO.

Compte tenu des difficultés à mobiliser les fonds et tenant compte de l'expérience du VIème Programme, l'on devrait se limiter à six régions au maximum (comme le programme actuel) pour espérer obtenir des résultats sensibles. A ce stade du choix des six régions parmi les 10 prioritaires, on devrait tenir compte d'un certain nombre de paramètres, dont l'existence de partenaires potentiels dans la région (l'USAID intervient dans les dix régions ci-dessus citées) ; l'accessibilité géographique ; l'existence d'une administration fonctionnelle et une direction régionale sanitaire fonctionnelle ».

#### ENSOMD 2012-2013 : Enquête nationale sur le suivi des objectifs du millénaire pour le développement à Madagascar

Par rapport à la moyenne nationale de 30%, la prévalence des violences à l'égard des femmes est plus élevée dans les régions d'intervention Androy (31%) et Vatovavy fitovinany (43%). Ce document montre également que la proportion de femmes qui trouvent normale la violence perpétrée par un partenaire est largement élevée par rapport à la moyenne nationale de 45,2% dans les régions d'intervention Atsimo Andrefana (59,2%), Androy (78,2%) et Vatovavy Fitovinany (48,2%).

#### Rapport final de la retraite de l'équipe-pays de Madagascar du 28 au 30 janvier 2015. Toliara. page 3

« L'Equipe-Pays a décidé de renforcer la collaboration en choisissant de travailler ensemble dans six (6) Régions d'intervention, avec une concentration prioritaire dans trois Régions d'intervention, où toutes les agences vont, selon leurs mandats respectifs, appuyer les priorités de développement de ces Régions. Elle a également examiné les notes conceptuelles sur les thèmes qui pourront faire l'objet de programmes conjoints, à savoir : (i) Gouvernance apaisée ; (ii) Lutte contre le VIH/sida ; (iii) Amélioration de la santé maternelle et néonatale ; (iv) Amélioration de la résilience communautaire par la promotion de moyens de subsistance durable et (v) Appui aux jeunes. Pour avoir un impact significatif au niveau des Régions, l'Equipe-Pays a adopté le principe d'allouer un volume de ressources conséquent selon les besoins des Régions. »

### Compte-rendu de la réunion du Programme Management Team (PMT)

« Le PMT propose les 3 Régions suivantes : Atsimo Andrefana, Androy et Vatovavy Fitovinany. Les critères retenus pour le choix de ces Régions sont : · Une forte présence des Agences SNU et l'existence du bureau sous-Régional et de certaines Agences (Atsimo Andrefana) ; · Le niveau élevé de pauvreté extrême (90,7 % à Androy) ; · L'existence des potentialités (Vatovavy Fitovinany : Région à forte potentialité agricole : cultures de rente telles que café, girofle, poivre, cultures fruitières telles que letchi, banane, cultures industrielles, etc.) ; L'appui du SNU prévu pour le renforcement des capacités des Régions dans les domaines de la coordination, de la planification (dans les 3 Régions) ; · La présence du SNU bien répartie dans l'espace (Ouest, Sud et Est). »

#### (ii) Entretiens

D'après les responsables au niveau de l'UNFPA, la sélection des zones d'intervention et de la couverture des domaines thématiques est passée par plusieurs étapes dont l'analyse des indicateurs en matière de population des régions dans les documents d'études, à savoir les ENSOMD. Ces analyses ont permis de faire ressortir les régions les plus défavorisées et la couverture des interventions. Les régions d'intervention sont également les régions identifiées comme zones de concentration des Nations Unies dans l'UNDAF.

Selon les Responsables au niveau des ministères impliqués, les choix ont été effectués en concertation avec le gouvernement et ces régions sont les zones du SNU.

L'entretien avec le responsable de S&E au niveau du bureau de coordination du Système des Nations Unies a fait ressortir que la sélection des zones a été faite en considérant la situation des indicateurs régionaux et en concertation avec la partie gouvernementale. »

#### (iii) Principaux résultats au niveau de l'indicateur

La sélection des zones d'interventions du CPAP et la couverture des interventions des domaines thématiques ont été effectuées et fixées en cohérence avec les besoins identifiés et les priorités nationales.

Des critères ont été choisis pour sélectionner les régions d'intervention qui sont Vatovavy Fitovinany, Androy et Atsimo Andrefana. Ces critères sont en cohérence avec les besoins de la population, les priorités nationales et les indicateurs de développement de Madagascar. Concernant les critères spécifiques au programme Genre et à la lutte contre les VBG, il s'agit de la prévalence des violences à l'égard des femmes et des filles qui sont respectivement de 43%, 31%, et 27,5% contre 30% au niveau national, et de la proportion de femmes qui trouvent normale la violence perpétrée par un partenaire : Vatovavy Fitovinany 48,2%, Androy 78,2% et Atsimo Andrefana 59,2% contre 45,2% au niveau national.

« En ce qui concerne les régions et les zones d'intervention, l'UNFPA apportera un appui au niveau national et/ou central pour les actions globales. Autrement dit, les volets sécurisation des produits contraceptifs, plaidoyer et mobilisation de ressources, élaboration de guides et normes en SR/PF, et autres activités identifiées auront une couverture nationale pour tenir compte du besoin urgent formulé par le Gouvernement de réduire la mortalité maternelle et d'augmenter l'utilisation de la planification familiale à court et moyen termes. L'UNFPA a, en effet, pour vocation d'apporter son soutien à Madagascar dans son ensemble (indicateurs du CPD au niveau national).

Toutefois, compte tenu des ressources limitées et de la disparité des besoins, une stratégie géographique spécifique a été décidée pour la mise en œuvre du 7ème programme. Les résultats de l'analyse d'un ensemble d'indicateurs qui reflètent les besoins prioritaires en termes de santé maternelle, de services de SR/SRA, de lutte contre les violences basées sur le genre, de lutte contre les IST et le VIH confirment que les six régions prioritaires identifiées au cours du programme précédent (Atsimo Andrefana, Atsimo Atsinanana, Vatovavy Fitovinany, Anosy, Androy et Sofia) restent les plus vulnérables. En concertation avec les partenaires, il a donc été décidé de maintenir le choix de ces régions prioritaires.

Par ailleurs, afin de maximiser l'impact du programme, une attention particulière sera portée sur trois de ces régions (Atsimo Andrefana, Androy et Vatovavy Fitovinany) au cours d'une première phase. Cette attention particulière devra permettre d'offrir un paquet complet de services, d'adopter une stratégie d'intégration des activités et d'assurer la synergie des

interventions des partenaires techniques et financiers. Cette concentration des interventions devrait en outre contribuer à renforcer le suivi du programme par une présence effective sur le terrain et une amélioration de la capacité de suivi et permet d'aller au-delà de la région vers une approche au niveau des districts. Ces choix sont faits en concertation avec le Gouvernement et les agences des Nations Unies, sur la base de critères tels que les besoins/vulnérabilité, la consolidation des acquis, la complémentarité avec les partenaires internationaux et l'implication de la société civile. Cette démarche devant obtenir et démontrer des résultats dans les zones prioritaires, elle permettra de mobiliser davantage de ressources pour répliquer le programme tout en gardant une perspective de cinq années de programmation vers une mise à l'échelle progressive. De façon exceptionnelle, notamment dans le cadre de la réponse à une urgence humanitaire ou de la mise en œuvre d'un programme conjoint des Nations Unies, l'UNFPA pourra apporter un appui dans des régions autres que les régions prioritaires. » (Document CPAP)

c- Ciblage des groupes vulnérables et marginalisés d'une manière priorisée selon les mesures par lesquelles les interventions sont planifiées dans les PTAs pour les 3 domaines d'effets (SR, Jeunes et adolescents, Egalité des sexes et autonomisation des femmes)

*(i) Extraits détaillés de documentation*

Tous les documents de PTA 2015-2018 des trois domaines thématiques (SR, jeunes, Egalité des sexes et autonomisation des femmes) mentionnent comme bénéficiaires les populations vulnérables. Il s'agit des femmes victimes de violences ou des femmes victimes de fistules, des jeunes en milieu rural et des femmes en âge de procréer en milieu rural. Des études/programmes inscrits dans les plans de travail dans le domaine de la Dynamique de population concernent également et spécifiquement les jeunes, qui font partie des groupes vulnérables.

Les interventions planifiées dans les PTA concernant la SR ciblent spécifiquement les groupes vulnérables et marginalisés d'une manière priorisée : on peut citer, par exemple, le renforcement de la capacité des centres de santé à offrir des services obstétricaux et néonataux d'urgence de qualité, la prévention, le traitement et la réinsertion socio-économique des patientes porteuses de fistules obstétricales, le renforcement des capacités nationales à se préparer et à faire face aux urgences en matière de Santé de la reproduction, l'extension de l'offre de services intégrés de Santé de la Reproduction, y compris la Planification Familiale, les IST-VIH, la Consultation Post –Natale (CPoN), les soins après avortements et la prise en charge clinique des VBG, etc ; Ces interventions ciblent les femmes, jeunes et adolescents les plus pauvres, dans les zones les plus reculées, enclavées et inaccessibles ainsi que les femmes et les jeunes femmes victimes de fistules obstétricales.

En ce qui concerne les adolescents et jeunes, les interventions en faveur des groupes vulnérables et marginalisés sont la sensibilisation et l'information des jeunes et adolescents non scolarisés, surtout en milieu rural sur les questions de mariages et grossesses précoces et d'IST/VIH ; le plaidoyer pour accroître l'investissement en faveur des jeunes et particulièrement des jeunes filles et des jeunes marginalisés et l'opérationnalisation des espaces jeunes en milieu rural.

Santé de la reproduction

PTA Fac Med 2015:

MDG07FMD, P1S4A90A02 : Soutenir le renforcement des capacités des équipes nationales en réparation des FO à travers la coopération sud-sud, en partenariat avec la Faculté de Médecine (Finalisation du protocole de prise en charge holistique, Diplôme Universitaire en plancher pelvien)

ZZT06MDG/P1S2M02A05 : Appuyer le processus de révision du programme de formation initiale de la filière maïeutique selon les normes ICM

ZZT05MDG/P1S2M02A06 : Assurer la mise à disposition des équipements et matériels au niveau des Facultés de médecine et IFIRPs

ZZT06MDG/P1S2M02A06 Appuyer 6 IFIRPs régionaux et les facultés de Médecine à travers l'équipement en matériel appropriés incluant les modèles anatomiques, et le matériel pédagogique.

ZZT06MDG/P1S2M03A07 : Assurer la production de données sur la disponibilité, la réparation et le redéploiement des sages-femmes.

#### PTA Min Santé

Les patientes porteuses de fistules bénéficiant de réparation chirurgicale constituent une cible des PTAs du Ministère de la Santé pour les années 2015-2018.

PTA SALFA et Min Santé 2015- 2016-2017 Indicateur « Nombre de patientes porteuses de fistule bénéficiant de réparation »

#### PTA FISA 2015 : Page 1

« Ce Plan de travail s'aligne avec le CPAP de l'UNFPA et de l'UNDAF et répond aux impératifs des ODD ainsi qu'aux droits humains. S'alignant également avec les objectifs du développement du secteur de la santé et suivant le plan stratégique de l'IPPF/FISA 2011-2015, ce plan aspire essentiellement à faciliter l'accès des groupes cibles (Femmes en Age de Procréer (FAP) particulièrement celles marginalisées et pauvres, les Jeunes et adolescents ; les déscolarisés et les analphabètes) aux services liés à la santé de la reproduction tout en leur fournissant les informations qu'ils doivent savoir sur leurs droits en la matière. De ce fait, pour 2015, la FISA envisage d'élargir le paquet de services de santé sexuelle et reproductive offerts au niveau des points de prestation de services (PPS). Par l'appui de groupes secondaires disposant des compétences en matière de SR, la FISA entend mener de front plusieurs activités de sensibilisation en leur faveur suivant différentes thématiques SR, avec un accent particulier sur la prévention de la grossesse précoce. Forte des résultats de 2014 en matière de partenariat communautaire, l'Association préconise également d'élargir son réseau communautaire par l'ouverture de nouveaux sites d'intervention et la mobilisation davantage d'acteurs communautaires en vue d'augmenter les offres de services en matière de PF et de SR intégré. »

#### PTA MSM : Page 1

« Les activités du présent Plan de travail annuel 2015 s'articulent autour des axes stratégiques du CPAP que MSM a fait siens dans son plan pluriannuel 2015-2019 accompagnant la mise en œuvre du 7ème programme de l'UNFPA comprenant l'amélioration de l'offre et de l'accès à des services de qualité, la génération de la demande, la mise à l'échelle des interventions innovantes à grand impact telles que l'approche de franchise sociale publique (projection de 244 franchises sociales publiques dont 220 nouvelles durant les cinq années du programme), l'approche de l'offre de service à base communautaire par les paramédicaux MSLady, la stratégie mobile utilisant les Bus aménagés afin d'atteindre les populations les plus défavorisées, l'intégration de service SR/PF pour les groupes à haut risque, ainsi que l'appui institutionnel. »

#### Jeunes et adolescents :

PTA Ministère de la Jeunesse 2015 : « Axe stratégique 3.1 Sensibilisation et information des jeunes et adolescents non scolarisés et en milieux ruraux sur les questions de mariages et grossesses précoces ainsi que IST » page 4

PTA SFCG 2018 :

#### Egalité des sexes et autonomisation des femmes

- Tous les PTAs avec le Ministère de la Population, de la Protection Sociale et de la Promotion de la Femme de 2015 à 2018 mentionnent le ciblage des populations vulnérables,

lesquelles comprennent les victimes de violences basées sur le genre :

*PTA 2015-2016-2017: « Nombre de victimes de violence basée sur le genre référé recevant un soutien psychologique ou des soins médicaux »*

*PTA 2018 : « Nombre de victimes de violence basée sur le genre recevant un soutien psychologique, des soins médicaux ou juridiques »*

Le PTA 2018 du Ministère de l'emploi et de la formation professionnelle a comme cible les femmes opérées de fistules obstétricales.

- L'UNFPA contribue à l'atteinte des cibles 5.2, 5.3 et 5.6 de l'ODD n°5 au niveau national et spécifiquement aux indicateurs suivants :

5.2.1. Proportion de femmes et de filles âgées de 15 ans et plus ayant vécu en couple qui sont victimes de violences physiques, sexuelles ou psychologiques infligées par leur partenaire intime actuel ou un ex-partenaire au cours des 12 derniers mois, par forme de violence et par âge.

5.2.2. Proportion de femmes et de filles âgées de 15 ans et plus ayant subi des violences sexuelles de la part de personnes autres que leur partenaire intime au cours des 12 derniers mois, par âge et par lieu de survenance des faits.

5.3.1. Proportion de femmes âgées de 20 à 24 ans mariées ou vivant en union.

5.6.1. Proportion de femmes âgées de 15 à 49 ans prenant leurs propres décisions éclairées en ce qui concerne les relations sexuelles, l'utilisation d'une contraception et les soins de santé reproductive.

5.6.2. Lois et règlements garantissant aux femmes et aux hommes âgés de 15 ans et plus un accès équitable et sans restriction aux soins, à l'information et à l'éducation en matière de santé sexuelle et reproductive.

#### Dynamique de population

Le PTA 2015 a prévu la finalisation et la diffusion de l'étude sur les barrières culturelles à l'utilisation des services de santé reproductive par les jeunes à Androy. Les résultats de cette étude ont été présentés et utilisés pour la planification régionale à Androy.

#### (ii) Entretiens avec les Responsables de programme, au niveau des Partenaires de mise en œuvre

Lors des entretiens avec les Partenaires de mise en œuvre, les interlocuteurs ont mentionné que la population cible des interventions vit majoritairement dans les zones rurales. Par ailleurs, les interventions concernant la prévention et la lutte contre les fistules visent les femmes vulnérables dans les zones rurales. Il en est de même pour la mise en place des espaces jeunes qui se focalise particulièrement sur les jeunes ruraux. Concernant la lutte contre les violences, les partenaires de mise en œuvre ont mentionné la sensibilisation effectuée par les responsables des CECJ dans les zones cibles.

D'après les chargées de programme lors de l'élaboration des plans régionaux sur la base desquels les PTA ont été établis, des consultations des bénéficiaires ont été réalisés à travers des interviews et des focus groupe dans les trois régions de concentration des interventions de l'UNFPA.

Selon le coordonnateur du CECJ d'Ambovombe : « Devant la pauvreté qui prévaut dans la région du sud, ainsi qu'en tenant compte des us et coutumes en région Androy, les interventions du programme sont bien adaptées au contexte dans la mesure où les cibles sont les groupes vulnérables et marginalisés ; le CECJ est conçu pour répondre aux besoins de la population, et porte un intérêt particulier aux femmes maltraitées dans la communauté ».

#### (iii) Résultats :

Le CPAP et les PTAs des quatre domaines thématiques (Santé de la Reproduction, Jeunes et adolescents, Egalité des sexes et autonomisation des femmes, Dynamique de population) ont



ciblé prioritairement les groupes vulnérables et marginalisés tels que femmes victimes de fistules, les femmes, les adolescents et les jeunes au niveau des zones rurales, les survivants hommes ou femmes victimes de VBG, et les femmes en situation humanitaire.

### Synthèse du critère de jugement

#### Santé de la reproduction :

Les besoins ont été identifiés de manière exhaustive afin de guider la planification de la thématique SR. En matière de Santé de la Reproduction, le CPAP a fait ressortir les besoins des femmes en âge de procréer à partir de l'analyse des indicateurs du secteur de la Santé de la reproduction 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, 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 à un taux de prévalence contraceptive en légère hausse (33% en 2012) ainsi qu'à 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 celles en situation humanitaire sont ensuite pris en compte dans les PTA relatifs à la SR.

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

Tableau : Les principaux indicateurs de santé de la reproduction.

INDICATEUR	2004 (EDS 3)	2009 (EDS 4)	2012-2013 (ENSOMD 2012-2013)
Taux de mortalité maternelle	469	498	478
Accouchements avec personnel formé(%)	51,3	43,9*	44,3%
Indice Synthétique de Fécondité (ISF)	5,2	4,8	5 enfants par femme
Taux d'utilisation de Méthode contraceptives modernes (%)	18,3	29,2	33,3%
Besoins non satisfaits en PF (%)	24,5	19,0	16

Sources : Enquête Démographique et de Santé 3 et 4 et ENSOMD 2012-2013

Par ailleurs, certaines études ont également été prises en compte dans le cadre de l'Etude de conception du CPAP : il s'agit, entre autres, de l'évaluation de la sécurisation des intrants de santé à Madagascar en 2012 ; de l'Evaluation de la campagne pour éliminer les fistules obstétricales et recadrage du plan stratégique en 2014 ; du 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.

*La sélection des zones d'interventions et la couverture des interventions dans le domaine SR sont en cohérence avec les besoins identifiés et les priorités nationales :* En SR, l'UNFPA a apporté un appui au niveau national pour les actions globales c'est-à-dire les volets sécurisation des produits contraceptifs, le plaidoyer et la mobilisation des ressources, l'élaboration de guides et normes en SR/PF et d'autres activités identifiées à couverture nationale ainsi que la prise en charge des femmes victimes de fistules obstétricales. Toutefois, tenant compte de plusieurs critères comme la faiblesse des indicateurs sanitaires en matière de SR, l'inaccessibilité géographique, le volume limité du budget, un intérêt stratégique du côté humanitaire et la présence des interventions des autres agences dans l'humanitaire dans un souci de complémentarité, le choix a été axé sur les trois régions Atsimo Andrefana, Androy et Vavovany Fitovinany. Notons que ces choix ont été effectués en concertation avec le gouvernement et que ces régions sont les zones du SNU. Enfin, en dehors de ces trois régions, dans le cadre de la réponse humanitaire ou de la mise en œuvre d'un programme conjoint avec les Agences du Système des Nations Unies, d'autres zones d'intervention ont également été ciblées.

La couverture des interventions des domaines thématiques dans ces zones sont en cohérence avec les besoins identifiés et les priorités nationales : *Au niveau national*, ils sont en

adéquation, notamment avec : (i) la Politique Générale de l'Etat (PGE 2014) suivant son premier axe prioritaire consistant au « 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 son axe 4 et axe 5 ; (iii) le Plan de développement du secteur santé ( PDSS 2015 – 2019) ; (iv) le Plan Stratégique Intégré de Sécurisation des Produits de Santé de la Reproduction /Planification Familiale à Madagascar (2016 – 2020) sur ses différents axes ; (vi) le Plan stratégique National pour l'élimination des Fistules Obstétricales à Madagascar.

*Au niveau international*, la composante SR s'aligne sur les objectifs de la CIPD, les Objectifs de Développement Durable (ODD), l'UNDAF 2015-2019, le programme d'action de la Conférence Internationale pour le développement (CIPD), les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) 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.

#### ADOLESCENTS ET JEUNES :

Tenant compte des entretiens et de la revue documentaire, les besoins ont été identifiés de manière exhaustive afin de guider la planification de la thématique SR pour le volet Jeunes et Adolescents. L'UNFPA s'est penché spécifiquement sur les groupes jeunes et adolescents et surtout sur les plus vulnérables, en se basant sur leurs problèmes spécifiques et leurs besoins en matière de santé sexuelle et reproductive identifiés suite à l'Enquête sur le suivi des objectifs du Millénaire pour le développement (ENSOMD 2012-2013).

Ainsi, le taux de fécondité des adolescentes a augmenté : il passe de 148 pour 1000 en 2009 à 163 pour 1000 en 2012. Une fille sur deux est mariée ou est en union avant l'âge de 18 ans et cela malgré la loi relative au mariage stipulant que le mariage de deux personnes dont l'une est âgée de moins de 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 grossesses sur 1 000 concernent les adolescentes de 15 à 19 ans», selon l'enquête de suivi de l'Objectif du millénaire pour le développement (OMD) 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.

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

Il en est de même pour le volet Adolescents et Jeunes, en plus de l'appui au Ministère de la jeunesse et dans les trois zones de concentration, l'UNFPA appuie d'autres maisons des jeunes telles que celles se situant dans la région du Menabe.

La sélection des zones d'interventions et la couverture des interventions dans le domaine SR sont en cohérence avec les besoins identifiés et les priorités nationales

La couverture des interventions des domaines thématiques dans ces zones sont en cohérence avec les besoins identifiés et les priorités nationales: *Au niveau national*, ils sont en adéquation, notamment avec : (i) la Politique Générale de l'Etat (PGE 2014) suivant son premier axe prioritaire, à savoir le « Renforcement de la gouvernance, de l'état de droit et l'instauration d'une justice équitable » ; (ii) la Politique Nationale de Développement (PND 2015-2020) dans ses axes 4 et 5 ; (iii) le Plan de développement du secteur santé ( PDSS 2015 – 2019) ; (iv) la Politique Nationale de la jeunesse à Madagascar .

*Au niveau international*, la composante SR s'aligne sur les objectifs de la CIPD, les Objectifs du Développement Durable (ODD), l'UNDAF 2015-2019, le programme d'action de la Conférence Internationale pour le développement (CIPD), les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) 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.

#### EGALITE DES SEXES ET AUTONOMISATION :

Dans le CPAP, les zones d'intervention ont été sélectionnées par rapport au degré de pauvreté des régions, des indicateurs relatifs au programme genre, notamment la prévalence des VBG et la proportion de femmes qui trouvent normales les violences faites contre les femmes et perpétrées par leur partenaire. Ainsi les Régions Vatovavy Fitovinany, Androy et Atsimo Andrefana sont sélectionnées car le taux de prévalence de violences domestiques dans ces 3 régions est plus élevé par rapport à la moyenne nationale (67,8% des femmes à Vatovavy Fitovinany ; 40,2% à Androy et 39,1% à Atsimo Andrefana ont subi un type de violence)<sup>9</sup> et la tolérance des femmes par rapport à la violence de leur partenaire y est accrue (Vatovavy Fitovinany 48,2%, Androy 78,2% et Atsimo Andrefana 59,2% contre 45,2% au niveau national). Dans ces régions, le 7ème programme vise la réduction de la pauvreté en ciblant les femmes, 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. Les interventions planifiées dans les PTAs du domaine de l'Égalité des sexes et autonomisation des femmes ont ciblé les groupes vulnérables marginalisés comprenant les femmes victimes de VBG, et celles victimes de fistules obstétricales.

#### DYNAMIQUE DE POPULATION:

Les interventions du 7ème 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. Les autorités étatiques ont identifié les besoins des populations bénéficiaires et actrices des interventions à travers la participation<sup>10</sup> (source : rapport d'atelier de conception du CPD 2015-2019) des partenaires et bénéficiaires et/ou par des méthodes rigoureuses : enquêtes situationnelles, consultations des partenaires et de toutes les parties prenantes (étatiques et non-étatiques), ateliers participatifs de revues et de planification annuelle<sup>11</sup> (régionales et nationales) etc. La même méthodologie a été utilisée pour choisir les groupes cibles, notamment les populations vulnérables, défavorisées, marginalisées et qui bénéficient le moins des programmes de développement. En matière de Dynamique de population, l'analyse situationnelle a 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.

Le dernier recensement (RGPH2) de Madagascar date d'août 1993, c'est-à-dire, d'il y a 25 ans. Or, il est recommandé à chaque pays que les recensements de la population et de l'habitation aient lieu au moins tous les dix (10) ans. Le RGPH3 actualise les informations et renforce le cadre de conception de la politique et de la planification du développement économique et social aux niveaux national et local pour qu'il soit adapté aux besoins des populations malgaches, en particulier des groupes vulnérables. Les résultats du RGPH 3 serviront pour le suivi et l'évaluation des programmes de développement aux niveaux national, local et sectoriel (santé, éducation,) ; 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...) ; 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.

La redynamisation du Système National de Suivi et Evaluation SNISE s'avérait nécessaire car élaboré en 2007 et mis en œuvre en 2008, le SNISE avait pour objectif d'instaurer des mécanismes et un processus de suivi et d'évaluation des programmes aux niveaux central et régional. Ce système a été conçu sur la base du Madagascar Action Plan, MAP, document stratégique de développement de l'époque. L'année 2015 a vu l'élaboration du Plan National de Développement (PND), cadre de référence de Madagascar pour la période quinquennale 2015- 2019 d'où la nécessité d'une mise à jour du Système National de Suivi et Evaluation.

La sélection des zones d'interventions de l'UNFPA dans le cadre du 7ème Programme de coopération avec Madagascar a fait l'objet d'une analyse comparative des régions à partir des

---

<sup>9</sup> Enquête Nationale de Suivi des OMD. 2012-2013,

<sup>10</sup> Rapport d'atelier de conception du CPD 2015-2019

<sup>11</sup> Rapport d'ateliers de revues semestrielles

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 de la reproduction 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 et 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, à 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 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 de l'intégration de la dimension population et développement dans les politiques et stratégies de développement.

INDICATEURS/REGION	VATOVAVY FITOVINANY	ATSIMO ANDREFANA	ANDROY
Population totale (1)	1 425 600	1 296 000	712800
Population Rurale (2)	1050667	955152	525334
Population jeune (15-24) (3)	470448	426690	235224
TAUX DE PAUVRETE (4)	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) ayant des connaissances sur prévention en %	39,7	38,5	28,9
Hommes (15 -24) 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

Les interventions planifiées dans les PTAs ont ciblé les groupes vulnérables et marginalisés en renforçant les capacités des personnes et des structures (INSTAT et MEP) qui produisent les données statistiques des groupes marginalisés et les plus vulnérables. Par exemple, les données du RGPH 3 prennent en compte les groupes vulnérables et marginalisés et le SNISE permet de suivre l'évolution des résultats des interventions envers ces personnes.

Le dernier recensement (RGPH2) de Madagascar date d'août 1993, c'est-à-dire d'il y a 25 ans. Or, il est recommandé à chaque pays de réaliser les recensements de la population et de l'habitation au moins tous les dix (10) ans. Le RGPH3 actualise les informations et renforce le cadre de conception de la politique et de la planification du développement économique et social aux niveaux national et local pour qu'il soit adapté aux besoins des populations malgaches, en particulier des groupes vulnérables. Les résultats du RGPH 3 serviront dans le cadre du suivi et de l'évaluation des programmes de

développement aux niveaux national, local et sectoriel (santé, éducation,...); de l'analyse des questions de genre ; du suivi de la pauvreté ; de la mise à jour de la base de sondage pour les enquêtes futures (EDS, MICS, EPM,...) ; du calcul des indicateurs additionnels relatifs : (i) à la mortalité maternelle ; (ii) au handicap et (iii) à l'état-civil, en l'occurrence l'enregistrement des naissances.

Les interventions du 7ème 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.

Les entretiens avec les partenaires et les populations bénéficiaires rencontrés ont fait ressortir à posteriori les besoins des populations ciblées de façon spécifique. Pour les femmes et les hommes en général, les besoins ressortis sont relatifs à la couverture des interventions qui est insuffisante en terme d'étendue géographique dans les districts et communes des trois régions d'interventions. Plusieurs interventions couvrent l'ensemble du pays hormis cette couverture dans les trois régions.

Leçons apprises : La planification participative avec les autorités étatiques et les partenaires de mise en œuvre permet de prendre en compte les besoins spécifiques des groupes vulnérables et marginalisés en tenant compte des statistiques locales.

<p><b>CJ1.2: Les objectifs et les stratégies des 4 domaines sont cohérents avec les politiques et stratégies nationales, les priorités de l'UNDAF, et le plan stratégique de l'UNFPA</b></p>	<p>Alignement des objectifs et résultats du CPAP avec les priorités nationales, des PTA des 5 produits avec les objectifs et les priorités du plan stratégique de l'UNFPA et l'UNDAF</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CPAP</li> <li>• PTA</li> <li>• Politiques stratégiques</li> <li>• Politiques nationale/ régionale</li> <li>• PND</li> <li>• Documents d'analyse de situation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analyse documentaire,</li> <li>• Interviews avec staff de l'UNFPA</li> <li>• Interview avec les Partenaires de mise en œuvre,</li> <li>• Interview/ Focus group avec les bénéficiaires finaux.</li> </ul>
--	--	--	--

**Alignement des objectifs et résultats du CPAP avec les priorités nationales, des PTA des 5 produits avec les objectifs et les priorités du plan stratégique de l'UNFPA et de l'UNDAF**

(i)Extraits détaillés de documentation

(a) Politiques et stratégies nationales :

Le programme est aligné avec le PGE (Politique générale de l'Etat), les politiques et plans sectoriels

« Madagascar sera une nouvelle force économique où : le bien être de sa population est affirmée ; son développement est soutenu par ses propres potentialités ; Madagascar sera un pays de l'excellence où : S'instaure la haute qualité sociale et environnementale; Règne l'Etat de droit, la sécurité pour tous, la bonne gouvernance et la redevabilité sociale; Prévalent la communion nationale, la dignité nationale et l'intérêt général »

« Préalablement, il est nécessaire de rendre effectifs la bonne gouvernance, l'Etat de droit et la Démocratie, la gestion axée sur les résultats pour un retour à l'autorité de l'Etat et garantissant, entre autres: « Le renforcement de la sécurité des biens, des personnes et des investissements privé et public ; L'impartialité de la justice; La libre entreprise par le secteur privé ; Un emploi décent pour subvenir aux besoins de chaque ménage ; L'effectivité de la lutte contre la corruption ; Le droit à la santé et à l'éducation ; Le développement rural afin d'assurer l'autonomie alimentaire. »

L'objectif de cette Politique Générale de l'Etat est d'asseoir un développement inclusif et durable fondé sur une croissance inclusive pour combattre la pauvreté. Les thématiques prioritaires touchent : Le renforcement de la Gouvernance, de l'Etat de droit et l'instauration d'une justice équitable, la reprise économique à travers l'instauration d'un environnement social et politique stable, le maintien de la stabilité macroéconomique et le rétablissement d'un climat des affaires attrayant, ainsi que l'élargissement de l'accès aux services sociaux de base de qualité. Le PGE vise aussi à " Protéger les femmes et les enfants contre la violence et le tourisme sexuel". (source PGE).

Concernant les jeunes et adolescents, le programme a aussi pris en compte le PGE qui valorise la Renaissance culturelle et sportive en redynamisant les structures d'encadrement des jeunes. Par ailleurs, le CPAP a pris en compte la Politique Nationale de la jeunesse à Madagascar.

En matière de Santé de la reproduction, le programme a tenu compte des différents plans et politiques : la Politique nationale de gratuité des services de Santé Maternelle et de

planification familiale, la Politique Nationale de Développement (PND 2015-2020) dans ses axes 4 et 5, le Plan de développement du secteur santé (PDSS 2015 – 2019), le Plan Stratégique Intégré de Sécurisation des Produits de Santé de la Reproduction /Planification Familiale à Madagascar (2016 – 2020) à travers ses différents axes et le Plan stratégique National pour l'élimination des Fistules Obstétricales à Madagascar.

Tous les produits du programme CPAP sont alignés avec le Plan stratégique UNFPA

#### Plan stratégique 2014-2017

*Résultat 1 : Disponibilité et utilisation accrues de services intégrés de santé sexuelle et procréative (y compris la planification familiale, la santé maternelle et le VIH), soucieux de l'égalité des sexes qui répondent aux normes en matière de droits de l'homme pour la qualité des soins et l'égalité d'accès.*

*Résultat 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.*

#### Plan stratégique 2018-2021

A partir de 2018, suite à l'adoption en septembre 2017 du nouveau Plan Stratégique de l'UNFPA pour 2018-2021, la mise en œuvre du programme de coopération de l'UNFPA avec le Gouvernement est guidée par une nouvelle directive pour réorienter davantage les interventions afin de contribuer à l'atteinte des trois résultats transformateurs, à savoir :

- (i) l'élimination des décès maternels évitables ;
- (ii) l'élimination des besoins non satisfaits en planification familiale ; et
- (iii) l'élimination de la violence basée sur le genre et des pratiques néfastes.

Les interventions priorisées doivent ainsi permettre d'obtenir un plus grand impact sur les bénéficiaires et d'assurer un meilleur bien-être des femmes et des jeunes de Madagascar.

- Objectif 1 (pauvreté) du plan stratégique 2014-2017

La réduction des complications liées à la grossesse et à l'accouchement, ainsi que des coûts associés, et les avantages économiques significatifs de la planification familiale contribuent à la réduction de la pauvreté.

- Objectif 3 (égalité des sexes)

Outre les avantages de l'éducation des filles, la réalisation de l'accès universel à la santé sexuelle et procréative et des droits liés à la procréation sont indispensables à la réalisation de l'égalité entre les sexes.

#### Axes prioritaires de l'UNDAF :

*L'amélioration de l'accès, de la rétention et de la qualité de l'éducation au niveau du primaire, avec un focus sur l'extension du préscolaire et la scolarisation des filles. Il s'agira également de mettre l'accent sur l'alphabétisation, la formation professionnelle et l'éducation non formelle sur les compétences de vie 16 ;*

*Le développement des capacités de préparation, de réponse et de résilience (au niveau des communautés et des institutions) face aux catastrophes naturelles et autres chocs extérieurs en vue de renforcer les bases d'un développement local durable ;*

*Le développement des capacités du Système Statistique National* en vue d'une meilleure connaissance et un suivi efficace de la vulnérabilité, surtout au niveau de certains indicateurs clés touchant les secteurs sociaux comme la santé, l'éducation, la nutrition, l'eau, l'hygiène et l'assainissement ;

*Le genre* : en mettant l'accent sur la lutte contre la violence sexo-spécifique sous toutes ses formes, sur l'accès aux services sociaux et économiques, et la prévention, médiation et résolution des conflits ;

*Les droits humains* : en ciblant les enfants, les femmes et les jeunes dans des secteurs stratégiques comme les mines, le secteur informel et certains cercles socioculturels des jeunes ;

*La jeunesse* : en priorisant les actions (i) de formation, d'insertion professionnelle et d'intégration des jeunes dans les sphères de prise de décision dans les domaines économique, social et politique, et (ii) de prévention des conflits.

#### Alignement avec l'UNDAF

Effet 2 UNDAF : Les institutions publiques, la société civile et les médias, au niveau central et décentralisé, exercent efficacement leurs rôles et sont redevables pour une gouvernance apaisée et protectrice des droits humains.

Consolidation de l'Etat de droit et la protection des populations vulnérables : Les appuis du SNU viseront le renforcement du dispositif national de promotion et de protection/ réparation des droits humains, y compris le système judiciaire, et en particulier envers les populations les plus vulnérables telles que les enfants et les femmes, au regard des recommandations de l'Examen Périodique Universel (EPU), avec une attention particulière pour l'application effective de plusieurs conventions 18. Le plaidoyer sera intensifié pour une application effective des textes ratifiés par Madagascar, en particulier ceux relatifs à la lutte contre la violence faite aux femmes et aux enfants, notamment en matière de prévention, de protection, de réparation sociale et judiciaire pour les victimes, ainsi que de poursuite effective des auteurs de violences et de traite des personnes ou toute autre forme d'exploitation.

Effet 3 UNDAF : Les populations des zones d'intervention, particulièrement les groupes vulnérables, accèdent et utilisent des services sociaux de base pérennes et de qualité.

Au niveau de la santé, les actions du SNU seront centrées sur la contribution à la formulation des principaux cadres programmatiques de développement à moyen et long termes du secteur et le renforcement du système de santé en vue de l'utilisation de services intégrés de santé de qualité, surtout pour les femmes et les enfants, et en particulier dans les régions ciblées. Elles mettront l'accent sur (i) les objectifs de réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile, (ii) l'amélioration de l'accès universel au traitement ARV, (iii) l'amélioration de la situation nutritionnelle, surtout la réduction de la malnutrition chronique parmi les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes et allaitantes, et (iv) la santé des adolescents. Il s'agira ainsi d'accélérer le processus de réduction de la mortalité maternelle et néonatale à travers le renforcement des Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence (SONU), la vulgarisation de la planification familiale et l'accouchement assisté dans les structures de santé.

#### EGALITE DES SEXES ET AUTONOMISATION :

##### CPAP 2015 -2019 de l'UNFPA à Madagascar, Plan stratégique de l'UNFPA 2014-2017 et UNDAF 2015-2019

- Le produit 4 du CPAP vise « 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 ». Ce produit 4 est aligné au Plan Stratégique 2014- 2017 de l'UNFPA, notamment à l'effet 3 qui vise une « Progression de l'égalité des sexes, de l'autonomisation des femmes et des filles et des droits reproductifs, notamment pour les femmes les plus vulnérables et les plus marginalisées, les adolescents et les jeunes » et contribue à la mise en œuvre de l'effet 2 de l'UNDAF 2015 -2019 de Madagascar qui veut que «Les institutions publiques, la société civile et les médias, au niveau central et

décentralisé, exercent efficacement leur rôle et sont redevables pour une gouvernance apaisée et protectrice des droits humains.»

### Plan Stratégique de l'UNFPA 2018-2021

Toutes les activités menées par les partenaires de mise en œuvre de ce Produit 4 tendent principalement vers l'atteinte du résultat visant à éliminer les violences basées sur le genre et contribuent aux deux autres résultats de ce Plan Stratégique 2018 -2021 de l'UNFPA, notamment l'élimination de la mortalité maternelle évitable et l'élimination des besoins non satisfaits en planification familiale à travers l'autonomisation de la femme.

### Stratégie nationale de lutte contre les violences basées sur le genre de Madagascar 2015-2019 et Plan National de Développement (PND) 2015 – 2019

- Les objectifs et les stratégies du Produit 4 du CPAP sont en phase avec les principales orientations stratégiques et opérationnelles de la Stratégie nationale de lutte contre les violences basées sur le Genre et prennent en compte les engagements régionaux et internationaux de Madagascar en faveur de l'égalité des sexes, en l'occurrence la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, le Programme d'action de la CIPD et le Plan d'action de Beijing, les objectifs du Millénaire pour le développement et les Objectifs de Développement Durable.
- Le produit 4 contribue à la mise en œuvre de l'axe 4 « Capital humain adéquat au processus de développement » du Plan National de Développement 2015-2019 de Madagascar.

### 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 ». Ce produit est lié à l'effet UNDAF n°1 et correspond à l'axe prioritaire 2 de la Politique Générale de l'Etat Malgache : « La reprise économique à travers l'instauration d'un environnement social et politique stable, le maintien de la stabilité macroéconomique et le rétablissement d'un climat des affaires attrayant ». Ce produit est relatif au renforcement des politiques nationales et des programmes internationaux de développement par l'intégration d'analyses factuelles sur la dynamique des populations et leurs liens avec le développement durable, la santé sexuelle et procréative et les droits en matière de procréation, le VIH et l'égalité des sexes. (UNDAF, page 61).

Le produit 5 est aligné au Résultat 1 de l'UNDAF : Les populations vulnérables des zones d'intervention ont accès aux opportunités de travail et de revenus, améliorent leurs capacités de résilience et contribuent à la croissance inclusive et équitable pour un développement durable. (Cadre de Résultats et de Ressources Révisé - Madagascar Country Programme Action Plan, 2015-2019)

Le produit 5 est aligné à l'effet 4 du Plan Stratégique de l'UNFPA: « 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 » qui contribue à l'effet UNDAF n° 1. (CPAP, Page 16). Les stratégies du produit 5 sont en évidence alignées avec les priorités nationales :

- Stratégie 5.1 : Le renforcement des capacités de l'INSTAT pour réaliser le troisième RGPH et les enquêtes et analyses périodiques relatives aux questions de population.
- Stratégie 5.2 : Le soutien aux efforts nationaux de mobilisation des ressources auprès des partenaires spécialement pour le RGPH.
- Stratégie 5.3 : La réalisation des recherches dans le domaine de la population et de l'analyse de la situation en population.
- Stratégie 5.4 : Le développement des capacités nationales pour intégrer l'analyse basée sur l'évidence en population, santé de la reproduction, genre et jeunes dans les politiques et programmes de développement (aux niveaux national, sectoriel et décentralisé) et dans les situations humanitaires.
- Stratégie 5.5 : La réorganisation du système national intégré de suivi et évaluation au regard des politiques et programmes de population, avec un accent particulier sur le système d'information sanitaire.



### (ii) Entretiens

Selon l'avis des partenaires de mise en œuvre et aussi des partenaires techniques et financiers interviewés, les objectifs et les résultats du CPAP sont alignés avec les priorités nationales. En effet, d'une part, l'UNFPA appuie la partie nationale et ses objectifs et ses résultats s'alignent avec les priorités nationales ; d'autre part, les PTAs des cinq produits s'alignent avec les objectifs et les priorités du plan stratégique de l'UNFPA et de l'UNDAF. En matière de SR, les objectifs et résultats du CPAP s'alignent avec l'effet 3 de l'UNDAF intitulé : « les populations des zones d'intervention, particulièrement les groupes vulnérables, accèdent et utilisent des services sociaux de base pérennes et de qualité. »

Les Responsables au niveau du Bureau central de l'UNFPA en matière de SR ont également confirmé cela. Il en est de même pour les Responsables au niveau du Bureau Régional qui ont partagé cette opinion. Les stratégies identifiées dans le CPAP du 7<sup>ème</sup> programme sont alignées aux objectifs du plan stratégique de l'UNFPA 2014-2017.

Il a également été mentionné pendant les entretiens que les ateliers de planification organisés par le Bureau Pays de l'UNFPA, en collaboration avec le MEP ont facilité l'alignement des interventions aux politiques et stratégies nationales. Les PTAs ont été revus et élaborés ensemble de façon périodique.

### (iii) Principaux résultats au niveau de l'indicateur

Les PTAs sont basés sur les stratégies du CPAP qui sont alignées avec les objectifs et les priorités du Plan stratégique de l'UNFPA 2014-2017 et de l'UNDAF.

Les stratégies mentionnées dans les PTAs qui sont tous issues du CPAP sont bien définies dans le document de l'UNDAF et le Plan stratégique.

A l'issue de la revue à mi-parcours du Programme de Coopération entre Madagascar et l'UNFPA, recommandant l'alignement du CPAP avec le nouveau Plan stratégique, le CPAP a été révisé et les PTAs de 2018 sont basés sur le nouveau Plan stratégique 2018-2021 pour contribuer à l'atteinte des résultats transformateurs. Les PTAs 2018 restent toujours alignés avec l'UNDAF et les priorités nationales.

### CPAP Page 9

Se fondant sur les recommandations de l'évaluation ainsi que sur les 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, 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 ciblera 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.

Extrait de CPAP (pages 10 à 17) mentionnant les Produits et Stratégies :

#### *Résultat 1 : Santé sexuelle et reproductive*

**Produit 1:** Les capacités nationales à fournir des services de santé maternelle de qualité, y compris dans les situations de crise humanitaire, améliorées.

Ce produit est lié à l'effet UNDAF n°3 et au Résultat1 du plan stratégique de l'UNFPA 2014-2017 relatif à la disponibilité et à l'utilisation de services intégrés de santé reproductive et sexuelle (notamment la planification familiale, la santé maternelle et le VIH) qui sont sensibles au genre et qui satisfont les normes des droits humains en matière de qualité des soins et d'équité d'accès.

*Stratégie 1.1 : Renforcement de la capacité des centres de santé à offrir des services obstétricaux et néonataux d'urgence de qualité.*

*Stratégie 1.2 : Appui au Ministère de la Santé dans le déploiement de sages-femmes dans les zones rurales et reculées.*

*Stratégie 1.3 : Renforcement de la surveillance et de la réponse aux décès maternels et du système d'information et de gestion des données.*

*Stratégie 1.4 : Prévention, traitement et réinsertion socio-économique des patientes porteuses de fistules obstétricales.*

*Stratégie 1.5 : Renforcement des capacités nationales à se préparer et à faire face aux urgences en matière de santé de la reproduction, y compris la nutrition.*

*Stratégie 1.6. : Extension et intégration des services SSR de qualité pour les adolescents et jeunes, y compris la prévention des IST/VIH, VBG, grossesses précoces.*

*Stratégie 1.7: Plaidoyer, mobilisation sociale et participation communautaire sur les questions de SR, y compris les grossesses précoces*

**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.

Ce produit est lié à l'effet UNDAF n°3 et au Résultat1 du plan stratégique de l'UNFPA 2014-2017 relatif à la disponibilité et à l'utilisation de services intégrés de santé reproductive et sexuelle (notamment la planification familiale, la santé maternelle et le VIH) qui sont sensibles au genre et qui satisfont les normes des droits humains en matière de qualité des soins et d'équité d'accès.

*Stratégie 2.1 : Plaidoyer en faveur de l'allocation d'un budget national pour l'achat et la distribution des produits contraceptifs.*

*Stratégie 2.2 : Extension de l'offre de services intégrés de Santé de la Reproduction, y compris la Planification Familiale, les IST-VIH, la Consultation Post-Natale (CPoN), les soins après avortement (SAA) et la prise en charge clinique des VBG.*

*Stratégie 2.3 : Communication pour un changement de comportement (CCC) pour l'accroissement du recours aux services de Planification Familiale.*

*Stratégie 2.4 : Renforcement de capacités à offrir des services de SR de qualité et à gérer la chaîne d'approvisionnement.*

*Résultat 2 : Adolescents et jeunes*

**Produit 3:** L'accès à l'information et aux services conviviaux pour les jeunes et adolescents, notamment la formation sur les compétences de vie et l'éducation sexuelle, accru.

Ce produit est lié à l'effet UNDAF n°3 et au Résultat2 du plan stratégique de l'UNFPA 2014-2017 relatif à la priorité accrue accordée aux adolescents, en particulier aux jeunes adolescentes, dans les politiques et programmes nationaux de développement, notamment une disponibilité accrue de programmes d'éducation sexuelle complets et de services de santé sexuelle et procréative.

*Stratégie 3.1 : Sensibilisation et information des jeunes et adolescents non scolarisés surtout en milieu rural sur les questions de mariages et grossesses précoces et d'IST/VIH.*

*Stratégie 3.2 : Soutien à l'intégration d'une éducation sexuelle dans les programmes scolaires. Stratégie 3.3 : Plaidoyer pour accroître l'investissement en faveur des jeunes et particulièrement des jeunes filles et des jeunes marginalisés (y compris, les jeunes travailleurs de sexe et les jeunes de la rue).*

*Résultat 3: Egalité des sexes et autonomisation*

**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.

Ce produit est lié à l'effet UNDAF n°2 et au Résultat3 du plan stratégique de l'UNFPA 2014-2017 relatif à la promotion de l'égalité des sexes, à l'autonomisation des femmes et des filles et aux droits en matière de procréation, notamment pour les femmes, les adolescents et les jeunes vulnérables et marginalisés.

*Stratégie 4.1 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.*

*Stratégie 4.2 Renforcement de la coordination pour la lutte contre les VBG en vue d'assurer la coordination du partenariat et des interventions contre la violence basée sur le genre, y compris dans les situations humanitaires.*

*Stratégie 4.3. Soutien pour la mise en place de modèles de services intégrés de prise en charge des violences basées sur le genre (psychosociale, sanitaire, juridique et judiciaire et*

*réinsertion socio-économique).*

*Stratégie 4.4 Renforcement des capacités, de la supervision et du suivi des prestataires de services à fournir des soins médicaux et psychosociaux, ainsi que des conseils juridiques.*

*Stratégie 4.5 Développement et renforcement de partenariat entre les Ministères et la société civile pour la prévention des violences basées sur le genre, et plus spécifiquement pour un engagement constructif des garçons et des hommes.*

*Résultat 4: Dynamique de population*

**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.

Ce produit est lié à l'effet UNDAF n°1 et au Résultat4 du plan stratégique de l'UNFPA 2014-2017 relatif au renforcement des politiques nationales et des programmes internationaux de développement par l'intégration d'analyses factuelles sur la dynamique des populations et leurs liens avec le développement durable, la santé sexuelle et procréative et les droits en matière de procréation, le VIH et l'égalité des sexes.

*Stratégie 5.1 : Le renforcement des capacités de l'INSTAT pour réaliser le troisième RGPH et les enquêtes et analyses périodiques relatives aux questions de population.*

*Stratégie 5.2 : Le soutien aux efforts nationaux de mobilisation des ressources auprès des partenaires spécialement pour le RGPH.*

*Stratégie 5.3 : La réalisation des recherches dans le domaine de la population et de l'analyse de la situation en population.*

*Stratégie 5.4 : Le développement des capacités nationales pour intégrer l'analyse basée sur l'évidence en population, santé de la reproduction, genre et jeunes dans les politiques et programmes de développement (aux niveaux national, sectoriel et décentralisé) et dans les situations humanitaires.*

*Stratégie 5.5 : La réorganisation du système national intégré de suivi et évaluation au regard des politiques et programmes de population, avec un accent particulier sur le système d'information sanitaire.*

CPAP amendé:

**Amendement au Plan d'Action du Programme Pays du 7<sup>ème</sup> Programme de Coopération 2015-2019 entre le Gouvernement de Madagascar et le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA).**

Le Gouvernement de la République de Madagascar, dénommé ci-après « Le Gouvernement » et le Fonds des Nations Unies pour la Population, dénommé ci-après « UNFPA »,

- Considérant l'accord signé le 10 mars 2015 entre le Gouvernement et l'UNFPA pour la mise en œuvre du Plan d'Action du Programme Pays (CPAP) du 7<sup>ème</sup> Programme de Coopération durant la période 2015-2019 ;
- Considérant le deuxième paragraphe du chapitre 10 du document du Plan d'Action du programme pays (CPAP) mentionnant que le document peut être modifié par consentement mutuel de deux parties signataires ;
- Considérant les recommandations de la revue à mi-parcours du Programme de Coopération entre le Gouvernement et l'UNFPA en Juin-Juillet 2017 ;

sont convenus de faire les modifications de l'annexe 1 et de l'annexe 2 du Plan d'action du Programme Pays (CPAP) comme suit :

- 1) Annexe 1 : Cadre de Résultats et de Ressources du CPAP

Le cadre de résultats et de ressources est modifié comme suit

a) Résultat N°1 :

- L'indicateur N°2, du produit N°1 est défini comme suit : « *Nombre de patientes souffrant de fistule bénéficiant de réparation avec succès avec le soutien de l'UNFPA*

désagrégée par tranche d'âge ».

- L'indicateur N°2 du Produit N°2, est défini comme suit : « *Pourcentage de points de prestation de services sans rupture de stock de contraceptifs au cours des trois derniers mois* ».
- La référence et l'objectif de l'indicateur N°2 du Produit N°2 est défini comme suit : *Référence : 94% ; Objectif : 95%*.
- b) Résultat N°2 :
  - L'indicateur N°1 du Produit N°3 est défini comme suit « *Nombre de points de prestation de service, incluant les centres pour les jeunes, ayant les capacités à offrir aux jeunes des programmes complets de santé sexuelle et reproductive* ».
- c) Résultat N°3 :
  - L'indicateur N°2 du Produit N°4 est défini comme suit : « *Nombre de victimes de violence basée sur le genre recevant un soutien psychologique, des soins médicaux ou juridique* ».

#### SANTÉ DE LA REPRODUCTION :

- Le produit 1 qui concerne la thématique SR est effectivement aligné à l'effet UNDAF N° 3 : Les populations des zones d'intervention, particulièrement les groupes vulnérables, accèdent et utilisent des services sociaux de base pérennes et de qualité.
- En effet, les objectifs de la CIPD sont reflétés dans la Déclaration d'Addis-Abeba à travers les engagements 21,22, 46 et 47 de la DAAPD. (cf. annexes)
- Le CPAP (SR) vise à renforcer les capacités nationales : Le 7<sup>ème</sup> programme a mis un accent particulier sur le renforcement de capacités nationales en SR dans un souci de pérennisation. Le renforcement de capacités a été planifié comme activité à part entière et relative à chaque thème d'intervention. En effet, les stratégies suivantes adoptées par le CPAP sont en faveur d'un renforcement des capacités nationales. **Pour le produit 1** : (i) Renforcement de la capacité des centres de santé à offrir des services obstétricaux et néonataux d'urgence de qualité ; (ii) Renforcement de la surveillance et de la réponse aux décès maternels et du système d'information et de gestion des données ; (iii) Renforcement des capacités nationales à se préparer et à faire face aux urgences en matière de santé de la reproduction, y compris la nutrition. **Pour le produit 2** : (i) Renforcement des capacités à offrir des services de SR de qualité et à gérer la chaîne d'approvisionnement ; (ii) Plan de renforcement des capacités techniques (SPSR, PF et santé maternelle) et institutionnelles ; (iii) Renforcement de la gestion de la chaîne d'approvisionnement à travers l'appui aux partenaires techniques et financiers.
- Alignement des objectifs et des stratégies du CPAP avec le Plan stratégique UNFPA : le produit 1 intitulé « les capacités nationales à fournir des services de santé maternelle de qualité, y compris dans les situations de crise humanitaire, améliorées » et 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, renforcées », contribuent au Résultat n°1 : « Santé sexuelle et reproductive » du Plan stratégique de l'UNFPA 2014 – 2017. La revue à mi-parcours du 7<sup>ème</sup> Programme de coopération entre Madagascar et l'UNFPA a été réalisée en 2017 et a mis en exergue les progrès réalisés, les défis et les leçons apprises. La revue a permis un meilleur alignement par rapport au nouveau Plan stratégique 2018-2021 et un meilleur ciblage de nos interventions. Ainsi, à partir de 2018, suite à l'adoption en septembre 2017 du nouveau Plan Stratégique de l'UNFPA 2018-2021, la mise en œuvre du programme de coopération de l'UNFPA avec le Gouvernement est guidée par une nouvelle directive pour davantage réorienter les interventions afin de contribuer à l'atteinte des trois résultats transformateurs, à savoir : (i) l'élimination des décès maternels évitables ;(ii) l'élimination des besoins non satisfaits en planification familiale et (iii) l'élimination de la violence basée sur le genre et des pratiques néfastes. Les interventions prioritaires doivent ainsi permettre d'obtenir un plus grand impact sur les bénéficiaires et d'assurer un meilleur bien-être pour les femmes et les jeunes de Madagascar.

- Les mesures dans lesquelles les objectifs et les stratégies de l'UNFPA (initiaux et révisés) ont été discutés avec la partie nationale : Le programme a été conçu avec l'implication de la partie nationale lors de l'élaboration des PTA qui a pris en compte les besoins des groupes cibles avec la participation de toutes les parties prenantes. Lors de l'atelier de conception, le Ministère de la Santé, le Ministère de la population, le Ministère de l'économie et du Plan et le Ministère de la Jeunesse ont participé aux ateliers de discussion sur l'alignement des objectifs et des stratégies de l'UNFPA en rapport avec ceux du gouvernement malgache.

#### ADOLESCENTS ET JEUNES :

- Le produit 2 du CPAP qui concerne la thématique Adolescents et jeunes est effectivement aligné à l'effet UNDAF N° 3 : les populations des zones d'intervention, particulièrement les groupes vulnérables, accèdent et utilisent des services et utilisent des services sociaux de base pérennes et de qualité.
- Le CPAP (Adolescents et jeunes) vise à renforcer les capacités nationales : Le renforcement de capacités a été inclus comme activité à part entière relative à chaque thème d'intervention. En effet, les stratégies suivantes adoptées par le CPAP sont en faveur d'un renforcement des capacités nationales. Il s'agit, pour le produit 3, de : (i) Renforcement des capacités en matière de coordination et de plaidoyer ; (ii) Renforcement de la promotion du préservatif, en particulier le préservatif féminin ; (iii) Renforcement de la promotion du préservatif, en particulier le préservatif féminin.
- Le produit 3 relatif au volet adolescent et jeune, intitulé « 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 au Résultat n° 2 du Plan stratégique de l'UNFPA 2014-2017. La revue à mi-parcours du 7ème Programme de coopération entre Madagascar et l'UNFPA a été réalisée en 2017 et a mis en exergue les progrès réalisés ainsi que les défis et les leçons apprises. La revue a permis un meilleur alignement par rapport au nouveau Plan stratégique 2018-2021 et un meilleur ciblage des interventions. Ainsi, à partir de 2018, suite à l'adoption en septembre 2017 du nouveau Plan Stratégique de l'UNFPA pour la période 2018-2021, la mise en œuvre du programme de coopération de l'UNFPA avec le Gouvernement est guidée par une nouvelle directive dans le but de réorienter davantage les interventions afin de contribuer à l'atteinte des trois résultats transformateurs, à savoir (i) l'élimination des décès maternels évitables ;(ii) l'élimination des besoins non satisfaits en planification familial et ; (iii) l'élimination de la violence basée sur le genre et des pratiques néfastes. Les interventions prioritaires doivent ainsi permettre d'obtenir un plus grand impact sur les bénéficiaires et d'assurer un meilleur bien-être au profit des femmes et des jeunes de Madagascar. Les mesures dans lesquelles les objectifs et les stratégies de l'UNFPA (initiaux et révisés) ont été discutés avec la partie nationale : le programme a été conçu avec l'implication de la partie nationale lors de l'élaboration des PTA qui a pris en compte les besoins des groupes cibles avec la participation de toutes les parties prenantes. Lors de l'atelier de conception, le Ministère de la Santé, le Ministère de la population, le Ministère de l'économie et du Plan, ainsi que le Ministère de la Jeunesse ont participé aux ateliers de discussion sur l'alignement des objectifs et des stratégies de l'UNFPA en rapport avec ceux du gouvernement malgache.

#### EGALITÉ DES SEXES ET AUTONOMISATION :

Le CPAP a intégré dans le produit 4 la prévention et prise en charge des VBG à travers la mise en place d'un environnement favorable (cadre légal et institutionnel) et d'un plan opérationnel.

Les objectifs et les stratégies du produit 4 de l'effet 3 du CPAP sont effectivement reliés au PND, à la Stratégie Nationale de lutte contre les VBG, à l'UNDAF et aux Plans stratégique UNFPA sur la promotion de l'égalité des sexes et de l'autonomisation des femmes.

#### DYNAMIQUE DE POPULATION:

- Le produit 5 qui concerne la thématique « Dynamique de population » du CPD est aligné au Résultat 1 de l'UNDAF : (Résultat 1 de l'UNDAF: Les populations vulnérables des zones d'intervention ont accès aux opportunités de travail et de revenus, améliorent leurs capacités de résilience et contribuent à la croissance inclusive et équitable pour un développement durable).
- Le renforcement des capacités est planifié dans le produit 5 dans le domaine de la statistique (INSTAT) dans l'analyse, production et la publication des données. Cela concerne

aussi bien le personnel que l'institution. En outre, le MEP, qui regroupe les responsabilités du SNISE, de la coordination des interventions du 7ème programme et de l'intégration de la population et développement dans les politiques et stratégies, est intégré dans le produit de l'effet 4 concernant le renforcement des capacités.

- Le produit 5 de l'effet 4 du CPAP est directement aligné avec le Résultat 4 du Plan Stratégique de l'UNFPA pour la période 2014-2017.
- La revue à mi-parcours du 7ème Programme de coopération entre Madagascar et l'UNFPA a été réalisée en 2017 et a mis en exergue les progrès réalisés, les défis et les leçons apprises. La revue a permis un meilleur alignement par rapport au nouveau Plan stratégique 2018-2021 et un meilleur ciblage de nos interventions.

#### Leçons apprises :

Les ateliers de planification et de conception facilitent l'alignement des interventions aux politiques et stratégies nationales.

#### Synthèse du critère de jugement

- Les 4 premiers produits du CPAP sont effectivement alignés avec l'effet UNDAF N° 3 : Les populations des zones d'intervention, particulièrement les groupes vulnérables, accèdent et utilisent des services sociaux de base pérennes et de qualité. Le 5ème produit du CPAP est aligné avec l'Effet UNDAF (Résultat 1 de l'UNDAF: Les populations vulnérables des zones d'intervention ont accès aux opportunités de travail et de revenus, améliorent leurs capacités de résilience et contribuent à la croissance inclusive et équitable pour un développement durable).
- Les objectifs et les stratégies relatifs au renforcement des politiques nationales de développement par l'intégration d'analyses factuelles sur la dynamique des populations et leurs liens avec le développement durable, la santé sexuelle et procréative et les droits en matière de procréation, le VIH et l'égalité des sexes, sont cohérents avec les politiques et stratégies nationales, les priorités de l'UNDAF, et le plan stratégique de l'UNFPA. En effet, les PTAs sont basés sur les stratégies du CPAP qui sont alignés avec les objectifs et les priorités du Plan stratégique de l'UNFPA 2014-2017 et de l'UNDAF. Les stratégies mentionnées dans les PTAs qui sont tous issus du CPAP sont bien définis dans le document de l'UNDAF et le Plan stratégique.

Ainsi, les objectifs et les stratégies des 4 domaines sont cohérents avec les politiques et stratégies nationales, les priorités de l'UNDAF, et le plan stratégique de l'UNFPA.

<p><b>CJ1.3: L'appui du 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.</b></p>	<p>a- Cohérence de la stratégie d'appui à la collecte et au traitement des données démographiques et socio-économiques avec les besoins de suivi du PND et de suivi de l'atteinte des ODD identifiés  b- Cohérence de la stratégie d'appui à la collecte et au traitement des données démographiques et socio-économiques avec la politique la stratégie nationale de développement de la statistique</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CPAP, PTA du domaine d'effet Dynamique de population</li> <li>• Documents de politique pour les statistiques et la planification</li> <li>• Rapports de suivi</li> <li>• Etudes et notes de dossier</li> <li>• Documents RGPH</li> <li>• Rapports d'enquêtes nationales sur la population</li> <li>• Documents ODD</li> <li>• Documents d'alignement des ODDs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revue documentaire</li> <li>• Entretien avec le staff de l'UNFPA</li> <li>• Entretien avec le MEP, l'INSTAT et les directions régionales concernées</li> <li>• Visite sur terrain</li> </ul>
---	---	---	---

a) Indicateur : Cohérence de la stratégie d'appui à la collecte et au traitement des données démographiques et socio-économiques avec les besoins de suivi du PND et de suivi de l'atteinte des ODD identifiés

**Extraits détaillés de documentation**

« Pour clarifier le suivi de la mise en œuvre du PND, le Décret SNISE est ajusté conformément aux objectifs de la bonne gouvernance et à la relance des Institutions. Le Décret N° 2015 – du 12 Décembre 2015 modifiant certaines dispositions du Décret N° 2008-524 du 06 Juin 2008 a été signé récemment. Globalement, la révision du SNISE répond aux objectifs ci-après : - Permettre à tout moment d'apprécier l'état d'avancement des résultats des programmes du Gouvernement et des priorités régionales ; - Apprécier l'impact de ces résultats au niveau de la population ; - Publier périodiquement et de manière synthétique les résultats globaux des programmes du Gouvernement et des priorités régionales; - Publier éventuellement un rapport

stratégique sur les principaux problèmes rencontrés dans la mise en œuvre du PND pour que le Gouvernement puisse prendre les ajustements » (Manuel de procédure SNISE 2015, page 1)

### Entretiens

Selon les responsables au niveau du MEP, la redynamisation du Système National de Suivi et Évaluation SNISE s'avérait nécessaire car il avait élaboré en 2007 et mis en œuvre en 2008. Le SNISE avait pour objectif d'instaurer des mécanismes et un processus de suivi et d'évaluation des programmes aux niveaux central et régional. Ce système a été conçu sur la base du Madagascar Action Plan, MAP, document stratégique de développement de l'époque. L'année 2015 a vu l'élaboration du Plan National de Développement (PND), cadre de référence de Madagascar pour la période quinquennale 2015- 2019, d'où la nécessité d'une mise à jour du Système National de Suivi et Évaluation.

### Principaux résultats au niveau de l'indicateur

Les actions entreprises par l'UNFPA ont permis de rendre le SNISE opérationnel et cela par la production d'un rapport national de suivi de la mise en œuvre du PND et des rapports régionaux. Aujourd'hui, il existe un système national intégré de suivi et évaluation redynamisé et opérationnel au niveau central et dans trois régions (Vatovavy Fitovinany, Atsimo Andrefana et Androy). Le SNISE actuel inclut le suivi des indicateurs des cibles des ODDs priorisés par le pays. La réalisation de recensements fait partie des actions menées pour assurer le suivi des ODDs.

- b) Indicateur : Cohérence de la stratégie d'appui à la collecte et au traitement des données démographiques et socio-économiques avec la politique et la stratégie nationales de développement de la statistique

### Extraits détaillés de documentation

L'Axe B de la stratégie nationale de développement de la statistique (SNDS) consiste à consolider les acquis et améliorer l'offre statistique. Il s'agit de «réaliser un programme intégré d'enquêtes et de recensements séquencé selon un planning qui tient compte de la demande potentielle en données issue des exercices de revue du MAP. Ce programme comprend le 3ème recensement général de la population et de l'habitation, un recensement des activités économiques, une enquête auprès des entreprises, deux éditions de l'enquête périodique auprès des ménages (EPM) et de l'enquête démographique et de santé (EDS), des enquêtes régulières de conjoncture ou agricoles ou spécifiques relatives à l'élevage, à la pêche et aux TIC ». (Mission d'Appui à l'Elaboration de la SNDS, SNDS 2007-2012, Pages 7- 8).

« Habilitier les sources et fichiers administratives et rehausser leur contribution dans l'offre de données : mettre en place des protocoles d'accord pour l'accès de l'INSTAT aux données de sources administratives ; assurer une mise à jour continue du répertoire des établissements et une exploitation par l'INSTAT des liasses fiscales ; mettre en place à terme un identifiant unifié des entreprises et une centrale des bilans ; étendre la couverture des faits d'état-civil et en faciliter l'accès aux fichiers ; consolider les systèmes de statistiques sectoriels : santé, éducation, finances publiques, tourisme, environnement, justice et sécurité, hydrocarbures, formation professionnelle ». (Mission d'Appui à l'Elaboration de la SNDS, SNDS 2007-2012 Page 8)

### Entretiens

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 constitue un réel défi. De plus, 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. Le système de remontée des données qui alimente le SNISE souffre de dysfonctionnement à cause des raisons diverses liées à la non-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.



### Principaux résultats au niveau de l'indicateur

La stratégie d'appui à la collecte et au traitement des données démographiques et socio-économiques est cohérente avec la politique la stratégie nationale de développement de la statistique. Avant la mise en œuvre de cette stratégie, un exercice d'alignement a été effectué avec la SNDS selon l'axe relatif à la réalisation d'un programme intégré d'enquêtes et de recensements et à l'habilitation des sources et fichiers administratifs pour rehausser leur contribution dans l'offre de données statistiques. Cependant, la stratégie d'appui à la collecte et au traitement des données démographiques et socio-économiques rencontre plusieurs difficultés dans son fonctionnement, notamment au niveau de la qualité des données produites par les partenaires, au niveau du système de remontée des données et des capacités du ministère de l'Economie et du Plan en charge du SNISE à réaliser les contrôles de qualité des données.

### SYNTHÈSE POUR LE CRITÈRE DE JUGEMENT

Les besoins d'alignement du SNISE avec le PND et les ODD ont été identifiés à travers les lacunes du fonctionnement de ce système. Ainsi, l'appui de l'UNFPA à la production, à l'analyse et au traitement des données démographiques et socio-économiques, ainsi qu'au RGPH 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 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, de 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 du 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 à travers la nécessité d'organiser un nouveau recensement. Il convient de souligner que la stratégie d'appui à la collecte et au traitement des données démographiques et socio-économiques rencontre plusieurs difficultés dans son fonctionnement, notamment au niveau de la qualité des données produites par les partenaires ainsi qu'aux niveaux du système de remontée des données et des capacités du ministère de l'Economie et du Plan en charge du SNISE à réaliser les contrôles de qualité des données.

Le renforcement des capacités est planifié dans le produit 5 du domaine de la statistique (INSTAT) relatif à l'analyse, la production et la publication des données. Cela concerne aussi bien le personnel que l'institution. En outre, le MEP, qui regroupe les responsabilités du SNISE, de la coordination des interventions du 7ième programme et de l'intégration de la population et développement dans les politiques et stratégies, est intégré dans le produit de l'effet 4 concernant le renforcement des capacités.

Les modalités de renforcement des capacités des décideurs et responsables de planification aux niveaux national et régional par rapport à l'intégration population et développement sont adaptées à leurs besoins et à leurs contraintes grâce au partenariat institutionnalisé et consolidé entre l'UNFPA et le Ministère de l'Economie et du Plan, qui inclut l'INSTAT.

### **EFFICACITE**

#### **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 ?**

<b>CJ2.1: Les services de qualité de santé de la reproduction incluant la planification familiale maternelle sont disponibles, accessibles et utilisés au niveau des régions d'intervention</b>	a) Indicateur Effet 3 UNDAF: i) Taux de mortalité maternelle ; Indicateur de résultat CPAP : Taux accouchements assistés b) Indicateur CPAP (produit 1): i) Pourcentage de centres de santé de base fournissant des services de soins obstétriques et néonataux	<ul style="list-style-type: none"><li>• CPAP</li><li>• PTA</li><li>• Politiques stratégiques</li><li>• Politiques nationale/ régionales</li><li>• PND</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Analyse documentaire</li><li>• Interviews avec staff de l'UNFPA ,</li><li>• Interview avec les Partenaires de mise en œuvre</li></ul>
---	--	---	---

	<p>d'urgence de base, ii) Nombre de patientes souffrant de fistule bénéficiant de réparation avec succès avec le soutien de l'UNFPA désagrégée par tranche d'âge, iii) Nombre des mises à jour annuelles du plan national d'urgence pour les catastrophes naturelles intégrant la santé de la reproduction et la violence basée sur le genre</p> <p>c) Nombre sages-femmes stagiaires renforcées en pratique maïeutique</p> <p>d) Nombre de décès maternels institutionnel ayant fait l'objet de revue</p> <p>e) Paquet de service SR disponible</p> <p>f) Existence de stratégie de CCC sur la SR et niveau de mise en œuvre</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Documents d'analyse de situation</li> <li>• Plan stratégique de l'UNFPA 2014-2017; Plan stratégique de l'UNFPA 2018-2021</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interview/ Focus group avec les bénéficiaires finaux</li> </ul>
--	---	--	--

**a) Indicateur Effet 3 UNDAF: i) Taux de mortalité maternelle ; Indicateur de résultat CPAP : Taux d'accouchements assistés**

**Extraits détaillés de documentation**

Le SNU visera à réduire à 400 le nombre de décès maternels pour 100 000 naissances vivantes, contre 478 en 2012 (page 12, UNDAF 2015-2019).

Le ratio de mortalité maternelle reste stationnaire depuis deux décennies et il a été estimé à 478 pour 100000 naissances vivantes selon l'enquête nationale de suivi des Objectifs du Millénaire pour le Développement en 2012-2013 contre 498 en 2009 (EDS IV) et 469 en 2004 (EDS III).

(Page 6 du CPAP).

Le taux d'accouchements assistés par un personnel qualifié dans les formations sanitaires de base était de 44,3 % en 2014. La cible pour l'année 2019 est de 90 %, avec une progression annuelle d'au moins 9 %. (Source: Feuille de route CARMMA, page 38).

Le taux d'accouchements assistés par un personnel qualifié est un indicateur de résultat du programme: Référence : 44,3% (Page 15 de la Feuille de route pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale de Madagascar 2015-2019) Objectif : 60% (page 1 : CPAP amendé)

Dans les 3 régions d'intervention selon le résultat de l'ENSOMD 2012-2013, le taux d'accouchement dans la Région Androy est estimé à 25,2% . Pour la Région Atsimo Andrefana, ce taux est estimé à 39.5% et pour la Région Vatovavy Fitovinany , il a été de 17.2% . ( page V de l'annexe de l'ENSOMD sur l'OMD 5).

**Entretiens**

Pendant la visite au Centre Hospitalier de Mitsinjo dans la région Atsimo Atsinanana, il a été constaté que le nombre d'accouchements normaux connaissait une tendance à la hausse, passant de 291 en 2015 à 467 en 2016 et 764 en 2017, soit une augmentation de 176 accouchements de 2015 à 2016, et une augmentation de 297 entre 2016 et 2017 avec un écart nettement considérable. Notons que cet hôpital bénéficie en effet d'un appui important de l'UNFPA. De plus, le nombre des jeunes femmes de moins de 18 ans a augmenté car il est passé respectivement de 56 en 2015, à 94 en 2016 et 121 en 2017. Par ailleurs, le nombre de femmes opérées de césariennes enregistrées dans cet hôpital a augmenté pendant la période observée car le nombre est passé de 0 en 2015 à 21 en 2016 pour arriver à 75 en 2017. Durant les visites sur le terrain, les femmes ont témoigné de leur confiance aux centres de santé car ils sont pourvus d'équipements. De même, les personnels de santé ont révélé qu'ils sont de plus en plus motivés. En effet, le 7<sup>ème</sup> programme a contribué à rendre constamment disponibles des médicaments, des KITS gratuits dans les formations sanitaires en vue de la prise en charge des accouchements et des urgences obstétricales dans les zones appuyées.

Dans cette même région, le système de référence mis en place a prouvé son importance car les tuk tuk qui ont été mis à disposition ont permis de sauver des vies : 21 urgences obstétricales référées par l'ambulancette Tuk Tuk ont été prises en charge au niveau du CHU Antanambao ou du CHU I toujours selon les données régionales correspondant à la période d'évaluation. Toutefois, les partenaires ont trouvé que ce système de référence devrait encore être davantage développé car, actuellement, seule la région d'Atsimo Andrefana en dispose.

Dans la région Androy, la situation est similaire au Centre hospitalier régional de référence d'Ambovombe qui a aussi fait l'objet d'une visite : le nombre d'accouchements a augmenté de 95 en 2015 et de 371 en 2017 ce qui fait que le nombre a plus que doublé. Lors des entretiens, les femmes accouchées ont montré leur satisfaction grâce à la gratuité des accouchements et la dotation des kits d'accouchements. En effet, un des facteurs qui a influencé l'augmentation du nombre d'accouchements a été la dotation gratuite de kits d'accouchements aux femmes.

Dans la région Vatovavy Fitovinany, le nombre a aussi augmenté dans la maternité du Centre hospitalier du district de Mananjary où le nombre d'accouchements est passé de 590 en 2016 à 920 en 2017.

D'après certaines femmes, des frais inopinés leur sont parfois réclamés à l'hôpital. Elles préfèrent donc accoucher à la maison avec les matrones. Par ailleurs, d'après les partenaires, il a été remarqué que le suivi de ces centres était défaillant et serait à l'origine d'une faiblesse de la qualité des soins. En effet, les centres de santé étaient rarement supervisés par les responsables SR à cause d'un manque de budget. De plus, le monitoring SONU n'a pas été effectué régulièrement dans tous les centres SONU alors qu'il aurait pu contribuer à améliorer de façon significative la performance du programme s'il avait été systématiquement adopté par tous les centres SONU. De plus, il n'a pas encore été institutionnalisé ; ce qui pourrait être à l'origine d'une faible appropriation. Enfin, la coordination entre les bailleurs n'est pas encore effective, entraînant un éparpillement des ressources.

Concernant l'implication des matrones, il a été démontré qu'elles peuvent collaborer dans la référence des accouchements car 107 accouchements ont été référés dans 6 CSB2 par 21 agents communautaires matrones (ACM) pendant la période du mois d'avril à juin 2018 (cf. tableau) dans la région Vatovavy Fitovinany. Les premiers résultats sont encourageants et pourraient être étendus dans d'autres centres de santé. Notons que les matrones ont été motivées en fonction du nombre de femmes référées au centre selon les coupons de référence. Cette approche est encore au stade expérimental et les premières données recueillies ne peuvent pas encore être étudiées dans le sens d'une contribution au relèvement du taux d'accouchement dans le district ou dans la Région. Cependant, la possibilité de collaboration avec les matrones a eu le mérite d'être démontrée.

Lors des entretiens avec les partenaires rencontrés, il est ressorti une faible qualité des soins qui influencent la fréquentation des femmes enceintes due à plusieurs points : (i) un manque de suivi des centres : en effet, les partenaires ont précisé que les supervisions sont organisées à partir du niveau central et les directions régionales de la santé dépendent des visites du niveau central car elles ne disposent pas des ressources nécessaires pour entreprendre des supervisions régulières ; (ii) le Monitoring n'est pas institutionnalisé et de ce fait, il n'est pas effectué de manière systématique dans tous les centres SONU. Pourtant, ce dernier aurait pu contribuer à l'amélioration significative de la performance des sites ; (iii) le changement fréquent d'agents de santé affectés dans les centres SONU a aussi été cité, entraînant un retour en matière de renforcement de capacités ; (iv) une mauvaise coordination entre les bailleurs car les ressources sont éparpillées ( UNICEF UNFPA USAID... ) ; (v) le système de référence n'est pas encore bien développé ; (vi) l'approche matrone n'a pas encore été bien développée ; (vii) la sensibilisation des femmes pour venir accoucher aux Centres est encore faible.

De plus, les partenaires d'exécution ont remarqué que les centres de santé les plus éloignés et qui ne sont pas dans les réseaux SONU n'ont pas été considérés et seraient à l'origine du faible taux d'accouchement dans les formations sanitaires ; des soins essentiels devraient être prodigués dans ces centres pour que les femmes puissent avoir les soins essentiels en matière d'accouchement et enfin, certaines femmes vivant dans les zones les plus reculées n'ont toujours pas accès aux services et sont dans l'obligation d'accoucher avec les matrones.

D'après l'UNFPA, les indicateurs évoluent comme prévu. Les réalisations ont largement dépassé les cibles durant les années 2016, 2017 et 2018. Le nombre de centres SONUB a augmenté et l'UNFPA s'est beaucoup investi pour améliorer la qualité des services des SONU. Néanmoins, malgré cette tendance positive, les chiffres ont montré une faible fréquentation des femmes influencée par une faible qualité des soins qui impacte la fréquentation des femmes enceintes suite à plusieurs causes : entre autres, le suivi de proximité et l'évolution des stratégies incitatives qui influencent positivement le taux d'accouchement dans les centres SONU. La faiblesse du suivi qualitatif n'aide pas à mesurer la qualité des

prestations qui est l'une des principales raisons du taux de fréquentation des femmes enceintes. De plus, le Monitoring n'est pas institutionnalisé et les mesures incitatives pour amener les femmes au centre ne sont pas assez développées. De même, le système de référence et la coordination entre les différents bailleurs sont tout aussi défailants. L'appropriation des documents par la partie nationale est également faible.

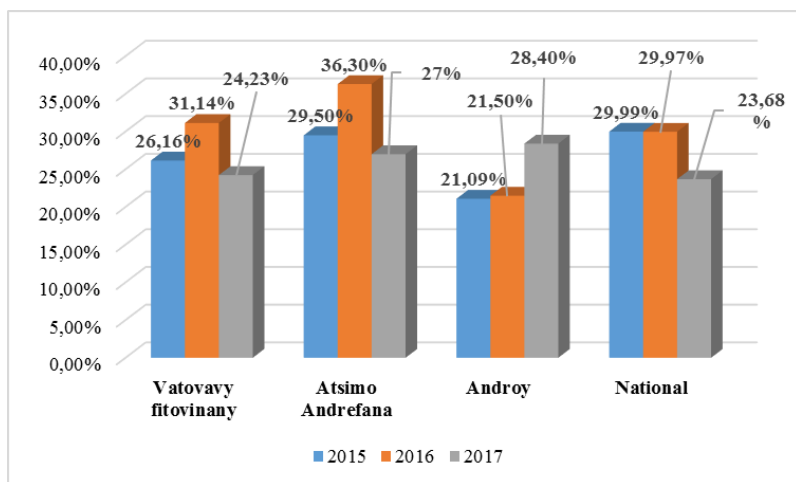
Durant les visites sur le terrain, les femmes ont témoigné de leur confiance aux centres car ils sont pourvus en équipements. De même, les personnels de santé ont révélé que leur motivation s'est accrue. En effet, le 7<sup>ème</sup> programme a contribué à rendre constamment disponibles des médicaments et des KITS gratuits dans les formations sanitaires en vue de la prise en charge des accouchements et des urgences obstétricales dans les zones appuyées. Dans cette région Atsimo Andrefana, le système de référence mis en place a prouvé son importance car les tuk tuk mis à disposition ont permis de sauver des vies : 21 urgences obstétricales référées par l'ambulancette Tuk Tuk ont été prises en charge au niveau du CHU Antanambao ou du CHU I toujours selon les données régionales correspondant à la période d'évaluation. Toutefois, les partenaires ont trouvé que ce système de référence devrait encore être davantage développé car, actuellement, seule la région d'Atsimo Andrefana en dispose.

Dans la région Androy, la situation se reproduit au Centre hospitalier régional de référence d'Ambovombe qui a été aussi parmi les centres visités : lors des entretiens, les femmes accouchées ont montré leur satisfaction liée à la gratuité des accouchements et à la dotation des kits d'accouchement. En effet, la dotation gratuite de kits d'accouchements aux femmes est l'un des facteurs ayant influencé l'augmentation du nombre d'accouchements (cf. Tableau).

D'après certaines femmes, des frais inopinés leur sont parfois réclamés à l'hôpital. Elles préfèrent donc accoucher à la maison avec les matrones. Par ailleurs, d'après les partenaires, il a été remarqué que le suivi de ces centres était défailant et serait à l'origine d'une faiblesse de la qualité des soins. En effet, les centres de santé étaient rarement supervisés par les responsables SR à cause d'un manque de budget.

De plus, les Responsables au niveau du Bureau ont avancé les arguments suivants :

- le monitoring SONU n'a pas été effectué régulièrement dans tous les centres SONU alors qu'il aurait pu contribuer à l'amélioration significative de la performance du programme s'il avait été systématiquement adopté par tous les centres SONU ;
- le monitoring n'a pas encore été institutionnalisé et cela pourrait être à l'origine d'une faible appropriation ;
- la coordination entre les bailleurs n'est pas encore effective, entraînant un éparpillement des ressources.



#### Résultats :

*Le ratio de mortalité maternelle* est un indicateur d'impact. Par conséquent, sa collecte ne pourrait se faire que lors des enquêtes nationales comme les enquêtes démographiques et de santé ou de l'enquête nationale sur le suivi des ODD.

#### Résultats au niveau de l'indicateur

Au niveau national, de l'année 2015 à l'année 2016, on peut constater une légère diminution du taux d'accouchement dans les formations sanitaires car ce taux est passé de 29,99% à 29,97%. Une diminution de 6,29 points est ensuite remarquée de l'année 2016 à l'année 2017 car le taux est passé de 29,97% à

23,68%. (Rapports UNFPA)

Suite aux efforts déployés, 150.901 femmes ont accouché dans les formations sanitaires de nos régions d'intervention depuis le début du cycle du programme. 183.483 femmes ont accouché dans les 16 régions appuyées par le MCSP/USAID entre le mois d'août 2015 et le mois de juin 2018 (MCSP : Madagascar Improving Quality of Maternal and Newborn Care and Postpartum Family Planning).

L'évolution du taux d'accouchement est différente dans les trois régions.

Dans la région Androy, il était de 21,09% en 2015, de 21,50% en 2016 et de 28,40% en 2017. Cette évolution du taux d'accouchement démontre une tendance positive durant le 7ème programme car l'accroissement de 7,31 points a fait passer le taux de 21,09% en 2015 à 28,40% en 2017.

Par contre, dans les deux autres régions d'intervention, à savoir Atsimo Andrefana et Vatovavy Fitovinany, les taux présentent une tendance négative car ils sont passés de 29,50% à 27% en 2017 en région Atsimo Andrefana, soit une chute de 2,50 points, et de 26,16% à 24,23% en région Vatovavy Fitovinany, soit une chute de 1,93 point. Toutefois, comparés au taux national, les taux de ces deux régions demeurent plus élevés.

Dans sa globalité, le taux d'accouchement reste encore faible.

(Source : revues annuelles 2015 – 2016 – 2017)

En termes de nombre d'accouchements réalisés, au total 984 femmes enceintes ayant développé des complications obstétricales et leurs nouveau-nés ont pu être sauvés grâce à des opérations par césarienne et des sous-opérations. 296 complications obstétricales ont été prises en charge gratuitement tandis que 17 099 femmes enceintes ont pu bénéficier d'accouchement sécurisé (données revue annuelle 2015 – 2016 -2017 et 2018 semestrielle).

Une tendance positive remarquable du nombre d'accouchements a été remarquée dans les formations sanitaires visitées.

**Titre du Tableau : évolution du nombre d'accouchements normaux dans la maternité du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) Mitsinjo Tuléar 2015- 2018**

Année	Nombre d'Accouchement	Nombre de césariennes
2015	291	0
2016	467	21
2017	764	75
2018	183	26

**Source : Hôpital Maternité CHU Mitsinjo Tuléar**

Pendant la visite au Centre Hospitalier de Mitsinjo dans la région Atsimo Atsinanana, il a été constaté que le nombre d'accouchements normaux a connu une tendance à la hausse, en passant de 291 en 2015 à 467 en 2016 et 764 en 2017, soit une augmentation de 176 accouchements entre 2015 et 2016, et de 297 entre 2016 et 2017 avec un écart considérable. Notons que cet hôpital bénéficie en effet d'un appui important de l'UNFPA. De plus, le nombre de jeunes femmes âgées de moins de 18 ans a augmenté car il est passé de 56 en 2015 à 94 en 2016 et à 121 en 2017. Le nombre de femmes opérées par césarienne enregistrées dans cet hôpital a également augmenté pendant la période d'évaluation, car le nombre est passé de 0 en 2015 à 21 en 2016 pour atteindre 75 en 2017.

Dans la région Androy, la situation est similaire au Centre hospitalier régional de référence d'Ambvombe qui a aussi fait l'objet de visites : le nombre d'accouchement y a augmenté,

partant de 95 en 2015 à 371 en 2017 ce qui fait que le nombre a plus que doublé (cf. tableau).

**Titre du Tableau : évolution du nombre d'accouchements normaux dans la maternité du Centre Hospitalier de Référence d'Ambovombe 2015- 2018**

Année	Nombre d'Accouchement
2015	95
2016	303
2017	371
2018	151

**Source : CHHR Ambovombe**

Dans la région Vatovavy Fitovinany, le nombre a aussi augmenté dans la maternité du Centre hospitalier du district de Mananjary où le nombre d'accouchement est passé de 590 en 2016 à 920 en 2017.

Concernant l'implication des matrones, il a été démontré qu'elles peuvent collaborer dans la référence des accouchements car 107 accouchements ont été référés dans 6 CSB2 par 21 agents communautaires matrones(ACM) pendant la période du mois d'avril au mois de juin 2018 (cf. tableau) dans la région Vatovavy Fitovinany. Les premiers résultats sont encourageants et pourraient être étendus dans d'autres centres de santé. Notons que les matrones ont été motivées en fonction du nombre de femmes référées au centre, les coupons de référence faisant foi. Cette approche est encore au stade expérimental et les premières données recueillies ne peuvent pas encore être étudiées dans le sens d'une contribution au relèvement du taux d'accouchement dans le district ou dans la Région. Cependant, la possibilité de collaboration avec les matrones a eu le mérite d'être démontrée.

**Titre du tableau : Nombre d'accouchements référés dans les CSB par les Agents Communautaires Matrones ACM Avril-Juin 2018 dans la région Vatovavy Fitovinany**

Nombre Agents communautaires matrones	CSB de référence pour accouchement (nombre de coupons référés)	Nombre accouchements référés dans les CSB par les Agents Communautaires Matrones ACM Avril-Juin 2018
3	CSB2 Marofarihy	21
2	CSB2 Ambila	11
3	CSB2 Vohimasina Nord	24
5	CSB2 Ankarimbary	17
4	CSB2 Ilakatra Vohipeno	22
4	CSB2 Bekatra	12
21	6	107

**Source : ASOS Régional**

Le taux de césarienne dans une région géographique mesure l'accès et l'utilisation d'une intervention obstétricale pour éviter les décès maternels et néonataux et les morbidités. La fourchette de valeur acceptable est de 5% à 15%, un taux de 5% est recommandé par l'OMS. Le numérateur est le nombre de césariennes effectuées dans les formations sanitaires SONUC, toutes les indications confondues durant une période de temps donnée. Le dénominateur est le nombre de naissances vivantes attendues dans la région, durant la même période.

Pour l'ensemble des FS SONUC, les taux de césarienne augmentent légèrement durant les quatre trimestres : de 1,0% au 4<sup>ème</sup> trimestre 2016, à 1,1% au T1 et à 1,3% et 1,4% au cours de T2 et T3 mais ils restent inférieurs au taux de 5% recommandé par l'OMS.

Pendant le 3<sup>ème</sup> trimestre 2017, les données du dernier monitoring effectué ont révélé un taux de 1,4% pour le pays avec 1,1% pour la région Androy, 0,6% pour la région Atsimo Andrefana et 0,7% pour Vavovavy. Le niveau minimal recommandé est encore loin d'être atteint mais, la région Androy détient le record du taux le plus élevé, suivie par la région Vavovavy et enfin par la région Atsimo Andrefana.

### **SANTÉ DE LA REPRODUCTION :**

Les principaux partenaires de mise en œuvre de l'effet 1 sont le Ministère de la Santé Publique, le Ministère de la jeunesse et du Sport, l'NG Marie Stopes Madagascar, SALFA, SALAMA, ASOS, FISA et la Faculté de Médecine. Par ailleurs, pour atteindre les résultats escomptés, le partenariat pour la mise en œuvre s'est étendu aux organisations des sociétés civiles suivantes :

1. L'Association Nationale des Sages-Femmes avec le Ministère de la Santé Publique ;
2. La Fédération de la Communauté Royale Traditionnelle de Madagascar avec le Ministère de la Santé Publique ;
3. La fondation Médicale d'Ampasimanjeva avec le Ministère de la Santé Publique ;
4. Réseaux ecclésiastiques luthériens (Association des femmes, Scout ...) avec SALFA ;
5. L'ONG SISAL avec Maries Stopes Madagascar pour le projet e-voucher.

### **b) Indicateur CPAP produit 1)**

#### **i) Titre du Tableau : évolution du nombre d'accouchements normaux dans la maternité du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) Mitsinjo Tuléar 2015- 2018**

Année	Nombre d'Accouchement	Nombre de césariennes
2015	291	0
2016	467	21
2017	764	75
2018	183	26

**Source : Hôpital Maternité CHU Mitsinjo Tuléar**

Pendant la visite au Centre Hospitalier de Mitsinjo dans la région Atsimo Atsinanana, il a été constaté que le nombre d'accouchements normaux a une tendance à augmenter, passant de 291 en 2015 à 467 en 2016 et 764 en 2017. Une augmentation de 176 accouchements de 2015 à 2016, et de 297 de 2016 à 2017 et l'écart considérable. Notons que cet hôpital bénéficie en effet d'un appui important de l'UNFPA. De plus, le nombre des jeunes femmes âgées de moins de 18 ans a augmenté car il est passé de 56 en 2015, à 94 en 2016 et 121 en 2017. Le nombre de femmes opérées de césariennes enregistrées dans cet hôpital a aussi augmenté pendant la période car le nombre est passé de 0 en 2015 à 21 en 2016 et atteint 75 en 2017.

Dans la région Androy, la situation est similaire au Centre hospitalier régional de référence d'Ambovombe qui a aussi fait l'objet de visites : le nombre d'accouchement y a augmenté, partant de 95 en 2015 à 371 en 2017 ce qui fait que le nombre a plus que doublé (cf. tableau).

**Titre du Tableau : évolution du nombre d'accouchements normaux dans la maternité du Centre Hospitalier de Référence d'Ambovombe 2015- 2018**

Année	Nombre d'Accouchements
2015	95
2016	303
2017	371
2018	151

**Source : CHHR Ambovombe**

Dans la région Vatovavy Fitovinany, le nombre a aussi augmenté dans la maternité du Centre hospitalier du district de Mananjary où le nombre d'accouchements est passé de 590 en 2016 à 920 en 2017.

Concernant l'implication des matrones, il a été démontré qu'elles peuvent collaborer dans la référence des accouchements car 107 accouchements ont été référés dans 6 CSB2 par 21 agents communautaires matrones(ACM) pendant la période du mois d'avril au mois de juin 2018 (cf. tableau) dans la région Vatovavy Fitovinany. Les premiers résultats sont encourageants et pourraient être étendus dans d'autres centres de santé. Notons que les matrones ont été motivées en fonction du nombre de femmes référées au centre, les coupons de référence faisant foi. Cette approche est encore au stade expérimental et les premières données recueillies ne peuvent pas encore être étudiées dans le sens d'une contribution au relèvement du taux d'accouchement dans le district ou dans la Région. Cependant, la possibilité de collaboration avec les matrones a eu le mérite d'être démontrée.

**Titre du tableau : Nombre d'accouchements référés dans les CSB par les Agents Communautaires Matrones ACM Avril-Juin 2018 dans la région Vatovavy Fitovinany**

Nombre Agents communautaires matrones (ACM)	CSB de référence pour accouchement (nombre de coupons référés)	Nombre accouchements référés dans les CSB par les Agents Communautaires Matrones (ACM) Avril-Juin 2018
3	CSB2 Marofarihy	21
2	CSB2 Ambila	11
3	CSB2 Vohimasina Nord	24
5	CSB2 Ankarimbary	17
4	CSB2 Ilakatra Vohipeno	22
4	CSB2 Bekatra	12
21	6	107

**Source : ASOS Régional**

Le taux de césarienne dans une région géographique mesure l'accès et l'utilisation d'une intervention obstétricale pour éviter les décès maternels et néonataux et les morbidités. La fourchette de valeur acceptable est de 5% à 15%, un taux de 5% est recommandé par l'OMS. Le numérateur est le nombre de césariennes effectuées dans les formations sanitaires SONUC, toutes les indications confondues durant une période de temps donnée. Le dénominateur est le nombre de naissances vivantes attendues dans la région durant la même période. Pour l'ensemble des FS SONUC, les taux de césarienne augmentent légèrement durant les quatre trimestres : de 1,0% au 4ème trimestre 2016, à 1,1% au T1 et à 1,3% et 1,4% au cours de T2 et T3 mais ils restent inférieurs au taux de 5% recommandé par l'OMS.



Pendant le 3<sup>ème</sup> trimestre 2017, les données du dernier monitoring effectué ont révélé un taux de 1,4% pour le pays avec 1,1% pour la région Androy, 0,6% pour la région Atsimo Andrefana et 0,7% pour Vatovavy. Le niveau minimal recommandé est encore loin d'être atteint mais, la région Androy détient le record du taux le plus élevé, suivie par la région Vatovavy et enfin par la région Atsimo Andrefana..

### **SANTÉ DE LA REPRODUCTION :**

Par ailleurs, pour atteindre les résultats escomptés, le partenariat pour la mise en œuvre s'est étendu aux organisations des sociétés civiles suivantes :

Les principaux partenaires de mise en œuvre de l'effet 1 sont le Ministère de la Santé Publique, le Ministère de la jeunesse et du Sport, l'ONG Marie Stopes Madagascar, SALFA, SALAMA, ASOS, FISA et la Faculté de Médecine. Par ailleurs, pour atteindre les résultats escomptés, le partenariat pour la mise en œuvre s'est étendu aux organisations des sociétés civiles suivantes :

1. L'Association Nationale des Sages-Femmes avec le Ministère de la Santé Publique ;
2. La Fédération de la Communauté Royale Traditionnelle de Madagascar avec le Ministère de la Santé Publique ;
3. La fondation Médicale d'Ampasimanjeva avec le Ministère de la Santé Publique ;
4. Réseaux ecclésiastiques luthériens (Association des femmes, Scout ...) avec SALFA ;
5. L'ONG SISAL avec Maries Stopes Madagascar pour le projet e-voucher.

#### **b) Indicateur CPAP produit 1)**

i) Pourcentage de centres de santé de base fournissant des services de soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base, ii) Nombre de patientes souffrant de fistule bénéficiant de réparation avec succès avec le soutien de l'UNFPA désagrégé par tranche d'âge, iii) Nombre de mises à jour annuelles du plan national d'urgence pour les catastrophes naturelles intégrant la santé de la reproduction et la violence basée sur le genre

Taux de mortalité maternelle

Taux d'accouchement assisté dans les centres de santé

- i) Pourcentage de centres de santé de base fournissant des services de soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base

#### **Extraits détaillés de documentation**

Pourcentage de centres de santé de base fournissant des services obstétricaux et néonataux d'urgence de base SONUB. Réf : 2% (Enquête SONU 2009) cible : 20%

Matrice S/E de l'UNFPA 2015 – 2019

Rapport Monitoring : - 2015 – 2016 – 2017 à Madagascar

*Entretiens avec la représentation, M&E officer, chargés de programme, etc*

Selon l'UNFPA, un processus de développement organisationnel est en cours. Il s'agit du réseau de maternités SONU et du processus de monitoring SONU et d'identification des centres y relatif, qui est censé aboutir sur une cartographie. L'efficacité du dit processus n'est pas encore évaluable car il a été enclenché au cours de l'année 2018.

Comme perspectives, tous les partenaires tels que l'OMS, l'UNICEF, la BANQUE MONDIALE, l'USAID qui ont des financements en SMN dans les zones d'intervention peuvent être intégrés afin de contribuer à l'efficacité des SONU et ainsi œuvrer à réduire la mortalité. Madagascar est au stade de début de ce processus et les perspectives sont positives. En 2018, des

centres ont été identifiés de façon consensuelle en incluant le personnel du SIG en conformité avec l'exigence d'une durée de 2 heures pour concevoir une cartographie (mapping). 14 régions ont ainsi été distinguées et bénéficieront du soutien de plusieurs partenaires. Il s'agit de l'une des interventions à haut impact pour la prise en charge des SONU et grâce au succès espéré, une diminution de la mortalité maternelle est assurée.

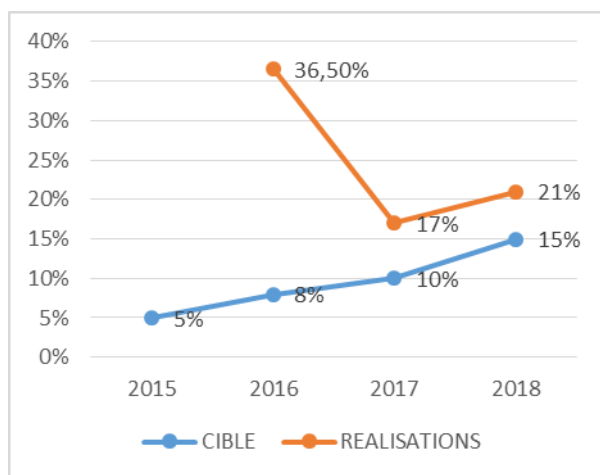
Au cours de l'année 2018, l'UNFPA a fourni des efforts importants pour institutionnaliser le monitoring SONU. Ainsi, le monitoring SONU pour le premier trimestre 2018 est en cours et il est mené par le Ministère de la santé. Lors des entretiens, le Point focal SR au niveau du Ministère de la Santé a reconnu que l'UNFPA a investi ses efforts en matière de SONU et les résultats sont assez satisfaisants. Cet effort consiste surtout dans le renforcement des capacités des structures SONU par le biais des sessions de formation du personnel, de la dotation en matériels et équipements et des outils de gestion. Par contre, elle a précisé que le changement fréquent du personnel du Ministère de la santé affecté dans les centres de santé a eu un impact négatif sur le programme. En outre, le suivi en matière de supervision de ces centres est faible suite à un manque de budget. Les supervisions effectuées sont plutôt des supervisions conjointes et ne sont pas vraiment techniques car les Responsables techniques n'y prennent pas part.

### **Principaux résultats au niveau de l'indicateur**

INDICATEUR 1 : Pourcentage de centres de santé de base fournissant des services obstétricaux et néonataux d'urgence de base SONUB. Réf : 2% (Enquête SONU 2009) cible : 20%

#### **Titre du graphique : Evolution du Pourcentage de centres de santé de base fournissant des services obstétricaux et néonataux d'urgence SONUB**

Les indicateurs évoluent plus vite que prévu initialement. En 2015, il n'y a eu aucun résultat par rapport aux centres de santé de base fournissant des services obstétricaux et néonataux d'urgence car le Monitoring n'avait pas encore été mis en place. L'année suivante, les résultats du Monitoring étaient de 36,50% alors que les prévisions étaient à 8% ; ce niveau élevé est dû à une mauvaise interprétation de la définition des critères de fonctionnalité des centres car elle n'avait pas été préalablement approuvée de manière consensuelle par tous les partenaires, vu le stage initial du processus. Le niveau est passé de 36,50% à 17% entre 2016 et 2017 pour ensuite passer à 21% en 2018.



La part des formations offrant la série complète de soins obstétricaux d'urgence de base (%) : Madagascar (17,7%) (Indicateurs de prestations de service de santé à Madagascar Banque Mondiale 2017) (Tableau 11, page 27) Seules 17,7% de l'ensemble des formations à Madagascar ont la capacité de dispenser des services de soins obstétricaux de base d'urgence (voir Tableau 8).

Un effort a été fourni dans le développement et la réactualisation des documents politiques et stratégiques en vue d'une amélioration de l'accès et de 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 : (i) de la Politique Nationale de Santé de la Reproduction ; (ii) de la Stratégie nationale sur la couverture de santé universelle ; (iii) du 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) ; (iv) de la Politique Pharmaceutique Nationale (2016) ; (v) du Plan National de Développement des Ressources Humaines de la Santé ; (vi) du plan stratégique national de lutte contre le cancer de col utérin, et (vii) des Stratégies de communication pour le changement de comportement en matière de Santé de la reproduction.

Par ailleurs, le monitoring a eu lieu pendant l'année 2016, et les 3 premiers trimestres de l'année 2017. De plus, des partogrammes géants sont affichés dans les salles de travail pour assurer le suivi de l'accouchement.

En 2018, des séries d'ateliers de développement de réseau des centres SONU de référence ont été réalisées en utilisant l'ACCESS MOD, en partenariat avec les autres agences du

système des Nations Unies.

En 2017, 21% des centres de santé de base étaient capables de fournir des soins obstétricaux d'urgence de base, contre 2% en 2009, 12,8% en 2016 et 21% en 2017. Par la suite, le plan opérationnel SONU (2010- 2012) avec une extension en 2015, a été évalué au cours de cette période. Par ailleurs, le plateau technique des centres SONU a été renforcé à travers la dotation de 105.370 Kits d'accouchement dans les formations sanitaires, des intrants pour 3100 opérations césariennes, et la dotation en outils de gestion : 3103 CPoN, 3103 Registres de CPN, 10 000 FSSMN, 8 000 carnets de santé de la mère, 399 guides de prestataires pour la conduite des revues de décès maternels, 134 manuels de plaidoyer, 134 manuels de quantification des besoins en intrants, etc. Le Plan National de Stratégie pour l'Élimination des Fistules Obstétricales et son Plan Opérationnel d'éradication de fistule obstétricale 2014-2030 ont été rendus disponibles et multipliés en 6000 exemplaires de chaque, et distribués. (Rapports annuels UNFPA)

A cela, il faut ajouter la réhabilitation des centres de santé. En effet, après une évaluation des besoins, plusieurs blocs opératoires ont été réhabilités et équipés par le programme. Il s'agit du Bloc opératoire de l'ATU du CHUGOB de la Maternité de Befelatanana avec dotation en équipement, du Couloir de l'ATU du CHU GOB, du Bloc opératoire du CHRR d'Ambovombe Androy avec dotation en matériels, et du pavillon du Bloc opératoire du CHRD Mahitsy avec dotation en matériels et équipement. De même, les trois structures suivantes ont été réhabilitées et équipées pour améliorer les conditions de travail et pour permettre d'assurer la qualité des services offerts : la Maternité du CHRR d'Ambovombe, le CHRD de Beloha Androy et le Laboratoire de l'IFIRP de Toliara pour permettre aux étudiants en maïeutique d'avoir une pratique efficace des acquis théoriques. Enfin, 91 hôpitaux de districts ont été approvisionnés en ocytocines (2018). Un approvisionnement en intrants médicaux des centres de santé pour la réalisation de 300 Opérations Césariennes et la réparation de 800 cas de Femmes Victimes de Fistules Obstétricales (FVFO) ont également été enregistrés.

L'accent a également été mis sur le renforcement des compétences des agents de santé des formations sanitaires dans les régions d'intervention, à travers l'organisation des formations intégrées en SONU/VBG/SRA, y compris les soins après avortement. Un suivi post formation a été mené au profit de :

- 44 sages-femmes de l'ANSFM et ONSFM venant des 3 régions qui avaient été formées en leadership/plaidoyer/ communication ;
- 41 sages femmes des CSB2 de Tuléar qui ont bénéficié d'une remise à niveau sur la prise en charge des complications en salle de naissance ;
- 8 médecins et 9 sages-femmes qui ont bénéficié d'une formation des formateurs en SONU à travers les modules e-learning.

De plus, avant leur prise de service, 28 encadreurs maïeutiques ont suivi une formation en Enseignement Basé sur les Compétences (EBC) animée par des experts internationaux, en collaboration avec l'ICM sur la pratique des sages-femmes. Les sages-femmes nouvellement recrutées ont suivi une formation sur le SONU. 30 sages-femmes stagiaires ont bénéficié de renforcement de capacités sur la pratique de l'accouchement ; 47 personnels de santé ont été formés sur le SONU dans les trois zones d'intervention ainsi que 15 accoucheuses traditionnelles et 15 Responsables communautaires de la région de Vatovavy Fitovinany et de la région Atsimo Andrefana dans le sud de Madagascar. Chaque participant a signé un engagement d'implication dans la promotion de la santé maternelle et de la fin des décès maternels.

Le curriculum pour la formation initiale des sages-femmes a été mis à jour et renforcé sur la base de l'ICM/WHO standard. Ce curriculum est actuellement appliqué dans 3 facultés de Médecine de l'île (Antananarivo, Fianarantsoa, Toamasina). Par ailleurs, toujours au sein de ces 3 facultés de médecine, et en partenariat avec USAID/MCSP, les capacités de 75 Médecins et sages-femmes enseignants ont été renforcés en SONUB et en méthodes de formation.

En plus de ces interventions, l'UNFPA a fait l'effort d'améliorer le système de référence contre référence. Dans ce cadre, le district de Toliara 2 a été doté de deux ambulancettes (tuk tuk) pour assurer la référence des femmes enceintes sur le point d'accoucher et ayant des urgences obstétricales vers l'hôpital vers Toliara.

En outre, un effort dans l'implication des matrones dans la référence des femmes pour accouchement dans les formations sanitaires a été fourni au cours du 7<sup>e</sup> programme. Deux initiatives ont été menées. La première se rapporte à la signature d'une convention entre le Ministère de la Santé et les matrones : 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. Après cette orientation, ils devront référer les femmes dans les formations sanitaires pour accouchement. La deuxième initiative concerne l'opérationnalisation d'une approche innovatrice adoptée par le partenaire de mise en œuvre l'ONG ASOS. Avec l'appui de l'UNFPA, 26 matrones en tant qu'agent communautaire (ACM) ont été recrutées et formées dans la région VYV en mars 2018 pour sensibiliser les femmes enceintes à faire la CPN et venir accoucher dans les formations sanitaires. L'approche était basée sur les résultats car chaque matrone devait

référer les femmes par le biais des coupons de référence au niveau des formations sanitaires. Les coupons sont comptabilisés à chaque fin du mois avec le chef du centre de santé. Par ailleurs, dans le cadre de la mise en œuvre d'un projet pilote en collaboration avec Marie Stopes Madagascar (MSM), des jeunes femmes ont été sensibilisées sur la santé maternelle et l'importance de se rendre dans les formations sanitaires pour y effectuer une consultation prénatale, y accoucher et y obtenir des services de planification familiale post-partum. Ce volet entre dans l'amélioration de la fréquentation des centres de santé dits « CSB STARS ».

En matière d'évaluation, celle du plan opérationnel SONU 2010-2012 a été réalisée et un rapport d'évaluation du plan opérationnel SONU 2010-2012 et du Monitoring SONU des trimestres 2016 ont été disséminés. Dans le cadre de la CARMMA, 6 CSB2 ont aussi été évalués et primés d'un « Prix d'excellence ».

Par ailleurs, 2 personnes ont bénéficié d'échanges d'expériences lors d'un colloque international en SONU : 02 sages-femmes ont participé à la réunion annuelle du Conseil le 31<sup>ème</sup> Congrès triennal de la Confédération Internationale des Sage-Femmes (ICM) à Toronto, au Canada en juin 2017.

Au regard de ce qui précède, de nombreuses activités ont été réalisées pour renforcer les capacités des centres de santé à offrir des SONU de qualité, notamment la mise à jour et la dissémination des documents nationaux de politique, stratégies, feuilles de route, protocoles et normes, directives et outils de gestion pour la prise en charge en SONU, la réhabilitation des centres, la dotation en matériels, en équipements, en intrants, la dotation en outils de gestion, l'amélioration du système de référence et contre référence, l'amélioration de la demande et l'effort dans la mise en place du suivi des centres par le Monitoring. Tous ces investissements devraient avoir un impact significatif sur le nombre d'accouchements enregistrés, lequel est l'indicateur reflétant le niveau d'accès et d'utilisation de services de santé maternelle. Notons que le nombre de centres de santé de base fournissant aussi des services de soins obstétricaux et néonataux d'urgences de base a augmenté selon l'atteinte des indicateurs du produit.

De même, le renforcement de l'accessibilité et de la disponibilité des services de santé maternelle et néonatale de qualité et équitable par les différents partenaires H6+ ont été indispensables pour atteindre ce résultat.

. ii) Nombre de patientes souffrant de fistule bénéficiant de réparation avec succès avec le soutien de l'UNFPA, désagrégé par tranche d'âge

#### **Extraits détaillés de documentation**

L'indicateur n°2 du produit n°1 est défini comme suit : « Nombre de patientes souffrant de fistules bénéficiant de réparation avec succès avec le soutien de l'UNFPA, désagrégé par tranche d'âge » référence : 700, objectif : 5000 (CPAP amendé)

Nombre de femmes réparées de fistules obstétricales Baseline (2014) : 350 – Cible cumulative jusqu'en 2019 : 5 000 (1 000 par an) (Feuille de route CARMMA)

#### ***Entretiens avec la représentation, les responsables Suivi-Evaluation, chargés de programme, etc.***

D'après l'UNFPA, son succès repose sur le fait qu'il s'est entouré d'initiatives des partenaires et qu'il s'assure de la coordination. L'UNFPA est partie prenante de toutes les interventions faites par le Ministère de la Santé, le Secteur Public, les secteurs confessionnels comme la SALFA, la Fondation d'Ampasimanjeva, le secteur privé : l'Ordre de Malte, Fistula Freedom qui ont des centres qui opèrent, ASOS qui assure la recherche active et l'accompagnement, le transfert des femmes et la mobilisation communautaire, le PAM qui assure la fourniture de vivres tout au long de la prise en charge à l'hôpital qui dure environ 8 à 10 semaines, la réinsertion économique avec le Ministère de l'emploi et avec le Ministère de la population qui gère les centres de formation et qui donnent ensuite des kits de démarrage pour des petits métiers. Plusieurs sessions de formation de chirurgiens se sont tenues grâce au partenariat avec la Faculté de médecine de Dakar, des ONG internationales qui envoient des experts, Fistula Freedom qui les suit à distance. Il est à relever qu'un chirurgien peut être formé 2 à 3 fois en 3 ans pour pouvoir surmonter la complexité des cas qu'il est susceptible d'affronter. Le nombre de cas réparés a augmenté de 200 par an au début du programme ensuite de 1000 par an. En 2018, 80% des cas sont opérés en routine mais non en campagne. Les rechutes constituent un défi considérable: 15% des femmes ont besoin d'être réopérées et le besoin d'un circuit de mécanisme établissant un hôpital national d'excellence fournissant une prise en charge gratuite des cas compliqués se fait ressentir. Les échanges d'expériences et de meilleures pratiques et/ou de leçons apprises dans les autres pays seraient également bénéfiques au programme. Le défi suivant serait le suivi post opératoire, notamment en ce qui concerne la fourniture de contraceptifs pour les femmes opérées et la rééducation physique. Ensuite, la réinsertion socioéconomique est encore trop timide et doit être renforcée. Les activités doivent être mises en place à proximité des localités d'origine des patientes. Enfin, le défi final serait la prévention,

Les partenaires d'exécution ont ajouté qu'il n'y avait pas de suivi de proximité et les populations ont témoigné que les partenaires de mise en œuvre ne font pas de suivi après la réparation. Ces observations ont permis d'opérer un changement qualitatif des interventions de l'UNFPA.

Par ailleurs, la coopération Sud-Sud avec les efforts conjoints du Ministère de la santé, de la Faculté de médecine de Dakar, de Mercy Ships, d'Operation Fistula Foundation, de WFP, de chirurgiens internationaux, des ONGs locales et de la communauté mérite d'être continuée car elle a permis d'avoir des résultats tangibles lors de la réalisation des campagnes FO.

L'UNFPA est le principal bailleur et s'est beaucoup investi en matière de prise en charge des FVFO ; les résultats sont satisfaisants car les objectifs ont été atteints à plus de 100%. Plusieurs documents ont été développés et réactualisés pour contribuer au produit 1 mais il y a une faible appropriation de la partie nationale. Par ailleurs, la qualité de la prise en charge des cas compliqués de fistules obstétricales est encore faible dû à un manque de chirurgiens qualifiés pour la prise en charge des cas compliqués et à l'insuffisance de structures de référence. Par ailleurs, les données relatives au nombre de cas de fistules désagrégées par âge ne sont pas disponibles au niveau du Ministère de la Santé. Enfin, le suivi de proximité des interventions est encore faible.

Durant les visites sur le terrain, les femmes ont témoigné de leur confiance aux centres car ils sont pourvus en équipements. De même, les personnels de santé ont révélé que leur motivation s'est accrue. En effet, le 7<sup>ème</sup> programme a contribué à rendre constamment disponibles des médicaments et des KITS gratuits dans les formations sanitaires en vue de la prise en charge des accouchements et des urgences obstétricales dans les zones appuyées. Dans cette même région, le système de référence mis en place a prouvé son importance car les tuk tuk mis à disposition ont permis de sauver des vies : 21 urgences obstétricales référées par l'ambulancette Tuk Tuk ont été prises en charge au niveau du CHU Antanambao ou du CHU I toujours selon les données régionales correspondant à la période d'évaluation. Toutefois, les partenaires ont trouvé que ce système de référence devrait encore être davantage développé car, actuellement, seule la région d'Atsimo Andrefana en dispose.

D'après certaines femmes, des frais inopinés leur sont parfois réclamés à l'hôpital. Elles préfèrent donc accoucher à la maison avec les matrones. Par ailleurs, d'après les partenaires, il a été remarqué que le suivi de ces centres était défaillant et serait à l'origine d'une faiblesse de la qualité des soins. En effet, les centres de santé étaient rarement supervisés par les responsables SR à cause d'un manque de budget. De plus, le monitoring SONU n'a pas été effectué régulièrement dans tous les centres de SONU alors qu'il aurait pu contribuer à améliorer de façon significative la performance du programme s'il avait été systématiquement adopté par tous les centres SONU. De plus, il n'a pas encore été institutionnalisé ; ce qui pourrait être à l'origine d'une faible appropriation. Enfin, la coordination entre les bailleurs n'est pas encore effective, entraînant un éparpillement des ressources.

Lors des entretiens avec les techniciens de terrain qui ont pour mission d'effectuer la recherche active et la référence des FVFO vers les hôpitaux pour réparation, ils ont soulevé les difficultés rencontrées lors des descentes à la recherche des FVFO. Actuellement, les femmes victimes de fistules obstétricales sont très éloignées des centres de réparation, car se trouvant dans des districts très enclavés à accessibilité difficile. Ces techniciens doivent parcourir de longues distances à pied car les routes sont impraticables. Pareillement, au retour, ils doivent raccompagner les femmes chez elles à pied et même s'arrêter dans un village, avant de reprendre la route car ils ne peuvent les transporter à moto (vu qu'il y a 3 personnes, avec l'accompagnante).

Les femmes ont appris l'existence de la prise en charge gratuite par les radios locales et ont exprimé leur satisfaction surtout par rapport au fait qu'elles viennent des zones très enclavées du district d'Anosivarika.

De plus, les chirurgiens ont suggéré qu'ils ne doivent pas opérer les cas compliqués car ils sont des chirurgiens du niveau 1, à savoir formés pour opérer les cas simples. Ils ont suggéré l'introduction de la prise en charge des cas compliqués dans des hôpitaux régionaux de référence.

En totalité, 18 chirurgiens et 18 internes qualifiants sont opérationnels pour la prise en charge des FO. Ce nombre est encore insuffisant pour effectuer la réparation des fistules des cas simples mais aussi pour les cas compliqués. De plus, il n'existe pas de politique ou de stratégie claire concernant la différence entre les niveaux 1 et 2, ni de plans de formation et de base de données disponibles dans ce cadre. Ainsi, l'élaboration d'une stratégie, qui sera suivie de plan et de mise en place d'une base de données s'imposent.

Par ailleurs, les chirurgiens ont souligné que de nombreuses femmes reviennent pour des rechutes. Selon le personnel médical de l'hôpital d'Ampasimanjeva, pour l'année 2017, sur les

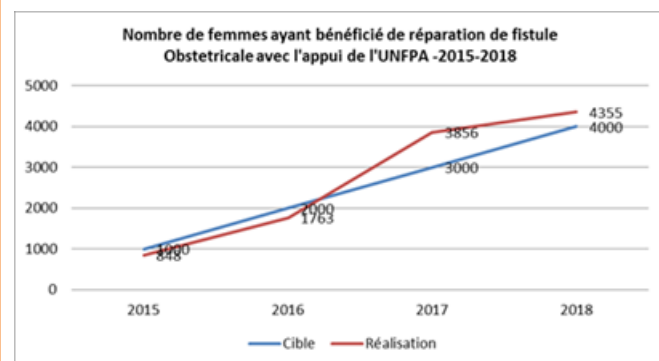
121 femmes opérées de fistules obstétricales, 46 ont eu des rechutes et sont revenues pour des réparations, soit un pourcentage de 38%. La fréquence de la prévalence de réparation post-rechute varie de 2 à 8.

### **Principaux résultats au niveau de l'indicateur**

INDICATEUR 2 : Nombre de patientes souffrant de fistule bénéficiant de réparation avec succès avec le soutien de l'UNFPA désagrégé par tranche d'âge. Réf : 700 (Cumulatif 2012-2014 campagnes et routines)

Cet indicateur ayant été amendé en 2017, les données concernant le nombre de patientes souffrant de fistules bénéficiant de réparation désagrégées par âge ne sont pas disponibles. Seules les données relatives au nombre de femmes souffrant de fistule et bénéficiant de réparation sans désagrégation par âge sont disponibles.

### **Titre du graphique : Evolution du Nombre de patientes souffrant de fistule bénéficiant de réparation**



En 2017 et 2018, les indicateurs ont dépassé les prévisions initiales, contrairement aux deux années précédentes. En 2015, le niveau est passé de 848 à 1763 entre 2015 et 2016 pour ensuite passer de 2000 à 3184 de 2016 à 2017 et à 4355 en 2018.

L'UNFPA a appuyé le cadre de prise en charge globale des femmes victimes de fistules obstétricales mis en place par le Ministère de la Santé. Un Plan Stratégique National pour l'Élimination des Fistules Obstétricales à Madagascar (2014-2030) a été élaboré grâce à l'appui technique et financier de l'UNFPA. La prévention, la recherche active, la réparation chirurgicale et la réinsertion socioéconomique des FVFO sont les principales interventions appuyées par le programme.

Pendant la première année du programme, soit en 2015, la Quatrième Campagne Nationale pour l'élimination de la fistule obstétricale a été lancée par la Première Dame au Centre Hospitalier de Référence. Par ailleurs, la task force nationale FO a été redynamisée et le protocole de prise en charge clinique a été finalisé. La task force internationale pour la FO a également été mise en place avec la participation de Mercy Ships, Operation Fistula, Fistula foundation, Operation Smile et Handicap international.

**La sensibilisation des femmes et la recherche active des femmes** sont réalisées en partenariat avec les ONG ASOS et Bel Avenir. Cette recherche active est effectuée par les techniciens de l'ONG ASOS à travers des visites à domicile et via la communication interpersonnelle (CIP) en collaboration avec les chefs CSB, les agents communautaires et les autorités locales. Notons que les chefs CSB disposent des données recueillies au cours de la Semaine de la Santé de la mère et de l'enfant.

**La réparation chirurgicale des femmes victimes de fistules obstétricales** : la réparation des FVFO sont effectuées dans les hôpitaux de référence. L'UNFPA s'est beaucoup investi dans

l'amélioration de la prise en charge médicale de ces femmes victimes de fistules obstétricales : en effet, des blocs opératoires ont été réhabilités et approvisionnés en kits fistules, les femmes réparées ont reçu des kits de dignité et les compétences des chirurgiens ont été renforcées. Au total, 12 hôpitaux de référence ont été appuyés par l'UNFPA pendant le 7<sup>ème</sup> programme. Ils sont situés dans les régions d'interventions mais aussi à Antananarivo<sup>12</sup>.

L'UNFPA a appuyé le renforcement de capacités des chirurgiens. Ainsi, ils ont eu droit à des stages de formation organisés avec le soutien technique de l'équipe de l'Université de Dakar, de la faculté de Médecine d'Antananarivo et de l'ordre de Malte avec la participation de 6 assistants locaux spécialisés en obstétrique et urologie. De plus, 7 équipes chirurgicales ont bénéficié de renforcements de compétence en réparation de FO conduits par des experts nationaux et internationaux dans les différentes structures suivantes: 2 CHU Toliara, Mananjary, Sambava, CHU - HJRA, Mahitsy, Ampasimanjeva. Notons que la formation reçue par ces chirurgiens correspond au niveau 1 uniquement, c'est-à-dire, pour les cas simples de fistules.

En parallèle, six hôpitaux ont été dotés en matériels et équipements pour le traitement de la Fistule Obstétricale. Les FVFO reçoivent un soutien nutritionnel durant leur hospitalisation et leur prise en charge est gratuite. A la sortie, elles reçoivent un soutien psychosocial et sont sensibilisées sur les conditions hygiéniques et la planification familiale afin d'éviter de contracter une grossesse avant d'être complètement guéries. Un suivi est assuré après six mois et les femmes sont contactées pour une activité génératrice de revenu après un renforcement de capacités.

En matière de sensibilisation, des Supports de communication de CCC pour les Fistules Obstétricales ont été multipliés et diffusés<sup>13</sup> y compris par le biais de spots radio et des VAD en matière de FO ont été réalisées. Des campagnes sur les FVFO ont été réalisées dans 8 CHU et CHRD et lors de la SSME avec dotation d'équipements et intrants. 312 spots radio ont été diffusés et 3775 VAD réalisées en matière de FO.

Au total, 4355 FVFO ont été réparées pendant les 4 années du programme. Quantitativement, les objectifs sont atteints et ont même dépassé la cible à plus de 100%. De plus, il a été également constaté que les femmes arrivent par elles-mêmes dans les hôpitaux pour se faire opérer de la fistule obstétricale. Tel fut le cas de quatre jeunes femmes qui se sont rendues au CHRD de Mananjary pour se faire opérer. Ceci montre un début de changement de comportement des femmes victimes qui ne veulent plus se cacher et qui veulent être guéries. Ces activités ont eu un impact considérable sur les bénéficiaires car elles ont montré leur satisfaction par rapport à la prise en charge gratuite.

En totalité, 18 chirurgiens et 18 internes qualifiants sont opérationnels pour la prise en charge des FO. Ce nombre est encore insuffisant pour effectuer la réparation des fistules des cas simples mais aussi pour les cas compliqués. De plus, il n'existe pas de politique ou de stratégie claire concernant la différence entre les niveaux 1 et 2, ni de plans de formation et de base de données disponibles dans ce cadre. Ainsi, l'élaboration d'une stratégie, qui sera suivie de plan et de mise en place d'une base de données s'imposent.

Par ailleurs, les chirurgiens ont souligné que de nombreuses femmes reviennent pour des rechutes. Selon le personnel médical de l'hôpital d'Ampasimanjeva, 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%. La fréquence de la prévalence de réparation post-rechute varie de 2 à 8.

Plusieurs raisons peuvent être à l'origine de ces faits : (i) une fois de retour à leur domicile, les femmes réparées n'ont pas suivi les précautions hygiéniques conseillées à la sortie de l'hôpital, et n'ont pas respecté la consigne PF d'éviter de contracter une nouvelle grossesse avant deux ans ; (ii) la malnutrition (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 ou le nombre de FVFO est élevé.

La coopération Sud-sud, avec les efforts conjoints du Ministère de la santé, de la Faculté de médecine de Dakar, de Mercy Ships, d'Operation Fistula Foundation, du WFP, de chirurgiens internationaux, des ONGs locales et de la communauté mérite d'être poursuivie car elle a permis d'avoir des résultats tangibles lors de la réalisation de campagnes FO.

---

12

<sup>13</sup>Ifanadiana Mananjary Ampasimanjeva Sambava Toliary et HJRA +02 Mahitsy

L'UNFPA est le principal bailleur et s'est beaucoup investi en matière de prise en charge des FVFO ; les résultats sont satisfaisants car les objectifs ont été atteints à plus de 100%. Plusieurs documents ont été développés et réactualisés pour contribuer au produit 1 mais l'appropriation par la partie nationale demeure faible. Par ailleurs, la qualité de la prise en charge des cas compliqués de fistules obstétricales est encore faible dû à un manque de chirurgiens qualifiés pour la prise en charge des cas compliqués et à l'insuffisance de structures de référence. Par ailleurs, les données relatives au nombre de cas de fistules désagrégées par âge ne sont pas disponibles au niveau du Ministère de la Santé. Enfin, le suivi de proximité des interventions est encore faible.

Le partenariat avec la Fédération des Communautés Royales Traditionnelles a permis de renforcer les capacités de 35 leaders en vue de mener des activités de sensibilisation de masse et de proximité dans leurs milieux sur la santé de la reproduction et la promotion de l'utilisation des structures de santé.

Environ 200 000 personnes (en 2015-2016) ont été sensibilisées lors des campagnes de masse et de mobilisation communautaire en SR/PF dans les régions d'Atsimo Andrefana, Androy et Vatovavy Fitovinany.

L'approche de l'UNFPA au niveau communautaire ne se fait pas ressentir alors que pour avoir un impact sur les indicateurs régionaux en matière de SR/PF, il est utile d'avoir une approche communautaire.

Il est important de maintenir les échanges d'information entre les membres de H4+ pour exploiter les opportunités de partenariat et pour mieux garder la synergie des actions en vue d'atteindre les objectifs communs. La coopération Sud-sud avec les efforts conjoints du Ministère de la santé, de la Faculté de médecine de Dakar, de Mercy Ships, d'Operation Fistula Foundation, du WFP, de chirurgiens internationaux, les ONGs locales et la communauté mérite d'être continuée car elle a permis d'obtenir des résultats tangibles lors de la réalisation de campagne FO. La coordination et le suivi sur terrain des activités à travers le comité de pilotage mis en place au niveau de chaque région d'intervention doivent être renforcés pour mesurer la performance des interventions de l'UNFPA au niveau décentralisé.

Les PTA Régions ont été réalisés selon les calendriers établis, avec une implication et une appropriation effectives des partenaires régionaux et autorités locales.

#### Leçons apprises

La coopération Sud-sud, avec les efforts conjoints du Ministère de la santé, de la Faculté de médecine de Dakar, de Mercy Ships, d'Operation Fistula Foundation, du WFP, de chirurgiens internationaux, des ONGs locales et de la communauté mérite d'être continuée car elle a permis d'obtenir des résultats tangibles lors de la réalisation de campagne FO.

iii) Nombre des mises à jour annuelles du plan national d'urgence pour les catastrophes naturelles intégrant la santé de la reproduction et la violence basée sur le genre ( cf CJ2.3)

c)Nombre sages-femmes stagiaires renforcées en pratique maïeutique

#### **Extraits détaillés de documentation**

Le nombre de sages-femmes stagiaires renforcées en pratique maïeutique en 2014 est de 330 environ.

Direction des Instituts de Formation des Paramédicaux.

Chaque institut semble connaître sa mission qui est de former des agents de santé compétents et immédiatement opérationnels. Selon un responsable à Antsiranana, il s'agit de « *former des sages-femmes et des infirmiers compétents, c'est pourquoi les étudiants commencent le stage clinique dès la première année* ». Mais aucun institut ne dispose de document écrit sur son organisation propre. Le budget de fonctionnement relève du niveau central et chaque année, la direction de chaque institut dresse une proposition de budget qui sera validé au niveau du Ministère de la Santé : « *Le budget de fonctionnement est établi par le directeur et est comptabilisé à partir des besoins annuels, (...)* » (Toliara). La relation de travail entre l'Institut de formation et les sites de stage est bien organisée et le partage d'information se fait régulièrement à travers des réunions de coordination : « *Des échanges et des correspondances se font avec les sites de stage rural (...)* » (Toliara). De plus, les encadreurs de stage clinique participent aux activités des Instituts de formation, telles que les cérémonies de sortie des étudiants à Toamasina. La gestion des laboratoires de compétence est interne au centre même si ce sont les partenaires qui ont donné les modèles anatomiques. « *Don des associations et de UNFPA(...); gestion interne* » (Toamasina).

#### ***Entretiens avec les partenaires***



D'après l'UNFPA, plusieurs opportunités étaient disponibles pour les sage-femmes : une formation diplômante en partenariat avec la faculté de médecine, un renforcement de curriculum avec l'ACM, le renforcement des sites des SF avec l'appui de l'USAID, un renforcement en leadership avec l'OSF, et le renforcement de promotion des pratiques auprès de leurs pairs avec l'ASP. Cependant, le besoin de plus de financement et d'une meilleure coordination se fait ressentir. Des activités conjointes ont été menées ensemble, mais une vision commune est nécessaire ainsi qu'un plan opérationnel qui réunit le Ministère de la Santé et le Ministère de l'Enseignement supérieur pour capitaliser sur les ressources humaines. Le secteur privé doit aussi être intégré à tout ce processus pendant le 8<sup>ème</sup> programme. En ce qui concerne le mentorat, l'UNFPA a élaboré un guide de Mentorat qui n'est pas encore finalisé car il n'y a pas d'appropriation de la partie nationale et aussi un manque de suivi. De plus, l'accréditation des écoles privées n'est pas acquise de façon définitive. En somme, cet axe devra être renforcé au cours du 8<sup>ème</sup> programme car il y a un besoin de recadrage et d'une meilleure coordination.

D'après l'UNFPA, plusieurs faiblesses ont été constatées lors de la mise en œuvre du programme de mentorat, il s'agit de : la non-disponibilité des mentors, tributaires de leur charge de travail et de l'autorisation des supérieurs hiérarchiques ; l'absence de formation formelle sur le mentorat avant le début de l'accompagnement ; l'absence de système de certification pour les mentors ; l'insuffisance de financement pérenne du programme ; le retard de demande de déblocage de fonds ne permettant pas de financer à temps les missions planifiées ; l'absence de plan opérationnel ; l'intégration insuffisante dans le système de santé ; l'absence de suivi rapproché par le niveau régional et le problème de rapportage sur les activités de mentorat. Des recommandations ont été émises pour la mise en œuvre du programme dans le futur. Celles-ci tournent autour de l'implication accrue de toutes les parties prenantes, l'intégration du mentorat dans le système de santé, le financement pérenne du programme de mentorat qui est appelé à être mis à l'échelle.

Les soins obstétricaux offerts par les sages-femmes constituent un élément-clé qui améliore la prise en charge des mères et des nouveau-nés et sauvent leur vie. L'UNFPA a contribué à augmenter l'effectif du personnel dans les formations sanitaires appuyées et les données reflètent l'augmentation du nombre d'accouchement dans les formations sanitaires que l'UNFPA a doté de sage-femmes. Cela a été démontré dans les formations sanitaires visitées, à savoir la maternité du CHU Mitsinjo dans la région Atsimo Andrefana et la Maternité du CHRR d'Ambovombe dans la région Androy. De plus, un effort a été fourni pour améliorer l'efficacité de l'enseignement afin d'avoir des SF performantes au recrutement dans les CSB à travers les IFIRPS et la Faculté de médecine. Toutefois, certaines lacunes ont été remarquées : (i) certaines écoles privées des SF ne disposent pas d'accréditation, entraînant une faible performance des SF à leur sortie ; (ii) les tâches attendues par une sage-femme ne correspondent pas au contenu de leur formation, par exemple en ce qui concerne l'accouchement ; (iii) les outils de gestion ne sont pas en adéquation avec les activités.

Parmi les centres visités dotés en sage-femmes contractuelles par l'UNFPA, le nombre d'accouchement a eu un accroissement palpable au CHRR Ambovombe (cf. données en haut), au CHU Mahatsinjo Tuléar et au CHRD Mananjary. Il en est de même pour les utilisateurs réguliers en Planification Familiale dont les données sont visualisées dans la composante SR/PF. Les femmes interviewées ont exprimé à l'unanimité leur satisfaction d'avoir une sage-femme et ont affirmé qu'elles ne sont plus obligées de se déplacer loin pour trouver des soins maternels. Certaines ont avancé qu'il est tabou pour elles de fréquenter un centre tenu par des hommes et de se faire assister par un homme pendant l'accouchement, mais ce blocage a été enlevé grâce à l'arrivée de la sage – femme.

Le projet pilote « jeunes mères » a connu une réussite significative, l'approche par paire ayant été mise en œuvre. Au terme de l'année 2017, parmi les 4 008 jeunes mères qui ont été sensibilisées, 835 ont fréquenté les formations sanitaires pour y solliciter des services de CPN, 52 ont accouché auprès des CSB Star et 1 543 sont venues pour des services de PF post-partum.

Par ailleurs, l'évaluation a pu identifier plusieurs faiblesses lors de la mise en œuvre du programme de mentorat dont la non-disponibilité des mentors, tributaires de leur charge de travail et l'autorisation des supérieurs hiérarchiques ; l'absence de formation formelle sur le mentorat avant le début de l'accompagnement ; l'absence de système de certification pour les mentors ; l'insuffisance de financement pérenne du programme ; le retard de demande de déblocage de fonds ne permettant pas de financer à temps les missions planifiées ; l'absence de plan opérationnel ; l'intégration insuffisante dans le système de santé ; l'absence de suivi rapproché par le niveau régional et le problème de rapportage sur les activités de mentorat.

L'appui des sages-femmes retraitées à celles nouvellement recrutées a été une expérience positive. En effet, d'après les sages-femmes interviewées par focus groupe, ce système de

mentorat a permis d'améliorer la qualité de la prestation de service. Les sages-femmes nouvellement recrutées sont en quête d'expériences professionnelles sur les services de santé de la Reproduction. Par ailleurs, le mécanisme d'échange entre les sages-femmes plus anciennes et celles renouvellement recrutées permet un transfert de compétences et d'expériences objectivement vérifiables sur la qualité et les prestations de service auprès des patientes.

D'après les partenaires techniques, la contractualisation des sages-femmes résout en partie le départ des personnels des zones enclavées pendant la crise socio politique et répond aux besoins de la population les plus vulnérables dont font partie les femmes vivant en zone rurale et enclavée. La satisfaction des mères lors des focus groupes ainsi que celle des mairies et des présidents des fokontany sur la présence et les activités des sages-femmes en témoignent. Le programme a amélioré l'accès aux soins et l'utilisation de services maternels et néonataux et de la Santé de la Reproduction, y compris la Planification Familiale.

Toutefois, certaines lacunes ont été remarquées : (i) certaines écoles privées des SF ne disposent pas d'accréditation, entraînant une faible performance des SF à leur sortie ; (ii) les tâches attendues par une sage-femme ne correspondent pas au contenu dans leur livret de stage, par exemple, en ce qui concerne l'accouchement ; (iii) les outils de gestion ne sont pas en adéquation avec les activités.

De plus, lors des discussions avec certaines SF nouvellement recrutées, elles ont montré leur inquiétude concernant leur intégration à la fonction publique à la fin de leur contrat. Pour maintenir la présence des sages-femmes dans les centres, la contractualisation serait une première approche transitoire qui permettra de réfléchir sur différentes stratégies innovantes.

### **Principaux résultats au niveau de l'indicateur**

Le nombre de sages-femmes stagiaires formées en pratique maïeutique est de 60 (Paniers des indicateurs de la faculté de médecine 2018).

Le programme d'étude des Instituts de formation des sages-femmes est calqué sur le programme officiel du Ministère de la Santé et est de ce fait, en conformité avec la politique nationale et ses orientations. Les instituts reçoivent des instructions et une mise à jour de la Direction de la DIFP durant les réunions annuelles : *"en ce qui concerne le programme ou les directives, cela vient du DIFP, y compris les documents techniques comme les SONU"* (Toliara). Ensuite, l'information est partagée avec le corps enseignant pendant les réunions internes. Cependant, le programme n'a pas été mis à jour depuis quelques années. Tous les instituts ont le même programme qui date de plus de 5 ans et même la moitié n'a pas jugé utile de le réviser depuis la réouverture (plus de 10 ans).

Le grand défi d'incorporer les nouvelles directives dans le programme d'études est l'insuffisance, voire l'absence de ressources pour les mettre en œuvre : *"Nous avons commencé à travailler avec les ressources disponibles"* (Antsiranana) *"Les ressources inexistantes ne nous permettent pas d'assurer correctement la mission qui nous est dévolue"* (Toliara). Ce programme a été élaboré pour inclure le volet théorique et le volet pratique. Normalement, les étudiants font la pratique la moitié du temps, et sont en classe pour suivre les cours pendant l'autre moitié : *"Chaque matin de 8 heures à 11h 30: pratique dans les sites cliniques, l'après-midi : cours à l'Institut"* (Antananarivo). Les contenus des cours théoriques et des pratiques cliniques sont interdépendants et avec une évolution logique : *"Les cours théoriques voient leur application pendant les stages cliniques (...) progression logique ou adaptation étape par étape"* (Fianarantsoa). Pour choisir les compétences à inclure dans le curriculum, des critères basés sur des évidences réelles et des liens logiques sont utilisés. Bien que la plupart des instituts soient satisfaits d'avoir un bon programme et d'excellents enseignants (*"le centre excelle avec la présence des encadreurs hospitaliers du CHU"* Toamasina), et que le centre soit très apprécié car il produit des étudiants compétents à la fin de leur cursus (en comparaison avec les instituts privés), quelques préoccupations subsistent. Le ratio enseignant/étudiant est en général de 1:20 (1:17 à Antsiranana, 1: 21 à Antananarivo, 1: 20 à Toamasina). Au niveau des sites cliniques, le ratio encadreur/étudiant varie de 1:3 à 1:5 (1:3 Toamasina, 1: 4 Fianarantsoa, 1:5 Mahajanga).

### **Évaluation**

Deux instituts rapportent que les objectifs du cours sont liés aux compétences: *"à la fin du cours, une évaluation orale est effectuée"* (Antsiranana). Les étudiants sont évalués de façon continue le long du cursus, mais seul l'Institut d'Antsiranana exige une évaluation écrite aux étudiants à la fin des études. Les pratiques cliniques sont sanctionnées par des évaluations :

“Évaluation continue, test (...) par le major du service” (Fianarantsoa). Les sites cliniques satisfont aux besoins de formation et d’encadrement des étudiants car ils étaient recensés et choisis pour permettre aux étudiants de trouver plusieurs cas: “*les stages dans les sites cliniques publics urbains et ruraux enrichissent les expériences*” (Toamasina). Seul l’Institut d’Antsiranana demande un feedback aux étudiants pour évaluer le programme d’étude et le corps enseignant. Les autres rapportent qu’un tel système n’existe pas : « *une telle pratique n’existe pas* » (Toliara).

### **Infrastructures**

Les Instituts ont des infrastructures de base mais beaucoup manquent de ressources éducationnelles nécessaires pour une bonne formation. Seuls 2 IFIRP (Toamasina, Toliara) ont des salles avec une capacité de 50 à 100 étudiants. Les autres Instituts ont une moindre capacité. Les Instituts ont les commodités de base comme les sources d’électricité, les tableaux et de vidéoprojecteur mais aucun n’a un accès à Internet.

### **Bureau**

Tous les IFIRP ont des bureaux équipés avec du matériel nécessaire pour permettre à l’équipe administrative et les enseignants d’effectuer leur travail. Les documents de référence pour la préparation des cours de SMN, VIH ne sont plus à jour, et sont en nombre insuffisant (33% des instituts).

### **Bibliothèque**

Seul l’IFIRP Toliara ne possède pas de bibliothèque. Si les cinq autres instituts ont une bibliothèque, le contenu de ces bibliothèques (livres, revues, documents et manuels de référence) est obsolète et il n’y en a pas assez pour permettre aux étudiants de faire la recherche bibliographique.

### **Laboratoire de compétences**

Seul l’IFIRP de Toamasina possède une salle réservée pour l’apprentissage des compétences mais il n’y a pas de système d’organisation pour son utilisation. Les autres IFIRP ont des modèles anatomiques que l’on emmène dans les salles de cours pour s’exercer. Antsiranana, par exemple, a un calendrier pour l’utilisation des modèles anatomiques.

### **Laboratoire informatique**

L’IFIRP d’Antsiranana est le seul centre à avoir une salle avec des ordinateurs mais sans informaticien pour aider à son utilisation.

### **Enseignant et Percepteurs**

Certains Instituts ont leurs propres critères de sélection du corps enseignant. Dans 2 instituts sur 6, le corps enseignant est recruté par la Direction Régionale de la Santé. Les critères sont basés sur l’expérience professionnelle et clinique (au moins 5 ans d’exercice). Ainsi, tous les enseignants ont les compétences cliniques dans leur spécialité. (“*Expériences professionnelles, séniorité...*” Antananarivo) et compétence en formation (“*méthodes d’enseignement...*” Toamasina). Cependant, dans presque tous les Instituts (4/6), le corps enseignant n’a pas de formation pédagogique ou en conduite d’enseignement. Mais dans 2 instituts, le corps enseignant a reçu une formation de formateurs. Les enseignants ont occupé le poste pour une période allant de 1 à 14 ans. Les seules stratégies pour retenir le corps enseignant consistent à la motivation financière (2) (“*les salaires les motivent*” Mahajanga), et des formations (1). Il n’existe pas de politique de développement professionnel dans l’enseignement. Les dernières formations reçues par certains enseignants et percepteurs concernent les SONU(4), la PF (2), la nutrition (1), la vaccination (1), la SRA (1). Certains (2/6) ont reçu une formation en enseignement efficace.

### **Etudiants**

Les étudiants devront avoir le niveau baccalauréat pour être autorisés à passer le concours d’admission à l’IFIRP. Le Ministère de la Santé a ajouté le critère de quota régional. La moitié des responsables des instituts pensent que les étudiants ont le niveau nécessaire pour intégrer la formation : “*Bonne connaissance générale*” (Antsiranana). En 2013, le système universitaire malgache a opté pour le système LMD et a incorporé la formation des sages-femmes dans la faculté de médecine. La moyenne d’âge des étudiants entre 22 et 25 ans; l’étudiant le plus âgé a 38 ans (Mahajanga) et le moins âgé a 20 ans (Antananarivo et Toamasina). A Madagascar, le métier de sages-femmes est encore réservé au sexe féminin. Selon les

enseignants, les étudiants ont une grande motivation pour réussir : *“Motivation satisfaisante en examinant leur fiche de présence”*(Antananarivo). Certains pensent aussi que les étudiants ne sont pas immédiatement capables d’assurer effectivement et sans risque leur métier et doivent encore acquérir des expériences : *“la capacité viendra progressivement avec l’exercice du métier”*(Toamasina). Quelques étudiants, en devenant professionnels, peuvent assumer le rôle de leader et de meneur (gestionnaire) *“pour un petit nombre uniquement”*(Toliara). La Méthode ou la préférence d’apprentissage des étudiants enquêtés varie d’un Institut à l’autre : 3 étudiants sur les 6 préfèrent lire et écrire, 2 sur 6 apprennent mieux en pratiquant car *“limités par la langue française donc préfèrent faire pour apprendre”*(Antananarivo) et 1 sur 6 en regardant. Les étudiants sont tellement occupés dans le processus d’apprentissage qu’ils n’ont pas la possibilité de faire autre chose. Leur vie se résume aux *“Cours, stage, devoirs de maison et recherche”*(Toliara). Malgré l’accès limité à la nouvelle technologie, les étudiants sont ouverts à son utilisation : *“Les étudiants sont limités par la disponibilité de nouvelles technologies disponibles à l’IFIRP”*(Mahajanga). Il n’existe pas de système spécifique mis en place pour permettre aux étudiants d’évaluer le programme d’étude, les enseignants ou les encadreurs. Après avoir reçu leur diplôme, les étudiants ont une perspective assez claire de ce qu’ils vont faire, et espèrent être intégrés dans la fonction publique : *“Après l’école, je vais faire des stages bénévoles ou travailler pour un projet de santé en attendant d’être recruté”*(Toamasina).

### **Environnement de travail**

Toutes les responsables qui ont été interviewées admettent que comme les IFIRP sont des établissements publics, leur accréditation n’est pas nécessaire et que le système d’accréditation n’existe pas à Madagascar : c’est un *“Institut public autorisé par l’état”* (Antsiranana). Il en est de même pour les sites cliniques. Concernant les associations régissant le métier de sages-femmes, l’ordre national des sages-femmes et les fédérations des sages-femmes (associations professionnelles) nationales et régionales ont été cités. Les professionnels devront s’inscrire dans l’ordre des sages-femmes avant d’exercer : *“Après la réception du diplôme, infirmiers et sages-femmes devront s’inscrire auprès de leurs ordres respectifs”* (Toliara). Cette inscription se fait une seule fois, mais les cotisations qui sont annuelles : *“inscription unique, mais la cotisation annuelle doit être payée”* (Mahajanga). (Etat des offres de service en santé maternelle, néonatale et en planification familiale des formations sanitaires des 15 régions de Madagascar 2014, MCSP/USAID Madagascar).

A cet effet, plusieurs documents ont été développés et réactualisés. Le curriculum de formation initiale des sages-femmes a été amélioré par la Faculté de Médecine suivant les normes de la confédération internationale des sages-femmes et sur le système Licence Maitrise et Doctorat (LMD) prenant en compte les Soins Obstétricaux Néonataux de Base (SONUB) et la planification familiale. Le document sur le mentorat des sages-femmes et le code d’éthique professionnelle, le rôle des sages-femmes et soins humanisés en salle d’accouchement ont été élaborés et disponibles. A cela il faut ajouter le Plan d’action stratégique budgétisé de l’Association Nationale des Sages-femmes, le document référentiel sur la scénarisation d’un cours en ligne destiné aux dirigeants des Facultés de Médecine de Madagascar, le logiciel intégré de base de données en matière de santé de la reproduction, le plan opérationnel pour les régions de Vatovavy Fitovinany, Atsimo Andrefana, l’Annuaire pour les Sages-femmes inscrites à l’Ordre des Sages-femmes et l’actualisation du statut et du règlement intérieur de l’Association nationale des sages-Femmes selon la Confédération Internationale des Sages-femmes.

Par ailleurs, afin d’améliorer l’efficacité de l’enseignement, le programme a apporté son appui dans le renforcement de compétence des enseignants médecins et sages-femmes en Santé Maternelle et Néonatale. Dans ce cadre, les sages-femmes de l’Association Nationale des sages-femmes de Madagascar et l’Ordre National des Sage-Femmes de Madagascar (ANSFM et ONSFM) ont reçu des formations en leadership, plaidoyer et communication. Les sages-femmes des CSB2 de Tuléar ont été remises à niveau sur la prise en charge des complications en salle de naissance. En 2016, 39 responsables ont été formés en santé maternelle néonatale (SMN) et Enseignement Efficace: il s’agit d’enseignants de médecins, de monitrices et d’encadreurs de stages des étudiants de la Mention Maïeutique de l’IFIRP d’Antananarivo et Antsiranana ; 118 étudiants en médecine et sages-femmes ont été formés en conseil et prestations de service PF au niveau communautaire ; les pairs éducateurs au niveau des « CSB stars » ont été formés pour la sensibilisation des jeunes de moins de 24 ans enceintes ou sexuellement actives pour des services de CPN, accouchements et offres de services en PF post partum de qualité ; des médecins et sages-femmes ont aussi bénéficié de formation des formateurs en SONU à travers les modules e-learning . Le Référentiel de formation pour compétence maïeutique est disponible.

Par ailleurs, les 6 IFIRPS et la Faculté de médecine ont été dotés d’équipements médicaux et de matériels didactiques. Le Répertoire National de registre des sages-femmes a été mis à jour en vue de la disponibilité, du déploiement et de 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 des SF 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, le laboratoire de PF/CPN/CPoN de la Maternité de Befelatanana et a doté les 6IFIRPs en matériels didactiques. Des ateliers nationaux de Monitoring SONU ont été réalisés et la Carte SONU a été organisée pendant le programme.

Afin d'améliorer la performance des SF sortantes nouvellement recrutées dans les CSB SONUB dans les zones d'intervention de l'UNFPA, les sages – femmes enseignants ont assuré « le mentorat » des sages-femmes nouvellement affectées. En effet, 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. Dans ce cadre, le système de mentorat a été mis à jour avec la réactualisation du manuel et un guide du mentorat disponibles. 15 sages-femmes mentors ont été sélectionnées et formées en « mentorship » afin qu'elles puissent renforcer les compétences des sages-femmes prestataires nouvellement recrutées dans les 3 régions de concentration. En 2016, le mentorat des sages-femmes a été réalisé dans les CSB SONUB des 3 Districts d'Androy et n'a pas été poursuivi en 2017. Dans la région Atsimo Andrefana par exemple, le nombre d'accouchements a augmenté car il est passé de 630 accouchements en T3 2015 à 764 en T3 2016 ; le nombre de femmes ayant également effectué la CPN a augmenté car il est passé de 694 à 946.

**Tableau : Données des CSB dans les CSB mentorées au niveau de la Région Atsimo Andrefana**

	T3 2015	T3 2016
Nombre d'accouchements	630	764
Nombre de complications prises en charge	52	140
Nombre de nouvelles UR en PF, y compris la PFPP	1011	942
Nombre de femmes reçues en CPN	694	946
Nombre de femmes reçues en CPON	823	1416

**Source : résultats évaluation approche mentor**

Par ailleurs, les capacités de l'Association nationale des Sages-femmes ont été évaluées et le Statut a été mis à jour selon le MACAT (Midwifery Association Capacity Assessment Tool) proposé par ICM (Confédération Internationale des Sages-femmes). En outre, le programme a appuyé la célébration de la journée internationale des SF chaque année sous le haut patronage de la Première Dame avec l'organisation de diverses activités en santé maternelle et PF (défilé de sages-femmes, consultations mobiles, séances de mise à jour technique pour les sages-femmes, séances de sensibilisation communautaires sur les avantages de l'accouchement dans les formations sanitaires). L'UNFPA a apporté son appui dans la révision du plan national pour le développement de la santé (PDSS 2015-2019) dans laquelle la transformation des 194 formations sanitaires de base et 22 hôpitaux en SONU fait partie des activités prioritaires, avec le renforcement de capacité des agents de santé et des agents communautaires en soins maternels et néonataux. (Rapport d'évaluation de l'approche mentorat).

Le curriculum pour la formation initiale des sages-femmes a été mis à jour et renforcé sur la base des standards ICM/WHO. Ce curriculum est actuellement appliqué dans 3 facultés de Médecine (Antananarivo, Fianarantsoa, Toamasina). 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, en partenariat avec USAID/MCSP.

Près de 106 enseignants médecins et sages-femmes maïeuticiennes monitrices et encadreurs de stages des étudiants ont reçu un renforcement de compétences en SONU et sur la prise en charge des complications en salle de naissance et enseignement efficace, dont 25 à travers le module e-learning UNFPA/JHPiogo. 198 étudiants en médecine et sages-femmes ont été formés en conseil et prestations de service PF au niveau communautaire.

**Titre du tableau : Nombre et liste des formations sanitaires ayant reçu des sages – femmes en contractualisation avec l'UNFPA à partir du mois de mars 2018 : 35 Sages - femmes**

REGION	NOMBRE DE SF	NOM DES FORMATIONS SANITAIRES
ANDROY	3	CHRR Ambovombe
	1	CSB2 Ambondro
	1	CSB2 Tsihombe
	2	CHRD2 Tsihombe
	2	CHRD2 Beloha
	1	CSB2 Antanimora sud
	1	CSB2 Ambanita
	<b>SOUS TOTAL</b>	<b>11</b>
ATSIMO ANDREFANA	3	CHU Mitsinjo Betanimena
	1	CSB2 Mangily
	1	CSB2 Maromiandra
	1	CSB2 Ankiloaka
	1	CSB2 Beahitse
	1	CSB2 Ankilivalo 1
	1	CSB2 Antanimieva
	1	CHU Antanambao
	1	CSB2 Androka
	1	CSB Vatolatsaka
<b>SOUS TOTAL</b>	<b>12</b>	
VATOVAVYFITOVINANY	1	CHRD2 Mananjary
	1	CSB2 Antsenavolo
	1	CSB2 Andonabe
	1	CSB2 Kianjavato
	1	CSB2 Vohilava
	1	CSB2 Ambodinonoka
	1	CSB2 Tsaravary
	1	CSB2 Mahatsara Sud
	1	CSB2 Tsiatosika
	1	CSB2 Marokarima
	1	CHRR Manakara
1	CHRD Vohipeno	
<b>SOUS TOTAL</b>	<b>12</b>	
<b>TOTAL</b>	<b>35</b>	

Comme résultats palpables, 862 accouchements ont été effectués par les 35 sages-femmes en contractualisation avec l'UNFPA pendant trois mois (Avril-Mai-Juin 2018) dans leurs formations sanitaires d'affectation. Ce résultat est encourageant même s'il est au stade initial. (Rapport semestriel 2018). Durant l'année 2018 elles ont pu effectuer 2 936 accouchements dans leurs lieux d'affectation.

L'UNFPA a mis l'accent sur l'amélioration de la formation initiale et sur l'harmonisation de la formation des sages-femmes. A cet effet, plusieurs documents ont été développés et

réactualisés. Le curriculum de formation initiale des sages- femmes a été amélioré par la Faculté de Médecine suivant les normes de la confédération internationale des sages- femmes et sur le système Licence Maîtrise et Doctorat (LMD), en prenant en compte les Soins Obstétricaux Néonataux de Base (SONUB) et la planification familiale. Le document sur le mentorat des sages – femmes et le code d'éthique professionnelle, le rôle des sages-femmes et soins humanisés en salle d'accouchement ont été élaborés et disponibles. A cela il faut ajouter le Plan d'action stratégique budgétisé de l'Association Nationale des Sages-femmes , le document référentiel sur la scénarisation d'un cours en ligne destiné aux dirigeants des Facultés de Médecine de Madagascar , le logiciel intégré de base de données en matière de santé de la reproduction, le plan opérationnel pour les régions de Vatovavy Fitovinany, Atsimo Andrefana , l'Annuaire pour les Sages-femmes inscrites à l'Ordre des Sages-femmes et l'actualisation du statut et du règlement intérieur de l'Association nationale des sages-Femmes selon la Confédération Internationale des Sages- femmes.

Par ailleurs, afin d'améliorer l'efficacité de l'enseignement, le programme a apporté son appui dans le renforcement de compétence des enseignants médecins et sages-femmes en Santé Maternelle et Néonatale. Dans ce cadre, les sages-femmes de l'Association Nationale des sages- femmes de Madagascar et l'Ordre National des Sage- Femmes de Madagascar (ANSFM et ONSFM) ont reçu des formations en leadership, plaidoyer et communication. Les sages- femmes des CSB2 de Tuléar et ont été remises à niveau sur la prise en charge des complications en salle de naissance. En 2016, 39 responsables ont été formés en santé maternelle néonatale (SMN) et Enseignement Efficace: enseignants médecins, monitrices, et encadreurs de stages des étudiants de la Mention Maïeutique de l'IFIRP d'Antananarivo et Antsiranana ; 118 étudiants en médecine et sages-femmes ont été formés en conseil et prestations de service PF au niveau communautaire ; les pairs éducateurs au niveau des « CSB stars » ont été formés sur la sensibilisation des jeunes de moins de 24 ans enceintes ou sexuellement actives pour des services de CPN, accouchements et offres de services en PF post partum de qualité ; des médecins et sages-femmes ont aussi bénéficié de formation des formateurs en SONU à travers les modules e-learning . Le Référentiel de formation pour compétence maïeutique est disponible.

En outre, les 6 IFIRPS et la Faculté de médecine ont été dotés d'équipements médicaux et de matériels didactiques. Le Répertoire National de registre des sages-femmes a été mis à jour en vue de la disponibilité, du déploiement et de la rétention des Sages-femmes. L'ordre des sages-femmes a été appuyé dans le recensement et la recherche des Sages-femmes et le curriculum de formation des SF sur cursus maïeutique est disponible. Le programme a aussi équipé le Laboratoire de compétences de l'IFIRP, la Faculté de Médecine et les sites de stages d'Antananarivo, le laboratoire de PF/CPN/CPoN de la Maternité de Befelatanana et a doté les 6IFIRPs en matériels didactiques. Des ateliers nationaux de Monitoring SONU ont été réalisés et la Carte SONU a été organisée pendant le programme.

Afin d'améliorer la performance des SF sortantes nouvellement recrutées dans les CSB SONUB dans les zones d'intervention de l'UNFPA, les sages – femmes enseignants ont assuré « *le mentorat* » des sages-femmes nouvellement affectées . En effet, 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. Dans ce cadre, le système de monitorat a été mis à jour avec la réactualisation du manuel et un guide du mentorat disponibles. 15 sages-femmes mentors ont été sélectionnées et formées en « mentorship » afin qu'elles puissent renforcer les compétences des sages- femmes prestataires nouvellement recrutées dans les 3 régions de concentration. En 2016, le mentorat des sages-femmes a été réalisé dans les CSB SONUB des 3 Districts d'Androy et n'a pas été poursuivi en 2017. Dans la région Atsimo Andrefana, par exemple, le nombre d'accouchements a augmenté car il est passé de 630 accouchements en T3 2015 à 764 en T3 2016 et le nombre de femmes ayant aussi effectué la CPN a augmenté car il est passé de 694 à 946.

**Tableau : Données des CSB dans les CSB mentorées dans la Région Atsimo Andrefana**

	T3 2015	T3 2016
Nombre d'accouchements	630	764
Nombre de complications prises en charge	52	140
Nombre de nouvelles UR en PF y compris la PFPP	1011	942
Nombre de femmes reçues en CPN	694	946
Nombre de femmes reçues en CPON	823	1416

### **Source : résultats évaluation approche mentor**

Par ailleurs, l'évaluation a pu identifier plusieurs faiblesses lors de la mise en œuvre du programme de mentorat dont la non-disponibilité des mentors, tributaires de leur charge de travail et de l'autorisation des supérieurs hiérarchiques ; l'absence de formation formelle sur le mentorat avant le début de l'accompagnement ; l'absence de système de certification pour les mentors ; l'insuffisance de financement pérenne du programme ; le retard de demande de déblocage de fonds ne permettant pas de financer à temps les missions planifiées ; l'absence de plan opérationnel ; l'intégration insuffisante dans le système de santé ; l'absence de suivi rapproché par le niveau régional et le problème de rapportage sur les activités de mentorat.

Des recommandations ont été émises pour la mise en œuvre du programme dans le futur. Celles-ci tournent autour de l'implication accrue de toutes les parties prenantes, l'intégration du mentorat dans le système de santé et le financement pérenne du programme de mentorat qui est appelé à être mis à l'échelle.

Par ailleurs, les capacités de l'Association nationale des Sages-femmes ont été évaluées et le Statut a été mis à jour selon le MACAT (Midwifery Association Capacity Assessment Tool) proposé par ICM (Confédération Internationale des Sage-femmes). Le programme a aussi appuyé la célébration de la journée internationale des SF chaque année sous le haut patronage de la Première Dame avec l'organisation de diverses activités en santé maternelle et PF (défilé de sages-femmes, consultations mobiles, séances de mise à jour technique pour les sages-femmes, séances de sensibilisation communautaires sur les avantages d'accouchement dans les formations sanitaires). L'UNFPA a apporté son appui dans la révision du plan national pour le développement de la santé (PDSS 2015-2019) dans laquelle la transformation des 194 formations sanitaires de base et 22 hôpitaux en SONU fait partie des activités prioritaires avec le renforcement de capacité des agents de santé et les agents communautaires en soins maternels et néonataux.

#### **d) le nombre de décès maternels qui ont fait l'objet de revue**

##### **Extraits détaillés de documentation**

- Document Monitoring SONU 2016 – 2017
- Données GESIS sur le nombre de décès maternels

##### *Entretiens avec les partenaires*

Selon un partenaire étatique, en matière d'audit de décès maternels, les prestataires ont peu de moyens pour effectuer des audits. Le problème d'enregistrement des décès maternels se situe surtout au niveau des communes dépourvues de formations sanitaires. Les AC qui sont dans ces zones ne connaissent pas les normes et standard en matière de Santé Maternelle et Néonatale. La Politique Nationale en Santé communautaire devrait être suivie car Madagascar est très large et il y existe des zones très enclavées et inaccessibles.

Selon un partenaire technique, malgré l'arrêté sur la mise en place d'un comité de surveillance des décès maternels, malgré que l'OMS et la DVSSE ont intégré les décès maternels dans la notification des maladies obligatoires, malgré l'arrêté qui oblige tous les centres à déclarer tous les décès, malgré l'existence de tous ces cadres, l'absence de progrès et de résultat est évident et il est nécessaire de reprendre le système. Des membres du personnel du Ministère ont assisté à une conférence internationale sur la surveillance des décès maternels en juin 2018 pour pouvoir réapprendre le circuit/ le mécanisme. Après cela, un observatoire sera mis en place et le comité sera redynamisé : il sera intersectoriel car actuellement trop concentré au niveau du Ministère de la Santé et insuffisamment décentralisé.

Selon l'UNFPA, lors des discussions avec les partenaires de mise en œuvre, il a été conclu que les revues des décès réalisées et les fiches d'audit envoyées au niveau central sont encore insuffisantes et ceci est dû à plusieurs causes : cette activité ne fait pas partie des activités obligatoires des formations sanitaires malgré la disponibilité du décret et cette activité n'a pas été introduite dans le cahier de charges du district sanitaire et aussi dans les tableaux de bord des formations sanitaires. Par ailleurs, les comités d'audit au niveau régional et au niveau des districts sanitaires ne sont pas encore tous fonctionnels et sont insuffisants ; ce sont seulement les centres hospitaliers en général qui effectuent les revues des décès.

Par ailleurs, les partenaires ont aussi remarqué que les décès maternels au niveau de la communauté ne font l'objet ni de revues ni d'envoi de fiches d'audit.

L'insuffisance des revues réalisées au niveau de FS enquêtées et des fiches d'audit envoyées au niveau central a été remarquée. De ce fait, il importe de renforcer les notes et les directives sur la surveillance des décès maternels et la riposte et d'appuyer le Ministère de la Santé pour qu'il intègre dans le PMA des formations sanitaires et des centres hospitaliers la



surveillance des décès maternels et néonataux, et mette en place un plan de surveillance de décès maternels avec la contribution du système de santé à tous les niveaux et les membres de la communauté.

Toujours d'après un partenaire étatique, dont les propos ont été appuyés par les partenaires techniques au niveau du Ministère de la Santé, les décès maternels **au niveau de la communauté ne font l'objet ni de revues ni d'envoi de fiches d'audit.**

#### **Les Principaux résultats au niveau de l'indicateur**

En 2018, sur 92 décès maternels enregistrés, 31 ont fait l'objet de revues.

Un décès maternel survenu dans une formation sanitaire devrait faire l'objet d'une notification et d'une revue. Après la revue d'un décès maternel, l'envoi de la fiche d'audit du décès vers le niveau hiérarchique supérieur est requis. Concernant la surveillance et la réponse des décès maternels (MDSR), un décret ministériel sur son intégration dans le système de surveillance et réponse épidémiologique a été diffusé. Le programme a appuyé la surveillance et la réponse aux décès maternels ainsi que le système d'information et de gestion des données. Le comité national de surveillance de décès maternels et de riposte (SDMR) a été redynamisé. Ce comité vise à rendre performant le système d'informations sanitaires intégrant et disposant d'informations de qualité utilisées à tous les niveaux pour la prise de décisions. La Direction du Système d'information (DSI) et la Direction des Etudes et de Planification (DEP), à travers le Service de statistiques sanitaires, assurent le fonctionnement du système d'information et de gestion des données en Santé de la Reproduction. Un guide de revue des décès maternels et un rapport de l'enquête confidentielle ont été élaborés et multipliés chacun en 2500 exemplaires. En outre, le décret ministériel intégrant la surveillance des décès maternels et la riposte dans le système de surveillance épidémiologique et riposte est disponible et publié par voie officielle. De plus, le plan stratégique de la surveillance des décès maternels et de la réponse a été développé. La notification des décès maternels est intégrée dans le système de surveillance épidémiologique des maladies à déclaration obligatoire. Au niveau de la communauté, une ébauche d'initiative a été initiée, 3 sites sentinelles de surveillance de la mortalité maternelle et néonatale ont été mis en place au sein des districts sanitaires de Moramanga, Fénérive Est et Antananarivo Atsimondrano, et ont bénéficié d'une initiation sur la pratique de l'autopsie verbale en 2010.

Les résultats du Monitoring des 4 trimestres (4<sup>ème</sup> 2016, 1<sup>er</sup>, 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> trimestre 2017) ont révélé que parmi les 154 décès maternels enregistrés suite aux complications néonatales, 50 décès (32,5%) ont fait l'objet d'une revue et 52 fiches d'audits de décès maternels (33,7%) ont été envoyées. Les décès attribués à l'hémorragie et la pré-éclampsie sont les plus notifiées. Par contre, les causes des décès telles que la rétention placentaire, les complications d'avortement et les autres complications n'ont pas fait l'objet d'une revue ni d'envoi de fiches de revue.

Au niveau des régions, au cours de l'année 2017, dans la région Androy, 4 décès maternels ont été enregistrés dans les formations sanitaires et 4 revues de décès maternels ont été effectuées dans les formations sanitaires<sup>14</sup>. Dans la région Atsimo Andrefana, parmi les 10 Décès maternels enregistrés dans les formations sanitaires (CHU I, CHU II, CSB), 08 ont fait l'objet de revues de décès maternels pendant la même période. Et pour la région VYV, 45 décès maternels ont été enregistrés dans les formations sanitaires et 2 revues de décès maternels ont été effectuées dans les formations sanitaires<sup>15</sup>.

Par ailleurs, les partenaires ont aussi remarqué que les décès maternels au niveau de la communauté ne font pas l'objet de revues ni d'envoi de fiches d'audit.

*En ce qui concerne le Taux de létalité obstétricale directe (TLOD) au niveau des FS SONU, il se définit par la proportion des femmes admises dans les FS SONU présentant des complications obstétricales directes majeures après l'admission et meurent avant de sortir de l'hôpital. Le numérateur est le nombre de femmes qui meurent des complications obstétricales directes dans une formation sanitaire SONU pendant une période spécifique. Le dénominateur est le nombre de femmes qui ont été traitées pour des complications. Le niveau maximal acceptable convenu est de moins de 1%. Le TLOD mesure la qualité de la prise en charge des complications obstétricales directes au niveau des formations sanitaires. Au niveau national, l'objectif fixé à moins de 1% est atteint tant au niveau des FS SONU au cours du 3<sup>ème</sup> trimestre 2017 que dans les régions d'intervention du programme.*

---

14

15

**Tableau : Taux de létalité obstétricale directe dans les formations sanitaires SONU**

TLOD Taux de létalité obstétricale directe dans les formations sanitaires SONU	
NATIONAL	0,2%
ATSIMOANDREFANA	0,0%
ANDROY	0,0%
VATOVAVY FITOVINANY	0,9%

Source : Résultats du Monitoring 3<sup>ème</sup> trimestre 2017

Au niveau national, l'objectif fixé à moins de 1% est atteint tant au niveau des FS SONU au cours du 3<sup>ème</sup> trimestre 2017 que dans les régions d'intervention du programme. Dans les régions d'intervention du programme, le niveau maximal acceptable convenu est atteint. La région Vatovavy Fitovinany dispose du taux le plus élevé à 0,9% qui est nettement plus élevé que celui du taux national. Par contre les deux autres régions présentent un taux nul et nettement inférieurs au taux national.

Le Taux de létalité liée aux complications néonatales se définit par la proportion des nouveaux nés présentant des complications néonatales (asphyxie, infection et petit poids de naissance) et qui meurent avant de sortir de l'hôpital. Le numérateur est le nombre de nouveaux nés qui meurent des complications néonatales dans une formation sanitaire SONU pendant une période spécifique. Le dénominateur est le nombre de nouveaux nés qui ont été traités pour des complications néonatales.

L'insuffisance des revues réalisées au niveau de FS enquêtées et des fiches d'audit envoyées au niveau central a été remarquée. De ce fait, il importe de renforcer les notes et les directives sur la surveillance des décès maternels et la riposte et appuyer le Ministère de la Santé à intégrer dans le PMA des formations sanitaires et des centres hospitaliers la surveillance des décès maternels et néonataux, et à mettre en place un plan de surveillance de décès maternels avec la contribution du système de santé à tous les niveaux et des membres de la communauté.

e) **Paquet de services SR Disponible**

**Extraits détaillés de documentation**

Le tableau suivant montre les différents gaps recensés lors de l'appréciation de la mise en œuvre des 14 interventions dans le domaine de la santé de la mère et du nouveau-né. Ils sont rangés par ordre d'importance des SDSP concernés (*Analyse des gaps des interventions en santé maternelle, néonatale et infantile à Madagascar 2012*)

Tableau VI : Les gaps de programme identifiés dans le domaine de la santé de la mère et du nouveau-né

INTITULES	DESCRIPTION
La faible couverture de la pratique de l'audit de décès maternels et néonataux	Les 95,88% des SDSP n'ont pas eu la moyenne pour ces interventions.
La faible couverture du dépistage du cancer du col	Ce gap concerne les 94,85% des districts sanitaires.
La faible couverture de la prévention et prise en charge des fistules obstétricales	Le score relatif à la réalisation de cette intervention traceuse a été en dessous de la moyenne dans 92,78% des districts.
La non-disponibilité des matériels critiques des MLD en planification familiale	Les 92,78% des SDSP n'ont pas obtenu la moyenne pour la disponibilité des ressources matérielles critiques en matière de PF.
La non-pratique des visites à domicile des femmes et des nouveau-nés	Les 85,57% des SDSP n'ont pas réalisé de manière acceptable cette intervention traceuse.
L'absence de système d'information en Soins essentiels du nouveau-né SENN	Le système d'informations en matière de SENN est en dessous de la moyenne dans 89,69% des districts.
La non-effectivité de la mise en œuvre des Soins Obstétricaux et Néonataux de Base (SONUB)	Les 77,32% des SDSP n'ont pas comptabilisé des scores au-dessus de la moyenne pour cette intervention. On plaint l'absence de formation en SONUB dans 9 districts

Le tableau qui suit démontre que les gaps dans le domaine de la santé des adolescents et des jeunes résident plutôt dans l'administration-même des programmes (formation, système d'informations) que dans la mise en œuvre d'une intervention spécifique.

*Tableau VIII : Les gaps de programme identifiés dans le domaine de la santé des adolescents et des jeunes*

INTITULÉS	DESCRIPTION
La défaillance du système informationnel	Le système informationnel est défaillant en matière de soins après avortement (87,63%), de prévention des grossesses précoces (82,47% des SDSP), de VAT des filles (78,35% des SDSP) et de prévention des IST/VIH (60,82% des SDSP).
L'absence de formation en Soins Après Avortement en SQJ	Les scores obtenus par les SDSP ont été en dessous de la moyenne chez 65,98% des SDSP en matière de formation sur les soins après avortement.

### ***Entretiens avec les partenaires***

Dans les centres visités, la performance des centres modèles visités sont variables. Le volet PF dans le centre hospitalier universitaire Mitsinjo de Tuléar a donné de bons résultats. En effet, les interviews avec les femmes ont montré leur satisfaction par rapport au centre.

D'après les partenaires étatiques, les services sont disponibles et gratuits ; le personnel est accueillant. Le CHU Mitsinjo de Tuléar a donné de bons résultats avec un bon accroissement du nombre moyen de nouveaux utilisateurs par année allant de 136 en 2016 à 258 en 2017. Pour le CSB2 de Ranomafana, les résultats sont encourageants en matière de recrutement de nouveaux utilisateurs, mais il y a par contre une diminution autour de 50 % du nombre des utilisateurs réguliers entre l'année 2016 et 2017. On constate, par conséquent, qu'il y a des pertes de vues. La cause avancée par les responsables du centre lors des entretiens a été le départ du Responsable PF et son non-remplacement pendant plusieurs mois car jusqu'à maintenant, le médecin chef n'a pas encore procédé à une nouvelle nomination et travaille avec des intérimaires. Actuellement, les responsables effectuent, en collaboration avec les agents communautaires, la recherche des pertes de vues dans le but de les récupérer.

Pour le reste des centres visités à Ambovombe et Mananjary, la performance est faible : le nombre moyen de recrutement est bas. Les partenaires et la population ont avancé plusieurs raisons :

- L'intégration des services de PF aux services maternité et chirurgie n'est pas effective. Les counseling en PF après réparation des FVFO ou après un accouchement simple ou une césarienne n'est pas systématique et obligatoire ;
- le suivi de ces centres est faible : en effet, les partenaires ont pu suivre les centres modèles situés dans la Région Analamanga ce qui explique que la performance y est meilleure;
- dans ces zones, les rumeurs persistent, les effets secondaires sont mal gérés par les agents et se transforment en complications et deviennent des rumeurs ;
- les us et coutumes ne sont pas favorables à la planification familiale, les femmes qui ont le désir de pratiquer la planification familiale doivent avoir l'aval du mari et de la belle-mère avant de pratiquer une méthode contraceptive ;
- l'accessibilité géographique est difficile ; et
- les femmes doivent payer de temps en temps le prix des consommables quand le centre n'en dispose pas.

### ***Les Principaux résultats au niveau de l'indicateur***

L'UNFPA a été et demeure le principal promoteur de la planification familiale à Madagascar. Les résultats obtenus dans ce domaine sont probants comme le montrent les données du 4<sup>e</sup> rapport de progrès de la PF2020 en 2017.

Dans ce cadre, dans l'optique d'augmenter la prévalence contraceptive et de réduire les besoins non satisfaits en PF, 15 centres modèles PF ont été mis en place dans les 3 régions d'intervention et dans la région Analamanga. Le Ministère de la Santé, avec l'appui de l'UNFPA et en partenariat avec des ONG comme la FISA, a rendu opérationnels ces centres modèles en PF au cours du programme. Notons qu'un centre modèle 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. L'UNFPA a appuyé le Ministère de la Santé dans la mise en place de ces centres modèles PF à travers la réhabilitation et la dotation en mobiliers de bureaux, équipements et matériels audio-visuels. Des formations en Planification Familiale Intégrée (PFI) ont été organisées à l'intention des prestataires en Planification familiale après une réactualisation du curriculum de formation en PFI. Ces centres ont été par la suite dotés en intrants PF. Parmi les 15 centres modèles, 04 se situent dans la Région Analamanga, 05 dans la région Atsimo Andrefana, 04 dans la Région Vatovavy et 02 dans la région Androy. Les centres modèles PF servent aussi de centres de stages pratiques pour la formation en PF.

Le programme a aussi contribué à l'amélioration de l'accès de la population vulnérable 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 la population vulnérables d'Analamanga ont été réalisées à travers les bus mobiles en collaboration avec MSM. Des stratégies avancées en outreach ont été réalisées par les équipes de MSM et FISA dans les zones enclavées et éloignées des 3 régions d'Atsimo Andrefana, Androy et Vatovavy Fitovinany.

Les résultats palpables sont les suivants : en partenariat avec l'ONG FISA, 3150 cas au sein des groupes vulnérables à haut risque d'IST à Atsimo Andrefana et 3 500 MLD pour la population les plus pauvres à Antananarivo ont été traités ; 9 prestations mobiles en services intégrés en SSR ont été réalisées et 4960/6000 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 répartis dans 18 Districts et 4 Régions ; 25 853 clients ont été servis par les 47 CSBSTAR 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 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. L'approche voucher à Tuléar a été mise en œuvre en partenariat avec SISAL ; 3971 jeunes mères ont bénéficié de services PF post-partum dans les CSB Star suite à la sensibilisation des jeunes de 24 ans enceintes et ou sexuellement actives et 2000 personnes ont reçu des services IST/SIDA dans la commune urbaine de Toliara. Des coupons électroniques ont été distribués aux jeunes âgé de moins de 24 ans pour l'offre des services PF et/ou IST, VIH dans le centre, et les réseaux de franchise sociale de Marie Stopes Madagascar et en collaboration avec SISAL à travers le projet EVoucher.

#### **d) Existence de stratégie de CCC sur la SR et niveau de mise en œuvre**

##### Extraits détaillés de documentation

- PTA 2017 et 2018 de l'Unité Communication : Mise en place en vue de la mise en œuvre du CCC/SR ainsi que la célébration des journées internationales relatives à la SR. Avant 2017, non disponibilité de PTA pour l'Unité Communication.

- MDG07COM/ P1S7A90A01 *Contribuer-MEO plan opér CCCSR*
- MDG07COM/ P3S1A90A05 *Célébration Journées thématiques Jeunes: Contribuer à la célébration des Journées thématiques (JII, JIJF)*
- MDG07COM/ P5S4A90A02 *Journée Mondiale de la Population: Célébrer la Journée Mondiale de la Population*
- MDG07COM/ P2S3A90A03 *Contribuer à la célébration des Journées thématiques (Journée mondiale de la contraception)*
- MDG07COM/ P1S7A90A05 *Célébration Journée thématique FO/HU: Contribuer à la célébration des Journées thématiques (Journée Internationale de la Sage-Femme, Journée Internationale pour l'élimination de la Fistule Obstétricale, Journée de l'aide Humanitaire)*
- MDG07COM/ P4S5A90A02 *Célébration Journées thématiques: Célébrer les journées internationales (JIF, 16 jours d'activisme- Elimination de la violence contre les femmes,*

## *Droits Humains-*

### **- MADAGASCAR - STRATEGIE DE COMMUNICATION POUR LE CHANGEMENT DE COMPORTEMENT EN MATIERE DE SANTE DE LA REPRODUCTION**

2015.2019, p 34, Extraits de la stratégie CCC/SR:

*"Un événement est généralement basé sur une journée particulière pour l'UNFPA à savoir, la Journée internationale de la femme, la journée internationale de lutte contre les violences basées sur le genre, la journée mondiale de la sage-femme, la journée mondiale de lutte contre les fistules, la semaine de la PF, la journée internationale de la jeunesse, la journée mondiale de la population et la journée internationale des personnes âgées.*

*Une journée est une occasion pour tous ceux qui sont touchés ou sont juste intéressés par les programmes de se réunir et de faire passer leurs messages. Les autorités, les leaders d'opinion, les artistes et les athlètes sont souvent présents, sans oublier la presse. Une approche efficace de mobilisation sociale, l'exécution de chants, de danse et de pièces de théâtre est vivement recommandée car cela favorise la participation de la communauté.*

*Un événement doit être signalé par la presse nationale et internationale, les sites Internet et Facebook en y incluant des photos ou encore des vidéos, et tous les partenaires devraient être invités à l'avance.*

*Les événements seront renforcés par l'utilisation de Roll Up ou banderoles qui seront utilisés comme fond scénique lors des conférences et des présentations ou également au cours des activités de mobilisation sociale."*

Publicité : Madagascar - Stratégie de Communication pour le changement de comportement en matière de Santé de la reproduction - 2015.2019, p 36

*« L'utilisation de la publicité, souvent à travers les mass médias, constitue une stratégie qui facilite principalement la transmission d'informations. Certes, elle présente des limites pour assurer effectivement l'adoption des comportements préconisés, du fait de la distance avec les cibles, qui ne peuvent interagir. Cependant, pour diffuser des informations rapidement, elle peut être mise à profit, et faciliter le bouche-à-oreille. Elle sera donc exploitée dans le cadre de la santé de la reproduction, et complètera les autres stratégies déjà mentionnées, qu'elle soit effectuée à travers des supports audio, audiovisuels, ou supports écrits, entre autres. En effet, les supports audio et audiovisuels présentent l'avantage de ne pas nécessiter que les cibles aient à lire les supports de communication, et notamment dans un pays comme Madagascar où plus de 50% de la population est analphabète. Les supports écrits, par contre, présentent l'avantage d'être « fixes ».*

### ***Entretiens avec les partenaires***

D'après l'UNFPA, de nombreux efforts ont été fournis car de nombreux supports SR ont été élaborés dans le cadre de ce programme. L'un des points forts a consisté à contextualiser plusieurs supports en les produisant dans la langue locale utilisée dans les régions d'intervention. Cette approche a été fructueuse car elle a permis aux femmes de s'identifier facilement. Ainsi, des femmes fistuleuses sont venues par elles-mêmes quand elles ont entendu les messages à la radio locale. De plus, un nombre important de supports dans le volet humanitaire ont été renforcés et un exemple spécifique a consisté à intégrer le langage des signes dans le cadre de la prévention de viols et de suivi de grossesses, ce qui a constitué l'un des plus francs succès. Par ailleurs, les Supports jeunes sont conçus par les jeunes et leurs problématiques sont prises en compte dans la conception des affiches et bandes dessinées TANORA VAO en langue malgache destinées pour les maisons des jeunes. En matière de PF, le dialecte local a été utilisé dans la région de Vatovavy Fitovinany. La stratégie de CCC (communication pour le changement de comportement) sur la SR est disponible. L'UNFPA a appuyé l'élaboration des outils de communication et les besoins proviennent du Ministère de la Santé. Tous les supports sont validés par le Ministère (ex : affiches fistules) et conçues ensemble. Il en est de même en PF, surtout en matière de PF20020, et les autres bailleurs contribuent au financement de la conception et de la multiplication des outils (USAID MSM). Les résultats obtenus étaient bons mais le suivi en matière de changement de comportement est faible, il n'y a pas de documents de référence officiels : l'évaluation de la stratégie n'a pas été faite durant tout le programme jusqu'à maintenant pourtant cela devrait être fait pour l'année 2019 afin de recueillir des recommandations pour le 8<sup>ème</sup> programme

En matière de stimulation de la demande en vue de toucher les zones très éloignées, un programme du volet santé population environnement existe et le travail se fait avec un organisme chargé de la protection des aires protégées pour toucher les femmes. Enfin, la collaboration avec les volontaires est une bonne approche car elle est complémentaire aux autres approches.

Auparavant, l'UNFPA avait adopté cette approche et ce serait intéressant de la réintégrer au 8<sup>ème</sup> programme. Selon les partenaires au niveau régional, l'approche de l'UNFPA au niveau communautaire ne se fait pas ressentir alors que pour avoir un impact sur les indicateurs régionaux en matière de SR/PF, il est utile d'avoir une approche communautaire.

Pour la radio, une grande majorité des ménages (76 %) à Madagascar écoute la radio. (Annexe 4 : liste des stations radio-Madagascar)

Pour la télévision, seulement 33 % des ménages malgaches ont accès à la télévision, principalement en milieu urbain. (Annexe 5 : liste de stations télévision – Madagascar), 25 % des ménages achètent des journaux aux points de ventes chaque matin dans les grandes villes. (Annexe 6 : Liste des journaux-Madagascar). Dans les zones rurales, les journaux arrivent avec trois à quatre jours de retard, mais la lecture est réduite à une certaine élite locale. La qualité des informations varie de façon critique.

L'information est souvent dominée par des questions politiques et de faits divers ; les problèmes sociaux sont traités de façon secondaire.

Le système d'information est plus basé sur l'événement que sur l'analyse. Les attentes de la population par rapport aux médias sont importantes en termes d'objectivité, d'analyse et d'argumentation, de transparence et de synthèse appropriées.

Ce rôle est encore plus exigeant en période de crise politique, d'insécurité et d'incertitude économique. Certaines stations telles que Radio Don Bosco sont très appréciées parce qu'elle diffuse des émissions présentant une diversité de points de vue appelées « talk-shows ». Mais certains médias ont perdu la confiance de la population, non seulement à cause de leur partialité politique, mais principalement à cause d'un manque d'évidence.

Le secteur des médias est animé par 1000 journalistes environ. L'éthique journalistique est très limitée. La libéralisation de la presse des années 90 et 2000 a favorisé le développement des stations de radio et de télévision. En 2011, 305 stations de radio, 40 stations de télévision ont été recensées. Leur couverture géographique est limitée. Les zones rurales ont surtout accès aux radios. Les médias à Madagascar sont aujourd'hui marqués par :

- la polarisation des médias selon leur affiliation politique ;
- le manque d'investigation, de vérification, d'analyse approfondie, et
- la politisation.

Les propriétaires de la majorité des médias de masse sont des hommes politiques ou des hommes d'affaires ayant des intérêts politiques. Cette situation influence la ligne éditoriale des opinions. La télévision et la radio étatiques essayent de garder une certaine neutralité. La crise politique actuelle a aggravé la situation des journalistes. En effet, les journalistes malgaches connaissent des difficultés depuis 2007 malgré l'existence du code d'éthique, appuyé par l'UNESCO.

Le problème principal des médias à Madagascar réside dans la mauvaise qualité de l'information présentée, ainsi que dans l'insuffisance d'analyse et de conceptualisation.

#### *L'accès aux Médias*

1. La majorité de la population pense que les médias aident à changer leur mode de vie, ou celle de leur famille et de leur communauté.
2. La plupart des gens croient et font confiance aux informations fournies par les médias. Ils pensent que ces informations sont plus utiles et plus accessibles qu'auparavant.
3. La radio fournit le principal accès aux sources d'information pour la majorité de la population rurale.
4. Moins de femmes que d'hommes possèdent une radio, mais tous les membres de la famille peuvent décider d'écouter la radio.
5. La population pense que le genre est plus ou moins représenté d'une manière égale dans les médias.
6. Pour les populations pauvres, l'accès et le prix des piles ainsi que l'approvisionnement et la fiabilité des ressources électriques peuvent réduire considérablement l'écoute régulière de stations radiophoniques.
7. 39,7% des adolescentes n'ont pas accès aux médias (écrit, radio, télévision).

8. La radio peut affecter positivement la gouvernance locale (Franken) et produire un impact sur l'atteinte des Objectifs de Développement du Millénaire (Metcalf, Harford, Myers).
9. La télévision et l'Internet sont encore respectivement l'apanage des gens aisés et instruits.
10. Il n'y a pas de presses et d'imprimeries locales.
11. Les journaux ne sont pas largement distribués dans les régions rurales.
12. Les niveaux d'instruction réduisent le nombre de lecteurs potentiels de la presse.
13. Les vidéos clubs présentent une occasion croissante pour regarder des programmes audiovisuels.
14. Les clubs sont irréguliers en matière de censure, de restrictions d'âge avec le contenu du programme limité etc.

#### *La programmation*

15. Les médias se concentrent actuellement sur la diffusion d'actualités, d'émissions musicales et de divertissements avec seulement un quart d'émissions en direct (approximativement) consacrées aux informations de développement et aux émissions éducatives.
16. Les actualités sont produites en grande partie dans la capitale, Antananarivo, et rediffusées à travers les stations locales. Il y a localement une production limitée d'actualités.
17. Les auditeurs considèrent les actualités, suivies par des émissions comprenant des discussions et des débats, comme étant les émissions les plus importantes, même si les gens veulent également de la musique et des divertissements.
18. Les émissions médiatiques ne répondent pas à tous les besoins en informations de la population.
19. Les émissions qui sont appropriées à la vie quotidienne de l'auditoire sont, par ordre décroissante d'importance : l'agriculture, la santé, l'emploi, la corruption, les informations gouvernementales, les événements locaux et politiques, la politique nationale, et d'autres activités civiques.
20. Seulement un peu plus de la moitié des auditeurs comprennent le langage.

#### *La participation*

21. En général, les médias n'offrent pas actuellement d'occasions aux populations de participer ou d'exprimer leurs opinions dans les émissions locales ou nationales, pourtant elles aiment être impliquées dans les émissions médiatiques favorisant leurs participations, car leur offrant une occasion d'exprimer leurs opinions.
22. Des journalistes locaux visitent parfois les communautés locales, mais ils impliquent rarement les populations dans la production d'émissions, dans les débats, ou de formats encourageant à s'exprimer.
23. Peu de ruraux savent où accéder à Internet et comment l'utiliser.
24. Des réunions locales avec des ONG et des dirigeants locaux sont les meilleures chaînes de communication pour les populations au niveau local.
25. Quelques barrières culturelles existent à l'encontre de l'expression d'opinions en public. (Stratégie de communication pour le changement de comportement en matière de Santé de la reproduction 2013-2015 Ministère de la santé Madagascar)

#### **Les Principaux résultats au niveau de l'indicateur**

En matière de supports de communication, 5.000 affiches et 5.000 brochures sur les 7 signes de danger pendant la grossesse et 4.000 affiches sur les symptômes et les hôpitaux de prise en charge de la Fistule Obstétricale (FO) ont été réalisées ; 1 spot de sensibilisation sur la FO a été réalisé ainsi que 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 pièces de théâtres radiophoniques de 7 épisodes sur la PF ont été réalisées et diffusées dans les régions Atsimo Andrefana, Androy et V7V ; 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 distribuées ; 3 affiches sur les rôles des sages-femmes avant-pendant et après l'accouchement conçues et 2 x100 X-banner partogramme ont été produits ; 2 x 1000 affiches partogramme ont été imprimées ; 100 manuels de formation en planification familiale intégrée édités et distribués ; un documentaire de 26 mn avec une version courte de 13 mn sur les fistules obstétricales réalisées ; 300 diffusions de texte de sensibilisation à lire avant et pendant les campagnes de réparation/formation des FO sur Tuléar

et environs et Antananarivo et environs diffusées et réalisées et 3.000 affiches sur les méthodes complètes de planification familiale ont été éditées. A cela, on peut ajouter la Conférence Nationale sur la Planification Familiale réalisée avec notre contribution et la Table ronde des Premières Dames francophones sur la santé maternelle en marge du XVI<sup>e</sup> Sommet de la Francophonie a été réalisée avec notre contribution. Le Diner de partage sur le genre et la planification familiale s'est tenu avec l'Assemblée Parlementaire Francophone (APF) (Rapport annuel 2016 UNFPA) .

De la revue documentaire et de l'exploitation des informations obtenues auprès des partenaires d'exécution, il est ressorti que le 7<sup>ème</sup> programme a apporté son appui à la réalisation des activités de plaidoyer et de mobilisation sociale. Plusieurs journées ont été organisées : (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 CARMMA ; (iv) la journée mondiale des sages – femmes à Antsiranana, puis à Mananjary en 2017; (v) la journée internationale pour l'élimination de la fistule obstétricale, organisée au CHUJRA Anosy. Par ailleurs, le guide de mise en œuvre de la Politique Nationale de Santé Communautaire a été élaboré et multiplié en des dizaines d'exemplaires ; 3 séances de formation au CHU JRA et CHD Mahitsy, Toliara et Pavillon Sainte Fleur ont été réalisées. Le programme a aussi apporté son appui à la participation des acteurs du programme aux échanges nationaux et internationaux. On peut citer en particulier : (i) la rencontre internationale d'urologie à Dakar ; (ii) la revue des coordonnateurs H6 et des programmes SRMNI à Ouagadougou et (iii) le colloque sur le VIH/SIDA de l'Océan Indien à Antananarivo.

Le partenariat avec la Fédération des Communautés Royales Traditionnelles a permis de renforcer les capacités de 35 leaders en vue de mener des activités de sensibilisation de masse et de proximité dans leurs milieux sur la santé de la reproduction et la promotion de l'utilisation des structures de santé.

Environ 200.000 personnes (en 2015-2016) ont été sensibilisées lors des campagnes de masse et de mobilisation communautaire en SR/PF dans les régions d'Atsimo Andrefana, Androy et Vatovavy Fitovinany.

Il est important de maintenir les échanges d'information entre les membres de H4+ pour exploiter les opportunités de partenariat et pour mieux garder la synergie des actions en vue d'atteindre les objectifs communs.

En matière de sensibilisation, des supports de communication de CCC pour les Fistules Obstétricales ont été multipliés et diffusés <sup>16</sup> avec des diffusions spots radio et la réalisation des VAD en matière de FO. Des campagnes sur les FVFO ont été réalisées dans 8 CHU et CHRD et lors de la SSME avec dotation d'équipements et intrants ; 312 diffusions spots radio diffusés et 3775 VAD réalisés en matière de FO.

De la revue documentaire, le 7<sup>ème</sup> programme, a apporté son appui à la réalisation des activités de plaidoyer et de mobilisation sociale ; plusieurs journées ont été organisées : (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 CARMMA ; (iv) la journée mondiale des sages – femmes à Antsiranana, puis à Mananjary en 2017; (v) la journée internationale pour l'élimination de la fistule obstétricale, organisée au CHUJRA Anosy. Par ailleurs, le guide de mise en œuvre de la Politique Nationale de Santé Communautaire a été élaboré et multiplié en des dizaines d'exemplaires ; 3 séances de formation au CHU JRA et CHD Mahitsy, Toliara et Pavillon Sainte Fleur ont été réalisées. Le programme a aussi apporté son appui à la participation des acteurs du programme aux échanges nationaux et internationaux. On peut citer en particulier : (i) la rencontre internationale d'urologie à Dakar ; (ii) la revue des coordonnateurs H6 et des programmes SRMNI à Ouagadougou, (iii) le colloque sur le VIH/SIDA de l'Océan Indien à Antananarivo ; et (iv) le Diner de partage sur le genre et la planification familiale réalisé avec l'Assemblée Parlementaire Francophone (APF) (Rapport annuel 2016 UNFPA).

### **Synthèse du critère de jugement SR**

Les services de qualité de santé maternelle sont disponibles, accessibles et utilisés au niveau des régions d'intervention : Les services de qualité de santé maternelle sont disponibles, accessibles et utilisés au niveau des régions d'intervention. En 2017, 21% des centres de santé de base sont capables de fournir des soins obstétricaux d'urgence de base contre 2% en 2009, 12,8% en 2016 et 21% en 2017. Les objectifs ont été atteints et plusieurs interventions ont été réalisées pour atteindre ces objectifs. Plusieurs documents cadres nationaux de politique, et stratégies pour la prise en charge en SONU ont été développés et réactualisés. Par ailleurs, le plateau technique des centres SONU a été renforcé à travers la dotation de

---

<sup>16</sup>Ifanadiana Mananjary Ampasimanjeva Sambava Toliary et HJRA +02 Mahitsy



105.370 Kits d'accouchement dans les formations sanitaires et d'intrants, à travers la dotation en outils de gestion, l'amélioration du système de référence et contre référence par le biais des tuk tuk, l'amélioration de la demande et l'effort dans la mise en place du suivi des centres par le Monitoring. De plus, un effort dans l'implication des matrones dans la référence des femmes pour accouchement dans les formations sanitaires a été fourni au cours du 7<sup>e</sup> programme. De nombreuses activités ont été réalisées pour renforcer les capacités des centres de santé à offrir des SONU de qualité mais le taux d'accouchement reste toujours modeste à cause de la faiblesse dans la qualité de soins. L'UNFPA, en collaboration avec d'autres partenaires, y compris la société civile travaillant tous en synergie dans la zone d'intervention, a beaucoup investi dans la prévention, le traitement et la réinsertion socioéconomique des femmes victimes de fistules obstétricales. Au total, 4355 FVFO ont été réparées pendant les quatre années du programme grâce à cet appui, un début de changement de comportement des femmes victimes qui ne veulent plus se cacher et qui veulent être guéries commence à s'observer. Des chirurgiens ont été formés, des blocs opératoires et maternités ont été réhabilités et équipés. Mais le suivi de proximité des interventions est défaillant et ce constat a permis d'opérer un changement qualitatif des interventions de l'UNFPA. On peut constater des rechutes nécessitant plusieurs opérations. L'UNFPA a mis l'accent sur l'amélioration de la formation initiale et l'harmonisation des formations des sages-femmes. Le nombre de sages-femmes stagiaires formées en pratique maieutique est au nombre de 60 (Paniers des indicateurs de la faculté de médecine 2018). L'UNFPA 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 projet. Ainsi, 862 accouchements ont été effectués par les 35 Sages-femmes en contractualisation avec l'UNFPA pendant le 2<sup>e</sup> trimestre 2018 dans leurs lieux d'affectation. Le curriculum pour la formation initiale des sages-femmes a été mis à jour et renforcé sur la base des standards ICM/WHO. Ce curriculum est actuellement appliqué dans 3 facultés de Médecine (Antananarivo, Fianarantsoa, Toamasina). 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. Par ailleurs, le programme a appuyé la surveillance et la réponse aux décès maternels.

<p><b>CJ2.2 Les services de qualité de planification familiale sont disponibles, accessibles et utilisés au niveau des régions d'intervention</b></p>	<p>a) Indicateur Effet 3 UNDAF: Pas d'indicateur effet UNDAF  i) TPC (méthodes modernes) chez les femmes en âge de procréer,  b) Indicateur CPAP (produit 2):  i) Pourcentage de points de prestation de services sans rupture de stock de contraceptifs au cours des 3 derniers mois, ii) Pourcentage de points de prestation de services offrant au moins 5 méthodes contraceptives  c) Existence de loi PF  d) Niveau d'opérationnalisation du système SPSR</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CPAP</li> <li>• PTA, rapports d'enquête nationale</li> <li>• Trac 20</li> <li>• Rapport d'Enquête PSI</li> <li>• Rapport de revues périodiques</li> <li>• Documents de stratégies SR</li> <li>• Modules de formation</li> <li>• Rapport de suivi sur terrain</li> <li>• Rapports périodiques des IPs</li> <li>• Rapport My results</li> <li>• Documents stratégiques et politique de santé</li> <li>• Rapports d'Etudes réalisées dans le domaine de la santé de la reproduction</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analyse documentaire</li> <li>• Entretiens avec les Responsables des différents départements Ministériels, responsables logistiques</li> <li>• Entretien avec des gestionnaires des services de santé et des prestataires à différents niveaux</li> <li>• Entretien avec PTF et ONG</li> <li>• Entretien avec les responsables thématiques de la SR au sein de l'UNFPA</li> <li>• Focus group auprès des bénéficiaires</li> <li>• Observations</li> <li>• Visite sur terrain</li> </ul>
---	--	--	--

**Indicateur Effet 3 UNDAF**

a) TPC (méthodes modernes) chez les femmes en âge de procréer ; Taux de couverture contraceptive

### **Extraits détaillés de documentation**

Le taux de prévalence contraceptive de méthodes modernes de PF est un indicateur de résultat du programme : la référence est de 33,3% et l'objectif du CPAP à atteindre est de 38% en 2019.

Selon les résultats des différentes enquêtes démographiques et de santé, le taux de prévalence contraceptive moderne chez les femmes en union est passé de 5 % en 1992 à 10 % en 1997 puis à 18 % en 2003-2004, 29 % en 2008-2009 pour atteindre 33 % dans l'ENSOMD.

En 2015, suivant les résultats du TRaC PF 2015, le taux de prévalence contraceptive moderne chez les femmes en union est de 36%. Selon le TRaC PF 2017, l'utilisation actuelle de méthodes contraceptives modernes parmi les femmes en union est de 39%.

Les partenaires d'exécution du produit 2 sont : le Ministère de la Santé Publique (MSANP) ; Marie Stopes Madagascar (MSM) ; SALAMA ; Sampan'Asa Loterana momban'ny Fahasalamana (SALFA) ; Action Socio-sanitaire Organisation Secours (ASOS) ; Fianakaviana Sambatra (FISA).

Pour atteindre le produit 2, les stratégies suivantes ont été adoptées : (i) plaider en faveur de l'allocation d'un budget national pour l'achat et la distribution des produits contraceptifs ; (ii) extension de l'offre de services intégrés de Santé de la Reproduction, y compris la Planification Familiale, les IST/VIH, la Consultation Post-Natale (CPoN, les soins après avortement (SAA) et la prise en charge clinique des VBG ; (iii) Communication pour un changement de comportement (CCC) pour l'accroissement du recours aux services de Planification Familiale ; (iv) renforcement de capacités à offrir des services de SR de qualité et à gérer la chaîne d'approvisionnement.

a) Indicateur Effet 3 UNDAF:

Pas d'indicateur effet UNDAF

- i) TPC (méthodes modernes) chez les femmes en âge de procréer,
- ii) Taux de couverture contraceptive

### *Entretien avec les responsables, IP et UNFPA, Bénéficiaires*

D'après l'UNFPA, le Taux de prévalence contraceptive à Madagascar a nettement augmenté car il est passé de 33,3% en 2012, à 39% en 2017 selon le TRAC PF 2017. Il y a eu une augmentation de 5,6% et l'objectif du CPAP à 38% en 2019 est déjà atteint en 2018. Les résultats sont encourageants et l'UNFPA a joué un rôle très important grâce à son appui dans les domaines suivants de la PF : (i) le recrutement d'un chargé de programme en PF au sein du bureau pays, (ii) l'appui au plaider pour un engagement politique de haut niveau illustré par l'engagement du pays à l'initiative mondiale FP2020, la promulgation de la nouvelle loi en SR/PF et l'augmentation du budget de l'Etat pour le programme PF; (iii) l'appui pour l'amélioration de la qualité des services PF et la mise à disposition des produits contraceptifs pour le secteur public et 3 ONG; (iv) l'appui au gouvernement pour l'élaboration des documents cadres en PF ; (v) l'effort de l'UNFPA à rendre la contraception accessible aux jeunes. Mais l'objectif d'atteindre un taux de prévalence contraceptive à 50% en 2020 ne sera pas atteint avec ce rythme d'une augmentation de 3% tous les 3 ans. Les efforts doivent être intensifiés pour renforcer les approches communautaires afin d'atteindre les zones les plus enclavées et très éloignées des centres de santé de base et considérer les barrières socio-culturelles à l'accès des filles et des femmes aux services SR/PF.

Selon les partenaires d'exécution, les points suivants ont été ressortis :

- Le taux de couverture contraceptive a augmenté à Madagascar et ceci grâce à l'appui de l'UNFPA qui a amélioré l'offre de services, la stimulation de la demande, les infrastructures et l'intégration de la PF avec d'autres programmes, la création d'un environnement favorable par le biais des conférences nationales, l'adoption de la loi PF qui est au stade de diffusion grâce aux activités de plaidoyers, la vulgarisation de cette loi pour la communauté à haut risque, la sensibilisation des leaders traditionnels qui maintiennent encore les us et coutumes non favorables à la PF. Cette loi aura aussi un impact sur les jeunes avec le dividende démographique. En somme, le pays a connu un

progrès net.

- Des efforts ont été entrepris sur le plan opérationnel pour faire contribuer toutes les parties prenantes à la stimulation de la demande comme exemple à Androy qui est encore à très faible taux de contraception mais la sensibilisation de la royauté devrait être encore renforcée pour avoir plus d'impact avec la tenue des dialogues communautaires pour faire ressortir les goulots par rapport à leurs coutumes et la réticence à la PF.
- L'implication des parlementaires est déjà très positif pour l'adoption de la loi des finances avec une projection d'augmenter de 100% l'allocation pour la PF.

Les interviews avec les femmes ont révélé leur satisfaction par rapport au centre du CHU Mitsinjo : les produits sont disponibles et gratuits ; le personnel est accueillant.

Les partenaires et la population ont avancé plusieurs raisons pouvant expliquer la faible performance des centres modèles PF, cas du CHRR Ambovombe et du CHR2, Mananjary :

- L'intégration des services de PF aux services maternité et chirurgie n'est pas effective. Les counseling en PF après réparation des FVFO ou après un accouchement simple ou une césarienne n'est pas systématique et obligatoire ;
- Le suivi de ces centres est faible : en effet, les partenaires ont pu suivre les centres modèles dans la Région Analamanga et par conséquent la performance est meilleure ;
- Dans ces zones, les rumeurs persistent, les effets secondaires sont mal gérés par les agents et se transforment en complications et deviennent des rumeurs ;
- Les us et coutumes ne sont pas favorables à la planification familiale, les femmes qui ont le désir de pratiquer la planification familiale doivent avoir l'aval du mari et de la belle-mère avant de pratiquer une méthode contraceptive ;
- L'accessibilité géographique est difficile ;
- Les femmes doivent payer de temps en temps le prix des consommables quand le centre n'en dispose pas.

Pour le CSB2 Ranomafana, la cause du taux élevé des pertes de vue des utilisateurs de PF, avancée par les Responsables a été le départ du Responsable PF et son non-remplacement pendant plusieurs mois car jusqu'à maintenant, le médecin chef n'a pas encore procédé à une nouvelle nomination et travaille avec des intérimaires. Actuellement, les responsables effectuent, en collaboration avec les agents communautaires, la recherche des pertes de vues dans le but de les récupérer.

Par ailleurs, il est ressorti lors des entretiens avec les partenaires d'exécution que la formation donnée en planification intégrée n'a pas été suffisante, car la durée qui lui était consacrée n'a pas été respectée à cause des décisions prises par le Ministère de la Santé Publique. De plus, la pratique en DIU lors de ces formations n'a pas pu être réalisée suite à l'absence de cas réels. De ce fait, le personnel n'était pas en mesure d'effectuer des insertions de DIU. De plus, la majorité des centres PF n'avait pas des équipements appropriés pour l'insertion et le retrait DIU et a une répercussion négative sur la qualité des soins et par conséquent sur la fréquentation des centres. Dans son ensemble, il a été constaté que l'appropriation de la partie nationale est faible. En outre, lors des discussions avec les Responsables d'exécution, ils ont conclu leur faible implication dans la conception, la mise en place de cette approche basée sur les centres modèles.

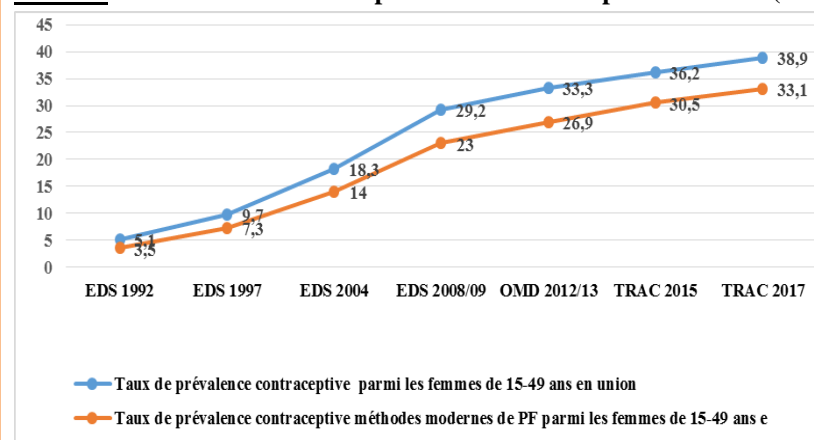
### **Principaux résultats au niveau de l'indicateur**

Le taux de prévalence contraceptive de méthodes modernes de PF est un indicateur de résultat du programme : la référence est de 33,3% et l'objectif à atteindre est de 38%.

Concernant la prévalence contraceptive des méthodes modernes PF des femmes en union, on peut constater une augmentation pendant la période 2013 – 2017. L'indicateur de résultat fixé dans le CPAP est atteint et a même dépassé les prévisions initiales. En effet, la prévalence de l'utilisation actuelle des méthodes de planification familiale moderne chez les femmes en union est passée de 33,3% (ENSOMD 2012/2013) à 38,9% (TRAC 2017) La prévalence contraceptive parmi les femmes en union passe de 29% (EDS 2008/09), à 33% (ENSOMD 2012/13), puis à 36% (TRaC PF2015), et enfin à 39% (TRaC PF 2017). L'augmentation moyenne est de 1.4 points par an. Entre 2012 et 2017, l'utilisation de contraceptif injectable a connu une augmentation significative de 17 % en 2012 à 20 % en 2017. L'utilisation de pilule contraceptive stagne autour de 5 % durant les trois années (2015 – 2017) au profit des injectables et des implants dont l'utilisation passe de 3% en 2012/13 à 5% en 2017 et le DIU de 0.6 à 0.7 %. Toutefois, avec cette tendance, on risque de ne pas atteindre l'objectif PF

20/20 à 50% que s'est fixé Madagascar à travers l'engagement PF2020; l'augmentation devrait être de 2 points par an.

**Tableau : Evolution du taux de prévalence contraceptive moderne (source : TRAC PF 2017)**



Moins de deux femmes sur dix (16 %) ont des besoins non satisfaits en matière de contraception. 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 (soit 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 sont 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 %). En somme, les besoins sont orientés davantage vers l'espacement des naissances.

Dans les centres visités, les performances des centres modèles visités sont variables. Le volet PF dans le centre hospitalier universitaire Mitsinjo de Tuléar a donné de bons résultats avec un bon accroissement du nombre moyen par mois de nouveaux utilisateurs par année allant de 136 en 2016 à 258 en 2017. Pour le CSB2 de Ranomafana, les résultats sont encourageants en matière de recrutement de nouveaux utilisateurs. Par contre, il y a une diminution autour de 50 % du nombre des utilisateurs réguliers de l'année 2016 à

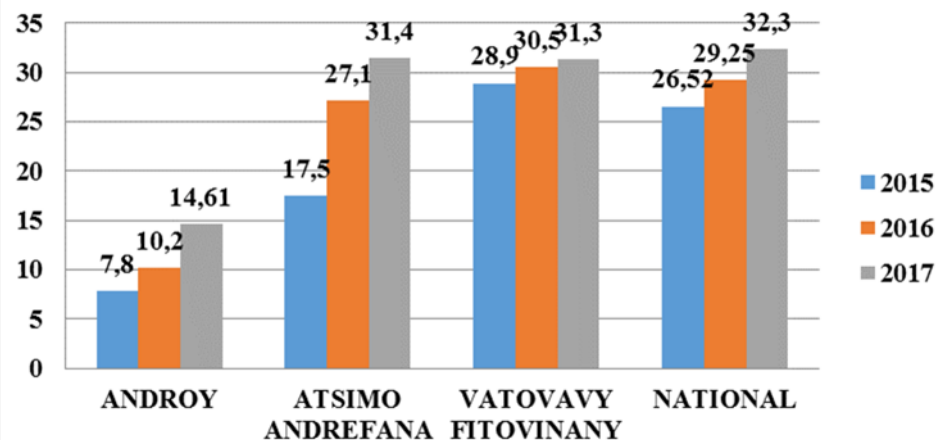
2017. Par conséquent, on constate qu'il y a des pertes de vue.

**Titre du tableau : Nombre d'utilisateurs réguliers en PF et nombre moyen de Nouveaux Utilisateurs en PF dans les centres modèles visités en 2016 -2017**

	NOMBRE D'UTILISATEURS REGULIERS EN PF		NOMBRE MOYEN DE NOUVEAUX UTILISATEURS EN PF	
	2016	2017	2016	2017
CHU Mitsinjo Tuléar	136	258	82	129
CHRD Mananjary	301	182	17	22
CHRR Ambovombe	35	130	4	8
CSB2 Ranomafana	636	940	25	52

Source : données hôpital et CSB visités lors de l'évaluation du 7<sup>ème</sup> programme

### Taux de couverture contraceptive 2015-2016-2017



**Graphique : Evolution du Taux de couverture contraceptive 2015-2016-2017 dans les régions d'intervention de l'UNFPA (annuaires statistiques et rapports)**

Les résultats palpables sont les suivants : en 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 ont été réalisées et 4960/6000 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 répartis dans 18 Districts et 4 Régions ; 25 853 clients ont été servis par les 47 CSBSTAR 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 SR/PF dont 1 518 clients bénéficiaires de méthodes de longue durée et permanentes ont été offerts à travers les 2 BUS MOBILES dans les quartiers pauvres d'Antananarivo.

L'approche voucher à Tuléar a été mise en œuvre en partenariat avec l'ONG SISAL : 3971 jeunes mères ont bénéficié de services PF post-partum dans les CSB star suite à la sensibilisation des jeunes de 24 ans enceintes et ou sexuellement actives ; 2000 personnes ont reçu des services IST/SIDA dans la commune urbaine de Toliara. Des coupons électroniques ont été distribués aux jeunes âgés de moins de 24 ans pour l'offre des services PF et/ou IST/VIH dans le centre, dans les réseaux de franchise sociale de Marie Stopes Madagascar et en collaboration avec SISAL à travers le projet E-Voucher.

L'UNFPA a été et demeure le principal promoteur de la planification familiale à Madagascar et les résultats obtenus dans ce domaine sont probants comme le montrent les données du 4<sup>ème</sup> rapport de progrès de la PF2020 en 2017.

Année	Nombre d'utilisatrices régulières de méthodes PF modernes	Taux de couverture contraceptive
2015	1 547 864	27,6

2016	1 662 030	29,25
2017	1 835 335	32,3
2018	1 954 511	31,9

**Source : données *GESIS* du Ministère de la Santé**

Dans le cadre de l'intégration des services de SR/PF/VIH, une évaluation de l'intégration SR/VIH et PFPP/SMI a été réalisée, suivie de l'élaboration d'un plan stratégique et de son plan de mise en œuvre. Par ailleurs, un effort a été entrepris dans l'amélioration et l'extension de l'offre des services intégrés de SR/PF y compris en post-partum, post-abortum et en post-réparation de la fistule obstétricale dans les points de prestation de services en mettant l'accent sur les méthodes de longue durée et particulièrement pour les jeunes, les adolescents et les populations les plus vulnérables. Dans ce cadre, dans l'optique d'augmenter la prévalence contraceptive et réduire les besoins non satisfaits en PF, 15 centres modèles PF ont été mis en place dans les 3 régions d'intervention et dans la région Analamanga. Le Ministère de la Santé, avec l'appui de l'UNFPA et en partenariat avec des ONG comme la FISA a rendu opérationnels ces centres modèles en PF au cours du programme. Notons qu'un centre modèle 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. L'UNFPA a appuyé le Ministère de la Santé dans la mise en place de ces centres modèles PF à travers la réhabilitation, la dotation en mobiliers de bureaux, équipements et matériels audio-visuels. Des formations en Planification Familiale Intégrée (PFI) ont été organisées à l'intention des prestataires en Planification familiale après une réactualisation du curriculum de formation en PFI. Ces centres ont été par la suite dotés en intrants PF. Parmi les 15 centres modèles, 04 se situent dans la Région Analamanga, 05 dans la région Atsimo Andrefana, 04 dans la Région Vatovavy Fitovinany et 02 dans la région Androy. Les centres modèles PF servent aussi de centres de stages pratiques pour la formation en PF.

L'approche basée sur les centres modèles est une bonne initiative car elle permet d'intégrer les services PF avec les autres services comme le VIH, la santé maternelle et infantile et la Santé reproductive des adolescents et les jeunes et par conséquent de réduire les besoins non satisfaits en PF. Un effort a été fourni pour rendre ces centres disponibles. Toutefois, l'évaluation a aussi pu constater que la performance de certains centres est faible et que la gestion, la qualité et le suivi de ces centres modèles sont insuffisants et méritent d'être renforcés.

Le programme a aussi contribué à l'amélioration de l'accès de la population vulnérable 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.

Par ailleurs, afin de viser la réduction des besoins non satisfaits en planification familiale chez les adolescents et les jeunes en union dans les zones d'intervention prioritaires, l'UNFPA depuis 2017, en partenariat avec MSM, a appuyé 47 CSB STARS du secteur public dans le cadre de l'amélioration de la qualité des services qui y sont offerts et la mise en œuvre du projet « First Young Mother » ciblant les jeunes mères pour l'utilisation des services de CPN, l'accouchement dans les formations sanitaires et l'adoption de PF du post-partum.

Le programme a contribué à l'atteinte de ces résultats à travers son appui dans le cadre de la création de la demande en service de PF. L'UNFPA a appuyé la reproduction de 3000 supports de communication sur les méthodes contraceptives, la diffusion des spots publicitaires sur la PF chez les jeunes et la PF pour la famille, contre les grossesses non désirées, pour le suivi de la grossesse et contre les violences en situation d'urgences humanitaires et d'un film documentaire sur la PF.

Des pièces de théâtre radiophoniques ont aussi été présentées dans les 3 régions d'intervention. Par ailleurs, des affiches sur les rôles des sages-femmes et les méthodes contraceptives, et des dépliants sur les méthodes contraceptives modernes ont été dupliqués. Un appui a été apporté à la fédération des communautés royales et traditionnelles pour la promotion de la SR/PF. Enfin, des séances de partage de réflexion sur les thématiques de la SSR et des Droits en Santé Sexuelle et Reproduction ont été tenues par les groupes de Parole Femmes et Parents. Les membres de l'IYAFP en PF lors du passage du cyclone Enawo ont été formés.

Le programme a aussi contribué à l'amélioration de l'offre de services PF/IST/VIH grâce à des stratégies de proximité en partenariat avec la FISA et MSM. L'UNFPA, en partenariat avec la FISA et Marie Stopes Madagascar (MSM), a renforcé la sensibilisation des jeunes mères en Planification Familiale post partum (PFPP) et a aussi renforcé les offres de service en SSR/PF à base communautaire à travers les agents communautaires. En même temps, des prestations mobiles à l'aide des cinés mobiles lors des road show ont été réalisées en vue d'atteindre les femmes, surtout les jeunes dans les zones les plus reculées. Une collaboration stratégique avec les femmes parlementaires sur les questions de PF a été établie afin de les impliquer dans la sensibilisation de la communauté, en particulier des adolescents et des jeunes dans leurs juridictions respectives.

Au cours du programme, des outils diversifiés en matière de communication pour le changement de communication ont été utilisés. Les résultats ont pu montrer qu' en 2017 , en partenariat avec MSM dans les 47 CSB Star appuyés, 3155 jeunes mères sont sensibilisées en PFPP, 1772 sensibilisées en CPN et 263 sur l'accouchement des jeunes ; 40 AC sont mobilisés pour les offres de services de SSR/PF à base communautaire ; 23399 FAR sont sensibilisées, 8140 visites à domicile réalisées, 2370 clientes PF ont été servies (en moyenne 59 clientes par AC) ; 191000 femmes sont sensibilisées en PF avec 50000 flyers distribués en cinémobiles road show lors de trois événements communautaires ; 10 prestations mobiles de services intégrés en PF/IST, VIH/VBG avec 6418 clientes servies dont 3501 jeunes. Cependant, les partenaires ont remarqué que la communication pour le changement en matière de PF est encore faible ; les rumeurs sur les effets secondaires en PF persistent et se transforment au sein de la communauté en complications. Il en est de même pour les normes sociales qui sont défavorables à la PF : le pro-natalisme, le mariage des enfants, la polygamie, la mauvaise interprétation des préceptes religieux...De plus, la stimulation de la demande est encore faible et pourrait avoir une incidence sur le taux de fréquentation. Dans le cadre du volet CCC pour accroître l'accroissement du recours aux services PF, les partenaires ont remarqué lors des entretiens que la communication pour le changement de comportement est encore faible malgré l'investissement déjà entrepris.

Pendant le programme, des outils diversifiés en matière de communication pour le changement de communication ont été utilisés et ont pu donner des résultats palpables grâce à l'investissement reconnu de l'UNFPA. Des jeunes mères sont sensibilisées en PFPP, en CPN et sur l'accouchement des jeunes ; des agents communautaires sont mobilisés pour les offres de services de SSR/PF à base communautaire et des femmes en âge de reproduction sont sensibilisées.

En septembre 2016, l'UNFPA a contribué à l'organisation de la conférence nationale en PF ayant rassemblé plus de 400 participants nationaux et internationaux, afin de parvenir à une vision commune sur la mise en œuvre des engagements FP 2020 et faciliter l'accès de tous à la planification familiale. La conférence visait spécifiquement à i) conscientiser les Leaders, les Décideurs, les Partenaires Techniques et Financiers et toute autre parties prenante sur les enjeux de la PF 2020 et l'impact de la PF sur le développement socio-économique du pays, ii) favoriser la mise en place d'un environnement propice pour le libre accès de tous à la PF et iii) partager les expériences sur les résultats de recherche et des bonnes pratiques en vue de leur mise en place et de leur mise à l'échelle.

## 2) Indicateur CPAP (produit 2):

Pourcentage de points de prestation de services sans rupture de stock de contraceptifs au cours des 3 derniers mois, ii) Pourcentage de points de prestation de services offrant au moins 5 méthodes contraceptives

### **Extraits détaillés de documentation**

Selon l'enquête sur la disponibilité des produits SR de 2017, d'une manière générale, 71% seulement des PPS offrent 5 méthodes contraceptives modernes. Pour l'indicateur « au moins 5 », les proportions ont augmenté de 2014 à 2017, passant de 35% à 80% pour les PPS secondaires, et de 31% à 83% pour les PPS tertiaires.

Tableau : Evolution de la proposition effective d'au moins 5 méthodes de contraception pour les PPS

Type de PPS	PPS proposant au moins 5 méthodes contraceptives modernes	
	2014	2017
PPS primaires	ND	67%
PPS secondaires	35,3%	80%
PPS tertiaires	31,2%	83%
Total	33,3%	71%

*a) Entretiens avec les partenaires*

Les Responsables au niveau du Bureau ainsi que les partenaires d'exécution au niveau national et au niveau des régions ont reconnu lors des entretiens qu'un grand effort a été fourni pendant le 7<sup>ème</sup> programme en ce qui concerne la mise à disposition de 5 méthodes contraceptives au niveau des points de prestation. Ils ont appuyé le fait que les établissements à différents niveaux ont été touchés, aussi bien au niveau des centres de santé de base, des centres hospitaliers des districts, des centres hospitaliers de référence qu'au niveau des centres hospitaliers et que même les établissements situés en zones rurales ont été touchés. Les femmes ont également exprimé leur satisfaction du fait de disposer d'une gamme élargie de méthodes leur permettant de faire le choix. Toutefois, selon toujours les partenaires d'exécution, des centres de santé très éloignés ne sont pas encore concernés.

*b) Principaux résultats au niveau de l'indicateur*

**Indicateur 1 : « Pourcentage de points de prestation de services sans rupture de stock de contraceptifs au cours des trois derniers mois » Référence : 90% Objectif : 90%**

**Titre du Tableau : Evolution du pourcentage de points de prestation de services sans rupture de stock de contraceptifs au cours des trois derniers mois**

	2015	2016	2017
CIBLE	94,60%	95%	95%
REALISATION	94,90%	94,90%	94%

Source : *Matrice suivi évaluation du CPAP*

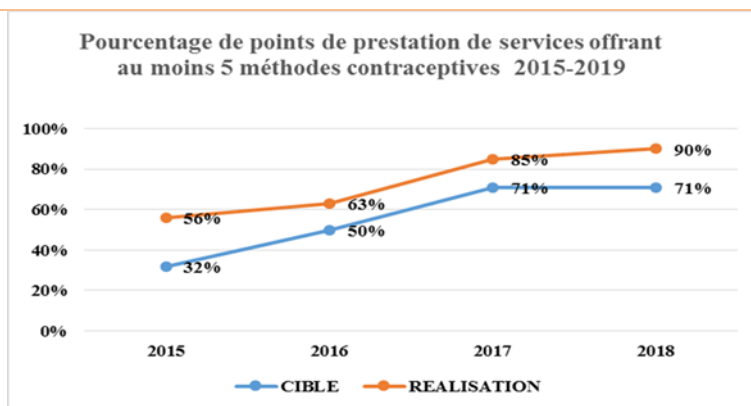
Les indicateurs ont presque atteint les prévisions initiales et l'évolution est positive.

**Indicateur : « Pourcentage de points de prestation de services offrant au moins 5 méthodes contraceptives » Référence : 25% ; Objectif : 90%**

*L'indicateur n°2 du produit 2 a subi un amendement en 2017.*

**Titre du graphique : Evolution du Pourcentage des points de prestation de services offrant au moins 5 méthodes contraceptives**





**Indicateur 1 : « Pourcentage de points de prestation de services sans rupture de stock de contraceptifs au cours des trois derniers mois » Référence : 90% Objectif : 90%**

**Titre du Tableau : Evolution du pourcentage de points de prestation de services sans rupture de stock de contraceptifs au cours des trois derniers mois**

	2015	2016	2017
CIBLE	94,60%	95%	95%
REALISATION	94,90%	94,90%	94%

**Source : Matrice suivi évaluation du CPAP**

Les indicateurs ont presque atteint les prévisions initiales et l'évolution est positive.

**Indicateur: « Pourcentage de points de prestation de services offrant au moins 5 méthodes contraceptives » Référence : 25% ; Objectif : 90%**

*L'indicateur n°2 du produit 2 a eu un amendement en 2017*

**Titre du graphique : Evolution du Pourcentage des points de prestation de services offrant au moins 5 méthodes contraceptives**

**Source : matrice suivi évaluation de l'UNFPA**

Les indicateurs évoluent plus rapidement qu'initialement prévu : en 2015, le niveau est à 56 % ce qui constituait presque le double vu que les prévisions étaient à 32% ; en 2016, le niveau est à 63% alors que la prévision était à 50% ; en 2017, le niveau a atteint 85% tandis que la prévision était de 71%. Il en est de même pour l'année 2018 où le niveau est à 90% pour une prévision de 71%. La formation des prestataires en PFI incluant les méthodes de longue durée après l'appui technique et financier de l'UNFPA et d'autres partenaires financiers a notamment contribué à l'atteinte de cet indicateur.

Le programme a contribué à l'accroissement de la demande en PF en apportant son appui à la célébration annuelle de la campagne PF où plus de 500 personnes ont été sensibilisées sur la prévention des grossesses précoces et non désirées. Dans ce cadre, 50 jeunes volontaires ont été rassemblés pour un flash mob dans un quartier pauvre de la capitale. Des professionnels de la santé ont adhéré aux innovations et aux bonnes pratiques en PF présentées au cours de la conférence scientifique en PF.

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, voire inexistante. 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.

#### **a) Existence de la loi PF**

##### **Extraits détaillés de documentation**

Selon le CPAP, « les droits essentiels en matière de santé de la reproduction, en particulier en matière d'accès à la planification familiale, ne sont pas respectés chez les femmes analphabètes (40%) ».

Le produit n°02 mentionné dans le CPAP qui est lié à l'effet UNDAF n°3 et également au Résultat 1 du plan stratégique de l'UNFPA 2014-2017 relatif à la disponibilité et l'utilisation de services intégrés de santé reproductive et sexuelle (notamment la planification familiale, la santé maternelle et le VIH) comporte la: « *Stratégie 2.1 : Plaidoyer en faveur de l'allocation d'un budget national pour l'achat et la distribution des produits contraceptifs*. Au cours de ce cycle de programmation, la Direction en charge de la Planification Familiale (PF) s'investira dans le processus d'adoption et de promulgation de la loi sur la PF assurant les droits pour tous y compris les jeunes/adolescents ainsi qu'à l'actualisation de la Politique Nationale Pharmaceutique. »

La situation légale et juridique en matière de PF a évolué dans le temps partant de la loi de l'époque coloniale de 31 juillet 1920. Cette Loi française de 1920 « réprime la complicité et la provocation à l'avortement ainsi que toute propagande anticonceptionnelle, interdit toute publicité ou propagande, par quelque moyen que ce soit, en faveur de l'avortement ou de la contraception. Elle a pris une tournure plus positive avec la loi n°90-030 de 1990 relative à la Politique Nationale de Population pour le Développement Economique et Social et reconnaissant le besoin de la PF pour le développement socio-économique du pays. En incluant la planification familiale dans ses clauses et son ordre du jour programmatique, la loi de 1990 a rendu la planification familiale légale bien qu'elle ait laissé en vigueur une loi de 1920 interdisant sa promotion.

En 2015, l'UNFPA a appuyé l'engagement de Madagascar à l'initiative mondiale PF 2020. Traduisant la forte volonté politique des décideurs, cet engagement a été signé par le Premier Ministre et la Première Dame et vise à atteindre les objectifs de prévalence contraceptive à 50% et à réduire les besoins non satisfaits en PF à 9% en 2020. Neuf engagements ont été pris par le Gouvernement dont la révision de tous les documents cadres et législatifs pour un environnement favorable à la Planification Familiale.

Pour l'atteinte des objectifs, l'UNFPA a appuyé le niveau politique avec un soutien à l'élaboration et l'adoption de la nouvelle loi SR/PF n°2017-043 fixant les règles générales régissant la Santé de la Reproduction (SR) et la Planification Familiale, qui a été promulguée en janvier 2018.

#### **ii) Autres éléments d'information (entretiens, observations)**

L'UNFPA a apporté son appui à l'élaboration du texte d'application de la loi SR/PF qui est actuellement disponible au Niveau de la Primature et en attente de validation par le Conseil du Gouvernement et le Conseil des Ministres.

Selon ce partenaire technique, Madagascar a effectué un grand pas dans l'adoption de cette nouvelle loi SR/PF car elle fournit les règles générales régissant la Santé de la Reproduction et la Planification familiale. Par ailleurs, chaque composante sociale est reflétée dans la loi, à savoir (i) le droit de toute personne, sans aucune discrimination, à accéder à l'information et à des services complets de santé génésique et de planification familiale ; (ii) l'obligation de l'État et des prestataires de santé de respecter, protéger et réaliser les droits de tous les individus

à la santé reproductive et à la planification familiale ; (iii) les devoirs des hommes de protéger le droit des femmes à la santé sexuelle et reproductive, y compris leur accès aux services et le respect de leur choix en matière de procréation. Cette loi autorise l'offre de services à chaque niveau de la pyramide sanitaire jusqu'au niveau communautaire qui permet l'offre des contraceptifs injectables par les agents communautaires formés. Le partenaire technique a avancé que de nombreuses difficultés ont précédé cette adoption et que l'article concernant l'avortement thérapeutique a été enlevé car non validé au départ au niveau de la présidence. Cependant, le dit article a ensuite été réintroduit au niveau de l'Assemblée Nationale et enfin de nouveau enlevé au niveau du Sénat. Le défi actuel réside dans l'opérationnalisation de cette loi avec sa dissémination, la mise en œuvre des différents volets relatifs aux produits, à la disponibilité des services de qualité basés sur les droits, la mobilisation des ressources, les partenariats avec les autres secteurs et la collaboration avec les médias.

Le Point focal PF du Bureau a ajouté que : *le seul point faible de cette loi, c'est qu'il ne renferme pas l'aspect lié à l'avortement thérapeutique entravant les droits de la femme d'être sauvée si la grossesse met sa vie en danger.*

D'après un partenaire étatique, l'UNFPA a appuyé le niveau politique avec un soutien à l'adoption d'une loi sur la santé sexuelle et reproductive visant l'accès universel aux méthodes contraceptives à Madagascar. Dans le cadre de la création d'un environnement favorable à la PF, l'UNFPA a apporté son appui dans le plaidoyer pour le vote et la promulgation de la nouvelle loi sur la SR/PF en janvier 2018 facilitant l'accès des jeunes aux informations et services PF. Le texte d'application de cette loi fixant les règles générales régissant la Santé de la reproduction et la planification familiale et respectant le droit de toute personne y compris les adolescents et les jeunes sans aucune discrimination ni coercition à la pratique de la PF est en attente de validation et de signature par le Ministère de la Santé Publique. L'UNFPA a appuyé l'engagement de Madagascar à l'initiative mondiale PF 2020. Cet engagement signé par le Premier Ministre et la Première Dame vise à atteindre les objectifs de prévalence contraceptive à 50% et à réduire les besoins non satisfaits en PF à 9% en 2020. Ceci traduit la forte volonté politique des décideurs.

### **iii) Principaux résultats au niveau de l'indicateur**

Afin de faciliter l'adoption de la loi, l'UNFPA a appuyé le Ministère de la santé dans la mise en place du comité de la loi PF et la conduite de plaidoyer à travers l'organisation de deux tables rondes sur l'importance du Dividende Démographique et le rôle révolutionnaire de la PF, 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 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.

Les 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. L'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 et des jeunes aux Conseils et offre de service de Planification Familiale pour les adolescents sexuellement actifs, mariés ou non. La loi a été promulguée par le Président de la République le 25 janvier 2018.

L'UNFPA avec les autres partenaires a appuyé le Ministère de la Santé dans l'élaboration du texte d'application de la loi, actuellement en attente de validation par le Conseil du gouvernement et le Conseil des Ministres et l'élaboration du Plan d'opérationnalisation de la loi SR/PF.

Pour l'atteinte des objectifs de la loi, l'UNFPA a appuyé la conduite de plaidoyer lors de la journée de réflexion des leaders traditionnels et du groupe d'influence sur la SR/PF suivie 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, y compris les adolescents et les 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.

### **3) Niveau d'opérationnalisation du système SPSR**

#### **Extraits détaillés de documentation**

Madagascar a procédé à la mise en place d'un cadre de référence et d'orientation des interventions en faveur de la sécurisation des intrants de SR, à savoir : le plan stratégique pour la SPSR. À travers des études annuelles Global Programme to enhance Reproductive Health Commodity Security (GPRHCS) réalisées dans 46 pays à travers le monde, l'UNFPA met en place un outil pour suivre la sécurisation des produits et intrants essentiels pour les soins en Santé Reproductive, en Planning Familial, et en prévention du VIH /Sida, auprès des points de prestation de santé.

« *La stratégie 2.4 du CPAP souligne l'importance du Renforcement de capacités à offrir des services de SR de qualité et à gérer la chaîne d'approvisionnement.* » Dans ce sens, « le Ministère de la santé mettra en œuvre le Plan Stratégique intégré de la Sécurisation des Produits de Santé de la Reproduction (SPSR) et de la Planification Familiale (PF) accompagné d'un plan de suivi de sa mise en œuvre. Ce plan inclut l'appui auprès du Ministère et des ONG partenaires en ressources humaines (staffs locaux et internationaux) pour la chaîne d'approvisionnement (supply chain), la réhabilitation de 25 magasins (05 par an) de stockage des intrants de santé au niveau des PhaGdis et des pharmacies des hôpitaux en vue de renforcer la gestion de la chaîne d'approvisionnement à travers l'appui des partenaires techniques et financiers ».

#### ***- Entretien avec les partenaires, les responsables***

Les partenaires ont reconnu que l'UNFPA est le principal promoteur en Planification familiale, étant déjà présent au niveau du pays depuis plusieurs années en matière de planification familiale. Il tient le rôle de leader dans le plaidoyer, l'initiation et la facilitation des nouvelles stratégies et dans la mise en œuvre des interventions et la sécurisation des produits contraceptifs. Par ailleurs, plusieurs documents ont été développés en matière de SR/PF et selon les partenaires, l'appropriation nationale de l'application de ces documents est encore faible. Le budget alloué par l'état est encore faible.

Des discussions avec les Partenaires d'exécution, il est ressorti 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. Cet acheminement des produits de SALAMA s'arrête aux districts. De là, les CSB s'approvisionnent en utilisant des moyens de transport publics ou privés principalement. Selon les partenaires, au niveau du magasin central SALAMA, les produits suivants ont connu une rupture : (i) le Dépo-provera depuis la fin du mois de mai 2018 et une petite quantité de la commande de 2018 est arrivée en urgence au mois de juin ; (ii) le Microgynon depuis la fin du mois de juin 2018 ; (i) le Microlut est en rupture depuis mi-juillet 2018. Par ailleurs, ces ruptures au niveau du magasin central sont liées au financement des contraceptifs devenus insuffisants par rapport aux besoins sans cesse croissants du programme PF. En effet, seul l'UNFPA achète les produits des programmes PF du secteur public MSM et FISA faisant que les quantités achetées sont souvent ajustées aux budgets disponibles et non au besoin des programmes PF. Les partenaires ont aussi signalé une rupture en implanon au niveau central et dans certains districts et CSB en 2017 qui était due au délai de livraison du fabricant qui a été très long. La commande placée en février 2017 n'a pu être honorée qu'en novembre 2017. La capacité d'absorption de ces produits au niveau des régions est faible.

D'après l'UNFPA, les difficultés majeures des produits contraceptifs aux points de prestation se situent à plusieurs niveaux :

- Le personnel est insuffisant au niveau du district pour gérer les médicaments ; il devrait y avoir un pharmacien à chaque district sanitaire pour qu'il puisse assurer la qualité des produits et la qualité de gestion des médicaments ; même au niveau communautaire, la pharmacie est gérée par un agent communautaire et non un personnel médical ;
- Les moyens logistiques : il n'y a pas de moyen de transport au niveau du district sanitaire pour assurer le transport des produits en cas de menace de rupture au niveau du centre de santé de base ; on ne peut pas parler de sécurisation de produits s'il n'y a pas de moyen de transport au niveau du district sanitaire ;
- Les moyens de communication modernes ne sont pas utilisés pour la transformation des données : ordinateur portable, téléphone mobile, pour assurer la disponibilité constante des produits de santé ;
- Lors des supervisions, il a été remarqué que les salles d'entreposage des médicaments restent étroites pour stocker les médicaments et ne suivent pas les normes de stockage : elles sont mal équipées (palettes, étagères, armoires et des moyens de ventilation) ce qui remet en cause la qualité des produits stockés. De plus, les

matériels d'incendie disponibles ne sont pas généralement disponibles et les personnels ne sont pas informés sur leur mode d'utilisation ;  
- Les AC qui travaillent dans les pharmacies devraient être remplacés par des infirmiers au niveau CSB.

*- Les principaux résultats au niveau de l'indicateur*

Un accent particulier a été mis sur l'amélioration de l'offre et de la qualité des services en matière de SR à travers la mise à disposition des outils de collecte et de gestion des informations en PF. L'UNFPA a appuyé la réactualisation et la reproduction des fiches individuelles de consultation PF, des registres, des bons de commande et bons de livraison des produits SR. Un outil électronique en gestion d'information logistique, CHANNEL, a été promulgué par UNFPA et constitue actuellement l'outil national de gestion d'information logistique pour tous les produits de santé à Madagascar. L'UNFPA s'est beaucoup investi dans le cadre de renforcement de capacités aussi bien en matière de prestation de service que de gestion logistique des produits de SR. Plusieurs formations/remises à niveau ont été réalisées à l'intention des agents de santé en PFI incluant les Méthodes de longue durée (MLD), l'approche jeune et l'approche droits. Des formations en gestion des Approvisionnements et des produits PF ont été dispensées ; des étudiants sages-femmes et médecins ont également reçu des formations en PF. Dans ce cadre, 224 agents de santé d'Atsimo Andrefana, Vatovavy Fitovinany et Androy incluant les centres modèles PF ont bénéficié d'une remise à niveau en PFI incluant les MLD et l'approche jeune ; 256 agents de santé et décideurs du niveau central et des régions de Sava, Diana, Menabe, Melaky, Haute Matsiatra Ihorombe, Alaotra Mangoro sont formés en nouvelle version de CHANNEL ; 165 prestataires PF sont formés en Gestion des Approvisionnements et des produits PF: SDSP Vohipeno, Manakara, Mananjary, Ifanadiana, Maroantsetra. En matière de Stock (GAS) pour la sécurisation : 180 étudiants sages-femmes et médecins formés en PF ; 35 Pharmaciens responsables des unités de pharmacies des hôpitaux formés en CHANNEL ; 22 responsables régionaux et 38 responsables de 19 districts formés sur la chaîne d'approvisionnement ; 6 responsables de 3 agences de SALAMA et 19 responsables districts des 3 zones d'intervention ont bénéficié de supervision ; 2 techniciens en logistique SR/PF ont participé au partage d'expériences en matière de chaîne d'approvisionnement ; 20 membres du personnel du Ministère de la Santé Publique formés en Impact 2 ; 19 gestionnaires formés en gestion logistique ; 40 AC formés en PF4 au niveau des 4 communes d'intervention de FISA (région Androy) ; 20 AS des CSB Star MSM dans la région Atsimo Andrefana formés en Méthode de Longue Durée.

Dans le cadre de l'amélioration de l'offre de service PF et de la chaîne d'approvisionnement, l'UNFPA a contribué à l'approvisionnement de la gamme complète des contraceptifs au pays, a assuré la dotation en kits PF de 323 nouveaux sites PF (publics et SALFA), a appuyé la reproduction des supports de gestion en PF, a contribué à l'ouverture de 128 sites MLD et à la mise en place d'un centre modèle en PF ainsi qu'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.

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.

136 agents de santé dont 20 gestionnaires logistiques logisticiens et 19 pharmaciens ont été formés sur l'utilisation de la nouvelle version de CHANNEL.

20 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 menées et sur la planification des interventions à mettre en œuvre.

En outre, l'approvisionnement au niveau national en contraceptifs a été assuré par l'UNFPA avec l'appui à SALAMA pour acheminer les produits du niveau central vers les districts sanitaires. Un plan national budgétisé en matière d'approvisionnement des produits SR est disponible. Des ateliers de quantification des besoins en produits SR ont aussi été 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. Le système de collecte des données logistiques a été amélioré par l'informatisation du système de gestion logistique (utilisation du logiciel CHANNEL). 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.

A cela, il faut ajouter la réalisation des activités de suivi et de supervision : la supervision des Responsables Channel dans les 3 régions, les supervisions conjointes de MSM effectuées avec les Directeurs régionaux de la santé (DRS) et les Médecins Inspecteurs des trois régions d'intervention, des réunions de suivi de l'approvisionnement des produits SR organisées avec SALAMA, la DSF, DPLMT et DLIS, des supervisions opérationnelles et médicales des activités des différents canaux réalisées en impliquant les autorités locales ; des supervisions intégrées en logistique, CHANNEL et SR ont été réalisées dans 3 régions (Atsimo andrefana, Vatovavy Fitovinany, Androy) et 13 districts.

Enfin, en matière de coordination, suivi et évaluation : le logiciel de base de données existant à la Direction de la Santé Familiale (DSFa) pour intégrer les volets SONU, Fistule, Formation a été mis à jour ; des réunions H4 et le GTTL se tiennent régulièrement. Enfin, l'évaluation de l'introduction de l'implanon NXT dans les districts pilote (Moramanga et Antsirabe II) a été réalisée et le rapport est disponible.

L'UNFPA s'est beaucoup investi dans le renforcement de capacités pour améliorer la qualité des services offerts en SR/PF et à gérer la chaîne d'approvisionnement.

Le processus d'intégration de la gestion des intrants de santé à SALAMA (stockage et distribution) a été amélioré par la révision et l'harmonisation nécessaires des niveaux de stock maximum et minimal pour tous les médicaments de santé de la reproduction et la mise en place du comité logistique qui réunit tous les techniciens du niveau central impliqués dans la gestion des produits SR chaque mois. Un système de suivi/monitorage et de supervision formative intégré a été mis en place dans les plans régionaux annuels de développement sanitaire.

Les forces 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) le début de l'intégration des produits de santé des programmes verticaux dans le circuit SALAMA ; les produits de planification familiale y sont déjà intégrés.

L'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.

Dans ce sens, dans l'optique du renforcement du partenariat multisectoriel public et privé en matière de SPSR, l'UNFPA a apporté son appui pour l'élaboration et la mise en œuvre du Plan Stratégique Intégré de PF et de SPSR 2016-2020. Le document 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, secteur privé et Ministères (MJS, MEN, MPPSPF, MJ, MC et MFB), des ONG locales et des élus des 22 régions sur le Plan Stratégique Intégré en PF et SPSR et les engagements de Madagascar à la FP 2020 ont été réalisées.

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 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.

Le programme approvisionne également la gamme complète des contraceptifs dans 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 2016 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.

Dans le cadre de l'intégration des services de SR/PF/VIH, une évaluation de l'intégration SR/VIH et PFPP/SMI a été réalisée, suivie de l'élaboration d'un plan stratégique et de son plan de mise en œuvre. Par ailleurs, un effort a été entrepris dans l'amélioration et l'extension de l'offre des services intégrés de SR/PF y compris en post-partum, post-abortum et en post-réparation de la fistule obstétricale dans les points de prestation de services en mettant l'accent sur les méthodes de longue durée et particulièrement pour les jeunes, les adolescents et les populations les plus vulnérables. Dans ce cadre, dans l'optique d'augmenter la prévalence contraceptive et réduire les besoins non satisfaits en PF, 15 centres modèles PF ont été mis en place dans les 3 régions d'intervention et dans la région Analamanga. Le Ministère de la Santé, avec l'appui de l'UNFPA et en partenariat avec des ONG comme la FISA a rendu opérationnels ces centres modèles en PF au cours du programme. Notons qu'un centre modèle 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. L'UNFPA a appuyé le Ministère de la Santé dans la mise en place de ces centres modèles PF à travers la réhabilitation, la dotation en mobiliers de bureaux, équipements et matériels audio-visuels. Des formations en Planification Familiale Intégrée (PFI) ont été organisées à l'intention des prestataires en Planification familiale après une réactualisation du curriculum de formation en PFI. Ces centres ont été par la suite dotés en intrants PF. Parmi les 15 centres modèles, 04 se situent dans la Région Analamanga, 05 dans la région Atsimo Andrefana, 04 dans la Région Vatovavy Fitovinany et 02 dans la région Androy. Les centres modèles PF servent aussi de centres de stages pratiques pour la formation en PF.

Le programme a aussi contribué à l'amélioration de l'accès de la population vulnérable et des zones enclavées et éloignées situées dans les 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.

Par ailleurs, afin de viser la réduction des besoins non satisfaits en planification familiale chez les adolescents et les jeunes en union dans les zones d'intervention prioritaires, l'UNFPA, depuis 2017, et en partenariat avec MSM, a appuyé 47 CSB STARS du secteur public dans le cadre de l'amélioration de la qualité des services qui y sont offerts et la mise en œuvre du projet « First Young Mother » ciblant les jeunes mères pour l'utilisation des services de CPN, pour l'accouchement dans les formations sanitaires et l'adoption de PF du post-partum.

### **Synthèse du critère de jugement**

Les services de qualité de planification familiale sont disponibles, accessibles et utilisés au niveau des régions d'intervention : l'UNFPA a appuyé le Ministère de la Santé dans la mise en place de 15 centres modèles PF dans les 3 régions d'intervention et dans la région Analamanga à travers la réhabilitation, la dotation en mobiliers de bureaux, équipements et matériels audio-visuels et formation des prestataires en PFI après une réactualisation du curriculum en PFI.

Les 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 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 et des jeunes aux Conseils et offres de service de Planification Familiale pour les adolescents sexuellement actifs, mariés ou non. La loi a été promulguée par le Président de la République le 25 janvier 2018.

Dans le cadre de l'opérationnalisation du SPSR, un accent particulier a été mis sur l'amélioration de l'offre et de la qualité des services en matière de SR à travers la mise à disposition des outils de collecte et de gestion des informations en PF. Un outil électronique en gestion d'information logistique, CHANNEL, a été lancé par l'UNFPA et constitue actuellement l'outil national de gestion d'information logistique pour tous les produits de santé à Madagascar. Des formations en gestion des approvisionnements et des produits PF ont été dispensées, et l'UNFPA, a contribué à l'approvisionnement de la gamme complète des contraceptifs au pays. Un plan national budgétisé en matière d'approvisionnement des produits SR est disponible. Le système de collecte des données logistiques a été amélioré par l'informatisation du système de gestion logistique (utilisation du logiciel CHANNEL). De plus, les capacités de stockage en produits SR/PF ont aussi été renforcées à tous les niveaux. A cela, il faut ajouter la réalisation des activités de suivi et de supervision ; les produits de santé des programmes verticaux sont intégrés dans le circuit SALAMA ; les produits de planification familiale y sont déjà intégrés.

Des stratégies avancées en outreach ont été réalisées par les équipes de MSM et FISA dans les zones enclavées et éloignées se trouvant dans les 3 régions d'Atsimo Andrefana, Androy et Vatovavy Fitovinany. Les résultats palpables sont les suivants : en 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 réalisées et 4960/6000 clients dont 56% de 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 répartis dans 18 Districts et 4 Régions ; 25 853 clients ont été servis par les 47 CSBSTAR 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 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. Enfin, 47 CSB Stars du secteur public ont été appuyés par l'UNFPA dans le cadre du projet « jeune mère » pour améliorer la qualité des services en SR.

<p><b>CJ2.3: Services de qualité de santé de la reproduction et de lutte contre les violences disponibles pour adresser les besoins en situation humanitaire et tenant compte des besoins des jeunes</b></p>	<p>a) Indicateur Effet 3 UNDAF</p> <p>b) Indicateur de produit : (i) Nombre des mises à jour annuelles du plan national d'urgence pour les catastrophes naturelles intégrant la santé de la reproduction et la violence basée sur le genre (indicateur de produit 1 du CPAP) ; Indicateurs liés (ii) Le DMU est intégré dans les plans de contingence locaux, national et les ressources nécessaires sont mobilisées ; (iii) Partenaires formés en DMU et prévention et prise en charge de VBG en situation d'urgence</p> <p>c) Nombre de bénéficiaires ayant eu accès à des services gratuits SR</p> <p>d) Nombre de sous-clusters VBG fonctionnels (indicateur lié au produit 4 du CPAP)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CPAP</li> <li>• PTA,</li> <li>• Rapport de revues périodiques</li> <li>• Rapport d'activités</li> <li>• Documents relatifs à la situation d'urgence humanitaire</li> <li>• Modules de formation</li> <li>• Rapport de suivi sur terrains</li> <li>• Rapport de formation</li> <li>• Rapport My results</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Analyse documentaire</li> <li>2. Entretiens avec l'équipe de l'UNFPA et les partenaires d'exécution aux niveaux des districts, régional et central, des formations sanitaires (public et non gouvernemental)</li> <li>3. Entretien avec les PTF</li> <li>4. Discussions avec les bénéficiaires</li> <li>5. Analyse documentaire</li> <li>6. Entretiens avec les Responsables au niveau national</li> <li>7. Entretien avec des gestionnaires des services de santé et des prestataires à différents niveaux</li> <li>8. Entretien avec PTF et ONG</li> <li>9. Entretien avec le responsable Humanitaire au sein de l'UNFPA</li> <li>10. Focus group</li> <li>11. Observation des services de santé</li> </ol>
--	--	--	---

a) **Indicateur Effet 3 UNDAF : Pas d'indicateur d'effet dans UNDAF ; Pas d'indicateur d'effet dans CPAP concernant l'humanitaire**

b) **Indicateur de produit : (i) Nombre des mises à jour annuelles du plan national d'urgence pour les catastrophes naturelles intégrant la santé de la reproduction et la violence basée sur le genre (indicateur de produit 1 du CPAP) ; (ii) Le DMU est intégré dans les plans de contingence locaux, national et les ressources nécessaires sont mobilisées ; (iii) Partenaires formés en DMU et prévention et prise en charge de VBG en situation d'urgence**

**Extraits détaillés de documentation**

La Politique Générale de l'Etat, dans son axe stratégique n° 5, affirme "la valorisation du capital naturel et le renforcement de la résilience aux risques de catastrophe". Cet axe est repris



par le Plan National de Développement à travers trois sous-objectifs inhérents au domaine de la Gestion des Risques et des Catastrophes, dont la valorisation du capital naturel, qui met l'accent sur la mise en place d'un dispositif et de stratégies appropriés, la réduction des effets négatifs du changement climatique, le renforcement de la capacité de résilience des populations et des territoires concernés, la mise en place d'un système d'alerte à temps réel, et l'intégration de la gestion et de la réduction des risques de catastrophe dans le processus de développement.

La troisième Conférence mondiale sur la prévention des risques et des catastrophes s'est déroulée du 14 au 18 mars 2015 à Sendai, Japon et stipule que l'existence de situations d'urgence complexes dans de nombreuses parties du monde appelle au redoublement d'efforts pour renforcer la réduction des risques de catastrophe, afin de réduire les pertes humaines en cas de calamités. Pour ce faire, il faut consolider l'intégration de la réduction des risques et des catastrophes dans toutes les politiques nationales de développement. La priorité 3 du cadre d'action de Sendai préconise d'allouer les ressources nécessaires à tous les niveaux de l'Administration pour l'élaboration de politiques, lois et stratégies et d'investir dans la réduction des risques de catastrophe en promouvant des mécanismes permettant d'accroître des investissements publics et privés résilients face aux catastrophes.

Au niveau de Madagascar, la loi n° 2015-031 relative à la Politique Nationale de Gestion des Risques et des Catastrophes/PRESIDENCE DE LA REPUBLIQUE, a été promulguée à Antananarivo, le 12 février 2016.

**Dans l'article 2.** – La Politique Nationale de la Gestion des Risques et des Catastrophes (PNGRC) doit veiller à entretenir et raffermir la solidarité et la volonté des populations à faire face aux effets des risques et des catastrophes.

**Dans l'article 3.** – La Stratégie Nationale de la Gestion des Risques et des Catastrophes (SNGRC) regroupe les actions prioritaires à long terme qui visent à accroître la résilience de la population malagasy, de ses institutions nationales et de ses Collectivités Territoriales Décentralisées face aux catastrophes en vue d'assurer à la population une condition de vie acceptable et sécurisée. (La Stratégie Nationale de Gestion des Risques et Catastrophes 2016-2030, septembre 2016, BNGRC, CPGU, PNUD.)

**Dans l'article 8 du PNGRC.** – La Gestion des Risques et des Catastrophes (GRC) intègre les aspects de la Réduction des Risques de Catastrophe (RRC), de leurs facteurs sous-jacents, et des vulnérabilités, ainsi que les aspects de gestion des urgences et des catastrophes proprement dites.

Dans le cadre de l'adoption de l'approche multirisques à Madagascar, afin d'adopter la même approche au niveau opérationnel, comme le pays dispose déjà de plusieurs plans de contingence mais séparés, un plan de contingence national multirisque regroupe tous les plans existants ; il justifie dès lors l'unicité du mécanisme de coordination quelles que soient les catastrophes.

Le plan de contingence nationale multirisque du gouvernement et du comité permanent inter-agences est placé sous l'égide du Ministère de l'Intérieur et de la Décentralisation ainsi que du Bureau National de Gestion des Risques et Catastrophes. Il couvre les « Cyclones, inondations, épidémies, sécheresse, invasion acridienne, accident chimique » et dont les volets « CYCLONE » et « INONDATIONS » sont mis à jour.

Au niveau sectoriel, on relève le Plan National de Développement Sanitaire 2015-2018 qui stipule :

- PNDSS 2015-2018 : les INTERVENTIONS PRIORITAIRES 2015-2019

« *Objectif global 3.3.6.3: Améliorer la gestion des risques et des catastrophes*

*Objectif spécifique 3.3.6.3.1: Renforcer les réponses aux risques et catastrophes*

*A court et moyen termes :*

*Renforcement de la continuité des soins préventifs et curatifs, y compris la santé de reproduction en situation d'urgence, dans les zones affectées*  
*Renforcement du monitoring et de l'évaluation sur la gestion des risques et catastrophes*  
*Amélioration du financement du programme ».*

**Tableau.** Principales catastrophes les plus connues à Madagascar (sources : BNGRC, OCHA)

Type de catastrophe	Année	Décès	Personnes affectées (directement ou indirectement)	Observations
Cyclone et inondation	2016-2017	81	434.000	Cyclone Tropical Intense Enawo
	2015-2016			
	2014-2015	126	220.000	Essentiellement causé par les tempêtes et les intempéries
	2013-2014			Cyclone HELLEN
	2012-2013	32	81.000	Cyclone HARUNA
	2011-2012	112	332.000	Cyclone GIOVANNA
Sécheresse (Grand sud du pays)	2015-2017	-	978.000	El Nino
	2014-2015		200.000	Insécurité alimentaire dans le sud (7 districts)
	2010-2011	0	720.000	Limitée dans les trois régions du Sud du pays
	2009-2010	0	381.000	
	2006-2007	0	232.690	
	2002-2003	-	600.000	

	1988-1989	-	950.000	
	1981-1982	-	1.000.000	
<b>Invasion acridienne</b>	2013-2014		1.000.000 ha de terres agricoles menacées	
	2011-2012	-	2.000.000 personnes affectées 250.000 ha de terres agricoles menacées	Risque d'extension vers une grande partie du pays
	Depuis 2011	-	500.000 ha menacées	Limité dans le Grand sud et sud-ouest
<b>Epidémie déclarée comme une situation d'urgence</b>	2017	213	2.417	Peste pulmonaire en milieu urbain
	2016			Peste bubonique dans le Sud-est
	2015	0	11	Poliomyélite
	2015	52	-	Peste (entre août et décembre 2015)
	2012	21		Malaria
	2009		20	Grippe AH1N1
	2008			Fièvre de la Vallée de Rift
<b>Epanchement pétrolier</b>	2009		18.615	Du côté de Faux Cap

Dans ce plan de contingence, les deux scénarios des précédents plans ont toujours été pris en compte. Le scénario 1 reste classique depuis 2007 et correspond au passage de cyclones intenses ; quant au scénario 2, il correspond à une situation d'inondation généralisée affectant plusieurs Régions, avec ou sans passage de cyclone mais les dégâts liés au vent sont très modérés. Les hypothèses de planification se basent sur 16 Régions à risque. Le nombre de personnes affectées directement ou indirectement est, pour le premier scénario, de 720.000 dont 92.000 ont besoin d'une assistance multisectorielle immédiate si pour le deuxième, ce nombre est fixé à 270.000 personnes dont 47.000 ont besoin d'une assistance multisectorielle immédiate. Le seuil d'intervention d'une réponse multisectorielle nationale a été maintenu à 7.500 personnes directement affectées ; le seuil de déclenchement d'un appel à l'aide

internationale est fixé à 25.000 personnes directement affectées. Les critères communs de priorisation des zones sont maintenus. La réponse se fait à travers l'activation des « clusters » qui sont regroupés en termes de « secteur » en situation hors crise. La coordination en temps d'urgence est assurée par le BNGRC (suivant le PNGRC) avec l'appui de OCHA. Le Comité de Réflexion des Intervenants en cas de Catastrophes (CRIC) est la plateforme des intervenants humanitaires et regroupent tous les clusters en cas d'activation. Le MINSANP co-dirige le cluster santé avec l'OMS et l'UNFPA en est membre, tandis que le MINPPSPF co-dirige le sous cluster VBG avec l'UNFPA.

### **-Manuel de terrain inter-organisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire (Version 2010 révisée pour revue sur le terrain)**

Le Manuel de terrain inter-organisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire est le fruit de la collaboration et de la consultation de plus de 100 membres des agences des Nations Unies et organisations non-gouvernementales constituant le Groupe de travail inter-organisations (IAWG) sur la santé reproductive en situations de crise.

La révision 2004 de la Charte humanitaire et normes minimales pour les interventions lors de catastrophes, Projet Sphère, intègre le Dispositif Minimum d'Urgence pour la santé reproductive en situations de crise au Chapitre 2 du présent Manuel de terrain, comme norme minimum de soins en réponse à une catastrophe. Les nouveaux outils et directives développés dans le cadre de la procédure de réforme humanitaire et du système de responsabilité sectorielle continuent à se fier au Manuel de terrain pour les interventions de santé reproductive en situations d'urgence humanitaire. Plus de 15 années se sont écoulées depuis que la Conférence internationale sur la population et le développement de 1994 a reconnu la santé reproductive comme étant un droit, et 10 autres années ont permis la mise en application pratique du Manuel de terrain de 1999. En tant que membres de la communauté humanitaire, nous avons la responsabilité collective de défendre et de faire respecter le droit des hommes, femmes et adolescents à la santé reproductive dans les situations d'urgence humanitaire.

Le Dispositif minimum d'urgence (DMU) pour la santé reproductive en situations de crise couvre un ensemble d'actions prioritaires à mettre en œuvre dès le début d'une urgence. Des services complets de santé reproductive doivent être proposés dès que la situation le permet.

Dans les situations de crise humanitaire, il est nécessaire de prodiguer des services de santé reproductive, parce que :

- L'accès à des soins de santé reproductive est un droit, comme indiqué ci-avant et précisé dans la partie consacrée aux Droits de l'homme ci-après ;
- La morbidité et la mortalité en rapport avec l'appareil génital constituent un problème sérieux de santé publique ;
- Les personnes touchées par un conflit ou une catastrophe ont droit à une protection et une assistance.

La fourniture rapide de services de santé reproductive peut permettre de prévenir des décès, des maladies et des handicaps consécutifs à une grossesse non désirée, à des complications obstétriques, à des violences sexuelles ou autres violences basées sur le genre, à une infection par le VIH ou tout autre problème de santé reproductive.

La mise en place du DMU se basera sur l'organisation chef de file en santé reproductive et responsable de santé reproductive ; la Prévention de la violence sexuelle et la fourniture de services répondant aux besoins des victimes ; la Réduction de la transmission du VIH ; la Prévention de la surmorbidity et de la surmortalité maternelles et néonatales ; la provision des Fournitures pour la mise en œuvre du DMU ; le Plan d'intégration de services complets de santé reproductive aux soins primaires.

Pour aider le Gouvernement, l'UNFPA, à travers le 7<sup>ème</sup> programme, a contribué à l'élaboration du Plan Humanitaire de Réponse stratégique Madagascar-Grand Sud (2016-2017), dont le but est de « Sauver les vies ». A ce document s'ajoutent d'autres : le Plan de Réponse stratégique à la Sécheresse Prolongée (2016-2017) avec l'appui technique et financier d'Inter-Agency Standing Committee (IASC), du PAM et d'OCHA, et la Politique Nationale de Gestion des Risques et des catastrophes (2016), élaborée par les services de l'Etat. Le volet humanitaire a été pris en compte dans six (06) PTA au cours de la période 2015-2017. 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. Le Japon a également figuré parmi les partenaires de l'UNFPA pour la réponse humanitaire dans la Région Androy. L'UNFPA collabore avec le BNGRC et les autres partenaires comme la Croix rouge.

*Les documents suivants ont aussi été analysés :* Le « PLAN DE REPONSE STRATEGIQUE SUD 2016 – 2017 version finale » et le « PLAN DE MOBILISATION DE RESSOURCES DE L'UNFPA »

### **ii) Entretiens avec les parties prenantes**

L'UNFPA a mentionné que chaque année le plan de contingence a été réactualisé pour intégrer la santé de la reproduction et la lutte contre les violences en situation de crise humanitaire.

L'une des forces constatées dans l'appui de l'UNFPA est le lien établi entre les interventions entreprises dans les situations de crise humanitaire et le programme de développement. Ainsi, les réhabilitations de formations sanitaires, de maternités et de blocs opératoires post cycloniques contribuent à un renforcement de la résilience du système de santé.

Lors des discussions avec les partenaires, il a été conclu que certaines régions et districts se mettent très rapidement en action en cas d'urgence pour mettre en œuvre leur plans ORSEC, mais d'autres sont plus lents à réagir. Toutes les actions sont entreprises sur la base des données. Le montant total des ressources mobilisées dans le cadre de la réponse humanitaire a été de 1 930 810 \$US, ce qui démontre une forte capacité de l'UNFPA dans la mobilisation des ressources d'après les partenaires.

D'après le MSM, les services de cliniques mobiles comprennent la consultation prénatale gratuite, la planification familiale, la référence aux accouchements dans des centres équipés de produits et kits de santé reproductive, et les services de lutte contre la VBG.

D'après un partenaire technique local, le Bureau pays est préparé à faire face à la saison cyclonique 2016 et 2017 et les impacts de changements climatiques dans le Sud (El Nino ; La Nina) mais selon les partenaires, au vu du nombre imprévisible de cyclones et d'inondations, les ressources disponibles seront aléatoires. Le Plan de travail annuel pour la réponse humanitaire est développé et mis en œuvre en intégrant les activités de santé de la reproduction et lutte contre les VBG les plaidoyers et communication. Le bureau de l'UNFPA participe activement aux activités d'UN Security Management Team.

### **iii) Principaux résultats au niveau de l'indicateur**

-Indicateur de produit :

**(i) Nombre des mises à jour annuelles du plan national d'urgence pour les catastrophes naturelles intégrant la santé de la reproduction et la violence basée sur le genre (indicateur de produit 1 du CPAP) ; Indicateurs liés :** une mise à jour annuelle a été effectuée et a permis de mettre à jour l'intégration du DMU et de la prise en charge des violences sexuelles dans la réponse.

**(ii) Le DMU est intégré dans les plans de contingence locaux, national et les ressources nécessaires sont mobilisées :**

Les 15 régions suivantes ont eu leur plan ORSEC mis à jour et ont intégré le DMU et la prise en charge des violences sexuelles: DIANA, SAVA, SOFIA, ANALANJIROFO, BOENY, BETSIBOKA ALAOTRA MANGORO, ANALAMANGA, ATSINANANA, MENABE, VATOVAVY FITOVINANY, ATSIMO ATSinANANA, ATSIMO ANDREFANA, ANDROY, ANOSY,

De même, 80 districts ont pu disposer et activer un plan ORSEC de district ayant intégré le DMU et la prise en compte de la prise en charge des violences sexuelles.

En tout, 149 responsables dans la gestion des directions régionales de santé ou de districts ont été formés pour une coordination du DMU à leur niveau de réponse et ont pu analyser la situation humanitaire et la vulnérabilité au niveau des régions et districts par rapport aux prévisions SARCOF et météo Madagascar liée aux impacts d'el NINO et les leçons apprises sur les réponses antérieures apportées.

Le renforcement de la prise en compte du DMU/SR en situation d'urgence lors de la mise à jour périodique/annuelle des plans de contingence nationaux et des plans ORSEC ainsi que des plans régionaux a permis d'apporter une réponse rapide correspondant aux besoins de la population en termes d'accès aux services de santé reproductive gratuites et de qualité.

**(ii) Le DMU est intégré dans les plans de contingence local, national et les ressources nécessaires sont mobilisées :**

Le DMU étant positionné comme action prioritaire à activer dans la réponse en cas de crise dans les plans de contingence local (PLAN ORSEC) et national, il en découle que les mobilisations de ressources entreprises relèvent d'un financement complémentaire pour renforcer la mise en œuvre du DMU dans la réponse en situation de crise.

Le Dispositif Minimum d'Urgences (DMU) constitue la base des programmes de santé sexuelle et reproductive dans les situations d'urgences humanitaires. Le but est de sauver des vies à travers ce DMU et le renforcement de la RESILIENCE en période pré et post crise qui contribuent à la voie vers le développement : le DMU consiste en une série coordonnée d'actions prioritaires conçues lors des premières phases des situations d'urgences humanitaires pour prévenir la morbidité et la mortalité dans le domaine de la SR à l'égard des femmes et des filles (*source* : Manuel de terrain inter-organisations sur la santé reproductive en situation de crise humanitaire)

Le DMU inclut parmi ses activités la dotation en kits SR d'urgence et l'UNFPA appuie la fourniture de ces kits. Ces kits sont complets avec les intrants, des directives, des matériels de réanimation, etc. Ils seront répartis selon le nombre de population. Le premier groupe est destiné au niveau communautaire, pour 10 000 habitants ; le 2<sup>ème</sup> groupe pour 30 000 habitants et sont équivalents aux CSB2. Le 3<sup>ème</sup> groupe est destiné pour les grandes interventions au niveau des Centres hospitaliers de référence CHR2, pour 150 000 habitants. Les kits sont prépositionnés temporairement dans les magasins du MINSAN/SURECA avant d'être acheminés vers les principaux bénéficiaires.

L'UNFPA avec le MINSANP assure la coordination de l'activation du DMU ; le Bureau National de Gestion de risques et de catastrophes (BNGRC) a un représentant dans le cluster Santé.

En ce qui concerne la mobilisation de ressources en cas d'urgences humanitaires, l'UNFPA peut mobiliser des ressources complémentaires en cas de crise et sur appel international en coordination avec OCHA. Les ressources mobilisées ont été les suivantes :

1. Appui aux femmes en Age de procréer pour la réduction de la malnutrition chronique dans deux communes de la région Atsimo Andrefana à Madagascar (2016) ; Donateur : Monaco et Andorre ; Fonds **177 779 dollars**
  2. Réponses sanitaires d'urgence pour la réduction de l'excès de mortalité et morbidité liées à l'insécurité alimentaire des populations de six districts du Grand Sud de Madagascar ; Donateur : OCHA –CERF ; Fonds : **341 947 dollars**
  3. Réponses sanitaires d'urgence pour la réduction de l'excès de mortalité et de morbidité lié à l'insécurité alimentaire dans huit districts sanitaires du Grand Sud de Madagascar ; Fonds : **413 808 dollars** OCHA –CERFUF
  4. Appui à l'offre gratuite des soins de santé préventifs et curatifs essentiels, y compris des soins de santé de la reproduction aux personnes les plus affectées par le Cyclone Enawo ; Fonds : **298 657 dollars** OCHA –CERF.
  5. Soutien à la réponse humanitaire et aux activités de redressement rapide au profit des populations les plus vulnérables en situation d'insécurité alimentaire sévère affectée par la sécheresse dans la région Androy- Fonds d'urgence japonais à Madagascar : **283 140 dollars**
  6. Appui à l'offre gratuite des soins de santé préventifs et curatifs essentiels, y compris des soins de santé de la reproduction aux personnes les plus affectées par le Cyclone Enawo ; Emergency funds UNFPA : **205 800 dollars**
  8. Appui à l'offre gratuite des soins de santé préventifs et curatifs essentiels, y compris des soins de santé de la reproduction aux personnes les plus affectées par l'épidémie de la peste ; Emergency funds **105 900 dollars et 103 779 dollars.**
- Soit un total de 1 930 810 \$US**

### **(iii) Partenaires formés en DMU et prévention et prise en charge de VBG en situation d'urgence**

Les partenaires formés ont été les suivants : Gender Links, SALFA, MSM, FISA, MINSANP, MPPSPF, les membres du cluster « santé », les membres du sous cluster VBG ont été formés en DMU et en prévention et prise en charge de VBG en situation humanitaire.

#### c) Nombre de bénéficiaires ayant eu accès à des services gratuits SR

Dans le cadre du 7<sup>ème</sup> programme, grâce à l'utilisation du DMU en phase de crise aigüe, dans les zones touchées par les catastrophes humanitaires, grâce à l'utilisation des soins maternels gratuits, 984 femmes enceintes avec des complications obstétricales et leur nouveau-né ont pu être sauvées grâce à des opérations césariennes et des soins post opératoires ; 296 complications obstétricales ont été prises en charge gratuitement ; 17 099 femmes enceintes ont pu bénéficier d'accouchement sécurisé au niveau des formations sanitaires. Toutes ces femmes ont pu bénéficier d'un kit individuel d'hygiène et de dignité. 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.

Environ 433 612 personnes ont été atteintes grâce aux services de SSR et aux cliniques mobiles suite à ENAWO. Dans les communes touchées par les catastrophes naturelles de 2015 à la mi-2017, plus de 1 000 leaders jeunes, en tant qu'acteurs humanitaires, ont contribué à la sensibilisation de la population en général, et de leurs pairs en particulier, sur l'utilisation des services de SR et de SRAJ gratuits et de qualité. Par ailleurs, plus de 1050 jeunes issus des sites d'hébergement ont bénéficié des kits de « dignité » pour jeunes, afin de satisfaire leurs besoins en matière d'hygiène et d'informations et de prévenir les grossesses non désirées et les maladies sexuellement transmissibles.

#### d) Nombre de sous-clusters VBG fonctionnels (indicateur lié au produit 4 du CPAP)

##### i) **Extraits détaillés de la documentation**

Les documents suivants ont été exploités pour cet indicateur :

- *Extrait de Bilan de réalisation du Bureau Tuléar Juin 2018 (document en PPT) : Mise en place du sous cluster VBG de la région d'Androy ;*
- *Extrait de présentation lors de la revue semestrielle Effet 3 2018 : 4 sous cluster VBG dans les régions fréquemment touchées par une crise humanitaire ;*
- *Rapport de mission Antananarivo et Région Sava (Juillet 2018) : « A cet effet, une mission de suivi et de renforcement de capacités des membres du sous cluster VBG a été effectuée à Sambava et Antalaha par le Coordonnateur en VBG et la Consultante en Genre du Bureau Tuléar pour les appuyer dans l'établissement d'un plan d'action pour la coordination et le suivi évaluation, la prévention et la prise en charge des VBG en situation humanitaire avec le mécanisme de coordination nécessaire. Durant la période susmentionnée, l'énergie a été essentiellement focalisée sur le suivi des actions sur les VBG mises en œuvre dans la région de SAVA et la formation des membres spécialistes et non spécialistes du sous-cluster VBG sur les directives pour l'intégration d'interventions ciblant la violence basée sur le genre dans l'action humanitaire: réduction des risques, promotion de la résilience et aide au relèvement. A l'issue de cette mission, les méthodes de coordinations des actions de luttes contre les VBG ont été comprises, les procédures de leur mise en œuvre par les différents acteurs ont été connues, un mécanisme de référencement basé sur la plate-forme décentralisée de lutte contre la VBG est connu de tous les acteurs, une fiche de référencement uniformisé est disponible auprès des différents acteurs. »*

Ces documents ont permis de ressortir qu'un (1) sous-cluster VBG au niveau national et trois (3) sous-cluster VBG sont mis en place à Antalaha, Ambovombe et à Tuléar.

### **ii) Entretiens**

Selon les responsables Genre, les membres de sous-cluster sont les membres des Plates-formes VBG et ils sont actifs surtout en situation de crise humanitaire. Celui d'Antalaha a participé aux réunions organisées par le Cluster Protection sociale lors du Cyclone à Antalaha en 2018. Pour Atsimo Andrefana, le sous-cluster a participé aux réunions lors de l'inondation en janvier.

Pour le sous-cluster au niveau national, la dernière réunion a eu lieu en 2017. Par ailleurs, il a été mentionné lors des entretiens que le sous-cluster au niveau national effectue des mobilisations de ressources.

### **iii) Principaux résultats au niveau de l'indicateur**

4 sous-clusters VBGs sont mis en place pendant la période du programme. Leurs fonctionnalités dépendent de la survenue de la situation de crise au niveau des régions affectées.

### **Synthèse pour le critère de jugement**

Un plan de contingence national a été mis à jour annuellement et a intégré le DMU et la prise en charge des violences sexuelles. Cette mise à jour a pu se faire grâce à une approche participative respectant les directives de la Politique Nationale de Gestion des Risques et Catastrophes qui requiert l'implication des services déconcentrés. De ce fait, en amont de la mise à jour nationale, 15 régions ont mis à jour leur plan ORSEC ayant intégré le DMU et la prise en charge des violences sexuelles, à savoir les régions de : DIANA, SAVA, SOFIA, ANALANJIROFO, BOENY, BETSIBOKA ALAOTRA MANGORO, ANALAMANGA, AT SINANANA, MENABE, VATOVAVY FITOVINANY, ATSIMO AT SINANANA, ATSIMO ANDREFANA, ANDROY, ANOSY.

De même, 80 districts ont pu disposer et activer un plan ORSEC de district ayant intégré le DMU et la prise en compte de la prise en charge des violences sexuelles.

En tout, 149 responsables dans la gestion des directions régionales de santé ou de districts ont été formés pour une coordination du DMU à leur niveau de réponse et ont pu analyser la situation humanitaire et la vulnérabilité au niveau des régions et districts par rapport aux prévisions SARCOF et météo Madagascar liée aux impacts d'el NINO et les leçons apprises sur les réponses antérieures apportées.

Le renforcement de la prise en compte du DMU/SR en situation d'urgence lors de la mise à jour périodique/annuelle des plans de contingence nationaux et des plans ORSEC ainsi que des plans régionaux a permis d'apporter une réponse rapide et répondant aux besoins de la population en termes d'accès aux services de santé reproductive gratuites et de qualité.

Les partenaires formés ont été les suivants : Gender Links, SALFA, MSM, FISA, MINSANP, MPPSPF, les membres du cluster « santé », les membres du sous cluster VBG ont été formés en DMU et prévention et prise en charge de VBG en situation humanitaire.

Le Dispositif Minimum d'Urgence(DMU) est positionné comme action prioritaire à activer dans la réponse en cas de crise dans les plans de contingence locaux (PLAN ORSEC) et dans le plan de contingence national.

1 930 810 \$US ont été mobilisés pour soutenir la mise en œuvre du DMU dans la réponse humanitaire.



Dans le cadre du 7<sup>ème</sup> programme, grâce à l'utilisation du DMU en phase de crise aigüe dans les zones touchées par les catastrophes humanitaires, et grâce à l'utilisation des soins maternels gratuits, 984 femmes enceintes avec des complications obstétricales et leur nouveau-né ont pu être sauvées par le biais d'opérations césariennes et de soins post opératoires ; 296 complications obstétricales ont été prises en charge gratuitement ; 17 099 femmes enceintes ont pu bénéficier d'accouchement sécurisé au niveau des formations sanitaires. Toutes ces femmes ont pu bénéficier d'un kit individuel d'hygiène et de dignité. 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.

Environ 433 612 personnes ont été atteintes grâce aux services de SSR et aux cliniques mobiles suite au cyclone ENAWO. Dans les communes touchées par les catastrophes naturelles de 2015 à la mi-2017, plus de 1 000 leaders jeunes, en tant qu'acteurs humanitaires, ont contribué à la sensibilisation de la population en général, et de leurs pairs en particulier, sur l'utilisation des services de SR et de SRAJ gratuits et de qualité. Par ailleurs, plus de 1050 jeunes issus des sites d'hébergement ont bénéficié des kits de « dignité » pour jeunes, afin de satisfaire leurs besoins en matière d'hygiène et d'informations, de prévenir les grossesses non désirées et les maladies sexuellement transmissibles.

L'implication du programme dans les urgences humanitaires est marquée par la mise en place de sous-cluster pour la lutte contre les VBG au niveau national et régional. Ces sous-cluster découlent de l'activation des plateformes régionale et nationale qui ont été mises en place en temps normal afin de renforcer la coordination pour ce volet.

Les plateformes disposent de plans d'action de lutte contre les VBG pour la période normale et humanitaire en se basant sur la stratégie VBG pour coordonner les interventions, mutualisent les données et harmonisent toutes les actions au niveau régional en matière de prévention et de lutte contre les VBG. La plateforme régionale sert notamment d'interface entre les parties prenantes locales et la Plateforme Nationale pour améliorer les flux d'informations sur les VBG. En 2015, l'UNFPA a contribué à la mise en place de 11 plateformes régionales de lutte contre les VBG.

Les sous clusters VBG ont été activés dans les régions de SAVA, Atsimo Andrefana, Androy ainsi qu'au niveau national. Le renforcement des capacités dans la collecte des données sur les VBG a eu lieu grâce à l'appui de 02 data manager basés respectivement à Ambovombe et à Antalaha, la constitution d'une base de données électroniques a été effectuée avec des outils de gestion, pour la compilation des données collectées par les relais communautaires. 30 institutions membres du sub cluster VBG National sont formées sur la prévention et la réponse aux VBG dans les situations humanitaires ; le Mapping des intervenants sous cluster VBG a été rendu disponible, et distribué aux membres ainsi qu'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 bénéficié d'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 (diffusion des spots sur la prévention des viols en situation humanitaire, de la production et de l'utilisation des boîtes à images sur la prévention des viols en situation humanitaire dans la sensibilisation communautaire).

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, ce qui fait que les réunions sont casuelles. 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 sont intervenues ponctuellement jusqu'à la limite de leurs moyens (par exemple, cas de la plateforme de Mananjary lors de l'incendie de 650 maisons en 2017).

La coordination a été renforcée tant au niveau des intervenants en VBG qu'entre les différents clusters humanitaires.

<p><b>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</b></p>	<p>a) Indicateur Effet UNDAF, Indicateurs de résultats de CPAP  b) Indicateur CPAP (produit 3): i) Nombre de points de prestation de service, incluant les centres pour les jeunes, ayant les capacités à offrir aux jeunes des programmes complets de santé sexuelle et reproductive., ii) Pourcentage de districts scolaire mettant en œuvre un programme d'éducation sexuelle conforme aux normes internationales</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CPAP</li> <li>• PTA,</li> <li>• Rapport de revues périodiques</li> <li>• Rapport d'activités</li> <li>• Documents relatifs à la situation d'urgence humanitaire</li> <li>• Modules de formation</li> <li>• Rapport de suivi sur terrains</li> <li>• Rapport de formation</li> <li>• Rapport My results</li> <li>• Documents stratégiques et protocoles relatifs à la SRA et à la santé des jeunes</li> <li>• Programme scolaire</li> <li>• Curriculum d'éducation sexuelle</li> <li>• Rapport de visites sur le terrain</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analyse documentaire</li> <li>• Entretiens avec l'équipe de l'UNFPA et les partenaires d'exécution aux niveaux des districts, régional et central, des formations sanitaires (public et non gouvernemental)</li> <li>• Entretien avec les PTF</li> <li>• Discussions avec les bénéficiaires</li> <li>• Analyse documentaire</li> <li>• Entretiens avec les Responsables au niveau national</li> <li>• Entretien avec des gestionnaires des services de santé et des prestataires à différents niveaux</li> <li>• Entretien avec PTF et ONG</li> <li>• Entretien avec le responsable Jeunes et Adolescents au sein de l'UNFPA</li> <li>• Focus group</li> <li>• Visite des CSB amis des jeunes, Maisons des jeunes, Espaces jeunes</li> <li>• Rencontre avec MJS, MEN</li> </ul>
<p><b>a) Indicateur Effet 3 UNDAF: Pas d'indicateur UNDAF</b>  <b>Indicateurs Résultat 2 CPAP:</b></p> <p><b>Pourcentage des 15-24 ans qui citent correctement les moyens de prévenir la transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses sur la transmission du VIH</b></p> <p><b>Taux de fécondité des adolescentes de 15 à 20 ans</b></p> <p><i>i) Extraits détaillés de la documentation</i></p> <p>« La connaissance et la compréhension du VIH et des IST est très faible chez les jeunes à Madagascar. » Dans l'ensemble, 23% des jeunes filles âgées de 15-24 ans ont une connaissance considérée comme « complète » ou « approfondie » du SIDA. Seuls 5% des jeunes de 15 à 19 ans ont déjà fait le test de dépistage et reçu le résultat. En outre, 56% d'entre elles n'ont</p>			

jamais entendu parler des IST, pourtant la syphilis touche 16% des professionnelles du sexe dans les grandes villes. » (Extrait du Plan d'action du programme pays UNFPA Madagascar 2015-2019)

(Extrait du Plan d'action du programme pays UNFPA Madagascar 2015-2019)

« Sur l'ensemble du pays, il est constaté une fécondité précoce avec un taux de fécondité des adolescentes de 163 ‰ à 15-19ans et une fécondité maximale atteinte dès 20-24ans avec un taux de 231‰ » (Extrait du rapport de l'Enquête nationale de suivi des Objectifs du Millénaire pour le Développement, ENSOMD 2012- 2013).

## *ii) Entretiens*

Selon les entretiens avec les responsables, les dernières informations disponibles par rapport à ces indicateurs dataient de 2012 lors de l'enquête ENSOMD 2012-2013

## *iii) Principaux résultats au niveau de l'indicateur*

Les données sur le Pourcentage des 15-24 ans qui citent correctement les moyens de prévenir la transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses sur la transmission du VIH et le taux de fécondité des adolescentes ne sont malheureusement pas disponibles depuis 2013 faute d'enquête.

## **b) Indicateur CPAP (produit 3):**

**i) Nombre de points de prestation de service, incluant les centres pour les jeunes, ayant les capacités à offrir aux jeunes des programmes complets de santé sexuelle et reproductive**

**ii) Pourcentage de districts scolaire mettant en œuvre un programme d'éducation sexuelle conforme aux normes internationales**

### *Extraits détaillés de la documentation*

L'UNFPA a soutenu les maisons des jeunes existant dans les zones d'intervention grâce à une collaboration intersectorielle et interministérielle pour en faire des centres de conseils et d'animation destinés aux jeunes et adolescents. « Sur le terrain, l'UNFPA travaille en partenariat direct avec le Ministère de la Jeunesse et des Sports pour concrétiser cette amélioration de l'accès des jeunes à l'information, aux produits et aux services de santé sexuelle et reproductive. Ainsi, il a appuyé la mise en place de 22 centres de jeunesse où les jeunes ont accès à des informations, des produits et des services de planification familiale, entre autres services. Ces centres, où sont actuellement inscrits 31 871 jeunes, ont été le cadre de la formation de 280 jeunes pairs éducateurs qui sensibilisent leurs pairs, de la distribution de 6 188 préservatifs et d'une évaluation d'un programme pilote d'éducation sexuelle en vue de sa mise à l'échelle nationale. » (Extrait du Rapport annuel 2017 de l'UNFPA).

Outre 6 maisons des jeunes se trouvant en milieu urbain, des espaces jeunes se trouvant en milieu rural ont été également mis en place pour la première fois à Madagascar par l'UNFPA. Actuellement, Madagascar compte 13 espaces jeunes répartis dans les 3 régions d'intervention. Un de ces espaces jeunes a été inauguré lors du lancement au niveau national du thème de l'année de l'Union africaine sur le Dividende démographique. « Madagascar est le cinquième sur 55 pays en Afrique à lancer le thème de l'Union africaine. L'événement s'est déroulé dans une commune rurale du District de Tsihombe, Région Androy qui est l'une des Régions les plus pauvres du pays et qui fait partie des Régions d'intervention de l'UNFPA à Madagascar. Ce lieu a été particulièrement choisi par le Gouvernement de Madagascar afin de passer un message très fort à la communauté internationale sur son désir de faire la différence là où la population en a le plus besoin dans le but de ne « laisser personne derrière », et ce, dans l'esprit des Objectifs de Développement durable (ODD). Au lancement national du thème annuel de l'Union africaine s'est ajoutée l'inauguration officielle de l'espace jeune de Tsihombe. » (Extrait du rapport du lancement par Madagascar du thème de l'Union africaine pour 2017). Par ailleurs, 2 coins jeunes qui sont des structures de jeunesse intégrées dans les établissements scolaires ont été mis en place.

Selon le rapport semestriel 2018 de l'UNFPA pour l'Effet 2, 19 751 jeunes ont été enregistrés dans les maisons des jeunes et espaces jeunes et ont pu recevoir des informations sur leur

santé sexuelle et reproductive.

### **Entretien :**

Lors des entretiens, les jeunes ont déclaré apprécier le centre car il peut leur offrir les informations fiables dont ils ont besoin, des moyens de loisirs gratuits et aussi l'Internet et la bibliothèque qui leur sont aussi éducatifs. Cependant, les données ont montré que les filles fréquentent moins ces centres par rapport aux garçons. Lors des focus group, les filles ont révélé que les garçons accaparent toujours en premier lieu l'Internet et de plus, les équipements spécifiques pour elles sont insuffisants, comme les matériels de couture et de coiffure. Les jeunes ont aussi trouvé que la plupart des centres sont gérés par des adultes alors que d'après eux, ils doivent être gérés par des jeunes qui maîtrisent mieux leurs besoins. En plus, toujours selon les jeunes, les heures d'ouverture de ces centres devraient être plus souples et en harmonie avec les horaires de leurs autres activités.

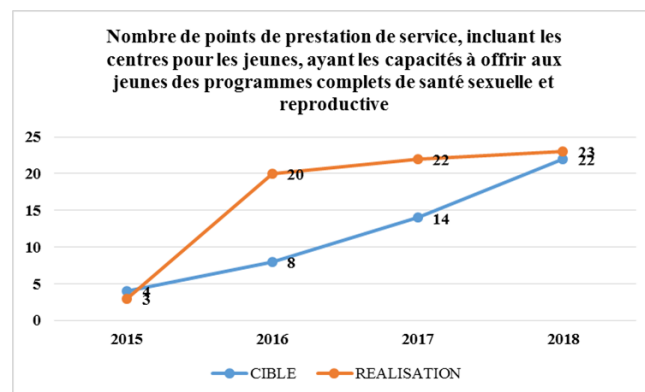
Concernant l'éducation par les pairs, chaque centre pour jeunes dispose des éducateurs pairs qui sont sous contrat avec le Ministère de la Jeunesse et Sport pendant deux années et travaillent comme des bénévoles. En effet, selon le document d'harmonisation de l'éducation par les pairs produit par le MJS, les jeunes pairs éducateurs devraient être sélectionnés sur la base de leur degré d'engagement. Ils sont formés et reçoivent les kits nécessaires et sont sous contrat avec le Ministère de la jeunesse pendant deux années. Toutefois, lors des entretiens, les partenaires ont révélé la déperdition des pairs éducateurs qui constituent environ 75% des pairs éducateurs. Plusieurs raisons ont été avancées : la limite d'âge, la promotion en obtenant un travail rémunéré, le départ pour l'université quand ils obtiennent leur baccalauréat. Les Responsables au niveau régional procèdent alors au recrutement de nouveaux pairs éducateurs et par conséquent à un nouveau renforcement de capacités. Et dans ce cadre, ils rencontrent des difficultés car le renforcement de capacités nécessite un budget. Par exemple, une formation des formateurs s'est tenue au mois de mars 2018 avec l'appui du niveau central. Cependant, la formation des jeunes pairs éducateurs par les formateurs locaux à Tuléar n'a pas pu avoir lieu faute de budget. Par ailleurs, les pairs éducateurs se sont plaints qu'ils n'ont pas les kits nécessaires et qu'ils doivent s'échanger les teeshirts et les laver (cas de la Maison des jeunes à Mananjary). Ils ont aussi révélé que les formations avec des thèmes plus intégrés et des échanges font partie de leurs facteurs de motivation afin d'effectuer des sensibilisations de qualité. En outre, dans le document d'harmonisation de l'approche par les pairs, il a été précisé que les pairs éducateurs sont des bénévoles mais ils peuvent recevoir des frais de déplacements quand ces pairs se déplacent à plus de 5 km. Cependant, les jeunes ont affirmé qu'ils n'ont pas reçu de frais de déplacements. Concernant certains espaces jeunes, les jeunes ont témoigné de l'insuffisance de matériels de loisirs : en fait, dans l'espace jeune Antsenavolo, on a pu constater la disponibilité de seulement un jeu de billards pour les jeunes. D'après les partenaires, le suivi de ces centres est faible et doit être renforcé. Par exemple, le centre d'Andranomafana n'est pas ouvert régulièrement à cause de l'absence du Responsable.

Concernant la référence des jeunes vers les centres de santé, 23 957 ont été référés vers les centres de santé par les structures de jeunesse. Néanmoins, lors des focus groupes les jeunes ont révélé qu'ils n'étaient pas totalement satisfaits de leur prise en charge au niveau de ces centres ; même s'ils ont été référés par leurs pairs, ils doivent toujours attendre avec une longue attente car il y a d'autres consultations ; de plus, les heures d'ouverture ne leur conviennent pas non plus ; les tests pour le dépistage VIH sida ne sont pas disponibles ; enfin, ils doivent payer pour les médicaments soignant les Infections sexuellement transmissibles ( IST) alors qu'ils n'ont pas d'argent car ils se cachent des parents et de la famille. Notons que ces centres ne devraient pas être des centres de santé classiques mais plutôt un établissement de santé à même de mettre à disposition des adolescents et des jeunes des services de qualité, de proposer un ensemble d'informations, de conseils, et répondant aux besoins de tous les adolescents et des jeunes . Ce centre serait aussi capable d'offrir un environnement accueillant avec un prestataire compétent. Lors des focus group, les jeunes ont affirmé qu'ils ne sont pas vraiment impliqués dans l'opérationnalisation de ces centres de santé amis des jeunes.

### **Principaux résultats au niveau de l'indicateur**

Les indicateurs évoluent comme initialement prévus. Si auparavant, les points de prestation de service se trouvaient uniquement en milieu urbain, ils ont été également mis en place en milieu rural pour ne laisser aucun jeune de côté. 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.



**Titre du graphique : Evolution du nombre de points de prestation de service, incluant les centres pour les jeunes ayant les capacités d'offrir aux jeunes des programmes complets de santé sexuelle et reproductive**

Concernant la référence des jeunes vers les centres de santé, 23 957 ont été référés vers les centres de santé par les structures de jeunesse.

Un mécanisme de sensibilisation a été mis en place par le programme d'éducation par les pairs. En effet, 20 jeunes pairs éducateurs par maison des jeunes et 10 par espace jeunes ont été mis en place et formés pour sensibiliser leurs pairs en matière de Santé de la Reproduction des adolescents et des jeunes (SRAJ). De plus, ils ont été dotés de kits (teeshirt, casquette, sacs .....) et d'outils de gestion. Ils réfèrent ensuite les jeunes vers les centres de Santé amis des jeunes (CSAJ) pour une prise en charge médicale répondant aux besoins des adolescents et des jeunes. Ces centres amis des jeunes ont également été appuyés par l'UNFPA dans les 3 régions d'interventions et dans la région Analamanga. Une convention a été signée entre le Ministère de la Santé et le Ministère de la Jeunesse et sport relative à la venue d'un paramédical dans les

maisons des jeunes une fois par semaine, chaque mercredi pour fournir des informations et conseils aux adolescents et aux jeunes. Spécifiquement, la maison des jeunes d'Ambovombe dispose d'un coin santé tenu par un paramédical.

Par ailleurs, depuis 2016, des réseaux ont été opérationnalisés avec l'appui de l'UNFPA. Il s'agit : (i) du réseau de jeunes ambassadeurs engagés pour la santé de la Reproduction dénommé « TANORA IRAY » mis en place dans 4 régions et rassemblant 82 jeunes filles et garçons ayant obtenu le Baccalauréat avec mention ; (ii) des réseaux sociaux à travers la page Facebook TANORA GARAN' TEEN existant depuis 2012 ;(iii) du réseau des jeunes qui sensibilisent leurs pairs sur la SRAJ et le TANORA VAO. L'initiative Ecole des parents à Tuléar a aussi permis de former un pool de parents engagés pour sensibiliser leurs pairs sur la SSRAJ.

A cela, il faut ajouter l'appui de l'UNFPA à la réalisation de la journée internationale de la jeunesse chaque année.

Outre les jeunes pairs éducateurs qui sont formés chaque année, en matière de Renforcement de capacités en 2017, l'UNFPA a apporté son appui à la formation d'un pool de formateurs en SSRAJ constitué de 8 ambassadeurs jeunes et 2 responsables du Programme Santé des jeunes et à la formation des jeunes du international Youth Alliance for Family Planning (IYAFP) en planification familiale. De même, le réseau africain des jeunes sur la population et le développement (AfriYan) Madagascar a été opérationnalisé.

Des supports et outils IEC/CCC, brochures, affiches, jeunes, livres sur les différents thématiques ont été produits et disséminés.

De façon globale, plus de 92 000 jeunes en milieu scolaire et extrascolaire ont été sensibilisés sur la Santé Sexuelle et Reproductive des Adolescents pendant le 7<sup>ème</sup> programme. Dans les régions d'intervention du programme, en 2017, le nombre de jeunes enregistrés dans les structures est de 1090 dans la région Atsimo Andrefana, 1931 dans la région Androy et 4011 dans la région Vatovavy Fitovinany.

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. Environ 5000 jeunes ont été sensibilisés par 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 la paix en se basant sur les piliers du Dividende démographique lors de la Journée internationale de la jeunesse à Fianarantsoa. Plus de 3000 jeunes ont eu une connaissance améliorée sur l'hygiène menstruelle. Enfin, 35 émissions radiophoniques ont été réalisées avec des messages clés destinés aux adolescents et jeunes.

De plus, on peut noter la participation effective des jeunes lors de la célébration de la Journée africaine de la Jeunesse ; la réalisation de 14 Focus Group pour l'identification des

problèmes de blocage en matière de SSR tenus qui seront traduits ultérieurement en plan d'action respectif des sites d'intervention pour assurer l'augmentation d'accès des jeunes aux services de santé.

Le mécanisme de remontée des données de réalisation des sites d'intervention a été amélioré à l'issue de la formation de 40 personnes ressources régionales et centrales. Le Système de suivi des réalisations des maisons et espaces jeunes a été amélioré ; l'UNFPA a appuyé le fonctionnement des 3 Directions régionales de la jeunesse et des sports et collecte des données à partir des Espaces jeunes assuré avec la dotation en motos cross. Malheureusement, les partenaires ont avancé que le suivi des centres a été défaillant.

La sensibilisation par les jeunes pairs éducateurs, les ambassadeurs et sur les réseaux sociaux à travers la page Facebook Tanora Garan'Teen a eu un effet positif chez leurs pairs en matière de changement de comportement.

Malgré les stratégies déjà mises en œuvre, la gestion des centres conviviaux pour les adolescents et les jeunes est encore déficiente.

L'accès des jeunes aux services de qualités et aux informations complètes est encore faible à travers :

1. Une gestion déficiente des centres conviviaux pour les adolescents et les jeunes, y compris la gestion des pairs éducateurs ;
2. La faible fréquentation des jeunes filles dans les centres pour les adolescents et les jeunes ;
3. L'insuffisance ou la non implication des jeunes dans la planification, les initiatives, la mise en œuvre et le suivi des interventions en faveur des jeunes ;
4. L'insuffisance des espaces jeunes en milieu rural ;
5. La faible qualité des centres conviviaux et des CSAJ ;
6. Le manque de suivi de proximité des centres conviviaux ;
7. L'insuffisance de la réalisation des groupes de discussions de proximité : des maisons des jeunes vers les fokontany et des fokontany vers les maisons des jeunes ;
8. La non-mise en œuvre des engagements pris par la partie nationale ; et
9. L'absence d'initiatives au niveau régional pour l'opérationnalisation des structures de jeunesse, notamment le renforcement des capacités des jeunes pairs éducateurs, à travers des levées de fonds et des mobilisations de ressources.

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

*Extrait détaillé de la documentation*

Rapports annuels 2015-2016-2017 et 2018 UNFPA, Rapports annuels MJS 2015-2016-2017-2018, Rapports de revue annuelle et semestrielle du programme

Selon tous les rapports mentionnés ci-dessus, le « Pourcentage de districts mettant en œuvre un programme d'éducation sexuelle conforme aux normes internationales » est de 2%.

Rapport de l'atelier de formation des grands formateurs en matière d'éducation sexuelle complète.

Les prochaines étapes seraient de réaliser la formation des éducateurs au niveau des 7 régions qui sera conduite par les grands formateurs et de dispenser le programme d'éducation sexuelle via les enseignants prévus pour la prochaine rentrée scolaire 2018-2019.

« Perspectives : (i) Formation des encadreurs locaux et des enseignants dans les 46 CISCO ciblées, juste après les examens officiels, CEPE et BEPC, (ii) Validation scientifique et nationale des documents relatifs à l'ESC à prévoir ; (iii) Extension progressive de la mise en œuvre de l'ESC dans d'autres Régions ; (iv) Mise à l'échelle nationale par le biais de l'intégration de l'ESC dans le domaine d'études « Education civique et Education à la citoyenneté » prévu par la réforme curriculaire et par le nouveau PSE. » (Extrait du rapport de l'atelier de formation des grands formateurs en matière d'éducation sexuelle complète).

**Entretiens**

S'agissant de l'éducation sexuelle complète, les partenaires ont avancé que le Ministère de l'Education Nationale n'est pas un partenaire de mise en œuvre directe de l'UNFPA.

L'objectif des 40% de districts scolaires mettant en œuvre le Programme d'éducation sexuelle n'a pas été atteint car l'équipe du Ministère de l'Education nationale a adopté une stratégie de mise en œuvre à l'échelle progressive qui consiste à former des grands formateurs qui vont former les éducateurs au niveau de tous les districts scolaires de Madagascar, une fois l'évaluation pour une mise à l'échelle au niveau national réalisée. La stratégie adoptée par le Ministère de l'éducation nationale a en effet priorisé la qualité (du programme) sur la quantité (de districts), d'autant plus que la sexualité est encore un sujet tabou à Madagascar. Ainsi, 66 grands formateurs issus de 7 régions dont Atsimo Andrefana, Androy, Vatovavy Fitovinany, Boeny, Sofia, Menabe, Vakinankaratra ont été formés.

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. De plus, plusieurs documents stratégiques et normes ont été élaborés, mais d'après les partenaires, l'appropriation de la partie nationale à l'application de ces documents est encore faible

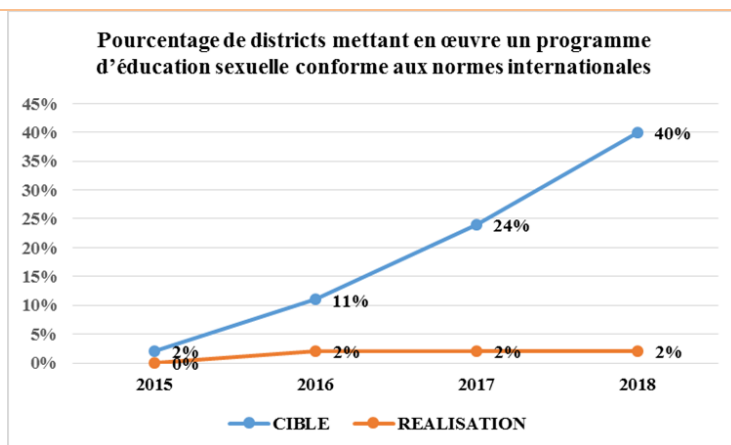
L'UNFPA a soutenu l'intégration d'une éducation sexuelle dans les programmes scolaires. Une expérimentation du programme a été également réalisée au niveau de deux sites pilotes: Atsimo Andrefana et Vatovavy Fitovinany en 2015. Il en est de même pour les missions de suivi effectuées en 2016 et enfin, l'évaluation du programme en 2017. Dans le cadre de la mise en œuvre du Programme d'éducation sexuelle, le cadre d'orientation de l'éducation sexuelle (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 avec les parents concernant le Programme d'Education sexuelle disponible en version malagasy et français ont été élaborés et utilisés.

« 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 le document Cadre d'Orientation de l'Education sexuelle (COES) en 2015 en se basant sur les directives internationales en matière d'ESC et en 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... Partant du COES, un « Programme d'éducation 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, la production d'un document pour les parents a été recommandée. Ce document a pour objectif d'informer les parents 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'Education 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 3000 élèves ont été sensibilisés.

Ladite évaluation a révélé que 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. Un module de formation des grands formateurs en matière d'Education Sexuelle Complète a été élaboré.

## **Résultats**



**Titre du graphique : Evolution du pourcentage de districts mettant en œuvre un programme d'éducation sexuelle conforme aux normes internationales**

Tout au long du programme, les indicateurs n'ont pas atteint les prévisions initiales et ceci est dû au fait que le programme d'éducation sexuelle est mis en œuvre de manière progressive. En effet, après l'expérimentation au niveau des deux sites pilotes, ayant atteint plus de 3 000 élèves, le programme a été évalué pour une mise à l'échelle au niveau national.

L'UNFPA a en effet soutenu l'intégration d'une éducation sexuelle dans les programmes scolaires. Cet appui a commencé par l'expérimentation au niveau de deux sites pilotes: Atsimo Andrefana et V7V en 2015.

A cet effet, le cadre d'orientation de l'éducation sexuelle (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 avec les parents concernant le Programme d'Education sexuelle disponible en version malagasy et français ont été élaborés et utilisés.

Des suivis réguliers ont été effectués en 2016. En 2017, une évaluation de l'expérimentation pour une mise à l'échelle nationale a été réalisée. Les résultats ont été satisfaisants et un début de 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 au niveau des 7 régions qui sera conduite par les grands formateurs et de dispenser le programme d'éducation sexuelle via les enseignants prévus pour la prochaine rentrée scolaire 2018-2019.

L'évaluation de la mise en œuvre du programme 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 3000 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 n'est pas un partenaire direct de mise en œuvre de l'UNFPA.

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 de 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'Education 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'Education nationale bénéficiant de l'appui de l'UNFPA a été renforcée. Le programme a aussi contribué à l'élaboration du plan stratégique national SRA et à l'actualisation des curricula de formation en PF pour les agents de santé.

Un effort a été fourni dans l'amélioration du mécanisme de remontée des données de réalisation en provenance des sites d'intervention à l'issue de la formation de 40 personnes ressources régionales et centrales.

### **Synthèse critère de jugement**

L'accès à des informations et des services amis des jeunes, particulièrement à la formation sur les compétences de vie et de l'éducation sexuelle est amélioré. Pour preuves, le nombre d'espaces jeunes en particulier est passé de 0 en 2015 à 13 en 2018 et les maisons des jeunes sont passées de 4 en 2015 à 6 en 2018. Ces maisons ont été mises en réseau avec les centres de santé amis des jeunes pendant le 7<sup>ème</sup> programme. Un mécanisme de sensibilisation a été mis en place pour 20 éducateurs pairs formés par maison des jeunes dans 10 espaces jeunes pour sensibiliser leurs pairs en matière de Santé de la Reproduction des adolescents et des jeunes. En outre, plusieurs autres réseaux sont mis en place pour garantir l'accès des jeunes aux 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 pendant le 7<sup>ème</sup> 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. Environ 5 000 jeunes ont été sensibilisés par 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 la paix en se basant sur les piliers du Dividende démographique lors de la Journée internationale de la jeunesse à Fianarantsoa. Enfin, plus de 3000 jeunes ont eu une connaissance améliorée sur l'hygiène menstruelle.

Le programme d'éducation sexuelle n'a été mis en œuvre que dans les 2 districts pour une phase d'expérimentation et a fait l'objet d'évaluation avant son extension. La mise à l'échelle nationale progressive a débuté cette année.

<p><b>CJ2.5 : Participation des jeunes dans le processus de consolidation de la paix renforcée</b></p>	<p>a) Indicateur Effet X UNDAF, Indicateurs de résultats de CPAP  b) Indicateur de produit 3 CPAP  c) Nombre de jeunes messagers de la paix qui sont intégrés dans les plateformes communautaires</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CPAP</li> <li>• PTA,</li> <li>• Rapport de revues périodiques</li> <li>• Rapport d'activités</li> <li>• Modules de formation</li> <li>• Rapport de suivi sur terrains</li> <li>• Rapport de formation</li> <li>• Rapport My results</li> <li>• Rapport SFCG</li> <li>• Rapport de visites sur le terrain</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analyse documentaire</li> <li>• Entretiens avec l'équipe de l'UNFPA et les partenaires d'exécution aux niveaux des districts, régional et central, des formations sanitaires (public et non gouvernemental)</li> <li>• Entretien avec les PTF</li> <li>• Discussions avec les bénéficiaires</li> <li>• Analyse documentaire</li> <li>• Entretiens avec les Responsables SFCG</li> <li>• Entretien avec PTF et ONG</li> <li>• Entretien avec le responsable Jeunes et Adolescents au sein de l'UNFPA</li> </ul>
--	---	--	---

**a) Indicateur Effet X UNDAF, Indicateurs de résultats de CPAP,**

**b) Indicateur de produit 3 CPAP**

**Pas d'indicateurs concernant la consolidation de la paix dans UNDAF, dans CPAP**

**Pas d'indicateurs de produits concernant la consolidation de la paix dans CPAP**

**c) Nombre de jeunes messagers de la paix qui sont intégrés dans les plateformes communautaires**

**i) Extraits de documentation**

**Rapport SFCG: Projet d'appui aux mécanismes endogènes pour le dialogue communautaire et à l'amélioration des conditions économiques des populations vulnérables**

**Résumé des réalisations par le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA), en partenariat avec Search for Common Ground (SFCG)**

**Résultat 1 : La cohésion sociale et l'adhésion à la paix de la population sont renforcées à travers la promotion de mécanismes endogènes de dialogue communautaire**

***Produit 1.1 : Les plateformes communautaires, inclusives de concertation et de sensibilisation sur les enjeux socio-économique et culturel de la paix sont fonctionnelles***

***Produit 1.2 : Des messagers de la paix sont opérationnels au niveau de la communauté, des établissements scolaires et des médias***

Principaux résultats :

- *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. 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, à ce jour au nombre de 19, ont été organisées par les communautés, impliquant différents groupes ;*
- *30 conflits ont été réglés au niveau des plateformes communautaires ;*
- *Malgré les barrières culturelles qui leur 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 constitués dans le cadre du projet ont pu sensibiliser 156<sup>17</sup> jeunes, 68<sup>1</sup> femmes et 91<sup>1</sup> hommes dont les connaissances sur la paix ont été améliorées.*

**a) Entretiens**

D'après le partenaire technique, il s'agit d'un nouveau projet auquel la participation des jeunes est palpable car les jeunes se regroupent volontairement pour être des jeunes messagers de la paix qui, par la suite, sensibilisent leurs pairs. On peut avancer qu'ils sont vraiment motivés et veulent s'exprimer dans les plateformes et les différentes réunions communautaires. Ils s'expriment aussi lors des dialogues communautaires et ont vraiment des instances au cours desquelles ils sont libres de donner leurs opinions. Il est à noter que dans la culture locale, les jeunes n'ont généralement pas le droit de s'exprimer devant leurs aînés qui doivent être écoutés. Grâce au projet mis en œuvre par l'UNFPA aux côtés d'autres partenaires, les jeunes s'expriment librement et leurs voix sont écoutées par la communauté. Le projet ne ciblant que huit communes d'intervention, les populations des communes environnantes ont exprimé

<sup>17</sup> Données issues de 5 messagers de la paix de la commune d'Ebelo. Les autres données sont encore en cours de traitement.

leurs besoins de bénéficier également d'un tel appui afin de renforcer la cohésion sociale et instaurer la paix dans la communauté.

b) **Résultats**

Comme résultats obtenus, on peut avancer que :

- 1 500 jeunes et hommes ont pris part aux mécanismes endogènes de réconciliation (Titika) ;
- 51 plans locaux de paix ont été élaborés par les membres des plateformes comprenant des jeunes bénéficiant d'appui;
- 72 messagers de paix dont 21 femmes et 30 jeunes ont été formés.

Synthèse :

La consolidation de la paix est l'un des projets qui a su démontrer son efficacité grâce aux résultats en termes de nombre de jeunes. Ces jeunes qui, volontairement, arrivent à apporter leur pierre à l'édifice de la paix dans la société constituent une marque de réussite du projet. Malheureusement, le projet est encore à ses débuts et l'impact est encore difficile à cerner. Par ailleurs, seules huit communes situées dans deux régions sont touchées par le projet. Il est recommandé d'allouer des ressources supplémentaires pour la poursuite du projet ou encore d'étendre le projet vers d'autres communes et régions de Madagascar où l'insécurité règne.

**CJ2.6 Les institutions nationales, y compris la société civile ont des capacités accrues pour la prévention et la prise en charge des VBG**

a) Indicateur Effet (Effet 2 UNDAF) Effet 3 CPAP : (i) Pourcentage de recommandations de l'examen périodique universel (EPU) acceptées ayant été mises en œuvre (ii) Pourcentage des recommandations convenues de l'Examen périodique universel sur les droits de reproduction mises en œuvre (iii) Proportion de femmes de 15-49 ans qui croient que leur mari ou partenaire a le droit de les battre dans certaines circonstances  
 b) Indicateur CPAP (produit 4): (i) Existence de lois spécifiques contre la violence basée sur le genre, (ii) Nombre de victimes de violence basée sur le genre recevant un soutien psychologique, des soins médicaux ou juridiques,  
 c) Existence et opérationnalisation de plateformes nationale et régionales de lutte contre les VBG  
 d) Nombre d'institutions et d'organisation de la société civile ayant des capacités renforcées sur la prévention et la réponse aux VBG sur la base des protocoles/guides développés, et fournissant des services aux victimes  
 e) Nombre de victimes de VBG et porteuses de

- CPAP
- PTA
- Plan de travail des CECJ
- Documents de contrat entre Ministère de la Population et CECJ
- Documents de programme conjoint
- Rapports trimestriels et annuels
- Guideline et manuel VBG
- Rapport de formation
- Rapport de visites sur le terrain

- Analyse documentaire
- Rencontre avec le personnel de Min Population
- Analyse des protocoles et e guide de prévention et prise en charge de VBG
- Rencontre avec le personnel de CECJ
- Rencontre avec les victimes de VBG
- Rencontre avec les parties prenantes
- Rencontre avec les membres de plateformes de VBG
- Rencontre avec staff de l'UNFPA

fistules réparées bénéficiant ayant bénéficié d'une réinsertion socioéconomique f) Existence de matériels d'information, de messages et d'outils de sensibilisation sur la lutte contre les VBG appropriés (à travers les canaux de communication)est assurée		
--	--	--

**a) Indicateur Effet (Effet 2 UNDAF) Effet 3 CPAP : (i) Pourcentage de recommandations de l'examen périodique universel (EPU) acceptées ayant été mises en œuvre (ii) Pourcentage des recommandations convenues de l'Examen périodique universel sur les droits de reproduction mises en œuvre (iii) Proportion de femmes de 15-49 ans qui croient que leur mari ou partenaire a le droit de les battre dans certaines circonstances**

*i. Extraits détaillés de la documentation*

UNDAF 2015 – 2019« Le SNU a également apporté un soutien substantiel dans la mise en œuvre des recommandations de l'EPU » p16

“ Les appuis du SNU viseront le renforcement du dispositif national de promotion et de protection/réparation des droits humains, y compris le système judiciaire, en particulier envers les populations les plus vulnérables telles que les enfants et les femmes, au regard des recommandations de l'Examen Périodique Universel (EPU), avec une attention particulière sur l'application effective de plusieurs conventions. Le plaidoyer sera intensifié pour une application effective des textes ratifiés par Madagascar, en particulier ceux relatifs à la lutte contre la violence faite aux femmes et aux enfants, notamment en matière de prévention, de protection, de réparation sociale et judiciaire pour les victimes, ainsi que de poursuite effective des auteurs de violences et de traite des personnes ou toute autre forme d'exploitation. Le SNU soutiendra la promotion et la diffusion des droits humains, notamment à travers la sensibilisation des groupes vulnérables, des jeunes et des femmes, ainsi que la lutte contre la discrimination et la stigmatisation par rapport au VIH/sida. Tout ce dispositif sera accompagné par une stratégie et un plan d'actions de communication commun. » p21

Dans la matrice des résultats de l'UNDAF « % des recommandations de l'Examen Périodique Universel (EPU) acceptées ayant été mise en œuvre » est retenu comme indicateur de l'effet 2, avec comme valeur de référence 58% et une valeur cible de 70%

Recommandations de l'EPU 2015 reçues par Madagascar

Lors de l'Examen Périodique Universelle de 2015, 160 recommandations ont été émises dont 46 traitent des droits de la femme, comprenant les droits en matière de santé sexuelle et reproductive.<sup>18</sup>

Rapport ENSOMD 3

« 45,2% des femmes sont d'accord que le mari a le droit de battre sa femme avec au moins une des raisons citées. Cet avis est obtenu auprès de 47,1% de jeunes femmes de 15 à 24 ans contre 42,5% auprès de celles de 45 à 49 ans, 46,8% dans le milieu rural contre 33,5% en capitale, 50,9% sans instruction contre 40,1% parmi celles ayant le niveau secondaire ou plus, et 52,1% parmi les plus pauvres contre 39,7% parmi les plus riches. » p.41

CPAP 2015 – 2019

« Ceci est dû en partie à la forte tolérance de la violence basée sur le genre dans la société malgache (45.2% des femmes et 46.3% des hommes trouvent normal le fait qu'un conjoint bat sa femme) et à la pratique répandue de la loi du silence autour de ce type de violence qui accentue l'impunité des auteurs : 73.5% des victimes de violence physique, 63.9% des victimes

<sup>18</sup> UPR database of recommendations : Recommendations received by Madagascar [https://www.upr-info.org/database/index.php?limit=0&f\\_SUR=102&f\\_SMR=All&order=&orderDir=ASC&orderP=true&f\\_Issue=All&searchReco=&resultMax=300&response=&action\\_type=&session=&SuRRgrp=&SuROrg=&SMRRgrp=&SMROrg=&pledges=RecoOnly](https://www.upr-info.org/database/index.php?limit=0&f_SUR=102&f_SMR=All&order=&orderDir=ASC&orderP=true&f_Issue=All&searchReco=&resultMax=300&response=&action_type=&session=&SuRRgrp=&SuROrg=&SMRRgrp=&SMROrg=&pledges=RecoOnly)

de violence sexuelle, 70% des victimes de violence psychologique et 50% des victimes des violences économiques n'ont jamais tenté de trouver une assistance. » p.8

#### **Entretiens ou autres éléments d'information (focus group, observations)**

Selon le HCDH pour la contribution à la prévention et à la prise en charge des VBG, l'UNFPA a pris la coordination du Groupe Thématique Genre et Droits Humains à partir de 2015. L'approche genre devrait être intégrée dans tous les programmes de chaque agence des NU. Pour cette année 2018, une programmation conjointe pour une mobilisation financière commune a été initiée notamment pour les fonds PBF, mais le financement n'a pas été obtenu. Le leadership de l'Etat est faible en matière de genre, les NU sont en accompagnement, en appui.

Le PNUD rejoint aussi l'idée selon laquelle il faut avoir un projet conjoint pour conjuguer les efforts en équipe. Cela permettra d'obtenir de solides résultats dans le but d'appuyer le pays dans la mise en œuvre de l'amélioration de la situation des droits de l'homme, ce qui constitue l'objectif de l'Examen Périodique Universel (EPU). Un projet sera mis sur pied avec toutes les agences de NU, pour générer des résultats concrets, ayant un rapport avec l'ensemble des agences. Cela renforcera la crédibilité vis-à-vis des donateurs et des partenaires et accordera la latitude nécessaire pour appuyer les ministères, tout en assurant l'existence d'un système de suivi clair pour aboutir à des résultats.

D'après l'UNICEF « les questions de Genre sont sous estimées à Madagascar. Les filles adolescentes sont encore enfants. L'Unicef a une approche complémentaire sur l'éducation et la protection des filles contre les VBG, le mariage précoce (joint program). Toujours dans le cadre de l'amélioration des droits de l'homme, objectif de l'EPU, la mise en place de l'ONU Femme Madagascar est à souhaiter.

Pour les autres agences comme l'OMS, on a retenu que : l'OMS appuie l'approche Genre, participe aux interventions dans le pays qui ont trait à la promotion des droits de la femme, telles que la « Journée de la femme », et participe à l'élaboration du plan conjoint. Le BIT participe à la prise en charge de la réinsertion socioéconomique des femmes : le besoin d'une collaboration avec les ministères (Population, Santé, Travail, Emploi) se fait ressentir pour la réinsertion socioéconomique des femmes. La politique nationale sur la protection sociale devrait être revue, ainsi que la méthode de mise en œuvre. Pour l'alternative de crédit pour les femmes, le modèle de système de crédit avec l'éducation est nécessaire. Une formation en association avec une caution solidaire entre elles (un cycle de crédit d'une certaine durée pour chaque individu) s'avère adaptable au contexte de ces victimes. L'ONUSIDA considère que le partage d'informations est nécessaire à la fois au plan individuel et à tous les plans, lors de la réunion des chefs d'agence, et préconise que ce partage d'informations concerne l'état d'avancement du programme de chaque agence, pour savoir où elle en est, afin de s'adapter au programme et contribuer à une prise en charge, dans le cadre de la thématique Genre plus précisément.

#### **iii) Principaux résultats au niveau de l'indicateur**

Le Plan d'opérationnalisation de la mise en œuvre des recommandations de l'EPU, des Organes de Traités et des Rapporteurs Spéciaux 2015 - 2018 montre que 159 des recommandations de l'EPU sont acceptées par Madagascar et font l'objet d'actions de mise en œuvre. Mais d'après le rapport de progrès de l'UNDAF pour le premier semestre 2018, « l'absence d'un mécanisme de suivi au sein du Ministère de la justice rend la collecte des données/statistiques extrêmement difficile, surtout quand il s'agit des décisions judiciaires et n'a pas permis de renseigner correctement certains indicateurs préconisés. Un appui conjoint pour la mise en place d'un système de suivi-évaluation englobant tous les aspects relatifs aux droits de l'homme qui contribuera à mesurer le niveau de mise en œuvre des recommandations issues des mécanismes de protection des droits de l'homme dont l'EPU est fortement recommandé. ».

L'indicateur relatif à la proportion de femmes de 15-49 ans qui croient que leur mari ou partenaire a le droit de les battre dans certaines circonstances ne peut être renseigné que par une enquête nationale.

Pour mesurer les résultats au niveau des indicateurs d'effet, une analyse du Plan d'opérationnalisation des recommandations de l'EPU montre que 38 sur les 46 recommandations relatives aux droits de la femme, y compris les droits sexuels et reproductifs, font l'objet d'activités qui sont actuellement mises en œuvre.

Indicateur CPAP (produit 4): (i) Existence de lois spécifiques contre la violence basée sur le genre, (ii) Nombre de victimes de violence basée sur le genre recevant un soutien psychologique, des soins médicaux ou juridiques.

#### **i) Extraits détaillés de la documentation**

### Recommandations de l'EPU 2015 reçues par Madagascar

Madagascar a reçu les recommandations ci-dessous relatives à l'amélioration du cadre juridique pour la lutte contre les VBG lors de l'EPU 2015.

« Prendre des mesures juridiques et pratiques concrètes pour lutter contre la violence sexiste et contre les stéréotypes, et pour promouvoir l'égalité des sexes », « Mettre en place un cadre de lutte contre les violences sexistes et permettant de punir les auteurs de tels actes », « Incriminer d'urgence le viol conjugal et renforcer les lois relatives à la traite des êtres humains et leur mise en œuvre », « Adopter prioritairement le projet de loi érigeant le viol conjugal en infraction », « Intensifier les efforts déployés pour ériger en infraction toutes les formes de violence sexuelle à l'égard des femmes et des filles, y compris le viol conjugal » « Combattre la violence à l'égard des femmes et des enfants en appliquant les lois en vigueur et en adoptant des mesures complètes, en visant toutes les formes de violence intrafamiliale », « Renforcer l'action législative et prendre des mesures pour lutter contre la discrimination et la violence à l'égard des femmes » « Adopter une législation et des programmes s'attaquant tout particulièrement à la violence sexiste, y compris le viol conjugal » « L'application de telles mesures passe nécessairement par une nouvelle protection constitutionnelle et législative et par des engagements en faveur de l'éducation et de la santé des filles, des mesures de protection contre la violence, ainsi que des services de protection de l'enfance tenant impérativement compte de la dimension du genre et de l'autonomisation des femmes », « Renforcer la protection juridique des femmes malgaches contre la violence, notamment en incriminant le viol conjugal ».

### Rapport de progrès PTA 2015 du MPPSPF

« On est avancé par rapport aux indicateurs de produit puisqu' on n'a pas prévu d'effectuer l'état des lieux et l'analyse de lacunes existantes ». Ainsi, le « Recueil de textes servant de base à l'élaboration du projet de loi sur la lutte contre les VBG est disponible », et « le Document de stratégie de plaidoyer pour l'adoption du projet de loi sur la lutte contre les VBG est disponible ».

### Rapport de progrès PTA 2016 du MPPSPF

Ce rapport mentionne que la « Version préliminaire du projet de loi sur la lutte contre les VBG validée par le comité de rédaction » est disponible.

### Présentation du MPPSPF pendant la revue annuelle 2017 du Programme

Cette présentation montre qu'« un draft du projet de loi sur les VBG amélioré est disponible »  
L'évolution par année et par zone d'intervention du nombre de victimes de VBG prises en charge se présente comme suit :

Rapport de la revue semestrielle 2018 de l'effet 3  
Dans ce rapport il est stipulé que « L'augmentation constante du nombre de victimes ayant dénoncé des cas de VBG à leur encontre implique la rupture de la culture du silence, l'un des facteurs culturels favorisant la perpétration des actes de violences. »

### Rapport d'évaluation des CECJ en Mai 2018

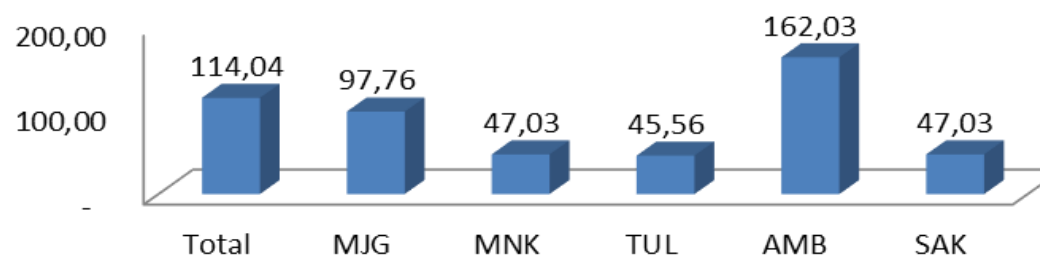
« En termes de statistiques, le nombre de visiteurs des centres et des victimes est passé du simple au double avec une augmentation de 114,04% entre 2015 et 2017, comme le montre la

figure ci-après. Ceci dénote l'efficacité des activités de sensibilisation. »

**Figure 1 : statistique de consultation des CECJ**

Pourtant, cette augmentation n'est pas linéaire pour les 5 centres analysés

### Augmentation de la consultation des centres entre 2015 et 2017



**Figure 2 : statistique de consultation par CECJ**

En effet, cet histogramme montre que même si on a pu constater une nette augmentation dans tous les centres, celles de Manakara, Tuléar et Sakaraha n'atteignent pas les 50%,

contrairement à Ambovombe avec 162,03% et Majunga avec 97,76%.

### ***ii) Autres éléments d'information (entretiens, focus groupe et observation)***

Il ressort des entretiens réalisés que le processus d'élaboration de l'avant-projet de loi a pris du temps. En effet, comme il s'agit d'une loi pénale, plusieurs consultations ont été nécessaires pour avoir l'adhésion et refléter les besoins en matière de protection pour les victimes de leur famille et des témoins et la répression des auteurs afin de mettre fin à la culture d'impunité qui entoure la perpétration des actes de VBG.

Des citations ont été retenues lors des entretiens, discussions et focus group. Des discussions en focus group ont fait ressortir la satisfaction des bénéficiaires par rapport aux services fournis par le CECJ.

Les victimes à Ambovombe, région d'Androy ont déclaré que: « Grâce à l'existence du CECJ, nous avons moins peur des bureaux administratifs, nous pouvons confier nos problèmes sur les violences, nous souhaitons la pérennisation de CECJ ».

« Les gens de CECJ sont gentils et nous comprennent, ils nous prodiguent des conseils et offrent un accompagnement nécessaire et adéquat ». Les focus group conduits avec les victimes de VBG et de FVFO à Mananjary et à Tuléar ont révélé que « même si on fait la queue au CECJ, on est sûr qu'on va nous recevoir le même jour, nous écouter et nous orienter ». Les autres intervenants dont le Fokontany (quartier administratif) et la Police Judiciaire ont déclaré que grâce à la prise en charge des CECJ, les responsables du fokontany et les OPJ constatent un allègement de leur charge de travail.

Les victimes au CECJ de Manakara ont dit que de nombreuses personnes ne connaissent pas l'emplacement exact du CECJ. Ainsi, pour pouvoir y accéder et bénéficier de ses offres de services, les victimes requièrent une meilleure visibilité de la structure.

Les difficultés rencontrées dans l'opérationnalisation des CECJ sont le changement fréquent des intervenants sociaux, la lourdeur du processus de planification et la limite de la zone de couverture. En effet, d'après la DRPPSPF « le CECJ rend de nombreux services à la population, mais que la démission d'un responsable entraîne toujours des difficultés car il leur faut organiser une formation pour les personnes nouvellement recrutées ». Il est ainsi préconisé de « revoir, alléger et accélérer le processus de planification et de contractualisation des CECJ ». Selon un partenaire étatique, « les agents travaillent même sans indemnité entre les 2 périodes de contrat (mois de décembre au mois de février ou début mars) car les gens sont habitués à nos services et y réfèrent les victimes. Nous assurons ainsi le service ».

D'après les responsables auprès du CECJ à Mananjary, « la sensibilisation à la radio encourage les victimes à quitter leur campagne située dans des communes très éloignées pour solliciter de l'aide auprès de nous, pourtant il ne nous est pas possible de les satisfaire car les déplacements pour les visites de suivi sont rendus difficiles de par l'accès aux villages. » En outre, le manque de moyen de transport se fait ressentir (besoin de bicyclette ou moto) pour parvenir au moins dans un rayon de 30 à 50 km aux alentours car les cas de viol sont nombreux à la campagne.

Par ailleurs, le partenaire étatique a mentionné que « la coopération avec l'UNFPA est bonne sur la prise en charge de la VBG surtout en ce qui concerne les filles et les femmes, mais dans le but d'étendre les activités de promotion de genre, la prise en charge de l'éducation des garçons dans les zones Sud se révèle nécessaire pour éviter qu'ils ne deviennent des Dahalo ». La mise à l'échelle de la CECJ est à propos car sa nécessité dans la société malgache est une évidence.

### ***iii) Principaux résultats au niveau des indicateurs du produit 4***

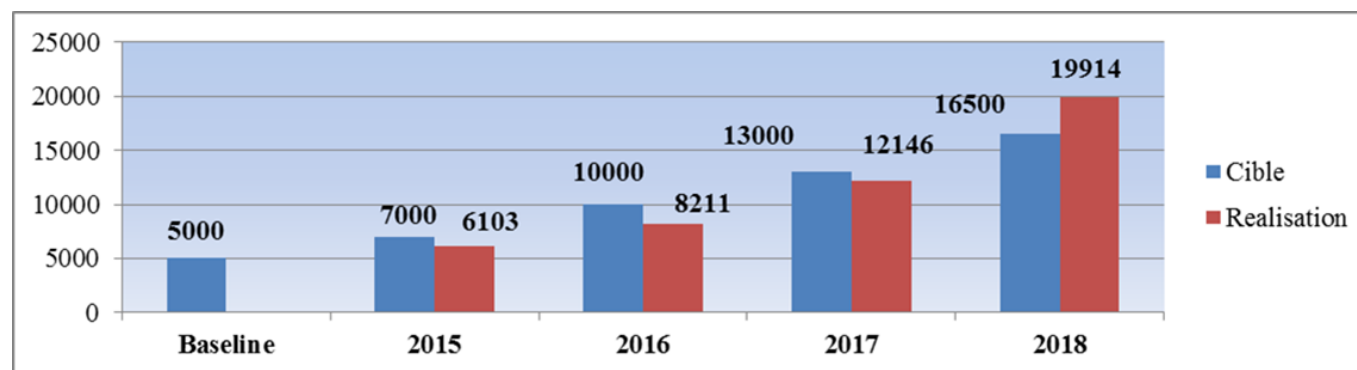
Les rapports de progrès de mise en œuvre des Plans de Travail du MPPSPF montrent qu'au début du 7<sup>ème</sup> programme, l'UNFPA a appuyé le processus d'élaboration d'un projet de loi spécifique contre les VBG par le recrutement d'un consultant chargé de faire l'analyse des textes législatifs et réglementaires existants et d'établir un document de plaidoyer en vue de l'adoption dudit projet de loi. Ainsi, un état des lieux des textes existants, comprenant un recueil de textes sur les VBG et l'analyse des lacunes, et un document plaidoyer ont été rendus disponibles. De 2016 à 2017, des consultations nationales et régionales pour la préparation des projets de lois ont été réalisées, aboutissant au développement d'une version préliminaire de l'avant-projet de loi sur la lutte contre les VBG. Au début de l'année 2018, un atelier de consolidation a été organisé pour collecter les dernières recommandations avant la consolidation de l'avant-projet de loi spécifique sur la lutte contre les VBG.



Deux comités de rédaction multisectorielle ont été mis en place dont un comité restreint composé des techniciens des ministères clés dont le MPPSPF, le MinSanP, le MSJ, le MinJus, le SEG, le Ministère de la Sécurité Publique, un représentant des ONG travaillant dans la lutte contre les VBG et l'ordre des avocats, un comité élargi composé du comité restreint, les représentants des ONG travaillant dans le domaine de la SR, les autres ministères travaillant dans la lutte contre les VBG (éducation, tourisme, agriculture, ..) et des représentants des parlementaires. Les réunions de ces comités ont été supportées par l'UNFPA.

Avec l'appui de l'UNFPA, le MPPSPF a mis en œuvre la Stratégie Nationale de Lutte Contre les VBG et son plan d'action quinquennal 2017-2021, un document cadre permettant d'orienter et de coordonner toutes les interventions en matière de lutte contre les VBG, y compris dans les situations humanitaires. Cette Stratégie a comme objectif de mettre à la disposition des acteurs un document de référence pour conduire les actions de prévention et de réponse aux VBG d'une manière coordonnée et efficace.

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 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. Même si la cible n'est pas encore atteinte, les procédures évoluent vers l'adoption de ces lois spécifiques contre la VBG. Et un plaidoyer plus poussé est à recommander pour l'avancement de l'adoption de la loi spécifique. Les prochaines étapes seront (i) la discussion du projet de loi au sein de la Commission de Réforme du Système Pénal, (ii) la Soumission du projet de loi en conseil de gouvernement et conseil de ministres ; (iii) la présentation et l'examen du projet de loi auprès des 2 commissions parlementaires : genre et juridique ; (iv) la Discussion et le débat du projet de loi au cours des séances plénières de deux chambres (v) la soumission du projet de loi auprès de la Haute Cour Constitutionnelle (HCC) (vi) la soumission du projet de loi au Président de la République ; (vii) l'insertion du projet de loi dans le Journal Officiel de la République de Madagascar. La cible pour les victimes de VBG recevant un soutien psychosocial n'a pas été atteinte jusqu'en 2017 (cf. graphique) Mais en 2018, grâce à l'intensification des sensibilisations menées pour rompre la culture du silence entourant les VBG, et à l'accroissement du nombre de services de prise en charge appuyés ainsi qu'à l'amélioration de la référence entre les services de prise en charge, la cible est largement dépassée, en passant de 16.500 à 19.914.



**Figure 3 : Evolution annuelle cumulative du nombre de victimes de VBG recevant un soutien psychosocial (psychologique), des soins médicaux ou juridique dans les zones ciblées**

**a) Existence et opérationnalisation de plateformes nationale et régionales de lutte contre les VBG**

**i) Extraits détaillés de la documentation**

Rapport de progrès du PTA 2015 du MPPSPF

« Une stratégie nationale de lutte contre les VBG validée et utilisée par les Plateformes de lutte contre les VBG comme document de référence ; Trois plateformes régionales mises en place et disposant de plans d'action de lutte contre les VBG en période normale et humanitaire se basant sur la stratégie VBG ».

### Plan régional Vatovavy Fitovinany 2017 -2018

« Le maintien de l'opérationnalité de la plateforme de coordination de lutte contre la violence basée sur le genre dans la région dont le rôle est d'une importance cruciale dans un contexte où les us et coutumes de la population locale découragent les victimes à fréquenter les CECJ. »

### Rapport de l'effet 3 pour la revue semestrielle 2018

« Au cours du premier semestre, le MPPSPF a procédé à la redynamisation des 6 plateformes de lutte contre les VBG au niveau régionale dans les régions Androy, Atsimo Andrefana et dans les districts de Tsihombe, Beloha, Sakaraha et Betioky. Cette initiative a permis de renforcer les engagements et les capacités de 90 acteurs étatiques et non étatiques (Police, gendarme, santé, associations et ONG diverses) à prévenir et répondre aux VBG ainsi que la mise en place d'un cadre de collaboration entre les différents services impliqués dans la prise en charge des victimes de VBG. »

### Décret 2013 – 161 portant institution des plateformes de lutte contre les VBG

« Article 4 - La Plateforme Nationale de Lutte contre la Violence Basée sur le Genre a pour attributions de :

- Développer et promouvoir la lutte contre la Violence Basée sur le Genre ;
- Protéger les citoyens et faire respecter les droits humains en particulier ceux de la femme, par la prise de mesures positives pour faciliter l'exercice des droits fondamentaux ;
- Veiller à la mise en conformité des activités par rapport aux lois et conventions ratifiées par Madagascar ;
- Compiler et analyser les données recueillies au niveau régional ;
- Appuyer les Plateformes régionales aux interventions spécifiques ;
- Fournir aux décideurs des informations fiables sur l'état des lieux en matière de Violence Basée sur le Genre ;
- Donner aux Plateformes Régionales les informations et les directives leur permettant d'élaborer et d'exécuter leur plan d'action ;
- Assurer le suivi et à l'évaluation des actions menées au niveau des Régions ;
- Etablir un rapport annuel sur les activités menées »

« Article 25 - Les Plateformes Régionales de Lutte contre la Violence Basée sur le Genre ont pour attributions de :

- Mener des actions de plaidoyer pour l'intégration de la dimension genre, de la lutte contre les Violence Basée sur le Genre dans tous les documents stratégiques au niveau régional et communal et pour la mobilisation des ressources ;
- Contribuer à la mise en réseau de tous les intervenants au niveau régional et national afin de donner des réponses efficaces et harmonisées ;
- Former et renforcer les capacités des acteurs sur la lutte contre les Violence Basée sur le Genre ;
- Collecter, traiter et analyser les données sur les Violence Basée sur le Genre au niveau local ;
- Compiler les données sur les Violence Basées sur le Genre au niveau local et les transmettre au niveau national ;
- Servir d'interface entre les parties prenantes locales et la Plateforme Nationale pour améliorer les flux d'informations sur les Violence Basée sur le Genre ;
- Effectuer des rapports périodiques de leurs réalisations aux instances régionales et à la Plateforme Nationale ;
- Mener des actions de suivi et d'évaluation. »

### Entretiens ou autres éléments d'information (focus group, observations)

Des contraintes ont été constatées et freinent l'effectivité des plateformes régionales. L'entretien avec les membres locaux et l'observation des fiches de données multisectorielles qui sont partiellement remplies reflètent les difficultés d'ordres technique, organisationnel et financier des quelques plateformes régionales observées lors de la descente sur le terrain. La

plateforme de Mananjary a ainsi fait des interventions ponctuelles jusqu'à la limite de ses moyens. (Exemple : celle de Mananjary lors de l'incendie des 650 maisons en 2017).

Selon la présidente de la plateforme de Mananjary « On travaille pour promouvoir la lutte contre les VBG, mais nos efforts sont limités malgré nos convictions par défaut de ressources financières et matérielles. Nous voulons tenir des réunions mais nous n'avons pas de bureau. Les rencontres sont irrégulières et se tiennent tous les 2 ou 3 mois ».

### iii) **Principaux résultats au niveau de l'indicateur**

Avec l'appui de l'UNFPA, le MPPSPF a développé, adopté et mis en œuvre la Stratégie Nationale de Lutte contre les VBG et son plan d'action quinquennal 2017-2021. C'est un document cadre qui permet d'orienter et de coordonner toutes les interventions en matière de lutte contre les VBG, y compris dans les situations humanitaires.

Pour renforcer la coordination, les plateformes de lutte contre les VBG ont été mises en place. L'UNFPA a contribué à la mise en place de la plateforme au niveau national, et de 5 plateformes régionales et 11 plateformes de district de lutte contre les VBG. Ces Plateformes disposent de plans d'action de lutte contre les VBG, en périodes normale et humanitaire et se basent sur la stratégie nationale de VBG. Elles ont pour missions de coordonner les interventions, d'harmoniser toutes les actions de prévention et de réponse au VBG et de mutualiser les données. La plateforme régionale est notamment l'interface entre les parties prenantes locales et la Plateforme Nationale pour améliorer les flux d'informations sur les VBG. Les membres des plateformes sont déployés dans les sites des sinistrés en cas de crise humanitaire. Si les membres de la Plateforme nationale sont composés de tous les départements ministériels, au niveau régional, l'adhésion au sein de la plateforme est ouverte à tout organisme public ou privé, œuvrant dans le domaine de la VBG ayant son siège dans chaque région concernée.

La mise en œuvre de la stratégie nationale de lutte contre les VBG est confiée aux plateformes régionales, mais les plateformes mises en place sont peu opérationnelles car elles tiennent des réunions qu'occasionnellement. L'adhésion des partenaires est insuffisante. Le système d'information et de suivi et évaluation multisectorielle des interventions en VBG comprenant une base de données n'est pas tout à fait opérationnel.

Des avancées ont été constatées pour institutionnaliser la coordination de la lutte contre les VBG à travers l'établissement de la stratégie nationale de lutte contre les VBG et les plateformes, mais la coordination nécessite d'être améliorée pour rendre effective la prévention et les réponses aux VBG à Madagascar.

Pour renforcer la coordination, l'opérationnalisation des plateformes a été développée. En 2015, l'UNFPA a contribué à la mise en place de 11 plateformes régionales de lutte contre les VBG. Ils disposent de plans d'action de lutte contre les VBG, en périodes normale et humanitaire se basant sur la stratégie VBG pour coordonner les interventions, mutualisent les données et harmonisent toutes les actions au niveau régional en matière de prévention et de lutte contre les VBG. La plateforme régionale a servi d'interface entre les parties prenantes locales et la Plateforme Nationale pour améliorer les flux d'informations sur les VBG. Les membres des plateformes sont déployés dans les sites des sinistrés en cas de crise humanitaire. Le sous cluster VBG intervient en période de crise humanitaire à travers les plateformes de lutte contre les VBG.

Les membres de la Plateforme nationale sont composés de tous les départements ministériels, au niveau régional, l'adhésion au sein de la plateforme est ouverte à tout organisme public ou privé, œuvrant dans le domaine de la VBG ayant son siège dans chaque région concernée. Ainsi, la mise en œuvre de la stratégie nationale de lutte contre les VBG est confiée aux plateformes régionales, mais les plateformes mises en place sont peu opérationnelles. L'adhésion des partenaires est insuffisante. Le système d'information et de suivi et évaluation multisectorielle des interventions en VBG comprenant une base de données intégrées n'est pas tout à fait très opérationnel tant que les plateformes qui vont les mener ne sont pas encore aptes à intervenir. Des contraintes sont rencontrées lors de la mise en œuvre de certaines plateformes à cause l'inexistence de bureau et l'insuffisance des matériels, d'où les réunions sont occasionnelles.

*Les capacités des institutions nationales et société civile renforcées pour la prévention et prise en charge de violence*

e) Indicateur : Nombre d'institutions et d'organisations de la société civile ayant des capacités renforcées sur la prévention et la réponse aux VBG sur la base des protocoles/guides développés, et fournissant des services aux victimes

**Extraits détaillés de la documentation**

Les documents suivants prévoient le renforcement des capacités des intervenants pour la prévention et les réponses aux VBG.

### Stratégie Nationale de Lutte contre les VBG

« Axe 2 : Réponses juridique, médicale et sociale

OS1 : Accroître le nombre des services de prise en charge des victimes de VBG.

Le nombre des centres d'écoute et de conseil juridique (CECJ) existants reste insuffisant pour couvrir les besoins du pays en termes de prise en charge des victimes. Par conséquent, une extension des activités vers d'autres régions et districts est primordiale pour faire face à la recrudescence des violences. Stratégie : Extension des structures de prise en charge psychosociale des victimes de VBG.

OS2 : Assurer le renforcement des capacités des structures de prise en charge intégrée (juridique, médicale, psychosociale). Trois stratégies doivent être mises en œuvre pour atteindre cet objectif.

Stratégie 1 : Promotion de la prise en charge juridique des victimes de VBG ;

Stratégie 2 : Promotion de la prise en charge médicale des victimes de VBG ;

Stratégie 3 : Promotion de la prise en charge psychosociale des victimes de VBG.

Le professionnalisme dans l'opérationnalisation des structures d'accueil pour la prise en charge psychosociale, médicale et juridique est l'une des conditions sine qua non de la mise en œuvre de la SNLCVBG. Des formations sur la lutte contre les VBG sont prévues à l'endroit des enseignants des Écoles de la police et de la Gendarmerie et des Écoles de médecine, pour une compréhension commune de l'approche genre. »

Plan d'Action Régional Atsimo Andrefana 2015-2016 : « Stratégie 4.4 Renforcement des capacités, de la supervision et du suivi des prestataires de service à fournir des soins médicaux et psychosociaux ainsi que des conseils juridiques.

- Activité P4S4A90A03 Former 60 intervenants sociaux et 4 para juristes en prise en charge psychosociale et en accompagnement médical, médiation familiale/communautaire, et en prise en charge juridique.
- Activité P4S4A90A03 Former 24 policiers/gendarmes à Toliara I, 12 policiers/gendarmes à Sakaraha sur l'accueil humanisé et la prise en charge des cas de VBG »

### Plan d'action Régional Vatovavy Fitovinany 2015-2016

« Stratégie 4.4 Renforcement des capacités, de la supervision et du suivi des prestataires de services à fournir des soins médicaux et psychosociaux, ainsi que des conseils juridiques.

Former les intervenants (8 intervenants sociaux à raison de 4 par service, 4 para juristes, 56 relais communautaires à raison de 2/commune, 36 prestataires de santé, 36 policiers et gendarmes pour 3 postes de police et 9 postes de gendarmerie) pour la prise en charge intégrée des VBG »

Plan d'Action Régional Vatovavy Fitovinany 2018-2019 (page 25) Renforcer les capacités des gestionnaires et des prestataires de service de lutte contre les VBG, y compris à travers l'organisation de voyages d'études entre CECJ et la formation sur le Dispositif Minimum d'Urgence pour les situations humanitaires.

- Former les IS des CECJ et les personnels DRPPSPF en prise en charge psychosociale et gestion des cas, collecte et traitement des données, utilisation de la fiche des données multisectorielles
- Former les acteurs en VBG sur la Gestion Axée sur les Résultats et l'intégration du genre dans la planification régionale
- Renforcer les capacités des acteurs en VBG (membres du sous cluster) sur le standard minimum d'intervention pour la prévention et les réponses aux VBG en situation humanitaire

- Organiser des échanges d'expériences entre CECJ et les personnels du DRPPSPF sur la prise en charge des VBG et gestion de centre avec les autres régions
- Accélérer la mise en place et l'opérationnalisation des groupes d'hommes tout en encourageant la participation des jeunes et des leaders traditionnels dans la lutte contre les VBG et encourager la participation des jeunes filles dans la promotion de la culture de la paix
- Développer des partenariats avec les OSC/ONG pour soutenir les activités de sensibilisations des groupes d'hommes (garçons, notables, leaders traditionnelle) en vue de la prévention de VBG du mariage précoce et de la grossesse précoce dans les 6 districts pour la promotion des droits en santé de la reproduction
- Organiser des séances d'information à l'endroit des associations de jeunes filles sur la culture de la paix
- Autres éléments d'information (entretiens, focus groupe et observations)

#### Extraits des présentations de l'effet 3 pendant la revue annuelle 2015

« 150 exemplaires du guide de prise en charge psychosociales des victimes de VBG disponibles , un pool de 22 formateurs issus des CECJ, des DRPPSPF, de la Gendarmerie nationale, et de la police nationale ayant de capacités accrues en matière de traitement des cas de VBG selon l'approche psychosociale, 54 Intervenants sociaux, 09 Officiers de Police Judiciaire et 04 Professionnels de santé ayant de compétences accrues en matière de traitement de cas de VBG selon l'approche psychosociale dans 04 zones d'intervention, 29 agents de santé ayant accru leurs capacités à prendre en charge les violences sexuelles (VV7V) » « 01 moto, 03 ordinateurs de bureau, 03 imprimantes mis à disposition des DRPPSPF »

#### Extrait des présentations de l'effet 3 pendant la revue annuelle 2016

« 60 intervenants sociaux des DRPPSPF et des CECJ des régions Atsimo Andrefana, VV7V et Androy ayant des compétences accrues en matière de collecte et traitement des données de routine sur les VBG »

#### Extrait des présentations durant la revue annuelle 2017

« Dotation en mobiliers et en matériels informatiques pour les OPJ (*PMPM, Brigade de Section Recherche Criminelle*), formation sur le traitement des données des VBG pour les OPJ ; 34 participants ont reçu un renforcement de capacité en prise en charge psychosociale ; Base de données de VBG disponible au niveau des OPJ, 39 participants ayant reçu un renforcement de capacité sur la dynamisation du système d'information et de suivi évaluation multisectoriel »

#### *ii. Mettre des citations retenues pendant les entretiens*

Selon un membre de cellule de veille a Ambovombe région d'Androy : « Les formations nous ont bien aidées à accomplir notre tâche pour la sensibilisation dans le cadre de la lutte contre les VBG », et selon les acteurs locaux: « on a pu expliquer correctement à la population la raison d'être de CECJ, et on avait des stratégies de communication pour convaincre les gens d'aller au CECJ en cas de nécessité, grâce à la formation et aux renforcements de capacités obtenus ».

Un membre du personnel du CECJ de Manakara a reconnu que c'est: « Grâce aux renforcements de capacités sur la prévention et la réponse aux VBG sur la base des protocoles/guides que nous pouvons fournir des services aux victimes, une formation a été donnée à Antsirabe pour les personnels responsables de CECJ ».

Selon le PNUD, une bonne collaboration est mise en évidence entre CECJ et TranoArozo, dont les activités se complètent. Dans certains centres comme à Toliara et Manakara, ils sont situés dans un même bâtiment rendant plus facile la collaboration.

#### (ii) Entretien

Selon un partenaire étatique, « la mise à l'échelle des CECJ est réalisable par le MPPSPF, des CECJ sont opérationnels auprès de la DRPPSPF Vakinankaratra et Atsinanana sans le support de l'UNFPA. C'est le personnel des DRPPSPF qui fournit les services dans ces CECJ ». Et d'après un partenaire étatique dans la région Vatovavy Fitovinany, « les ressources humaines CECJ interviennent sous forme de bénévolat et reçoivent des indemnités symboliques payables tous les mois. Cette situation suscite une certaine démotivation et démission au

cas où elles trouvent de boulots plus intéressants ». Et selon un membre d'ONG Ambovombe, « certains CECJ ont mis en place des structures relais qui assurent également la veille au niveau des fokontany, c'est-à-dire les cellules de veille pour pérenniser les actions de sensibilisation ».

### *(iii) Résultats de l'indicateur*

#### *1/ Résultats au niveau des CECJ*

Le CECJ est un des dispositifs mis en place par le MPPSPF pour lutter contre les VBG. Il est supporté par l'UNFPA. Cependant, ces structures ne figurent pas dans l'organigramme et ne disposent pas d'existence juridique propre, raison pour laquelle les activités sont planifiées et exécutées sous tutelle du MPPSPF. Il est géré par une institution juridiquement indépendante, une Association de Défense des Droits Humains (ADDH). Il a pour mission la prise en charge d'une victime de VBG et sa famille.

8 CECJ sont opérationnels pour assurer les activités de prévention et de réponse aux VBG dans les zones d'intervention du programme. 7 personnels assurent le travail au niveau de chaque CECJ sous la coordination d'un coordonnateur et avec l'appui d'un responsable administratif et financier. Sur le plan technique, les intervenants sociaux et le juriste assurent (i) la prise en charge psychosociale et juridique ; (ii) la référence et l'accompagnement médicaux ; (iii) l'accompagnement judiciaire ; (iv) la médiation familiale et communautaire ; (v) la collecte des données et le suivi de cas ; (vi) la sensibilisation de la population et la vulgarisation des droits humains. Ces personnels sont techniquement appuyés par 3 consultants spécialistes en droits humains recrutés par l'UNFPA.

Les CECJ offrent des services gratuits et prennent en charge les frais des premiers soins médicaux des victimes et les frais de dossier au niveau des instances judiciaires qu'ils accompagnent. Plusieurs cas de VBG sont pris en charge au niveau des CECJ tels que i) la violence économique incluant la non contribution aux charges du ménage, le non accès aux ressources comme les biens immobiliers, la répartition inégale des biens lors de séparation, la confiscation des revenus, l'interdiction d'aller à l'école, l'interdiction d'aller travailler ; ii) la violence sexuelle incluant le viol, la tentative de viol, l'attouchement non désiré, le harcèlement sexuel, l'inceste, la prostitution forcée, les pratiques sexuelles non désirées, le mariage précoce et forcé ; iii) la violence physique constituée par les coups et blessures volontaires/involontaires, l'étranglement, les gifles, la bousculade, la brûlure, la morsure etc. ; iv) la violence psychologique dont l'injure, l'insulte, la menace, l'intimidation, l'humiliation, le chantage, l'isolement forcé, la séquestration, le harcèlement psychologique, la privation de sortie, l'adultère et même l'interdiction de l'utilisation de contraception. Le paquet de services offerts aux victimes comprend : l'écoute et conseils aux fins d'appui psychosocial, la référence/orientation médicale et judiciaire, l'accompagnement des victimes vers les formations sanitaires ou les services de la police judiciaire et du tribunal, la médiation familiale et la réinsertion socio-économique pour les victimes les plus vulnérables.

Les capacités des personnels des CECJ ont été renforcées sur le plan technique, notamment en matière d'appui psychosocial et de counseling grâce à l'application du guide de prise en charge des victimes des VBG développé par le MPPSPF, l'appui technique des consultants spécialistes en droits humains et la collaboration avec les autres services de prise en charge. Les CECJ travaillent étroitement et gardent une bonne relation avec (i) les formations sanitaires qui assurent le soin médical des victimes ainsi que la délivrance des documents médico légaux (ii) les Officiers de Police Judiciaire qui accompagnent les victimes voulant ester son cas en justice (iii) les tribunaux qui traitent et jugent les affaires en considérant les interventions déjà réalisées au niveau des CECJ (iv) les Fokotany qui jouent des rôles importants au niveau communautaire aussi bien dans l'accompagnement que dans la sensibilisation (v) les membres des cellules de veille qui sont appelés à signaler les cas de VBG dans leur quartier respectif.

Afin d'assurer une bonne gestion des informations sur les cas traités, un outil de collecte et de traitement des données sur les VBG est également conçu et mis à disposition du personnel des CECJ. L'appui du programme est complété par la mise à disposition d'équipement nécessaire à la bonne marche des activités des CECJ tels que les matériels informatique et bureautique et des générateurs solaires. Malgré cela, la gestion de la base des données et la qualité des données de quelques centres ne sont pas appropriées. Le nombre des anciennes victimes fréquentant le centre n'est pas mentionné dans les données, et cela peut biaiser les statistiques des nouveaux cas. Plusieurs cas de VBG sont pris en charge au niveau des CECJ suite au renforcement des capacités qu'ils ont reçu.

### 3/ Les autres secteurs publics et communautaires

Le nombre de victimes est réparti par type de VBG dans 4 CECJ des trois régions d'interventions visitées lors de la descente sur terrain : Toliara, Ambovombe, Manakara et Mananjary de 2015 à 2017. Pour Mananjary seules les données de 2017 sont disponibles car le CECJ n'a été mis en place qu'en mars 2016. L'observation sur terrain, les réponses des entretiens du focus group ainsi que le recueil sont rapportés, et les résultats sont observés dans les figures a, b, c.

- CECJ de Toliara (Région Atsimo Andrefana)

Le centre est très fréquenté. Les victimes font parfois la queue mais elles sont toutes reçues le même jour. Le nombre de victimes de violence sexuelle était de 2 en 2015 année où le centre a commencé à être fonctionnel. Le nombre a augmenté à 8 en 2016. Le chiffre est redescendu à 2 en 2017, non pas dû au changement de comportement de présumés auteurs mais certainement à cause de la non fréquentation des victimes au centre d'écoute. Des cellules de veille ont été mises en place dans 10 FKT de Tuléar ville en 2016 et à Tuléar banlieue en 2017, de même pour la violence physique, elle a régressé respectivement de 62, 42 et 39 de 2015 à 2017. Le nombre de victimes des autres types de violence fréquentant le centre s'est accru durant le programme. La violence économique est la plus fréquente et évolue en flèche en passant de 181, 257 et 353 respectivement de 2015 à 2017. Une évolution régressive de la violence psychologique a été observée due à la sensibilisation faite via les médias qui s'est avérée efficace, ainsi qu'au niveau de la communauté par les parties prenantes. Par conséquent, les victimes ne cessent d'aller aux CECJ pour réclamer leurs droits.

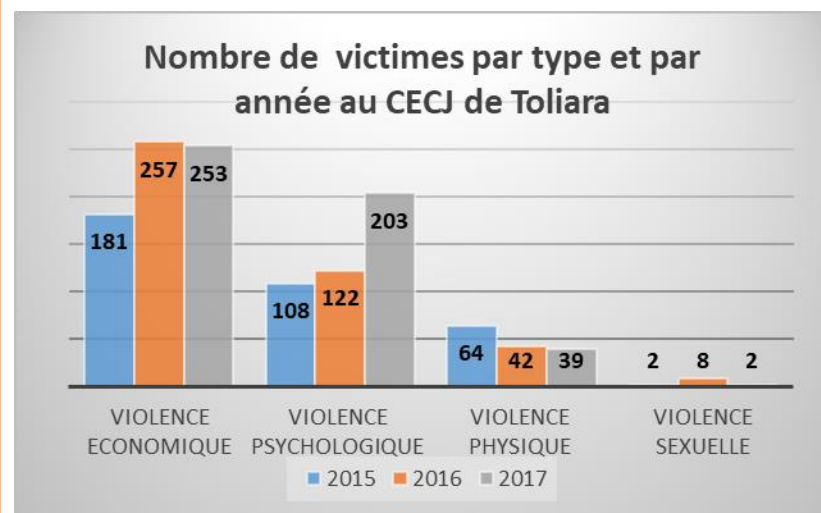
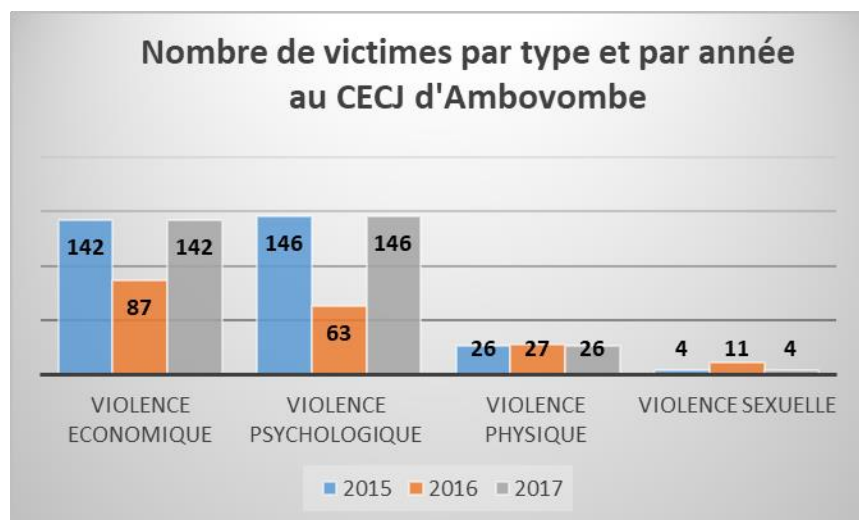


Figure a

- CECJ d'Ambovombe (Région Androy)

Le centre est opérationnel depuis 2009 et il est appuyé par un consultant de l'UNFPA. La violence sexuelle était toujours au plus bas, mais avec le Kere de l'année 2016, qui est une situation humanitaire, elle a presque triplé par rapport au temps normal, en passant de 4 en 2015 à 11 en 2016. Vu le contexte, l'insécurité s'est aussi accrue dans la zone Sud, limitant les descentes des Intervenants sociaux sur terrain au niveau des Fokontany, et rendant impossibles les sensibilisations dans les Fokontany. Par conséquent, les objectifs prévus au niveau du centre ne sont pas atteints, l'effectif des fréquentations des victimes au centre pour les autres types de violence était en baisse.

Par ailleurs, comme les crises humanitaires dont la sécheresse et l'insécurité constituent des facteurs contributeurs à l'apparition des VBG, la majorité de cas de violence enregistrés concerne la violence psychologique et la violence économique, pour l'année 2017. La violence physique est presque stationnaire. Les auteurs des violences morales sont généralement les conjoints des survivants



**Figure b**

CECJ de MANAKARA (Région Vatovavy Fitovinany)

Opérationnel depuis le mois de juillet 2015, le CECJ de Manakara reçoit majoritairement des victimes qui subissent de plus en plus de violence psychologique. L'effet de l'augmentation du coût de la vie a probablement entraîné la situation à avoir un impact dans la vie quotidienne de la population en général et la rendait agressive. La sensibilisation communautaire et l'action des groupes d'hommes ont des impacts sur le comportement et l'attitude des hommes d'où une légère diminution de la violence physique. La violence sexuelle est toujours au taux le plus bas et régresse. Le centre a subi une difficulté avec le changement intensif du personnel au début de l'année 2018, du fait qu'après démission en bloc du personnel, l'association avait des difficultés pour trouver du personnel, normalement issu de l'association.



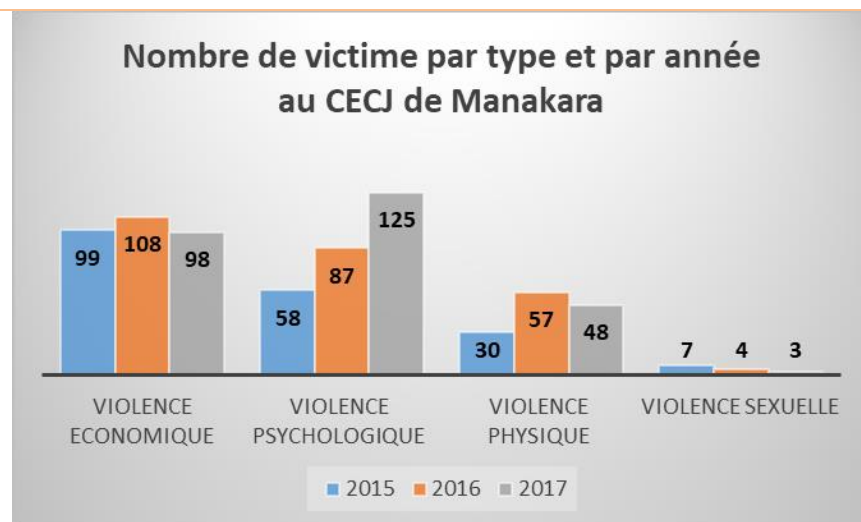


Figure c

- CECJ de MANANJARY (Région Vatovavy Fitovinany)

Le CECJ était mis en place dans la Commune Urbaine de Mananjary en mars 2016. Les intervenants sociaux ont fait la descente sur terrain dans les Fokontany cibles pour effectuer intensément des sensibilisations par VAD sur les mariages des enfants et vulgariser les droits humains liés aux VBG, faire connaître le CECJ en offrant des paquets de services gratuits, faire connaître les différents types de VBG et les droits liés aux VBG, insister auprès des ménages cibles « d’oser briser le silence » et de dénoncer les auteurs en cas de manifestation de violence. Des résultats détaillés pour 2016 ne sont pas encore disponibles, mais ceux de 2017 sont montrés dans la figure suivante :

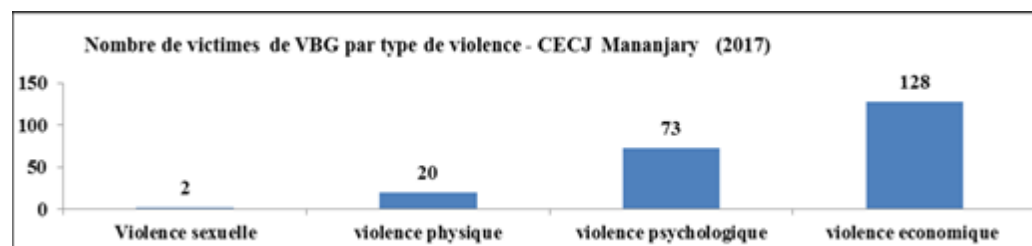


Figure d.

Bien que les CECJ affichent des résultats effectifs par rapport aux nombres de cas traités, des défis institutionnels et techniques sont à surmonter pour améliorer leur performance. Il s’agit de :

- Leur statut juridique : le CECJ n’a pas d’existence juridique propre mais constitue un dispositif au sein du MPPSPF et est géré par une entité juridiquement indépendante que

sont les Associations de Défense des Droits Humains (ADDH). Il n'est pas ainsi pérenne institutionnellement car il dépend des orientations politiques du MPPSPF. De plus, c'est une ONG et non une Association qui est apte juridiquement à fournir des services au public ;

- La planification des activités : la longueur et la lourdeur du processus de planification retarde considérablement la mise à disposition des fonds qui pénalise la mise en œuvre des activités prévues ; et de
- La gestion des ressources humaines : un changement fréquent des intervenants sociaux est observé à cause du manque de motivation de ces derniers. Les intervenants sociaux sont recrutés sur la base d'un volontariat parmi les membres de l'ADDH. Ainsi, ils perçoivent une indemnité et non un salaire sur la base d'un travail de 2 jours par semaine.

#### *Résultats au niveau des autres institutions, associations et ONG*

Avec l'appui de l'UNFPA, les services impliqués dans la prise en charge des VBG ont vu leurs capacités institutionnelles renforcées grâce à la mise à leur disposition des guides/protocoles de prise en charge des victimes et d'outils de gestion des informations sur les VBG (collecte des données) et de matériels de bureau et informatiques. Les prestataires de services ont été formés sur l'utilisation/l'application de ces guides. Il s'agit du guide de prise en charge psychosociale (éditée en 150 exemplaires), du protocole de prise en charge médicale des violences sexuelles, et du guide de prise en charge des VBG par la police judiciaire. En 2016, le guide de prise en charge psychosociale a été traduit en Malagasy afin d'en faciliter l'usage par les prestataires.

#### *Formation sur la prise en charge psychosociale*

En 2015, concernant le renforcement des capacités, l'UNFPA a appuyé le MPPSPF dans la création d'un pool de 22 formateurs issus des CECJ, des DRPPSPF, de la Gendarmerie nationale, et de la police nationale en matière de traitement des cas de VBG selon l'approche psychosociale. Ces formateurs ont à leur tour formé 434 intervenants sociaux/agents communautaires, police judiciaire et membres des cellules de veille. La formation des membres des CECJ consistait à maîtriser le cycle de la gestion des cas de VBG. En 2017, le renforcement des capacités s'est traduit par l'organisation de sessions de partage d'expériences entre les 25 responsables des CECJ sur la prise en charge psychosociale afin de renforcer leur appropriation.

#### *Gestion clinique des cas de viol*

93 agents de santé ayant accru leurs capacités à prendre en charge médicalement les violences sexuelles.

#### *Prise en charge judiciaire des victimes de VBG*

A partir de 2016, l'UNFPA était bénéficiaire des Fonds du Secrétaire Général des Nations Unies pour la Consolidation de la Paix à travers le Projet Appui à la Réforme du Secteur de la Sécurité à Madagascar. Les activités du projet tendent vers le renforcement des capacités de la Police Judiciaire à offrir des services de qualité aux victimes de VBG. Dans ce sens, 226 policiers et gendarmes tous grades confondus ont été formés sur la prise en charge des VBG suivant les normes et procédures en vigueur.

#### *Base de données pour collecter et traiter les informations sur les VBG*

Deux bases de données ont été conçues pour améliorer la gestion des informations sur les cas de VBG traités au niveau des CECJ et de la Police Judiciaire. 103 intervenants sociaux aux niveaux des DRPPSPF et des CECJ des régions d'Atsimo Andrefana, Vatovavy Fitovinany, Mahajanga et Androy ont accru leurs compétences en matière de collecte et de traitement de données de routine sur les VBG en 2016. 50 Officiers de Police Judiciaire à Antananarivo et Toliara ont amélioré leurs capacités techniques en matière de gestion des informations sur les VBG.

### *Appui institutionnel aux services de prise en charge des VBG*

En matière d'appui institutionnel, l'apport du programme s'est traduit par la dotation en matériel roulant (voiture et moto), en équipements informatiques (ordinateurs de bureau/portable, imprimantes, appareil photo, caméra), en générateurs solaires, en mobiliers de bureau attribués aux MPPSPF, DRPPSPF, aux CECJ en 2016 et aux unités opérationnelles pilotes de Police et de Gendarmerie Nationale à partir de 2017.

e) Indicateur : Nombre de victimes de VBG et porteuses de fistules réparées bénéficiant d'une réinsertion socioéconomique

#### i. Extraits détaillés de la documentation

La Résolution 69/148 de l'Assemblée Générale des Nations Unies recommande d'intensifier l'action engagée pour en finir avec la fistule obstétricale et fait appel aux Etats membres «de veiller à ce que toutes les femmes et les filles qui ont suivi un traitement contre la fistule, y compris les femmes et les filles oubliées souffrant d'une fistule incurable ou inopérable aient accès, aussi longtemps que nécessaire, à des services de santé et de réinsertion sociale complets et à un suivi attentif, et qu'elles puissent bénéficier de services d'accompagnement, d'une éducation et de services de planification familiale et devenir autonomes sur le plan socioéconomique, notamment en leur proposant des activités de formation professionnelle et des activités génératrices de revenu pour qu'elles puissent surmonter l'abandon et l'exclusion sociale, et, pour atteindre cet objectif, il faudra renforcer l'interaction avec les organisations de la société civile et les programmes d'autonomisation des femmes et des filles».

L'ENSOMD Objectif n°5 page 37 et suite fait mention qu'à Madagascar, plus de 50 000 femmes et de jeunes filles souffrent de la fistule obstétricale et sont en attente de chirurgie réparatrice. Selon les résultats de l'Enquête sur le Suivi des Objectifs du Millénaire pour le Développement 2012/2013, 4000 femmes âgées de 15 à 49 ans sont atteintes de cette maladie invalidante chaque année bien qu'elle soit parfaitement évitable.

Stratégie Nationale de Lutte pour l'Elimination de la Fistule Obstétricale : 3 piliers consistant en la prévention, le traitement et la réinsertion sociale.

#### Stratégie Nationale de Lutte contre les Violences Basées sur le Genre 2017-2021

« Axe 3 Réinsertion socio-économique des survivants de VBG et accompagnement psychosocial des auteurs

Objectif général : Assurer la réinsertion socio-économique des victimes de VBG et l'accompagnement psychosocial des auteurs.

OS1 : Assurer la réinsertion des victimes de VBG et l'accompagnement psychosocial des auteurs.

OS2 : Renforcer la capacité de résilience des survivants de VBG

Stratégie 1 : Amélioration de la situation psychosociale des survivants de VBG ;

Stratégie 2 : Appui à l'autonomisation des survivants de VBG. Cet objectif est centré principalement sur un accompagnement psychologique des survivants et un suivi rapproché des victimes afin de renforcer leurs capacités de résilience face aux violences subies. »

Une réinsertion socio-économique des victimes est préconisée pour réduire les risques de stigmatisation des survivants de VBG. En effet, pour éviter que les femmes victimes ne soient isolées et pour qu'elles demeurent bien intégrées au sein de leur communauté d'origine, elles doivent être encouragées à adhérer à des associations ou à des groupements pour avoir accès à des formations professionnalisante et au crédit. Dans certains cas, et en fonction des organismes partenaires, un appui direct en matières premières et/ou en matériel de production sera fourni par le biais du fonds d'appui aux VBG. Ces stratégies visent à assurer l'autonomisation économique des victimes. En outre, les femmes seront formées à la création et à la gestion d'une activité génératrice de revenu et au marketing. À cet effet, elles bénéficieront d'un encadrement et d'un suivi rapprochés.

Plan d'action Régional Atsimo Andrefana 2015-2016 (page 5, 6)

STRATEGIE 1.4 : prévention, traitement et réinsertion socio-économique des patientes victimes de fistules obstétricales

Activité P1S4A90A08 : Assurer la réinsertion socioéconomique de 150 femmes réparées de fistules obstétricales

Plan d'Action Régional Vatovavy Fitovinany 2015-2016

« Prévention, traitement et réinsertion socio-économique des patientes porteuses de fistules obstétricales, Appuyer la réinsertion socio-économique de 300 femmes réparées de fistules obstétricales »

### ii) Entretien

Selon le chef de service Genre au niveau du MPPSPF, le CECJ est un dispositif du MPPSPF pour lutter contre les VBG. Leur opérationnalisation est l'une des activités très pertinentes suivies par la Direction Générale de la Promotion de la Femme et appuyées par l'UNFPA. Ces structures organisent une mobilisation efficace de la population et une éducation permanente pour le changement de comportement en abandonnant les pratiques néfastes, et œuvrent au renforcement de la sensibilisation des femmes pour qu'elles connaissent leurs droits.

Selon la DRPPSPF, la réinsertion socio-économique des femmes réparées de fistules obstétricales est une stratégie pour faire revenir ces victimes dans la vie normale de la société, et qu'elles soient plus ou moins indépendantes sur le plan économique pour lutter contre la pauvreté, mais un suivi et une supervision éducative devraient se faire et sont nécessaires après la réinsertion pour que la réinsertion soit effective.

Selon un partenaire de mise en œuvre à Toliara, « une étude de filière pour les femmes réparées de fistules devrait se faire pour s'adapter aux contextes des victimes ». Et selon un autre partenaire, « pour les victimes de VBG et de FVFO d'Ambovombe, l'élevage de chèvres est une bonne option pour la réinsertion socio-économique car c'est une filière porteuse qui est bien adaptée à la vie rurale du Sud. »

### iii) **Principaux résultats au niveau de l'indicateur** (évolution des indicateurs)

#### *Réinsertion socioéconomique des victimes de VBG et des femmes porteuses de fistules réparées*

Les Victimes de VBG et des femmes réparées de fistules obstétricales (FVFO) sont au nombre de 505, dont 182 FRFO, 251 survivantes de VBG et 72 femmes vulnérables et filles mères. Elles ont bénéficié de la réinsertion socio-économique (RSE) et de dotation de matériels après des séances de sensibilisations sur leurs droits et sur la planification familiale grâce au MPPSPF, avec l'appui de l'UNFPA et des institutions de formation professionnelle ainsi que des projets de développement (exemple le projet PROSPERER, MAISON DES PAYSANS).

-Pour la région Atsimo andrefana : Suite à l'échec d'une activité commune, les femmes survivantes de VBG ont opté chacune pour une initiative personnelle de restauration (type gargote) qui s'est avérée porteuse. Les femmes qui ont bénéficié des services du centre étaient satisfaites des prestations qui y sont offertes, et ont sollicité davantage d'accompagnement de leur AGR en vue d'une extension de leurs activités.

-Pour la région Vatovavy Fitovinany : Concernant la réinsertion socioéconomique des survivantes, les FVFO qui habitent dans les zones reculées ont du mal à assister aux formations. L'utilisation du matériel offert par l'UNFPA n'est pas appropriée, les bénéficiaires ayant des difficultés à rassembler les fonds de démarrage et à trouver des débouchés pour leurs produits. Une association des handicapées fait partie des associations prises en charge dans le cadre de la réinsertion socioéconomique et elle bénéficie de matériel (Manakara). Pour Mananjary, en attendant d'avoir suffisamment de fonds pour démarrer une activité de fumage de poissons, les femmes se sont lancées à la viennoiserie à titre associatif.

-Pour la région Région Androy : l'élevage de caprins est une filière porteuse qui s'adapte au contexte des victimes, donc la réinsertion socioéconomique dans cette région n'a pas

rencontré de contraintes.

g) Indicateurs : l'existence de matériels d'information, de messages et d'outils de sensibilisation sur la lutte contre les VBG appropriés (à travers les canaux de communication) est assurée

### **Extraits détaillés de la documentation**

#### Stratégie nationale de lutte contre les VBG

« Axe 1 Prévention des actes de violence

OS3 : Accroître les connaissances de la population sur la lutte contre les VBG

Pour renforcer les connaissances de la population sur la lutte contre les VBG, deux stratégies peuvent être adoptées.

Stratégie 1 : Sensibilisation de la population sur les droits humains, les lois et les sanctions, le genre, la lutte contre les VBG, les services offerts, la traite des personnes et les méfaits du mariage des enfants ;

Stratégie 2 : Implication des hommes et des garçons dans la lutte contre les VBG.

Pour améliorer l'environnement socio-économique lié aux droits humains, il faut activement sensibiliser les membres de la communauté, à savoir : les chefs de famille, les jeunes, les leaders d'opinion ou leaders communautaires sur les thématiques liées aux VBG dans le cadre des mécanismes de prévention. En effet, les campagnes de sensibilisation sur des thématiques « genre et VBG » favorisent les changements de comportements de la population face à la traite des personnes, au mariage des enfants et aux discriminations à l'égard des femmes. Le mariage des enfants entraînant la grossesse précoce est l'un des fléaux qui prennent de l'ampleur à Madagascar. Il porte atteinte à l'avenir, à la santé et à la vie des jeunes filles. Par conséquent, l'organisation de campagnes de sensibilisation, de dialogues, de plaidoyer communautaires et de divers événements contribuent à une prise de conscience des autorités et de la population sur les méfaits de ces pratiques dans la communauté. »

#### Plan d'action régional Vatovavy Fitovinany 2015 -2016-Volet Communautaire

« 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 crise humanitaire renforcées mises en place

Mise en place et opérationnalisation au niveau de chaque district d'une équipe technique pour la mobilisation sociale au niveau des communes (cibles TRANOBE)

Mener des actions de plaidoyer au niveau des TRANOBE dans les communes ciblées

Mobiliser la communauté sur la prévention des VBG et droits de la personne

Faire le suivi et supervision des activités de mobilisation communautaire menées par le TRANOBE »

#### Rapport d'évaluation des CECJ en mai 2018

« Chaque CECJ analysé adopte une stratégie de communication d'encerclement en combinant la communication de masse de grande couverture via des émissions radiophoniques ou télévisuelles, la communication de masse de proximité via des réunions de la communauté, la communication ciblée de proximité via des visites à domiciles » p.28

#### Extrait des présentations de la revue annuelle 2016

Pendant la célébration de la Journée Mondiale de la Population, « 67 jeunes et adultes ayant une compréhension accrue sur la Journée Mondiale de la femme et sur le mariage précoce, 150 personnes au niveau des quartiers de la Commune Urbaine de Mahajanga bénéficient des séances de sensibilisation en SR de proximité de mobilisation en SR »

#### ii)Entretiens

Les chargées de programme estiment que le résultat est positif pour la lutte contre le VBG, mais la communication est à renforcer pour avoir le maximum de résultat. Les agences UN comme le PNUD et l'OMS s'engagent à appuyer toutes les manifestations visant la promotion du genre et de l'égalité. Pour l'UNICEF, la protection des enfants, notamment des jeunes filles contre le mariage précoce, entre dans leur programme prioritaire. Le MPPSPF et DRSSSPF conjuguent leurs efforts pour faire la promotion de la lutte contre le VBG. Le Ministère de l'emploi a rejoint l'effort commun en 2018, en vue de favoriser la réinsertion socioéconomique des Victimes. Les bénéficiaires sont satisfaits car ils retrouvent leurs droits et sensibilisent à leur tour au niveau de la société.

Selon le chef de service Genre au MINPPSPF « le programme avait adopté des outils de sensibilisation appropriés sur la lutte contre les VBG, s'adaptant au contexte. Mais beaucoup reste à faire au point de vue communication pour la sensibilisation surtout au niveau de la population rurale et des régions du Sud et du Sud-Est en matière de la lutte contre la VBG et la réparation des FVFO ».

### **iii) Principaux résultats au niveau de l'indicateur (évolution des indicateurs)**

#### *Un spot de sensibilisation sur les VBG*

Un spot de sensibilisation sur les risques de VBG en situation humanitaire a été élaboré et diffusé sur les chaînes nationales et locales.

#### *Information sur l'existence des services de VBG*

Chaque CECJ appuyé dispose de son dépliant avec les contacts. Les fokontany jouent aussi un rôle important dans le traitement des cas de violence au niveau communautaire. Les responsables de fokontany participent souvent aux activités de sensibilisation avec les IS des CECJ. Ils réfèrent les victimes auprès des CECJ. Des cellules de veilles composées de bénévoles au niveau des fokontany font également connaître les services des CECJ.

#### *Campagne de lutte contre le mariage des enfants*

Cette campagne a été lancée en 2015 en utilisant des affiches, un roman photo, un spot vidéo, un spot audio et une chanson pour encourager les jeunes, les parents, les leaders traditionnels et les autorités à mettre fin au mariage des enfants.

#### *Célébration de la journée internationale de la femme et des 16 jours d'activisme de lutte contre les VBG et de la journée mondiale de la population*

Pendant ces journées, des insertions dans la presse et des sensibilisations de masse pour la lutte contre les VBG et la protection des droits humains de la femme sont réalisées. A cet effet, 303 participant(e)s ont été sensibilisé(e)s sur les thèmes : « genre et stéréotype », « l'autonomisation de la femme » et « le leadership, les droits de la femme et des jeunes filles ». Il y a également eu une dotation d'ordinateurs portables et de fournitures scolaires pour les jeunes filles ayant obtenu la mention bien ou assez bien au baccalauréat dans les districts de Diégo et plus de 7 000 personnes ont été mobilisées sur la thématique « Planète 50-50 d'ici 2030 : franchissons le pas vers l'égalité des sexes ».

#### *Groupe d'hommes*

Le réseau d'hommes, formés par l'ensemble de groupes d'hommes, de garçons et de leaders communautaires dans la lutte contre les VBG est rendu opérationnel, en sensibilisant les hommes sur la lutte contre les VBG. Le programme a renforcé le partenariat entre les ministères et la société civile et a encouragé les hommes à s'engager davantage dans la lutte contre les VBG. Ces groupes d'hommes luttent contre les VBG et promeuvent les droits en SR. 17 districts disposent de groupes d'hommes pour faire des sensibilisations par les hommes pour les hommes.

La stratégie de mise en place des réseaux d'hommes et de la plateforme de coordination au niveau des zones d'intervention demeure l'une des bonnes pratiques du programme. L'opérationnalisation et le suivi continu doit être renforcés pour garantir des résultats durables et des changements de comportements dans la promotion de l'égalité des sexes.

### **Synthèse pour le critère de jugement**

L'existence d'une loi spécifique contre la violence basée sur le genre contribue à l'élimination des VBG dans la mesure où elle préconise des mesures de protection pour les victimes et les intervenants. L'avant-projet de loi spécifique de lutte contre les VBG prévoit des peines supplémentaires pour mettre fin à l'impunité. Le programme a contribué à l'amélioration de l'environnement juridique et institutionnel de la lutte contre les VBG. En effet, le 7<sup>ème</sup> Programme a appuyé le développement de la stratégie nationale de lutte contre les VBG en 2016. Il a supporté l'initiation du texte portant institution des CECJ. Il a facilité l'élaboration du projet de loi portant ratification du Protocole facultatif à la CEDEF et l'avant-projet de loi spécifique sur la lutte contre les VBG. Un plan de plaidoyer pour l'adoption et l'application des différents textes relatifs aux VBG et la version provisoire de l'avant-projet de loi spécifique sur la lutte contre les VBG sont actuellement disponibles. Il est recommandé de renforcer le plaidoyer pour faire avancer l'adoption de l'avant-projet de loi spécifique sur la lutte contre les VBG qui constitue un des résultats attendus du Programme.

Concernant les services d'écoute et de conseil juridique (CECJ), au démarrage du 7<sup>ème</sup> programme, l'opérationnalisation de 04 centres offrant des services d'écoute et de conseil juridique aux victimes de VBG (physiques, sexuelles, psychologiques, économiques) dénonçant les cas de violences dans quatre zones d'intervention (Toliara, Ambovombe, Mananjary, Manakara) a marqué l'appui de l'UNFPA. En 2018, 8 CECJ sont appuyés par le 7<sup>ème</sup> Programme. Il est constaté un accroissement annuel du nombre de victimes de violence basée sur le genre recevant un soutien psychosocial ainsi que des références médicales ou juridiques auprès des CECJ. Les bénéficiaires sont satisfaits des services fournis par les CECJ, notamment ceux de Mananjary qui se sont exprimés lors d'un Focus Group: « Grâce à l'action du CECJ, on a pu connaître nos droits en matière de VBG et disposer de recours efficaces en cas de manifestation de violence ». Pour ceux de Manakara : « Les auteurs finissent par reconnaître les droits liés aux VBG au moment des médiations et lors des campagnes de sensibilisation. On a déjà pu constater un changement de comportement des victimes qui osent davantage dénoncer ces cas et des hommes qui commencent à respecter les droits de la femme ». Lors d'un focus group à Toliara, les bénéficiaires ont apprécié le travail du personnel du CECJ qui été à leur écoute et les a pris en charge surtout psychologiquement et a répondu à leurs attentes. Ils ont plébiscité le travail des CECJ.

Les capacités des CECJ ont été renforcées sur le plan technique, notamment dans la prise en charge psychosociale, la collecte et la gestion des données, la gestion administrative et financière d'un CECJ, et sur le plan institutionnel par la dotation en mobiliers, équipements informatiques et générateurs solaires. Mais la gestion et la qualité des bases de données de quelques centres ne sont pas appropriées. Par exemple au CECJ de Mananjary, toutes les victimes fréquentant le CECJ sont inscrits comme étant toutes des nouveaux cas. Des supervisions formatives s'avèrent nécessaires et/ou des renforcements réguliers de capacité.

Le 7<sup>ème</sup> programme a mis un accent particulier sur des activités de renforcements de capacité des parties prenantes à la prise en charge psychologique, médicale, juridique et holistique dans la lutte contre les VBG pour rendre effectives les différentes interventions, ainsi qu'à l'utilisation des matériels d'information, de messages et d'outils de sensibilisation sur la lutte contre les VBG appropriés à travers les canaux de communication. Ainsi, trois protocoles et quatre guides sont disponibles pour des formations réalisées entre 2015 et 2018. Ainsi, 190 policiers et gendarmes (agents et officiers confondus) sont formés sur le traitement des cas et des dossiers de VBG ; 106 responsables et membres sous cluster VBG au niveau national et des régions SAVA et Atsimo Andrefana sont formés sur les interventions pour la prévention et la réponse aux VBG en situation humanitaire; 79 Intervenants sociaux sont formés sur la gestion des cas de VBG, 29 agents de santé sont formés sur la prise en charge médicale des violences sexuelles ; 30 intervenants sociaux des DRPPSPF et des CECJ sont formés sur la collecte et le traitement des données sur les VBG ; 1559 leaders sont formés ; 3750 femmes et filles survivantes des VBG en situation humanitaire ont bénéficié de la prise en charge psychosociale et ont été dotées de kits de dignité ; 34 membres du MPPSPF/CECJ sont formés dans les 3 régions prioritaires et Anosy, et 20 femmes et jeunes leaders communautaires sont formés.

L'élaboration et la diffusion du guide de prise en charge des cas de Violence Basée sur le Genre 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 10 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.

Pour les victimes de VBG et des femmes réparées de fistule obstétricale (FVFO), au nombre de 505, elles ont bénéficié par le programme, d'une réinsertion socio-économique à travers une AGR adaptée après des sensibilisations sur leurs droits et sur la planification familiale. 182 étaient victimes de FVFO, 251 survivantes de VBG et 72 femmes vulnérables et filles mère.

Les contextes géographiques des victimes, surtout celle réparées de FVFO (40%), conditionnent leur réinsertion socio-économique. Dans la majorité des cas, elles habitent à la campagne très loin de la ville où les formations avaient lieu. Aussi, les ONG chargées de la formation ont leur propre programme, et leurs conditions ne s'adaptent pas forcément à ces femmes victimes. Une étude des filières porteuses adaptées aux bénéficiaires, l'utilisation d'une approche communautaire et/ou une approche de proximité en aidant individuellement les femmes à trouver une activité appropriée à leurs conditions (géographiques, intellectuelles etc.) et un suivi de proximité de la réinsertion socioéconomique s'avèrent nécessaires. La possibilité de l'octroi d'un fond de démarrage avec le fond de suivi doit être étudiés par les partenaires, ainsi qu'une étude sur les débouchées des produits. Le développement de partenariat avec le Ministère de l'enseignement technique et de formation professionnelle pour la formation des victimes de VBG et des fistules réparées est envisageable en étude.

La plateforme nationale de lutte contre les VBG instituée au Ministère de la Population, de la Protection Sociale et de la Promotion de la Femme a aussi été mise en place au niveau des régions en 2015. 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. 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 ainsi que des organisations de la société civile. Cinq axes stratégiques ont été élaborés dans le plan d'action de la plateforme, et comprennent la prévention des actes de violence ; la réponse juridique, médicale et sociale ; la réhabilitation et la réinsertion socio-économiques des survivantes de VBG ; la coordination et le suivi-évaluation ; l'optimisation des résultats par des mesures d'accompagnement, conformément à la Stratégie Nationale de Lutte contre les VBG.

Les membres de la plateforme régionale sont des services techniques déconcentrés tels que la Direction régionale de la jeunesse et des sports, la DRPPSPF, la Gendarmerie, la Police, les agents de la Santé, de la Justice, de l'Education et des partenaires au développement, comme le réseau de protection des enfants, l'Association des sages, entre autres, qui sont conscients de l'ampleur de la violence dans le Sud. Ce mécanisme facilite la large transmission des messages, non seulement dans une zone locale, mais aussi dans les zones respectives de chaque membre de la plateforme, ainsi que 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. L'orientation juridique et l'orientation au CSB sont les interventions les plus fréquentes. La mise en place de la plateforme de lutte contre la violence est une bonne pratique qui constitue une solution majeure à la résolution commune du problème de la lutte contre la violence. Une redynamisation de plateformes s'avère nécessaire pour qu'elles puissent accomplir correctement leurs missions de coordonner et d'harmoniser toutes les actions tant au niveau central qu'au niveau régional en matière de prévention et de lutte contre les VBG. L'opérationnalisation de ces plateformes reste le défi des partenaires et des parties prenantes, car d'après un partenaire étatique, « la plateforme nationale est en veille, la collaboration entre le personnel de la société civile et le personnel de la fonction publique ne s'avère pas bien agencée ». Par ailleurs, l'action de la plateforme régionale est limitée par les contraintes financières et matérielles.

Le Programme a soutenu le développement et le renforcement du partenariat entre les ministères et la société civile pour la prévention des VBG. Plus spécifiquement un engagement constructif des garçons et des hommes, par le biais de la mise en place le réseau d'hommes, constitue une bonne pratique car encourageant les hommes à s'impliquer davantage dans la lutte contre les VBG. Le réseau d'hommes regroupe les hommes comme les leaders traditionnels, les leaders d'opinion et les chefs religieux, pour s'engager à réaliser le plaidoyer et la sensibilisation au niveau de la communauté pour la promotion de la lutte contre les VBG.

Le Programme a renforcé le partenariat entre les ministères et la société civile et a encouragé les hommes à s'engager davantage dans la lutte contre les VBG. Plusieurs partenariats ont été développés dans la lutte contre les VBG, tel que partenariat avec la Police Judiciaire pour renforcer la prise en charge des victimes des VBG dans le cadre de la mise en œuvre du Projet Appui à la Réforme du Secteur de la Sécurité à Madagascar.



Dans le cadre de la communication, la bonne relation avec les leaders traditionnels permet de faciliter et véhiculer les messages au niveau de la communauté. Les apanjaka, sojabe ou autres personnes influentes dans la société peuvent aider à convaincre les personnes conservatrices de la tradition à changer de comportements. Il est aussi important d'avoir un Plan d'action des groupes d'homme priorisant l'implication de ces leaders communautaires dans la réalisation de l'engagement afin d'ajuster la logique d'intervention du groupe d'hommes à la réalité disponible.

Dans le volet thématique Genre, la réalisation du programme, avec l'aide des parties prenantes, a été efficace. Les objectifs prévus dans les PTA sont réalisés, malgré quelques points à améliorer en renforçant la capacité du personnel des CECJ, en intensifiant la sensibilisation de la communauté à la lutte contre la VBG et en cherchant la solution ensemble avec le partenaire pour la redynamisation des plateformes.

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

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  
b) Indicateur Produit CPAP : (i) Nombre de personnel qualifié de l'Institut National de la Statistique pour la collecte, l'analyse et la diffusion de données socioéconomiques et démographiques, (ii) Existence d'un système national intégré de suivi et évaluation redynamisé et opérationnel  
c) Base de données pour le suivi du PND disponible et alignée avec les ODDs  
d) Existence de données désagrégées disponibles, analysées, utilisées au niveau national, sectoriel et régional

- CPAP
- PTA concernant le domaine d'effet Population et Développement
- Rapports trimestriels des IPs
- Rapport annuel
- Rapport des visites sur le terrain

- Rencontre avec les partenaires de mise en œuvre dans le domaine d'effet Population et Développement
  - Rencontre avec le staff de l'UNFPA sur Pop &Dev
- Rencontre avec les autres agences œuvrant dans le domaine de la population et du développement

a) **Indicateur :** 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

i) **Extraits détaillés de la documentation :**

La mise en œuvre du Recensement Général de l'Habitation et la disponibilité des données mises à jour du RGPH est une priorité clairement définie aussi bien dans le PND, l'UNDAF que dans le CPAP. Selon les prévisions dans ces documents, le Recensement devait se réaliser en 2016, comme l'indiquent les paragraphes suivants :

Selon l'UNDAF, « les appuis du SNU porteront sur le renforcement des capacités institutionnelles pour la réalisation du Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) d'ici 2016, ainsi que sur la production et l'analyse des données sociodémographiques et économiques ».

Selon le PND, « le dernier Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) effectué en 1993 est très lointain, rendant ainsi difficile la connaissance réelle de l'évolution de la société malgache, ainsi que l'état et la dynamique de sa population. Le RGPH est pourtant la seule source de données qui fournit des informations fiables, exhaustives et à jour sur la population et les secteurs clés de développement à tous les niveaux géographique (...) la tenue du RGPH3 prévue se réaliser en 2016, c'est-à-dire à mi-parcours de la mise en œuvre du Plan National de Développement (PND), permet non seulement d'évaluer l'état d'avancement des actions programmées ou entreprises pour la première moitié de la période couverte par le PND, mais également de réajuster, si besoin est, les stratégies pour la deuxième moitié ».

« Pourtant les besoins de données sont impératifs afin de mieux calibrer les investissements programmatiques selon le profil régional de la population : un nouveau recensement est essentiel (le dernier datant de plus de 21 ans) car il permettra de poser des bases solides de données de référence sociodémographiques ». CPAP (p. 7)

Selon le document du projet de Recensement élaboré avec l'appui de l'UNFPA, « la réalisation d'un RGPH comporte plusieurs phases dont les activités sont étroitement imbriquées et interdépendantes. Les étapes majeures qui caractérisent la réalisation de cette coûteuse opération et qui seront menées les unes à la suite des autres sur un rythme soutenu, sont : les activités préparatoires ; la cartographie censitaire ; le recensement pilote ; le dénombrement principal avec le questionnaire papier ; l'enquête post-censitaire ; le traitement informatique des données, y compris les travaux de saisie au bureau central; l'analyse des données ; la publication et la diffusion des résultats ; et enfin, l'archivage des produits du RGPH-3. Les activités de terrain seront appuyées par de vastes campagnes de sensibilisation, d'information et de publicité sur le RGPH-3 ».

Le dispositif institutionnel pour la réalisation de ce Recensement a été mis en place en 2015. Le décret N°2015-096 instituant le RGPH-3 a été adopté lors du Conseil de Gouvernement du 10 février 2015. Ce Décret a été accompagné de l'Arrêté N°14 186/2015 du 15 avril 2015 qui régit la mise en place des organes de coordination, de préparation technique et d'exécution du RGPH-3. Ces organes, constitués du Conseil National du Recensement (CNR), du Comité Technique du Recensement (CTR) et de la Cellule Centrale d'Exécution du Recensement (CCER) ont été mis en place et sont opérationnels, à l'exception de la CCER dont les responsables ne sont pas encore nommés, à l'exception du Coordonnateur.

Le programme a mis à disposition de l'INSTAT des consultants internationaux chargés d'apporter un appui à la mise à jour de la stratégie de communication et à la réalisation de la cartographie censitaire. L'UNFPA a privilégié le développement de partenariat et de coopération Sud-Sud à travers la signature et la mise en œuvre d'un memorandum de coopération entre l'ANSD (Sénégal) et l'INSTAT (Madagascar). Il a également fait le plaidoyer pour amener les autres Partenaires techniques et financiers à contribuer au côté de l'UNFPA à l'appui technique et financier de la réalisation du RGPH3. Il s'agit notamment de l'USAID, de la Banque Mondiale, de l'Union européenne et du PNUD. De 2015 à 2017, il y a eu les phases de sensibilisation, de recrutement et de formation. L'année 2018 a été consacrée à la collecte et à la remontée des données des périphéries vers le niveau central. Le dénombrement de la population a pu être réalisé avec le concours d'environ 45.000 agents sur terrain, notamment : 863 superviseurs, 2.704 contrôleurs, 10.985 chefs d'équipes et 31.191 agents recenseurs. Le processus se déroulerait très bien s'il n'y avait pas de déblocage tardif des fonds qui ont beaucoup handicapé l'atteinte de résultats dans les délais raisonnables. Le processus sera finalisé au cours de l'année 2019. (Rapports semestriels 2015, 2016, 2017 et 2018).

ii) **Entretiens**

Les entretiens avec les partenaires ont révélé que le rôle de l'UNFPA dans la production et la dissémination des résultats serait 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.

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 cherche

d'autres opportunités d'emploi au travers des métiers libéraux ou dans d'autres institutions qui les convoitent. L'insuffisance du personnel compétent impacte négativement sur la production des données de qualité.

Ainsi, selon les interlocuteurs, les renforcements des capacités devront se maintenir pour améliorer l'efficacité du fonctionnement de l'INSTAT, ce dernier contribue également à la mise en œuvre des enquêtes et la production des données commanditées par d'autres institutions (par exemple, l'enquête TRAC et MICS).

Le personnel de l'INSTAT au niveau des régions d'intervention a témoigné que les publications en matière d'état civil sont peu nombreuses. Seule la région de Vatovavy a pu soumettre une publication à sa hiérarchie pour validation, les agents de l'INSTAT dans les régions n'ont pas les capacités techniques pour assurer des publications en quantité et en qualité.

La convention avec le BNGRC pour l'implication de l'INSTAT dans le processus de production des données statistiques humanitaires n'est pas renouvelée. Le BNGRC produit des données statistiques humanitaires sans l'appui de l'INSTAT qui a les statistiques de bases en matières de cartographie, populations et la technicité nécessaire pour assurer la production des données de qualité.

Par ailleurs, les interlocuteurs ont témoigné qu'il existe une faible implication du personnel de l'INSTAT au niveau régional pour renforcer les producteurs des données. 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 le suivi du système régional intégré de suivi et évaluation.

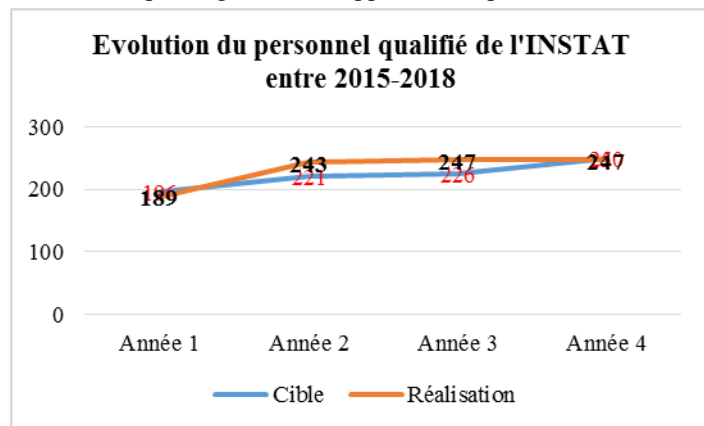
D'après les interlocuteurs, les données ne sont pas disponibles à temps et l'obtention des données fiables pour le suivi du programme au niveau des partenaires de mise en œuvre est un réel défi. Et cela ne facilite pas l'utilisation des données et la production de documents basés sur les analyses des 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. Chaque année, des sessions de renforcement des capacités sont tenues mais le changement fréquent des responsables étatiques au niveau régional amenuise ces efforts.

### iii) **Principaux résultats au niveau de l'indicateur**

- **Le processus pour la mise à jour de données de RGPH est en cours.** L'année 2018 a été consacrée à la collecte et à la remontée des données des périphéries vers le niveau central. Le processus est en cours de réalisation et par conséquent, Madagascar 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. De même, 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 été réalisée.
- Les organes de coordination, de préparation technique et d'exécution du RGPH-3, tant au niveau central que Régional et communal ont été mis en place en 2015 et sont opérationnels, à savoir : Le Conseil National du Recensement (CNR), présidé par le Premier Ministre, Chef du Gouvernement ; Le Comité Technique du Recensement (CTR), présidé par le Directeur Général de l'INSTAT ; Les Comités Régionaux du Recensement (CRR) ; Les Comités Communaux du Recensement (CRR) et enfin La Cellule Centrale d'Exécution du Recensement (CCER), qui est l'organe d'exécution technique de cette grande opération.
- Les activités de conception des documents techniques et d'outils de collecte ainsi que la mise en œuvre de la cartographie censitaire pilote et du recensement pilote ont été achevées en 2016. Ces opérations pilotes ont pour objectif de tester l'organisation sur terrain et les méthodologies du Recensement. Elles ont fait l'objet d'une évaluation afin de permettre de finaliser tous les outils et arrêter de façon définitive les méthodologies à adopter pour le Recensement.
- La collecte des données cartographiques et la numérisation des cartes des zones de dénombrement, avec les vérifications et les contrôles qualités nécessaires, ont été

complètement bouclées à la fin du mois de février 2018.

- Le dénombrement a été effectué en mai-juin 2018, bien qu'il était prévu en 2016. Une opération de numérotation des bâtiments a précédé le dénombrement qui a été réalisé pendant le mois de Juin. Ce dénombrement avait été reporté à plusieurs reprises à cause de la situation politique qui prévalait dans le pays. Le Gouvernement malagasy, avec l'appui technique et financier des Partenaires techniques et financiers dont l'UNFPA, ont initié la préparation de ce Recensement en 2015. La date du dénombrement a été adoptée lors de la réunion du Conseil National du Recensement (CNR) qui s'est tenue à la Primature sous la présidence de SEM le Premier Ministre. (Rapport semestriel 2018 Effet 4 (p.13)).
- Le dénombrement exhaustif de la population a pu être réalisé avec le concours d'environ 45.000 agents sur terrain, notamment : 863 superviseurs ; 2704 contrôleurs ; 10.985 chefs d'équipes et 31.191 agents recenseurs.
- Dans une communication verbale du 12 juillet 2018, le Ministre de l'Economie et du Plan affirme qu' « en dépit de toutes ces difficultés, les statistiques disponibles en ce jour font état que sur l'ensemble du pays, 97% des ménages identifiés sont complètement recensés », et en termes de perspectives, il envisage « la publication des comptes préliminaires de la population (effectifs globaux de la population répartis par unité administrative et milieu de résidence) vers début octobre 2018 ».
- Rapport annuel 2017 Océan Indien (p. 13) : « Grâce au plaidoyer de l'UNFPA auprès des partenaires techniques et financiers, Madagascar a pu acquérir du matériel informatique doté de technologies modernes nécessaires pour la cartographie censitaire, étape cruciale du Recensement. Cet appui a également permis au pays, à travers son institut National de statistique, de bénéficier d'une expertise internationale pour la mise à jour de la stratégie de communication, la réalisation de la cartographie censitaire et la numérisation des cartes (en système d'informations géographiques).



99%) de l'Institut National de la Statistique ont vu leurs capacités renforcées dans la collecte, l'analyse et la diffusion de données socioéconomiques et démographiques (Rapports activités 2015-2016-2017 INSTAT). Ces formations ont permis entre autres de préparer (depuis 2015) le processus du Recensement et de réaliser, rendre les bases de données cartographiques disponibles et lancer le dénombrement pour le Recensement en début 2018 sans difficultés.

- L'UNFPA a privilégié le développement de partenariat et de coopération Sud-Sud, à travers la Signature et la mise en œuvre d'un mémorandum de coopération entre l'ANSD (Sénégal et l'INSTAT (Madagascar)). De manière générale, l'UNFPA a assuré le leadership technique des appuis des partenaires. Il a fait le plaidoyer pour amener les autres Partenaires techniques et financiers à contribuer à la réalisation du RGPH3. Il s'agit notamment de la Banque Mondiale, de l'Union européenne, de l'USAID et du PNUD.
- La prochaine étape consiste à réaliser l'Enquête Post Censitaire pour vérifier la qualité des données et la couverture de l'opération. Le processus de traitement et d'analyse des données sera finalisé au cours de l'année 2019.
- Une base de données sur la cartographie censitaire est disponible. La collecte des données sur l'ensemble des données (dénombrement) a été complètement achevée et les questionnaires ont été acheminés au niveau central. Les données mises à jour sur RGPH ne sont pas disponibles cette année, un rapport des résultats préliminaires qui présente des résultats globaux est prévu sortir avant la fin de l'année 2018. Par contre, les données définitives ainsi que les rapports d'analyse thématique seront disponibles en 2019.
- Ainsi, avec l'appui de l'UNFPA, 247 personnes qualifiées (sur 249 planifiées jusqu'en 2019, soit

**b) Indicateur : Indicateur Produit CPAP : (i) Nombre de personnel qualifié de l'Institut National de la Statistique pour la collecte, l'analyse et la diffusion de données socioéconomiques et démographiques, (ii) Existence d'un système national intégré de suivi et évaluation redynamisé et opérationnel**

i) **Extraits détaillés de la documentation :**

Par ailleurs, les appuis du SNU porteront sur le renforcement des capacités institutionnelles pour la réalisation du Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) d'ici 2016, ainsi que sur la production et l'analyse des données sociodémographiques et économiques (UNDAF, p. 38).

Selon la Stratégie 5.1 du CPAP, le programme prévoit « Le renforcement des capacités de l'INSTAT pour réaliser le troisième RGPH et les enquêtes et analyses périodiques relatives aux questions de population. Le Ministère en charge de l'économie et de la planification, par le biais de l'INSTAT, assure la mise en place et l'opérationnalisation du cadre institutionnel pour le RGPH à travers une mise à jour et une mise à niveau des personnels de la Planification et des Statistiques. Ceci permettra d'améliorer et d'assurer la mise en œuvre des opérations de collecte, de traitement et d'analyse des données y afférentes ainsi que la publication et la diffusion des résultats » (CPAP, p.17).

«De plus, le Gouvernement, par le biais de l'INSTAT, assurera la mise en place et la mise à jour régulière des bases de données pour le suivi des urgences humanitaires, particulièrement dans le domaine de la santé de la reproduction et des violences basées sur le genre » (CPAP, p. 17).

« Le dispositif du suivi et de l'évaluation de l'UNDAF2015-2019 s'appuiera principalement sur les systèmes nationaux sous la tutelle du Ministère de l'Economie et de la Planification, notamment le Système National Intégré de Suivi et Evaluation (SNISE), et le Système Statistique National (SSN) » (UNDAF, p. 57)

« Le Système National Intégré de Suivi et Evaluation (SNISE) a pour objectif d'instaurer des mécanismes et un processus de suivi et d'évaluation de la Stratégie nationale de développement, aux niveaux central et régional. Le SNISE s'appuie en grande partie sur le Système Statistique National (SSN), qui regroupe les intervenants dans la collecte, le traitement, l'analyse, la publication, la diffusion et l'utilisation des informations statistiques. Le Ministère de l'Economie et de la Planification, à travers la Direction en charge du Suivi et Evaluation et l'INSTAT, joue un rôle crucial dans l'opérationnalisation du SNISE » (UNDAF p. 57).

ii) **Entretiens**

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 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.

Ainsi, selon les interlocuteurs, les renforcements des capacités devront se maintenir pour améliorer l'efficacité du fonctionnement de l'INSTAT, ce dernier contribue également à la mise en œuvre des enquêtes et la production des données commanditées par d'autres institutions (par exemple, l'enquête TRAC et MICS).

Le personnel de l'INSTAT au niveau des régions d'intervention a témoigné que les publications en matière d'état civil sont peu nombreuses. Seule la région de Vavovavy a pu soumettre une publication à sa hiérarchie pour validation, les agents de l'INSTAT dans les régions n'ayant pas les capacités techniques pour assurer des publications en quantité et en qualité.

La convention avec le BNGRC pour l'implication de l'INSTAT dans le processus de production des données statistiques humanitaires n'est pas renouvelée. Le BNGRC produit des données statistiques humanitaires sans l'appui de l'INSTAT qui a les statistiques de bases en matière de cartographie et de populations et la technicité nécessaire pour assurer la production des données de qualité.

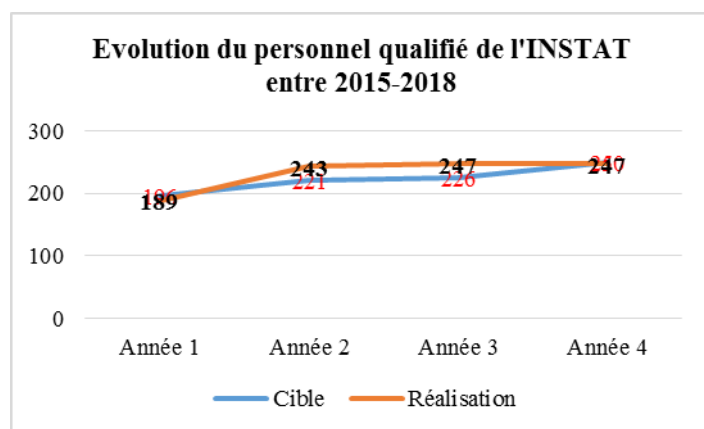
Par ailleurs, les interlocuteurs ont témoigné qu'il existe une faible implication du personnel de l'INSTAT au niveau régional pour renforcer les producteurs des données. D'après les partenaires interviewés, le système de remontée des données qui alimente le SNISE souffre de dysfonctionnement à cause 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 de difficulté 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 constitue 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. Chaque année, il y a des sessions de renforcement des capacités mais

le changement fréquent des responsables étatiques au niveau régional amenuise ces efforts.

iii) **Principaux résultats au niveau de l'indicateur**

- Dans le cadre du renforcement institutionnel de l'INSTAT, pour lui permettre de disposer suffisamment de personnels qualifiés capables d'intervenir dans la réalisation de collecte et d'analyse de données de qualité (sur RGPH, diverses enquêtes), et pour impliquer les jeunes dans la production des données, l'UNFPA a pris en charge les frais de scolarité de 13 étudiants démographes et 3 statisticiens malgaches depuis le début du 7<sup>ème</sup> programme. Ces étudiants ont pris l'engagement de travailler au niveau de l'INSTAT à l'issue de leur formation et sont actuellement actifs dans la réalisation du RGPH et enquêtes. En dehors de ces étudiants de l'IFORD et de l'ENSEA, le programme a également appuyé la formation des 50 étudiants de l'INFA (Institut National de Formation des Administrateurs) qui sont devenus des Adjoints Techniques à travers la prise en charge des enseignants de l'ENSEA d'Abidjan qui viennent en mission à Madagascar pour administrer les cours au niveau de l'école. A l'issue de leur formation, une grande partie de ces étudiants sont également recrutés pour travailler au niveau de l'INSTAT (Revue annuelle 2015-2016-2017, revue semestrielle 2018)



- A chaque phase de préparation du Recensement, les cadres de l'INSTAT, tant au niveau central que régional ont reçu des formations particulières sur les aspects techniques qui permettent d'assurer le bon déroulement des opérations et l'encadrement des agents qui seront recrutés dans la mise en œuvre des activités. Les formations concernent des thèmes spécifiques tels que la cartographie, la numérisation des cartes, la collecte et l'analyse des données, la programmation des saisies, la supervision, etc. (Rapports de mise en œuvre des PTA 2015-2016-2017).
- Ainsi, avec l'appui de l'UNFPA, 247 personnes qualifiées (sur 249 planifiées jusqu'en 2019 soit 99%) de l'Institut National de la Statistique ont vu leurs capacités renforcées dans la collecte, l'analyse et la

diffusion de données socioéconomiques et démographiques (Rapports activités 2015-2016-2017 INSTAT). Ces formations ont permis entre autres de préparer (depuis 2015) le processus du Recensement, de réaliser et de rendre les bases de données cartographiques disponibles et lancer le dénombrement pour le Recensement en début 2018 sans difficultés.

c) **Indicateur : c) Base de données pour le suivi du PND disponible et alignée avec les ODDs**

i) **Extraits détaillés de la documentation :**

Selon le document du programme, l'INSTAT devrait également assurer la mise en place et la mise à jour régulière de bases de données pour le suivi des urgences humanitaires, particulièrement dans le domaine de la santé de la reproduction et des violences basées sur le genre. Toutefois, les documents disponibles n'ont pas permis de noter des informations concernant l'appui spécifique apporté par l'INSTAT dans ces domaines.

S'agissant du système national intégré de suivi et évaluation, l'UNFPA a appuyé en 2015 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 (Manuel de procédure SNISE). Ce sont les deux outils institutionnels qui assurent le cadre réglementaire et opérationnel de ce système. L'année suivante, 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.

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. Aujourd'hui, il existe un système national intégré de suivi et évaluation redynamisé et opérationnel au niveau central et de trois régions

(Vatovavy Fitovinany, Atsimo Andrefana et Androy : « Une plateforme régionale en suivi évaluation a été mise en place au niveau de chacune des régions d'intervention de l'UNFPA pour s'assurer du suivi et de l'élaboration du rapport de mise en œuvre des plans régionaux. Dans un souci de produire des rapports de qualité et pour leur permettre de contribuer également au suivi des progrès des objectifs de développement durables (ODD), des sessions de formation des responsables régionaux ont été organisées au niveau central » (Rapport de revue semestrielle 2018, p. 8).

Les capacités en S&E des responsables au niveau central et régionaux impliqués en S&E ont été renforcées. En 2018, « 21 Directeurs du Développement Régional (DDR) et/ou responsables de suivi évaluation (RSE) ont été formés et recyclés dans le cadre de l'élaboration des rapports de mise en œuvre des priorités régionales. L'objectif est d'élaborer un rapport de bonne qualité avec des indicateurs pertinents, mesurables, clairs et surtout disponibles au moment opportun. 37 participants issus des Institutions Partenaires de l'UNFPA ont été sensibilisés en matière des cibles priorisées et les indicateurs des ODD pour Madagascar et le SNISE ». (Rapport de revue semestrielle 2018, p.10).

Les rapports semestriels soulignent quelques résultats de performance : 4 rapports de mise en œuvre du PND élaborés basés sur le SNISE ; 5 rapports au titre de l'année 2015 de mise en œuvre des priorités régionales en 2016 basés sur SRISE, 17 en 2017 et les 2 au premier semestre 2018, les autres rapports régionaux en cours de finalisation.

ii) **Entretiens**

L'UNFPA dispose d'une très bonne coordination à travers son dispositif fonctionnel par rapport à d'autres agences d'après les partenaires étatiques. Cette coordination est composée des représentants de trois directions des Ministères de la Santé, de la Population et de l'Economie ainsi que les différents partenaires d'exécution. Grâce à ce dispositif, l'on observe une complémentarité de certaines actions auprès des partenaires de mise en œuvre. Les outils de collecte des données sont conçus de façon participative. L'insuffisance du personnel des DREP qui ont une capacité de diriger cette coordination a une incidence significative sur son efficacité.

La collaboration entre l'INSTAT et les Directions Régionales de l'Economie et du Plan est assez insuffisante pour créer des synergies dans la chaîne de production des données. Pourtant les deux mettent en œuvre la nouvelle Stratégie Nationale de Développement de la Statistique (SNDS) qui prévoit la nomination des statisticiens dans chaque ministère étatique.

Les partenaires de développement, y compris l'UNFPA, sont les consommateurs des données sanitaires produits par le Ministère de la Santé. Et pourtant celui-ci a des difficultés à fournir des données fiables, complètes et qui sont publiées dans les délais raisonnables. Recueillir les données de qualité auprès du Ministère de la Santé demeure un défi réel. L'ancrage des technologies de l'information pour la collecte des données est très peu perceptible au Ministère de la Santé et celui de l'Economie et du Plan bien que des efforts sont en train d'être faits.

L'UNFPA entretient de bonnes relations avec l'INSTAT. Cependant, son travail est moins collaboratif avec les autres Agences des Nations Unies qui appuient la même structure notamment le PNUD et l'UNICEF. La coopération des acteurs autour de l'investissement pour la production de statistiques est une opportunité de travailler conjointement sur la réduction des décès maternels.

D'après les interlocuteurs, l'appui du FNUAP qui ne se limite qu'au renforcement des SRISE des régions d'intervention ne permet pas aux autres d'être au même niveau d'informations et cette situation n'est pas convenable pour le Ministère de l'Economie et du Plan qui coordonnent l'ensemble des régions. Cet appui a finalement créé un déséquilibre entre les régions de telle sorte qu'il y a des régions plus fortes que d'autres car outillées dans le fonctionnement du SRISE. Cela se perçoit dans la meilleure qualité des rapports que ces régions produisent dans les délais raisonnables de surcroît. Le changement des responsables dans le ministère est un réel défi à prendre en compte dans l'appui apporté par l'UNFPA car cela occasionne des recyclages incessants. Le dispositif du SNISE est tel qu'il existe des points focaux suivi et évaluation dans chaque ministère. A l'issue d'une évaluation, nous avons constaté que les ministères qui sont à un niveau plus élevé en suivi et évaluation sont ceux de la santé, l'agriculture et de l'environnement. Parmi les 32 ministères, environ 20 disposent de système de suivi et évaluation contrairement au reste qui n'en disposent pas. Le système de Suivi et évaluation a du mal à capter les données au niveau des régions car il y a des difficultés dans le fonctionnement du processus de collecte des données.

L'UNFPA et l'Etat malgache gagneraient plus en assurant une couverture large de l'appui au système de suivi et évaluation, en tenant compte des défis existant. De façon pratique, il s'agira de déplacer régulièrement l'ensemble des points focaux des régions et des ministères pour le renforcement des capacités et faire un recyclage des acteurs ou responsables suivi et évaluation des ministères à cause du changement politique qui a occasionné la nomination des nouveaux points focaux. De plus, il faudra un renforcement spécifique des capacités de

tous les acteurs dans la manipulation des bases des données. Il convient de souligner que le PNUD appuiera le Ministère de l'Economie et du Plan dans l'élaboration de la politique nationale d'évaluation.

iii) **Principaux résultats au niveau de l'indicateur**

- Selon le document du programme, l'INSTAT devrait également assurer la mise en place et la mise à jour régulière de bases de données pour le suivi des urgences humanitaires particulièrement dans le domaine de la santé de la reproduction et des violences basées sur le genre. Toutefois, les documents disponibles n'ont pas permis de noter des informations concernant l'appui spécifique apporté par l'INSTAT dans ces domaines.
- Les capacités en S& E des responsables aux niveaux central et régionaux impliqués en S&E ont été renforcées. Par exemple, 22 responsables de suivi- évaluation formés en matière de SRISE ont été formés (il s'agit ici des Directeurs du Développement Régional (DDR) et/ou responsables de suivi évaluation (RSE)). En plus de cela, 37 participants ont été formés et les Indicateurs du SNISE mis à jour et validés au titre de l'année 2017. En 2016, 17 régions ont remis les rapports de 2015 et en 2018 seules 2 régions ont remis les rapports de 2017 (dont 1 région d'intervention de l'UNFPA). Cependant, il se peut qu'il puisse y avoir d'autres productions de rapport d'ici la fin de l'année 2018.
- 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. Aujourd'hui, il existe un système national intégré de suivi et évaluation redynamisé et opérationnel au niveau central et de trois régions (Vatovavy Fitovinany, Atsimo Andrefana et Androy) : « Une plateforme régionale en suivi évaluation a été mise en place au niveau de chacune des régions d'intervention de l'UNFPA pour s'assurer du suivi et de l'élaboration du rapport de mise en œuvre des plans régionaux. Dans un souci de produire des rapports de qualité et pour leur permettre de contribuer également au suivi des progrès des objectifs de développement durables (ODD), des sessions de formation des responsables régionaux ont été organisées au niveau central » (Rapport de revue semestrielle 2018, p. 8).
- 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. Ce sont les deux outils institutionnels qui assurent le cadre réglementaire et opérationnel de ce système.
- 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 pour renforcer la production de la qualité des données bien que ces deux structures fassent partie du même Ministère de l'Economie et du Plan. D'après les partenaires interviewés, le système de remontée des données qui alimentent 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.
- Les capacités en S&E des responsables aux niveau central et régionaux impliqués en S&E ont été renforcées. En 2018, « 21 Directeurs du Développement Régional (DDR) et/ou responsables de suivi évaluation (RSE) ont été formés et recyclés dans le cadre de l'élaboration des rapports de mise en œuvre des priorités régionales. L'objectif est d'élaborer un rapport de bonne qualité avec des indicateurs pertinents, mesurables, clairs et surtout disponibles au moment opportun. 37 participants issus des Institutions Partenaires de l'UNFPA ont été sensibilisés en matière des cibles priorisées et les indicateurs des ODD pour Madagascar et le SNISE ». (Rapport de revue semestrielle 2018, p.10)
- 4 rapports de mise en œuvre du PND élaborés basés sur le SNISE
- 5 rapports au titre de l'année 2015 de mise en œuvre des priorités régionales en 2016 basés sur SRISE, 17 en 2017 et les 2 au premier semestre 2018, les autres rapports régionaux en cours de finalisation.

d) **Indicateur : d) Existence de données désagrégées disponibles, analysées, utilisées au niveau national, sectoriel et régional**

i) **Extraits détaillés de la documentation :**



La première phase du processus d'élaboration de la Stratégie Nationale de Développement de la Statistique (SNDS) a été consacrée au diagnostic du SSN de Madagascar. Une évaluation de l'état des lieux du SSN a donc été entreprise, notamment selon une approche d'analyse SWOT/AFOM (Atouts, Faiblesses, Opportunités et Menaces). Elle a permis d'identifier plusieurs défis à lever portant, d'une part, sur les données ainsi que le cadre légal et institutionnel et, d'autre part, sur les capacités statistiques. Ces défis sont rappelés ci-dessous de manière résumée. Pour plus de détails sur l'analyse qui a conduit à les identifier, il convient de se reporter au rapport intérimaire cité plus haut. Les défis liés aux données concernent les trois dimensions suivantes : « la production : régularité, incohérence de certaines données, satisfaction des besoins, collaboration des enquêtés, exploitation des sources administratives, retard de réalisation du 3ème RGPH, faible capacité d'analyse ». (Mission d'Appui à l'Elaboration de la SNDS : *Rapport relatif au Plan d'Action de la SNDS*, page 14).

La mise à disposition des données désagrégées aux niveaux national, régional et sectoriel est une préoccupation que l'on retrouve dans tous les documents nationaux de planification, comme notamment dans l'UNDAF où est mentionné « le développement des capacités du Système Statistique National en vue d'une meilleure connaissance et un suivi efficace de la vulnérabilité, surtout au niveau de certains indicateurs clés touchant les secteurs sociaux comme la santé, l'éducation, la nutrition, l'eau, l'hygiène et l'assainissement ».

L'état civil constitue une source importante de données de population désagrégées par âge et par sexe selon les unités géographiques. Selon l'ENSOMD en 2012, huit enfants de moins de cinq ans sur 10 sont enregistrés à l'état civil, soit un taux de 83%. On note par ailleurs une difficulté de collecte des données sur l'enregistrement des décès maternels. Une priorité sera accordée à l'exploitation des données de sources administratives, notamment au niveau des communes pour l'exploitation de l'état civil. (CPAP, p.17)

ii) **Entretiens**

Les données désagrégées disponibles, analysées, utilisées aux niveaux national, sectoriel et régional sont alimentées par les enquêtes menées par l'INSTAT et les données administratives collectées au sein des Ministères. Cependant, ces données collectées au sein des ministères ne sont généralement pas triangulées et manquent d'évidences fiables. Le Ministère de l'Economie et du Plan ne contrôlent ni la collecte, ni la qualité des données administratives produites à cause des moyens techniques et financiers limités. 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. Cependant, un appui spécifique des producteurs des données au sein des administrations (y compris les responsables des centres de santé pour l'utilisation des fiches d'état civil) s'avère nécessaire, au lieu de l'appui global donné au Ministère de l'Economie et du Plan. Cela permettra de s'assurer d'une bonne remontée et qualité de l'information. Il ne faut pas seulement rester stratégique à cause du budget mais aller jusqu'à l'opérationnalisation pour améliorer la production et l'utilisation des données désagrégées. La remontée des données a un coût et, l'UNFPA et les autres acteurs devraient l'inclure dans la planification de la collecte des données, particulièrement dans les zones à accès difficile. L'UNFPA ne saisit pas l'opportunité d'utiliser les centres de formations existants 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. En plus de cela, certains mémoires de recherches sur la population et le développement peuvent être financés pour avoir des données fiables.

Une étude approfondie d'amélioration de la stratégie de collecte des données selon les réalités de chaque région pourrait s'avérer nécessaire. Cette étude serait une opportunité d'analyser les possibilités d'introduire les nouvelles technologies dans les stratégies de collecte des données, de déterminer les goulots d'étranglement dans le processus de production statistique et l'analyse des besoins en renforcement des capacités des agents des régions tant sur la saisie que sur la remontée des données pour que l'analyse et la publication se fassent uniquement au niveau central. Un fait non négligeable par exemple est que les agents de l'INSTAT qui sont dans les régions paient eux-mêmes leur carburant pour se rendre sur le terrain afin de collecter les données malgré l'irrégularité et l'insuffisance du budget.

Les pesanteurs culturelles rendent la collecte des données auprès des personnes divorcées très difficiles car les populations ne déclarent pas les cas de divorces malgré plusieurs sensibilisations et relances. Et ce, contrairement aux naissances, mariages et décès que les personnes déclarent facilement. La stratégie d'amélioration de collecte des données de l'état civil devrait impliquer les maires et les Centres de santé de base au niveau communautaire (CSB). Cela se fait déjà dans la région de Vatovavy Fitovinany où cette stratégie locale a été trouvée pour améliorer la remontée des fiches d'état civil. Et depuis lors, ce système de remontée des fiches d'état civil fonctionne sans l'appui d'un quelconque bailleur. En effet, les Centres de santé de base au niveau communautaire envoient une copie des fiches aux communes et à l'INSTAT. Il n'existe pas de mécanismes formels entre les CSB et les maires et,

certaines CSB manquent de formation conséquente sur le remplissage des fiches d'état-civil.

Nous les partenaires, pensons fortement que l'UNICEF et l'UNFPA peuvent travailler ensemble dans le domaine de l'état civil. Car l'UNICEF nous a appuyés sur la loi de l'état civil, ainsi que l'élaboration des textes qui s'en suivent et l'augmentation des déclarations des naissances. Et l'UNFPA peut appuyer la production statistique dans l'état civil. Il y a une complémentarité entre les deux organismes qui peut déboucher sur les zones d'intervention communes, des PTAs communs. L'UNICEF avait mis en place un logiciel d'enregistrement des naissances qui peut être amélioré en intégrant le volet statistique. Ainsi, l'on aboutirait à des publications communes.

Il est important de considérer l'inclusion de l'INSTAT dans le volet humanitaire pour publier les données des sinistrés, appuyer dans la collecte et l'analyse des données humanitaires et procéder aux évaluations post cycloniques par des enquêtes.

L'INSTAT ne peut pas jouer un rôle de coordinateur pour le processus de production des données désagrégées aux niveaux national, sectoriel et régional à cause de son manque de notoriété dans l'administration (elle n'est qu'une subdivision du MEP dont elle dépend hiérarchiquement et administrativement). De plus, le décret du SNISE donne au MEP ce pouvoir de coordination. Par conséquent, il devra s'assurer que les données qui alimentent le SNISE sont fiables et de qualité tout en mettant en place un système de contrôle de qualité adéquat.

Les agents de l'INSTAT dans les régions n'ont pas la capacité de faire des publications pour rendre disponibles les données désagrégées, pour analyse et utilisation aux niveaux national, sectoriel et régional. En effet, nombreux agents n'ont pas reçu de formation spécifique en publications. En plus, le nombre de personnel est insuffisant dans les régions et cela vient amenuiser les efforts de publications. Par exemple, les données de l'état civil sont bien disponibles dans la région de Vatovavy Fitovinany, mais le temps est insuffisant pour produire les données à cause du personnel insuffisant.

L'autre fait important est qu'il manque une politique nationale d'évaluation qui oblige chaque ministère à rendre compte de leurs politiques publiques et stratégies sectorielles. A ce jour, il existe très peu de stratégies sectorielles évaluées de façon indépendante. L'évaluation n'est pas suffisamment institutionnalisée.

### iii) **Principaux résultats au niveau de l'indicateur**

La signature et la mise en œuvre d'un mémorandum de coopération entre l'ANSD (Sénégal) et l'INSTAT (Madagascar) pour les travaux du recensement a permis d'amorcer le processus de façon stratégique. Et les autres Partenaires techniques et financiers du projet ont contribué au côté de l'UNFPA à l'appui technique et financier de la réalisation du RGPH3 (USAID, Banque Mondiale, UE et PNUD).

De 2015 à 2017, il y eu les phases de sensibilisation, de recrutement et de formation. L'année 2018 a été consacrée à la collecte et à la remontée des données des périphéries vers le niveau central. Le dénombrement de la population a pu être réalisé avec le concours d'environ 45.000 agents sur terrain, notamment : 863 superviseurs, 2704 contrôleurs, 10.985 chefs d'équipes et 31.191 agents recenseurs. Le processus se serait très bien déroulé s'il n'y avait pas eu de déblocage tardif des fonds qui ont beaucoup handicapés l'atteinte des résultats dans les délais raisonnables. Le processus sera finalisé au cours de l'année 2019. Les entretiens avec les partenaires ont révélé que le rôle de l'UNFPA dans la production et la dissémination des résultats serait 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.

- Rapport de revue semestrielle 2018 (p.10) « Dans le souci d'une amélioration de la fluidité des données SNISE ainsi que l'alimentation du système par le biais des différents indicateurs en provenance des ministères sectoriels, des Services Techniques Déconcentrés (CTDs), des Partenaires Techniques et Financiers (PTFs), des Organisations des Sociétés Civiles (OSCs), des opérateurs économiques, ainsi que d'autres entités partenaires susceptibles de fournir des informations et des données au système, la DSEP a décidé de créer une Base de Données (BDD) SNISE dans laquelle son alimentation en informations se fera en ligne, c'est-à-dire, via une connexion internet. Le processus pour la mise en place de cette base de données au niveau de chaque région a été entamé au cours de ce premier semestre ».
- Un atelier de mise à jour et de validation des indicateurs du SNISE ainsi que de sensibilisation pour les indicateurs de suivi des ODD a été organisé dans la perspective de la mise en place de la base des données (Rapport de revue semestrielle 2018, p.8).
- Avec l'appui de l'UNFPA, les autorités locales (maires et chefs districts) dans les trois régions d'intervention ont été sensibilisées sur l'importance de l'enregistrement des faits d'état civil
- Les secrétaires d'état civil d'environ 200 communes ont été formés sur l'utilisation des fiches d'enregistrement des faits d'état civil.
- Publications sur la fécondité et mortalité à partir des données d'état civil dans trois communes pilotes (Antsirabe, Mahitsy, Tuléar).

- 22 formations sanitaires contribuent à améliorer l'enregistrement des naissances et décès en utilisant les fiches d'enregistrement des faits d'état civil en même temps que formés.

### **SYNTHESE POUR LE CRITERE DE JUGEMENT**

La mise en œuvre du Recensement Général de l'Habitation a été rendue effective. Le processus étant en cours, les données mises à jour du RGPH ne sont pas encore disponibles au moment de l'évaluation finale du 7<sup>ème</sup> programme de coopération entre Madagascar et l'UNFPA. Le dénombrement exhaustif a eu lieu en Mai-Juin 2017, et les phases de vérification et de remontée des outils de collecte des données du terrain vers Tana sont en cours. 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 et les questionnaires sont acheminés au niveau central. Les données mises à jour sur RGPH ne sont pas disponibles cette année, mais un rapport des résultats préliminaires qui présentent des résultats globaux est prévu sortir avant la fin de l'année. Par contre, 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 été réalisée. L'enquête par grappe à indicateurs multiples (MICS) est en cours; la publication des résultats est prévue en 2019.

Dans le cadre du 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 7<sup>ème</sup> programme et 247 personnes qualifiées (sur 249 planifiées 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. L'insuffisance du personnel compétent impacte négativement la production des données de qualité.

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

Néanmoins, 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 le 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. Cela ne facilite pas l'utilisation des données ainsi que 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 les responsables régionaux de SNISE et de 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 a un coût et l'UNFPA et les autres acteurs devraient 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 existants 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**

Effet 1 UNDAF: Existence des données du RGPH à jour,  
Indicateur Plan Stratégique : Nombre de pays qui ont 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 : Existence d'un plan national de développement qui traite de la dynamique de populations et prend notamment en compte les tendances et les projections démographiques dans l'établissement des objectifs de développement

Indicateur Produit CPAP :  
(i) Nombre d'organismes décentralisés et centraux disposant de personnel qualifié et des outils nécessaires pour établir des plans et une politique de développement fondés sur des données factuelles  
c) Existence de guide d'intégration de population dans les plans de développement  
d) Processus de dividende démographique : Nombre de membres du personnel au niveau décentralisé et central formés sur les outils nécessaires pour établir des plans et une politique de développement fondés sur des données factuelles

- CPAP
- PTA concernant le domaine d'effet Dynamique de population
- Rapports trimestriels des IPs
- Rapport annuel
- Rapport des visites sur le terrain

- Rencontre avec les partenaires de mise en œuvre dans le domaine d'effet Population et Développement
  - Rencontre avec le staff de l'UNFPA sur Pop &Dev
- Rencontre avec les autres agences œuvrant dans le domaine de la Dynamique de population

(on a ces données dans le rapport du MEP)

**Indicateur : Indicateur Résultat CPAP : Existence d'un plan national de développement qui traite de la dynamique de populations et prend notamment en compte les tendances et les projections démographiques dans l'établissement des objectifs de développement**

i) **Extraits détaillés de la documentation :**

- UNDAF 2015-2019 (Page 52) « Adoption d'une stratégie appropriée visant le renforcement des capacités nationales et locales des acteurs de développement et de changement en ciblant les domaines clés porteurs de gains rapides dans l'accélération du processus de changement dans les pratiques de gouvernance et d'utilisation des services sociaux de base. L'intégration des capacités institutionnelles de planification stratégique du développement et d'analyse de la pauvreté, des inégalités et des dynamiques de la population, à travers notamment la réalisation du Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) complètera la stratégie. »
- CPAP 2015-2019 (Page 7) « ... À ces besoins et considérant l'impact de la crise, se greffe celui de construire des équipes solides et performantes en Population et Développement qui puissent contribuer de manière substantive aux analyses des différents secteurs de développement du pays et faciliter l'intégration des questions de population dans les programmes aux niveaux central et décentralisé ».
- Stratégie 5.4 : Le développement des capacités nationales pour intégrer l'analyse basée sur l'évidence en population, santé de la reproduction, genre et jeunes dans les politiques et programmes de développement (aux niveaux national, sectoriel et décentralisé) et dans les situations humanitaires. (CPAP page 17).
- Le Ministère de l'économie et de la planification assure la coordination et l'utilisation des données dans le processus de développement et de l'opérationnalisation de politiques publiques et programmes globaux, sectoriels et territoriaux, en garantissant l'intégration de la dimension population et en s'appuyant sur la mise à jour de la Politique nationale de population (PNP). En se basant sur la « population situation analysis», le Ministère mettra en place les actions soutenues de sensibilisation en vue de l'amélioration des analyses sectorielles et communautaires. (CPAP page 17).

ii) **Entretiens**

Il n'existe pas encore de plan national de développement qui traite de la dynamique de populations et prend notamment en compte les tendances et les projections démographiques dans l'établissement des objectifs de développement.

iii) **Principaux résultats au niveau de l'indicateur**

Lors de l'élaboration du programme, le PND n'était pas encore disponible et le PND 2015-2019 a été rendu disponible pendant la période de mise en œuvre du programme (en 2015). "A l'issue du RGPH 3, le SNISE devrait pouvoir disposer pour la première fois depuis près de 20 ans d'informations récentes et à jour sur l'état et la dynamique de la population. Le SNISE procédera dès lors à une mise à jour générale de ses données de façon à sortir des nouveaux indicateurs corrigés. Ce travail devra être fait en collaboration étroite avec l'INSTAT et des statisticiens professionnels. A l'issue de cette opération, il se peut que les nouvelles valeurs calculées des indicateurs connaissent des sauts importants par rapport aux valeurs précédentes" (PND 2015-2019).

a) **Indicateur : Indicateur Produit CPAP : (i) Nombre d'organismes décentralisés et centraux disposant de personnel qualifié et des outils nécessaires pour établir des plans et une politique de développement fondés sur des données factuelles**

i) **Extraits détaillés de la documentation :**

- Le Ministère de l'économie et de la planification, à travers la Direction de Planification Globale, a procédé à une série de renforcements de capacités des responsables au niveau central et au niveau régional pour assurer l'utilisation des données dans le processus de développement et d'opérationnalisation de politiques publiques et programmes globaux, sectoriels et territoriaux, en garantissant l'intégration de la dimension population (*Rapports de revues annuelles 2015-2016-2017 et semestrielle 2018*).
- Les formations ont porté sur la planification stratégique et l'intégration de la dimension population dans les politiques sectorielles et les programmes régionaux. Pour faciliter la compréhension et l'application des connaissances acquises, 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 et stratégies (*Rapport de revue annuelle 2015*).
- Au total, 37 participants issus des Institutions Partenaires de l'UNFPA ont été sensibilisés en matière des cibles priorisées et des indicateurs des ODD pour Madagascar et le SNISE. De plus, les membres du personnel de 51 organismes ou services décentralisés sont 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. Les responsables des programmes et de suivi évaluation au niveau central et au niveau des 2 régions d'intervention de l'UNFPA ont les compétences et sont outillés : des formations en suivi évaluation et sur l'intégration de la dimension population dans les programmes ont été organisées à l'endroit de ces responsables et des manuels pratiques d'intégration population et sur le suivi évaluation sont mis à leur disposition. Aussi, 49 organismes décentralisés et centraux disposent de personnes qualifiées pour le développement des plans et politiques fondés sur les données factuelles. (*Rapport de Revue Semestrielle 2017&2018*).

ii) **Entretiens**

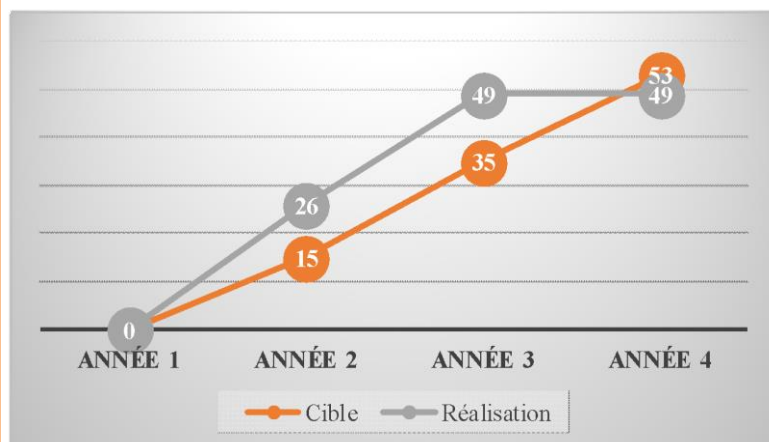
Il y a un changement fréquent des responsables de suivi au niveau des ministères sectoriels et des institutions partenaires, ce qui entraîne la tenue de sessions de renforcements de capacités fréquentes dans le but de rehausser les performances du programme.

Le RGPH3 est une opportunité d'utiliser les données issues de ce processus dans les politiques et stratégies nationales. En 2016, 17 régions ont remis les rapports de 2015 et en 2018 seules 2 régions ont remis les rapports du SNISE de 2017 (dont 1 région d'intervention de l'UNFPA). Cependant, d'autres rapports sont attendus d'ici la fin de l'année 2018. L'ensemble des régions ne dispose pas de plans et de politique de développement fondés sur des données factuelles. Le RGPH 3 sera une opportunité d'actualiser les plans et politiques de développement fondés sur des données factuelles.

iii) **Principaux résultats au niveau de l'indicateur**

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. 49 membres du personnel des services décentralisés sont formés sur l'intégration population développement dans les plans et 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.

Figure 15: Nombre d'organismes décentralisés et centraux disposant de personnel qualifié



b) **Indicateur :** c) Existence de guide d'intégration de population dans les plans de développement

i) **Extraits détaillés de la documentation :**

De nombreux défis se greffent au suivi et à l'évaluation, tant sur le plan géographique que programmatique parmi lesquels la construction des équipes solides et performantes en Population et Développement qui puissent contribuer de manière substantive aux analyses des différents secteurs de développement du pays et faciliter l'intégration des questions de population dans les programmes aux niveaux central et décentralisé. (CPAP, page 7).

Madagascar renforce sa volonté politique en participant au processus d'élaboration du programme de développement de l'après-2015, et en prônant, entre autres, le « développement axé sur l'être humain », d'une part et en s'appropriant les Objectifs de Développement Durable (ODD) pour les quinze prochaines années, d'autre part, à travers, notamment, le Programme National de Développement (PND). Dans le cadre de la réalisation des objectifs du PND relatifs à la réhabilitation de l'administration et l'instauration de l'autorité de l'Etat, le Ministère de l'Economie et de la Planification (MEP) a pour mission l'opérationnalisation des Politiques publiques et programmes orientés vers l'efficacité, l'efficience et l'équité, en y assurant l'intégration de la dimension population dans l'élaboration des plans, programmes et projets de développement. Du fait des difficultés ressenties par les responsables à différents niveaux dans l'application du principe selon lequel « la population est à la fois acteur et bénéficiaire du développement », deux manuels de prise en compte de la dimension population dans le processus de développement ont été édités en 2001 et 2005. Toutefois l'acquisition du concept intégration de la population et du développement reste un défi majeur pour le gouvernement malgache. La réactualisation du manuel d'intégration de la population dans le processus de développement s'avère incontournable afin que la dimension population soit bien prise en compte dans toutes les futures programmations. Ce nouveau manuel est ainsi élaboré pour toutes les parties prenantes pour être un outil indissociable à toute sorte de planification pour le développement. (Manuel d'intégration population et développement pour les responsables sectoriels, régionaux et nationaux, Page 6).

ii) **Entretiens**

L'UNFPA devrait penser à revoir son approche de choix d'une personne dans le Ministère de l'Economie et du Plan pour le renforcement des capacités à l'IDEP à Dakar. En effet, l'instabilité politique que connaît le pays entraîne des changements au sein du personnel dans le Ministère de l'Economie et du Plan qui a pour conséquence qu'il faut continuellement

former de nouvelles personnes.

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. Les membres du personnel du Ministère de l'Economie et du Plan des régions ne mesurent pas les priorités et l'importance de cette dimension dans leurs programmes régionaux.

Au niveau de l'INSTAT, l'intégration des données n'est pas encore effective car les données sont en cours de validation. Cependant, aucune stratégie de dissémination des données n'existe et la Direction de l'information pourrait être mise à profit pour cela.

iii) **Principaux résultats au niveau de l'indicateur**

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 au bénéfice de toutes les parties prenantes. Ce manuel est prévu 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.

c) **Indicateur** : d) **Processus de dividende démographique : Nombre de membres du personnel au niveau décentralisé et central formés sur les outils nécessaires pour établir des plans et une politique de développement fondés sur des données factuelles**

i) **Extraits détaillés de la documentation** :

Dans le cadre de l'opérationnalisation de ces résolutions, Madagascar a entamé le processus par le lancement officiel du Dividende Démographique le 2 Juin 2017 à Tsihombe dans la Région Androy. Aussi Madagascar fait-il partie des cinq premiers pays africains parmi les 55 à intégrer ce dividende démographique pour sa croissance économique. Par ailleurs, le pays a déjà mis en place des mesures et politiques susceptibles de contribuer à la création d'un environnement favorable lui permettant de récolter les fruits du dividende démographique. Dans ce cadre, des ateliers de réflexion sur le thème « Population et Développement- Investissement dans la jeunesse pour la réalisation du Dividende Démographique à Madagascar » ont été organisés avec la participation des membres du Parlement et du Gouvernement. De même, un renforcement de capacités des responsables multisectoriels sur le Dividende Démographique et la modélisation du Dividende Démographique par le logiciel DemDiv a été réalisé. Enfin, une Equipe du Dividende Démographique (EDD) a été mise en place, sous le leadership du Ministère de l'Economie et du Plan ; l'équipe a été chargée de conduire le processus de l'élaboration de la présente feuille de route pour Madagascar. (Feuille de route de Madagascar sur comment tirer pleinement profit du dividende démographique, Page 9)

ii) **Entretiens**

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. A cet effet, le pays s'est doté d'une feuille de route pour tirer pleinement profit du dividende démographique. Les résultats du recensement général de la population aideront à obtenir des données de bases des disparités de la population « jeune » par région. Les jeunes ne sont pas assez impliqués dans les processus et dispositifs de prise de décision aux niveaux national et régional. Le lead des acteurs du processus de Dividende Démographique est assuré par l'UNFPA.

Dans certaines régions, la question d'intégration du Dividende Démographique est venue après que les plans de développement régionaux soient développés.

iii) **Principaux résultats au niveau de l'indicateur**



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. 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'action entre les deux partenaires facilite l'atteinte du résultat afin de profiter du dividende démographique. Il est à noter l'insuffisance des statistiques pour analyser l'implication des jeunes dans le processus de prise de décision et dans la conception, le suivi et évaluation des politiques et stratégies de développement. Aucune feuille de route n'est disponible dans 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, en suivi évaluation et sur l'intégration de la dimension population organisées à leur endroit et grâce aux manuels pratiques d'intégration population et sur le suivi évaluation qui ont été mis à leur disposition.

### **SYNTHESE POUR LE CRITERE DE JUGEMENT**

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. Cette action est appuyée par le Ministère de l'Economie et de la Planification à travers la réactualisation du manuel d'intégration de la population dans le processus de développement élaboré pour toutes les parties prenantes. Ce manuel est prévu être un outil indissociable à toute sorte de planification pour le développement. Plusieurs ateliers de renforcement de capacités des acteurs de développement aux niveaux 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.

### **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 ?***

**CJ3.1: Les ressources humaines et financières allouées au programme sont adéquates au regard des objectifs poursuivis et fournies aux institutions concernées au niveau prévu et à temps**

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Pourcentage des allocations de ressources selon les priorités programmatiques</li> <li>b. Délais de réception des ressources par les partenaires de mise en œuvre</li> <li>c. Ratio des allocations des ressources financières allouées aux partenaires d'exécution par rapport aux actions envisagées</li> <li>d. Adéquation du volume des ressources humaines et financières pour fournir l'appui nécessaire aux partenaires pour la planification, la mise en œuvre et le suivi des interventions.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• CPAP, PTA, Rapports trimestriels des IPs</li> <li>• Rapports de suivi de l'UNFPA</li> <li>• Rapports financiers</li> <li>• Tableaux financiers élaborés par les assistants de l'UNFPA</li> <li>• Atlas</li> <li>• Rapport d'audit</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rencontre avec les IPs, les ministères et les ONG</li> <li>• Analyse des documents financiers</li> <li>• Interviews avec les responsables finances au niveau de l'UNFPA</li> <li>• Analyse des rapports annuels</li> <li>• Les bénéficiaires des fonds</li> </ul> |
|--|---|--|

e- degré de satisfaction de la délocalisation des ressources humaines (sous-bureau, équipe opérationnelle, autres institutions partenaires) aux besoins et aux enjeux des zones d'intervention dans les volets du programme (santé de la reproduction, jeunes et adolescents, Lutte contre les Violences basées sur le genre, Dynamique de la population		
--	--	--

a) **Indicateur : Pourcentage des allocations de ressources selon les priorités programmatiques**

***(i)Extraits détaillés de la documentation :***

- L'UNFPA s'engage 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. L'UNFPA s'engage 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. L'UNFPA déclare que les fonds dégagés au titre des ressources ordinaires et des autres ressources ne comprennent pas les financements octroyés en réponse à des appels d'urgence et déclare conformément au cadre du CPAP que l'appui suivant va être fourni aux homologues nationaux : assistance technique, formation, documentation, partage des connaissances et leçons apprises. L'UNFPA assurera également la commande d'équipements pour répondre aux besoins identifiés et selon les stratégies définies dans les composantes programme. (CPAP, Page 22).
- Les montants des budgets des autres thématiques sont répartis comme suit : Jeunes et Adolescent (915 080 \$US, 5%), Egalité des sexes et autonomisation (934 774 \$US, 5%) et Dynamique de population (1 909 397 \$US, 10%). L'évolution des dépenses nous fait observer une évolution ascendante des dépenses de la thématique Dynamique de population (461 474 \$US en 2015, 738 781 \$US en 2016 et 709 142 \$US en 2017). Le taux d'absorption est en moyenne de 102 % entre 2015 à 2017. 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%, ATLAS et COGNOS 2105-2018). L'UNFPA a mobilisé 14% des ressources attendues pour les cinq années du programme au cours des quatre années (2015-2018) soit un montant de 3 113 596 \$US. De l'enveloppe globale, les 70% proviennent des Ressources propres de l'UNFPA et les 16% d'autres sources. (ATLAS et COGNOS 2105-2018).

ANNEES	RUBRIQUES	BUDGET	DEPENSE	TAUX D'UTILISATION
2015	Dynamique de population	476 192	461 474	97%
	Santé Sexuelle et Reproductive	4 741 161	4 506 198	95%
	Adolescents et Jeunes	391 602	383 309	98%
	Egalité des sexes et autonomisation	332 251	318 762	96%
	Management	744 977	688 002	92%
	<b>Total 2015 (USD)</b>	<b>6 686 183</b>	<b>6357747</b>	<b>95%</b>
2016	Dynamique de population	753 155	738 781	98%
	Santé Sexuelle et Reproductive	4 456 926	4 277 284	96%
	Adolescents et Jeunes	252 080	236 907	94%
	Egalité des sexes et autonomisation	212 007	193 746	91%
	Management	590 601	583 620	99%
	<b>Total 2016 (USD)</b>	<b>6 264 769</b>	<b>6030338</b>	<b>96%</b>
2017	Dynamique de population	636 776	709142	111%
	Santé Sexuelle et Reproductive	4 542 711	4240970	93%
	Adolescents et Jeunes	299 083	294864	99%
	Egalité des sexes et autonomisation	433 475	422266	97%
	Management	860 003	851291	99%
	<b>Total (USD)</b>	<b>6 772 048</b>	<b>6518533</b>	<b>96%</b>
2018	Dynamique de population	557 349	241161	43%
	Santé Sexuelle et Reproductive	3 239 275	2174113	67%
	Adolescents et Jeunes	432 155	333606	77%
	Egalité des sexes et autonomisation	614 425	293222	48%
	Management	747 190	418421	56%
	<b>Total (USD)</b>	<b>5 590 395</b>	<b>3460524</b>	<b>62%</b>

### **(ii) Entretiens**

#### **Santé de la reproduction, Jeunes et adolescents :**

Les partenaires de mise en œuvre ont reconnu que le volet SR occupe une place importante et constitue une priorité programmatique de l'UNFPA. Par conséquent, ce volet est ce lui qui dispose le plus de ressources financières. En effet, la SR est la mission même de l'UNFPA et est au cœur de ses interventions. La Santé de la Reproduction s'occupe de plusieurs thèmes prenant la femme dans son ensemble et défendant ses droits.

La cible principale de l'UNFPA est de réaliser l'accès universel à la santé en matière de sexualité et de procréation, promouvoir les droits en matière de sexualité et de reproduction et réduire la mortalité maternelle. Pour y parvenir, le Fonds concentre ses activités sur la planification familiale, la santé maternelle et le VIH/Sida. La Santé de la Reproduction occupe de ces faits environ plus de 50%% des ressources financières de l'UNFPA par rapport aux autres programmes

Les partenaires d'exécution ont ajouté l'importance de la Santé de la Reproduction dans l'appui de l'UNFPA, un volet prioritaire aussi bien au niveau du fonds qu'au niveau même du pays et c'est logique que ce volet dispose le plus de ressources.

Par contre, le volet jeunes et adolescents bénéficie d'allocations des ressources plus faibles par rapport au total. Cependant c'est déjà un grand pas par rapport au 6<sup>ème</sup> programme, où il n'a pas eu un produit à part mais était noyé dans les autres produits.

### **Egalité des sexes et autonomisation des femmes**

Selon les entretiens avec les responsables de ce volet, « la répartition programmatique a été effectuée selon la priorisation dans le CPAP et selon la disponibilité de ressources. Il y a la répartition du budget par thème qu'il faut respecter. Toutes les interventions des thématiques contribuent à la réduction de la mortalité maternelle. »

### **Dynamique de population:**

Le volume de ressources 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. Les capacités du personnel opérationnel en mobilisation de ressources sont faibles en termes de technique de vente, de communication sur les résultats et de rédaction de propositions de projets conjoints.

### **(iii) Principaux résultats au niveau de l'indicateur**

- Au cours des 4 années d'exécution, le budget attribué à la Santé de la reproduction est de 54% du budget total par rapport aux autres programmes qui constituent le reste du projet, étant donné que la Santé de la Reproduction est la priorité programmatique de l'UNFPA. Afin de contribuer à réduire la mortalité maternelle, l'UNFPA appuie plusieurs domaines de la SR : les SONU, la PF, le VIH SIDA, la lutte contre les fistules obstétricales et la surveillance des décès maternels, ce qui nécessite des ressources adéquates.
- En ce qui concerne les adolescents et les jeunes, le budget attribué à la thématique adolescents et jeune est en moyenne de 7% par année au cours du programme mais toutefois, on remarque une légère hausse en 2018.
- Durant l'exécution budgétaire du programme, le taux de répartition du volet GENRE a chuté en 2016, pour remonter en 2017, et était respectivement de 4,96%, 3,38%, 6,4% et 11% à partir de l'année 2015 jusqu'au mois de mai 2018. A noter que l'UNFPA gère le projet ARSSAM financé par les fonds PBF à partir de 2018 dont le budget est de 31.57 % par rapport au budget du volet Genre.
- Le Taux d'utilisation de budget du volet GENRE reste élevé, respectivement de 96%, 91%, 97% et 48% à partir de l'année 2015 jusqu'au mois de mai 2018. Il y a une adéquation de fonds par rapport au résultat, mais le retard de déblocage des ressources a aussi retardé le début des interventions. Le taux d'absorption des partenaires est en général satisfaisant pendant les 4 années d'exécution et on constate une adéquation entre les ressources utilisées et les objectifs atteints.
- Le budget de la thématique Dynamique de population représente 10% de l'ensemble du Budget 2015-2017 (1 909 397 \$US). Entre 2015-2017, l'évolution du budget et des dépenses de la thématique Dynamique de population est ascendante. Par contre le budget de cette thématique a baissé en 2018 (soit 557 349 \$US) et présente un taux d'absorption de 43% au premier semestre, avoisinant ainsi la moitié.

#### **b) Indicateur : Délais de réception des ressources par les partenaires de mise en œuvre**

**i) Extraits détaillés de la documentation :**

Pour déterminer la situation de déblocage de ressources PTA 2015 -2016-2017-2018 les documents de Requêtes trimestrielles et rapports annuels des IP: 2015 – 2016-2017 et 2018 ont été analysés.

**ii) Entretiens**

**Santé de la reproduction , Jeunes et adolescents et Egalité des sexes et autonomisation des femmes**

Selon les partenaires dans le cadre de la Santé de la reproduction et du volet adolescent et genre, l'UNFPA initie la réalisation des planifications régionales suivies de planifications annuelles ; en parallèle, chaque partenaire de mise en œuvre élabore son PTA et le soumet à l'UNFPA selon leurs besoins. L'UNFPA procède par la suite à une révision et une vérification des PTA soumis. Ceci entraîne par conséquent un retard dans la signature des contrats et dans le déblocage des ressources pour les partenaires et par ricochet, un retard dans la réalisation des activités qui ne respectent plus les PTA. Cependant, on remarque une nette amélioration de la gestion financière au cours de l'année 2017 et surtout après les recommandations de la revue à mi-parcours.

En matière de SR et adolescents et jeunes, selon les partenaires techniques, les délais de réception des ressources par les partenaires de mise en œuvre dépendent du mode de paiement : pour les paiements directs, ils sont payés entre 5 à 10 jours après réception de la facture. Pour les partenaires en mode avance comme de nombreux partenaires de la SR, c'est un peu plus difficile car les fonds peuvent leur parvenir un mois après la demande.

Les partenaires d'exécution ont révélé plusieurs points lors des Entretiens :

Tous les ans, chaque IP élabore un PTA après avoir compilé et analysé des PTA auprès de leurs structures régionales. Ce PTA est ensuite validé par l'UNFPA et nécessite des discussions, des négociations avec chaque IP. A la fin de ce processus, un contrat pour le PTA est signé et ce processus peut durer jusqu'au mois de février. Après la signature du contrat, chaque IP élabore une requête trimestrielle en fonction du PTA validé par l'UNFPA tout en tenant compte du retard accusé par rapport aux activités programmées. L'UNFPA répond ensuite à cette requête dans une dizaine de jours. Enfin, le virement ne peut être touché qu'après quatre jours en banque. En totalité, les activités réalisées au premier trimestre sont en général limitées et ne correspondent pas aux prévisions qui en principe devraient être à un taux d'absorption à 25%

Certains partenaires SR ont aussi informé les évaluateurs que de nombreuses activités avaient été réalisées avec du retard après plusieurs reports. Certaines ont même été abandonnées faute de temps.

**Egalité des sexes et autonomisation des femmes:**

Selon le chef de service de lutte contre les VBG « seulement 33 pour 100 des activités sont réalisées au niveau des CECJ à cause du retard de financements de la période du premier trimestre 2018 ».

Le délai de réception des ressources par les partenaires de mise en œuvre dépend de la date de signature du contrat dans le PTA.

**Dynamique de la population**

Selon les entretiens avec les partenaires, le retard de déblocage de fonds ou la non disponibilité de fonds et des frais de déplacements (par transfert) avant la mission dans les régions

engendrent un manque de motivation pour les participants ou une perte de temps passé à la banque pour chercher les indemnités sur place (Rapport semestriel 2018, Page 18).

Les entretiens avec les partenaires ont relevé les points suivants : « Des retards dans le démarrage des activités sont observés en début de chaque année à cause des délais d’approbation des PTA qui sont trop longs, et très souvent, les documents que nous soumettons nous sont régulièrement retournés pour révision et compléments d’information. La collaboration entre l’UNFPA et ses partenaires de mise en œuvre est bonne. Les paiements arrivent de façon tardive et sont souvent conditionnés par la présence d’une banque dans les lieux de déroulement des activités. Cela constitue un frein par rapport au déroulement des activités car, il faut obligatoirement finir l’activité avant l’heure de fermeture des banques et à une heure raisonnable pour éviter les lignes d’attente. Les activités se déroulent donc dans les localités pourvues de banque alors que les besoins d’intervention se fait souvent ressentir dans les localités qui n’ont pas de banque. Il y a aussi une insuffisance des interventions en termes de couverture géographique et du nombre de personnes de l’UNFPA qui interviennent sur le terrain. »

### **(iii) Principaux résultats au niveau de l’indicateur**

D’après les entretiens avec les responsables des institutions étatiques et les partenaires d’exécution, on note des retards dans le démarrage des activités en début de chaque année, à cause des délais d’approbation des PTAs qui sont trop longs. L’origine de ce problème se trouve aux niveaux de la qualité des documents que les partenaires soumettent pour approbation. Cependant, selon l’analyse documentaire et certains entretiens, il y a une faiblesse dans la 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 dans 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.

#### **c) Indicateur : Ratio des allocations des ressources financières allouées aux partenaires d’exécution par rapport aux actions envisagées**

##### **(i) Extraits détaillés de la documentation :**

L’UNFPA déclare que les fonds dégagés au titre des ressources ordinaires et des autres ressources ne comprennent pas les financements octroyés en réponse à des appels d’urgence ; (...) facilitera en outre les synergies et le renforcement des partenariats pertinents avec la société civile, les agences de coopération dont celles des Nations Unies aux fins de la réalisation des produits des composantes programmes. En cas de remise directe d’espèces ou de remboursement, l’UNFPA avisera le partenaire d’exécution du montant approuvé par l’UNFPA et il remettra les fonds au partenaire d’exécution dans un délai de 15 jours. En cas de paiements directs à des fournisseurs ou à de tierces parties pour des obligations encourues par le partenaire d’exécution sur la base de demandes signées par le responsable désigné du partenaire d’exécution, ou à des fournisseurs ou à de tierces parties pour des obligations encourues par l’UNFPA à l’appui d’activités convenues avec le partenaire d’exécution, l’UNFPA effectuera le paiement dans un délai de 30 jours. L’UNFPA n’assumera aucune responsabilité directe découlant d’arrangements contractuels conclus entre le partenaire d’exécution et un tiers fournisseur. Lorsque plus d’un organisme des Nations Unies fournit des ressources en espèces au même partenaire d’exécution, le suivi des programmes, le suivi financier et les vérifications des comptes seront effectués conjointement ou coordonnés avec les organismes des Nations Unies concernés. CPAP, Page 22).

##### **(ii) Entretiens**

#### **Santé de la reproduction, jeunes et adolescents**

D’après les Responsables en SR, adolescents et jeunes au niveau du Bureau, les ressources financières allouées aux partenaires d’exécution sont proportionnelles aux réalisations. De

nombreuses activités sont réalisées, mais pas toutes.

D'après les partenaires d'exécution en SR, les ressources financières allouées aux partenaires d'exécution correspondent en partie mais non en totalité aux ressources financières allouées aux partenaires suite à la non prise en compte des réalités sur le terrain. Ainsi, un IP a précisé que les frais de déplacement prévus ne correspondent aux déplacements effectués car ils sont obligés de chercher les FVFO très loin, ce qui fait augmenter le nombre de jours de voyage.

### **Egalité des sexes et autonomisation des femmes:**

D'après une responsable au niveau de la mise en œuvre, il faut voir la parité des allocations des thèmes. L'analyse de fait est par rapport aux volumes d'activités selon les ressources disponibles et non par rapport aux besoins.

### **Dynamique de population**

Toutes les activités à réaliser se trouvent souvent dans les régions alors que l'ensemble des ressources sont au niveau central. Par ailleurs, le personnel d'appui pour la mise en œuvre des activités dans les régions provient des Ministères au niveau central alors que les Directions régionales qui représentent ces ministères peuvent les mettre en œuvre. Cela crée des chevauchements dans la mise en œuvre des activités. S'il existait des protocoles d'accord entre l'UNFPA et les régions à travers des PTA régionaux, cela permettra d'accroître l'efficacité et l'efficacités des interventions. Il existe un seul PTA entre le Ministère de l'Economie et de la Planification et l'UNFPA qui est signé au niveau central. Ce PTA ne considère pas suffisamment les plans de développement régionaux ; par conséquent, ils sont abandonnés par les acteurs intervenant au niveau local. L'option de signer un PTA spécifique au niveau des régions d'intervention permettrait réellement de décentraliser la prise de décision du niveau central vers les régions afin que l'action ait plus d'impact sur les activités mises en œuvre. En outre, il serait propice de considérer l'autorité étatique décentralisée (chefs de région) pour réduire le temps d'acheminement des requêtes d'approbation des activités ou d'octroi de finances. Les ressources humaines et les compétences locales seront valorisées et cela pourrait avoir un effet multiplicateur sur les résultats et améliorer la capacité de réponse au niveau local. Enfin, les fonds seront utilisés de façon efficiente.

### **(iii) Principaux résultats au niveau de l'indicateur**

#### **Santé de la reproduction, Jeunes et adolescents :**

Les ressources financières allouées aux partenaires d'exécution sont proportionnelles aux ressources financières allouées aux partenaires. Toutefois, l'UNFPA devrait toujours prendre en compte les réalités sur le terrain et avoir une flexibilité dans les allocations des ressources allouées aux partenaires. Par conséquent, les ressources allouées devraient être en fonction des objectifs à atteindre. En outre, tous les fonds décaissés au profit des institutions partenaires l'ont été en fonction des besoins réels et souvent après révisions des plans de travail annuels (PTA).

### **Dynamique de population**

Les allocations des ressources financières aux partenaires d'exécution par rapport aux actions envisagées sont adéquates au niveau central. Cependant, elles doivent être décentralisées au niveau régional pour améliorer leur efficacité et leur efficacité. Cela entraîne une signature des PTA au niveau des régions qui aurait des effets positifs sur les interventions des partenaires d'exécution.

- d) **Indicateur : Adéquation du volume des ressources humaines et financières pour fournir l'appui nécessaire aux partenaires pour la planification, la mise en œuvre et le suivi des interventions.**

### **(i)Extraits détaillés de la documentation :**

#### ***Santé de la reproduction, Jeunes et adolescents :***

En ce qui concerne le volet Santé de la Reproduction au niveau du Bureau de l'UNFPA, 4 membres du personnel y sont affectés, à savoir une conseillère internationale en SR, une chargée de programme SR et 2 personnels en SR/PF. Apparemment, le volume de travail est toujours assez élevé.

#### ***Dynamique de population***

Dans le cadre de la Réforme des Nations Unies, le Secrétaire Général a l'obligation de présenter les résultats d'avancement de la mise en œuvre des recommandations de l'Assemblée Générale sur la base de l'Examen Quadriennal Complet des activités opérationnelles de développement du système des Nations Unies (Quadrennial comprehensive policy review – QCPR). Cet exercice établit des liens avec les engagements de la Déclaration de Paris et de Busan sur l'efficacité de l'aide, la cohérence des programmes de développement, la redevabilité face aux résultats obtenus et l'adaptation de la réponse entre le développement et l'humanitaire selon les contextes prévalant dans un pays. Il permet également de mettre en évidence la nécessité de coordonner les actions de partenariats stratégiques et opérationnels entre les différents partenaires nationaux (ministères, société civile, secteur privé) et les Partenaires de développement traditionnels et non-traditionnels. Sur la base des accords de mise en œuvre de l'UNDAF 2015-2019, toutes les agences des Nations Unies ont convenu de s'aligner sur les structures de partenariat du MEP impliquant toute la communauté internationale. (CPAP, Page 18).

Au niveau du Gouvernement, l'UNFPA apportera un appui technique, matériel et financier aux différents services ou directions techniques des Ministères concernés par les activités inscrites dans le CPAP. Le partenariat s'inscrira surtout dans le cadre global de l'appui au PND. (CPAP, Page 18).

L'équipe de l'UNFPA collaborera avec toutes les agences des N-U qui ont prévu intervenir dans les trois effets de l'UNDAF pour lesquels l'UNFPA s'est positionné. Un accent particulier sera mis sur les programmes conjoints décidés au sein de l'UNCT. (CPAP, Page 18).

### **(ii)Entretiens**

#### ***Santé de la reproduction, jeunes et adolescents***

D'après un partenaire technique, les ressources humaines sont insuffisantes car le volume de travail est assez grand. L'UNFPA assure le lead au niveau des agences SNU en matière de jeunesse. De plus, ce partenaire gère plusieurs fonds de plusieurs projets et assure la planification, la coordination et le suivi de la mise en œuvre.

Les entretiens avec les partenaires d'exécution ont fait ressortir que le volume des ressources financières est adéquat pour fournir l'appui nécessaire aux partenaires dans la planification, la mise en œuvre et le suivi des interventions, étant donné qu'ils arrivent à atteindre leurs objectifs avec le budget octroyé. En effet, pour tous les partenaires d'exécution, l'atteinte des objectifs tourne en général autour de 80 à 90%.

#### ***Egalité des sexes et autonomisation des femmes***

D'après un partenaire technique dans le volet Genre, les ressources humaines sont constituées en totalité de consultants sauf au niveau central. Elles sont adéquates en termes de nombre, mais le statut de consultant ne garantit pas leur stabilité.



### ***Dynamique de population***

Le volume de ressources humaines et financières est adéquat et suffisant pour fournir l'appui nécessaire aux partenaires pour la planification au niveau stratégique, mais pas pour le suivi de proximité dans toutes les régions d'intervention. Les ressources humaines sont, non seulement insuffisantes pour le suivi, mais elles ne sont pas réparties de façon optimale dans les régions d'intervention du programme pays. Aucune équipe permanente de l'UNFPA ne 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.

### ***(iii) Principaux résultats au niveau de l'indicateur***

En matière de ressources humaines, la composante SR dispose de quatre membres du personnel au niveau du bureau central, à savoir une conseillère technique en SR au niveau International, une Responsable SR au niveau National et deux Responsables en SR/PF. On peut avancer qu'il y a une adéquation du volume des ressources humaines et financières pour fournir l'appui nécessaire aux partenaires en ce qui concerne la planification, la mise en œuvre et le suivi des interventions.

Cependant, pour le volet Adolescents et Jeunes, on peut constater une insuffisance en ressources humaines. En effet, une seule personne est chargée de ce volet et assure la gestion des fonds avec plusieurs projets en matière de jeunes. De plus, l'UNFPA assure le lead en matière de jeunesse. De ce fait, plusieurs réunions se tiennent au niveau des agences des Nations Unies, ce qui entraîne un volume de travail élevé. Cependant, le volume est adéquat en ce qui concerne les ressources financières.

Pour le volet du programme Genre, la charge de travail entre les domaines d'intervention a été répartie de manière la plus efficace possible : une chargée de Programme, un consultant auprès du bureau de Toliara, trois consultants au niveau des régions (Ambovombe Androy et Toliara) et un consultant au projet conjoint ARSSAM travaillent dans le Programme genre.

De façon globale, le volume de ressources humaines et financières de l'équipe de l'UNFPA est adéquat et suffisant pour fournir l'appui nécessaire aux partenaires dans le cadre du suivi de proximité dans toutes les régions d'intervention (au niveau du suivi des interventions), contrairement à la planification au niveau stratégique. L'UNFPA n'a pas assez tiré profit de la collaboration avec les autres Agences des Nations Unies pour la mise en œuvre et le suivi des interventions conjointes.

- e) Indicateur: degré de satisfaction de la délocalisation des ressources humaines (sous-bureau, équipe opérationnelle, autres institutions partenaires) aux besoins et aux enjeux des zones d'intervention dans les volets du programme (santé de la reproduction, jeunes et adolescents, Lutte contre les Violences basées sur le genre, Dynamique de la population).

### ***(i) Extraits détaillés de la documentation :***

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 puis Santé Sexuelle et Reproductive et 1 personne qui est en charge des deux autres thématiques Dynamique de population et Jeunes et Adolescents). (Organigramme et liste du personnel UNFPA Madagascar, 2018).

### ***(ii) Entretiens***

Au niveau du Bureau, en ce qui concerne le volet Adolescents et Jeunes, une seule personne est chargée de toutes les interventions concernant ce volet : gestionnaire de plusieurs fonds, coordination, appui aux partenaires et programmes conjoints.

Les points suivants sont ressortis lors des entretiens avec les interlocuteurs du sous Bureau dans le cadre du volet SR :

-En ce qui concerne la Santé de la Reproduction, une personne s'occupe de tout ce qui est SR au niveau des 3 régions : SONU, Décès maternels, PF, CCC. Une surcharge de travail et un déficit de personnel sont observés surtout dans la supervision au niveau des régions Manakara et Androy qui sont aussi sous la responsabilité de la même personne. Au niveau de la

région Atsimo Andrefana, les suivis et les réunions sont tout de même effectués, bien que de manière irrégulière.

-En matière d'Adolescents et de Jeunes, la charge du volet Jeunes des 3 zones d'intervention repose sur une personne. Par conséquent, les tâches ne sont pas réalisées avec qualité car elle a déjà de lourdes responsabilités. Par conséquent, on peut aussi remarquer un déficit dans le suivi et les supervisions des interventions qui se limitent seulement aux appels téléphoniques. La région d'Atsimo Andrefana a plus d'avantages car elle se situe dans la zone du sous-bureau et elle a plus de facilité à suivre les activités dans le volet jeunes ; mais dans les autres régions, à savoir Manakara et Androy, elle n'a pas la possibilité d'effectuer des descentes à cause du facteur temps.

D'après les interviews concernant le volet du programme Egalité des sexes et autonomisation des femmes, les deux zones d'intervention de la région Vatovavy Fitovinany (Manakara et de Mananjary) ont besoin d'un responsable de programme vu l'éloignement de la région Atsimo Andrefana où siège leur superviseur.

Le volume de ressources humaines est non seulement insuffisant mais il n'est pas non plus réparti de façon optimale dans les régions d'intervention du programme pays. 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 concentration des interventions du 7<sup>ème</sup> programme, à savoir la région de Vatovavy-Fitovinany, la région d'Atsimo-Andrefana et la région d'Androy. Cependant, cette équipe ne se trouve pas en permanence dans ces régions. Par conséquent, il n'y a pas de présence permanente de l'UNFPA couvrant 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 effet, la composante SSR dispose de deux membres de personnel au niveau du bureau central : un Responsable SR au niveau International et une Responsable SR au niveau National. Et, au niveau régional, le sous bureau régional dispose d'un Responsable en Santé de la Reproduction (SR). Le volet Adolescents et Jeunes, tout comme celui de la Dynamique de population, disposent d'une seule personne au niveau du Staff du bureau et le coordonnateur du sous bureau au niveau régional assure cette responsabilité dans les trois autres régions de concentration des interventions. Le volet Egalité des sexes et autonomisation dispose d'un membre de personnel au niveau national et d'un autre au niveau du sous-bureau. La couverture des interventions de l'UNFPA est minime par rapport aux changements que l'on veut apporter.

### **(iii) Principaux résultats au niveau de l'indicateur**

#### **Santé de la reproduction :**

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 la composante SR du programme car il s'avère qu'une seule personne est chargée d'assurer la coordination du programme SR dans les trois régions d'intervention. En effet, 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 concentration des interventions du 7<sup>ème</sup> programme, à savoir la région de Vatovavy-Fitovinany, la région d'Atsimo-Andrefana et la région d'Androy pour la thématique SR. Et il ressort que le Responsable n'arrive pas à assurer le suivi et les supervisions car les régions sont trop vastes et enclavées, étant donné que ce programme apporte son appui à de multiples domaines tels que la formation des sages-femmes, la lutte contre les fistules obstétricales, la santé des adolescents, les SONU et la planification familiale. Il s'avère que le personnel technique rencontré par l'équipe de l'évaluation est largement insuffisant pour appuyer et suivre efficacement toutes les activités planifiées dans ces différents domaines en matière de SR.

Dans le cadre du volet thématique adolescents et jeunes, il est nécessaire de nommer un point focal Jeunes au niveau délocalisé car actuellement, lors de l'évaluation, c'est la coordinatrice qui s'occupe en général du volet jeunes et elle n'arrive pas à assumer cela vu toutes ses autres responsabilités. De plus, il n'y a pas non plus de Responsables au niveau des autres régions contrairement à la thématique Egalité des sexes et autonomisation des femmes.

#### **Egalité des sexes et autonomisation des femmes**

Les 2 CECJ de la région de Vatovavy Fitovinany (Manakara et de Mananjary) travaillent sans consultant, contrairement aux autres régions. Par ailleurs, le manque d'équipe opérationnelle pour l'appui et la supervision est constaté.

### **Dynamique de population**

Le volume de ressources 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.

### **SYNTHESE POUR LE CRITERE DE JUGEMENT**

Les ressources humaines et financières allouées au programme sont adéquates au regard des objectifs poursuivis et sont fournies aux institutions concernées au niveau prévu et à temps. Le budget de la thématique Dynamique de population représente 10% de l'ensemble du Budget 2015-2017 (1 909 397 \$US). Entre 2015 et 2017, l'évolution du budget et des dépenses de la thématique Dynamique de population est ascendante. Par contre, le budget de cette thématique a baissé en 2018 (soit 557 349 \$US) et présente un taux d'absorption de 43% au premier semestre, avoisinant ainsi la moitié. Le volume de ressources 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. Les capacités du personnel opérationnel en mobilisation de ressources sont faibles en termes de technique de vente, de communication sur les résultats et de rédaction de proposition de projets conjoints. Le volume de ressources humaines est non seulement insuffisant mais elles ne sont pas réparties de façon optimale dans les régions d'intervention du programme pays. Le volume de ressources 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.

**CJ3.2: Les procédures administratives et les modalités d'intervention de l'UNFPA favorisent l'optimisation facilitent la mise en œuvre du programme**

a-Partenariat approprié pour la mise en œuvre des interventions  
 b-Indicateur : Adéquation des procédures Administratives et financières de l'UNFPA pour la bonne mise en œuvre des activités  
 c-Indicateur : Adéquation des critères de sélection des partenaires d'exécution  
 d-Délais de réception des budgets alloués au niveau des bénéficiaires/partenaires pour mener à bien les activités prévues

- CPAP, PTA
- Rapports trimestriels des IPs
- Rapports de suivi de l'UNFPA
- Rapport d'audit
- Document comprenant le nombre de staff ainsi que les titres respectifs

- Rencontre avec les IPs, les ministères et les ONG
- Analyse des documents financiers
- Interviews avec les responsables administratifs et financiers au niveau de l'UNFPA
- Analyse des rapports annuels
- Les bénéficiaires des fonds

**a) Indicateur : a-Partenariat approprié pour la mise en œuvre des interventions**

**(i)Extraits détaillés de la documentation :**

Le 7<sup>ème</sup> Programme de l'UNFPA pour 2015-2019 est sous la supervision du Ministère des Affaires Étrangères. La coordination globale et multisectorielle des Partenaires au Développement incluant toutes les Agences des Nations Unies est assurée par le MEP. Cette dernière veille à la cohérence des actions dans le cadre du Plan National de Développement de Madagascar pour la période 2015-2019 et des politiques et stratégies des secteurs partenaires. (CPAP, Page 18).

Au niveau du Gouvernement, l'UNFPA apportera un appui technique, matériel et financier aux différents services ou directions techniques des Ministères concernés par les activités inscrites dans le CPAP. Le partenariat s'inscrira surtout dans le cadre global de l'appui au PND. Le partenariat pour la mise en œuvre de ce CPAP se diversifiera avec les agences ou organisations bi et multilatérales telles que la BAD, la BM, l'UE, la JICA, l'USAID, l'AFD ou la coopération monégasque. Le partenariat avec les agences des Nations Unies se fera à travers la réalisation des effets de l'UNDAF qui concernent le mandat de l'UNFPA. L'équipe de l'UNFPA collaborera avec toutes les agences des N-U qui ont prévu intervenir dans les trois effets de l'UNDAF pour lesquels l'UNFPA s'est positionné. Un accent particulier sera mis sur les programmes conjoints décidés au sein de l'UNCT. (CPAP, Page 18).

Les partenariats avec les agences des NU se poursuivront : le Protocole d'accord (MOU) UNFPA/UNICEF pour un plan d'action conjoint dans le domaine de la santé maternelle et néonatale dans la région de Atsimo Andrefana ; la concertation UNFPA/PAM/Monaco & Andora apportant un appui aux femmes en âge de procréer pour la réduction de la malnutrition chronique dans deux communes de Atsimo Andrefana ; le partenariat avec le secteur privé UNFPA/Fondation TELMA concernant le projet de SMS pour la notification des décès maternels et la réponse. L'UNFPA continuera d'assurer le lead au sein du Groupe H4+ (UNFPA/UNICEF /OMS /ONUSIDA/ USAID/ JICA/ ONN/ /AFD) pour la mise en œuvre d'un plan d'action sur la santé maternelle et au sein du Groupe de travail « logistique ». L'UNFPA renforcera également le partenariat public-privé et travaillera avec le ministère de la santé, les ONGs internationales et locale ainsi que les Agences sœurs des Nations Unies (PAM, FAO, ...) pour la prévention et la prise en charge des fistules obstétricales (Opération Fistule, Mercy ships, Fistula Foundation, etc). D'autres partenariats seront définis selon les avantages comparatifs des intervenants et pour la recherche de synergies et de complémentarités. (CPAP, Page 18).

#### ***(ii)Entretiens***

L'UNFPA a des projets conjoints avec d'autres Agences des Nations Unies tel que le PNUD et réalise des travaux conjoints avec la FAO, ONUSIDA, l'UNICEF, l'OMS, le PAM, OCHA, le Bureau de coordination du SNU, entre autres.

#### ***(iii)Principaux résultats au niveau de l'indicateur***

- Les principaux partenaires de mise en œuvre produit 1 du CPAP sont le Ministère de la Santé Publique, le Ministère de la Jeunesse et des Sports, l'ONG Marie Stopes Madagascar, SALFA, SALAMA, ASOS, FISA et la Faculté de Médecine. Par ailleurs, pour atteindre les résultats escomptés, le partenariat pour la mise en œuvre s'est étendu aux organisations des sociétés civiles suivantes : L'Association Nationale des Sages-Femmes avec le Ministère de la Santé Publique ; La Fédération de la Communauté Royale Traditionnelle de Madagascar avec le Ministère de la Santé Publique ; La fondation Médicale d'Ampasimanjeva avec le Ministère de la Santé Publique ; Les réseaux ecclésiastiques luthériens (Association des femmes, Scout ...) Avec SALFA ainsi que l'ONG SISAL avec Maries Stopes Madagascar pour le projet e-voucher.
- Concernant le produit 2, les principaux partenaires de mise en œuvre du produit 2 du CPAP sont le Ministère de la Santé Publique, la Centrale d'Achat SALAMA-FISA, Marie Stopes Madagascar (MSM) et Handicap International. Le partenariat pour la mise en œuvre s'est étendu aux organisations des sociétés civiles suivantes : La Fédération de la Communauté Royale Traditionnelle de Madagascar avec le Ministère de la Santé Publique ; l'ONG SISAL avec Maries Stopes Madagascar pour le projet e-voucher ; UNICEF ; OMS et AFD.
- 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'Education Nationale (MEN) ; (iv) le Ministère de la Population, de la Protection sociale et de la Promotion de la Femme (MPPSPF) et FISA Madagascar.
- Les principaux partenaires de mise en œuvre produit 4 du CPAP sont le Ministère de la Population, de la Protection Sociale, et de la Promotion de la Femme (MPPSPF) ; Gender Links (réponse en situation de crises humanitaires) ; le Ministère de l'enseignement technique et de la formation professionnelle ; l'ONG Bel Avenir et Handicap International. Le partenariat pour la mise en œuvre s'est étendu aux organisations suivantes pour atteindre les résultats escomptés : PNUD et UNICEF.

- 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.

**b) Indicateur : Adéquation des procédures Administratives et financières de l'UNFPA pour la bonne mise en œuvre des activités**

**(i)Extraits détaillés de la documentation :**

CPD: L'UNFPA et le Gouvernement Malagasy mettront en œuvre le programme conformément aux règles et procédures de l'UNFPA. L'exécution du programme par le pays et la modalité de mise en œuvre souhaitée devront être conformes aux politiques et procédures de l'UNFPA. (...) Selon les recommandations de la macro-évaluation et du bureau du siège, il est préconisé de maintenir la dernière modalité de paiement utilisée et attendre les résultats des micro-évaluations avant de procéder à l'utilisation d'autres modalités (paiement direct, avance de fonds, remboursement, suivant les cas). Ces micro-évaluations auront lieu en début du cycle du nouveau programme, soit au cours du premier trimestre de 2015 et serviront également à préciser la liste des partenaires. (CPAP, Page 19).

L'UNFPA, en collaboration avec les autres agences des Nations Unies (et les partenaires bi/multi latéraux intéressés), est engagé à renforcer l'harmonisation et la simplification des procédures en utilisant les modalités du HACT, lequel a pour principal objet de soutenir la gestion transparente des fonds alloués, l'identification des capacités des partenaires d'exécution et les responsabilités mutuelles. (CPAP, Page 19).

Pour assurer les activités de suivi financier, l'UNFPA fera effectuer des vérifications des comptes par des services d'audit du secteur privé. Par ailleurs, les évaluations et vérifications des comptes des partenaires d'exécution non Gouvernementaux seront effectuées conformément aux politiques et procédures de l'UNFPA (CPAP, Page 21).

Le Gouvernement s'engage à utiliser les véhicules remis par l'UNFPA exclusivement pour les activités du programme auxquelles ils ont été assignés, et conformément aux règles et procédures telles que prévues dans l'accord. (CPAP, Page 22).

**(ii)Entretiens**

Les modalités de paiement direct envers les bénéficiaires par les banques entravent le bon déroulement des activités car il faut organiser l'activité dans une zone où il y a une banque et terminer l'activité avant l'heure de fermeture de la banque locale pour recevoir les frais de remboursement de transport. De plus, les populations rurales qui participent souvent aux formations n'ont pas tous des pièces d'identité.

L'on note, cependant, une nette amélioration du changement de modalités d'exécution de certains partenaires d'exécutions qui sont passés du mode de paiement direct au mode de paiement par avance après une évaluation des capacités.

**(iii)Principaux résultats au niveau de l'indicateur**

Certains partenaires sont passés du mode de paiement direct au mode de paiement par avance après une évaluation des capacités. Ceci démontre une amélioration de l'efficacité qui a un effet direct positif sur la mise en œuvre des activités. Les procédures, telles que conçues, ne facilitent pas la mise en œuvre des activités en milieu rural. Cependant, la majorité des partenaires sont en paiement direct au lieu d'être en paiement d'avance.

Le mieux est de faire un paiement direct pour tous les partenaires car cela diminue le volume de travail pour l'UNFPA mais augmente le volume de travail au sein des partenaires d'exécution qui doivent assumer un transfert de compétences et une durabilité par l'accompagnement et le renforcement des capacités. Il faut prendre en compte les mesures de mitigation liées au changement constant des points focaux et des personnes responsables des ministères.

Le besoin de renforcement sur les procédures des partenaires techniques et financiers se fait ressentir de façon pressante car chaque année, les points focaux changent. Par ailleurs, ceux qui sont nommés aux services financiers des ministères étatiques sont souvent des techniciens et non des spécialistes en administration et finance. Les changements organisationnels au

sein des ministères sont un réel défi car les passations de services entre les anciens et les nouveaux points focaux ne se font pas.

Le temps nécessaire pour la formation doit être accordé pour la formation et le renforcement des capacités pour l'assimilation des procédures administratives et financières.

c) **Indicateur : Adéquation des critères de sélection des partenaires d'exécution**

i) **Extraits détaillés de la documentation :**

Le 7<sup>ème</sup> Programme de l'UNFPA pour 2015-2019 est sous la supervision du Ministère des Affaires Étrangères. La coordination globale et multisectorielle des Partenaires au Développement incluant toutes les Agences des Nations Unies est assurée par le MEP. Cette dernière veille à la cohérence des actions dans le cadre du Plan National de Développement de Madagascar pour la période 2015-2019 et des politiques et stratégies des secteurs partenaires. Afin de mieux répondre aux orientations du Plan stratégique révisé de l'UNFPA et de favoriser la réalisation des priorités stratégiques, l'UNFPA continuera à mettre en place des alliances stratégiques et partenariales fortes pour la mise en œuvre de programmes conjoints. (CPAP, Page 18).

Au niveau du Gouvernement, l'UNFPA apportera un appui technique, matériel et financier aux différents services ou directions techniques des Ministères concernés par les activités inscrites dans le CPAP. Le partenariat s'inscrira surtout dans le cadre global de l'appui au PND. Le partenariat pour la mise en œuvre de ce CPAP se diversifiera avec les agences ou organisations bi et multilatérales telles que la BAD, la BM, l'UE, la JICA, l'USAID, l'AFD ou la coopération monégasque (CPAP, Page 18).

L'UNFPA, en collaboration avec les autres agences des Nations Unies (et les partenaires bi/multi latéraux intéressés), est engagé à renforcer l'harmonisation et la simplification des procédures en utilisant les modalités du HACT, lequel a pour principal objet de soutenir la gestion transparente des fonds alloués, l'identification des capacités des partenaires d'exécution et les responsabilités mutuelles. Il veillera également à la mise en place des actions nécessaires pour accompagner les partenaires nationaux (ministères, société civile) en vue d'améliorer les parties prenantes impliquées dans la mise en œuvre du 7<sup>ème</sup> Programme. (CPAP, Page 18).

ii) **Entretiens**

Les ministères étatiques souffrent d'une insuffisance et d'un changement fréquent des ressources humaines qui entravent la bonne mise en œuvre des activités. De plus, les personnes recrutées n'ont pas toujours les capacités nécessaires de comprendre et de gérer les procédures. Par exemple, au Ministère de la santé, le service financier qui est le répondant est vraiment en capacité limitée en termes d'effectif. Au niveau de l'INSTAT, les partenaires proposent d'instaurer le remboursement des transports des participants aux réunions et ateliers comme le font d'autres Agences des Nations Unies. Ce système permet une participation effective des personnes clés, des partenaires techniques et financiers et pallie de ce fait les absences répétées des responsables de ces structures.

iii) **Principaux résultats au niveau de l'indicateur**

Les critères de sélection des partenaires d'exécution ou de mise en œuvre des programmes sont en adéquation avec les objectifs du PND, les domaines d'interventions de l'UNDAF et les axes stratégiques du Plan Stratégique de l'UNFPA. Cependant, les modalités de paiement et la maîtrise des procédures par ces partenaires d'exécution restent un défi majeur à cause de leurs faibles capacités techniques et volume en ressources humaines pour répondre aux objectifs opérationnels du 7<sup>ème</sup> programme.

d) **Indicateur : Délais de réception des budgets alloués au niveau des bénéficiaires/partenaires pour mener à bien les activités prévues**

i) **Extraits détaillés de la documentation :**

- L'UNFPA déclare que les fonds dégagés au titre des ressources ordinaires et des autres ressources ne comprennent pas les financements octroyés en réponse à des appels

d'urgence ; déclare conformément au cadre du CPAP que l'appui suivant va être fourni aux homologues nationaux : assistance technique, formation, documentation, partage des connaissances et leçons apprises ; assurera également la commande d'équipements pour répondre aux besoins identifiés et selon les stratégies définies dans les composantes programmes ; facilitera en outre les synergies et le renforcement des partenariats pertinents avec la société civile, les agences de coopération dont celles des Nations Unies aux fins de la réalisation des produits des composantes programmes. En cas de remise directe d'espèces ou de remboursement, l'UNFPA avisera le partenaire d'exécution du montant approuvé par l'UNFPA et il remettra les fonds au partenaire d'exécution dans un délai de 15 jours. En cas de paiements directs à des fournisseurs ou à de tierces parties pour des obligations encourues par le partenaire d'exécution sur la base de demandes signées par le responsable désigné du partenaire d'exécution ; ou à des fournisseurs ou à de tierces parties pour des obligations encourues par l'UNFPA à l'appui d'activités convenues avec le partenaire d'exécution, l'UNFPA effectuera le paiement dans un délai de 30 jours. L'UNFPA n'assumera aucune responsabilité directe découlant d'arrangements contractuels conclus entre le partenaire d'exécution et un tiers fournisseur. Lorsque plus d'un organisme des Nations Unies fournit des ressources en espèces au même partenaire d'exécution, le suivi des programmes, le suivi financier et les vérifications des comptes seront effectués conjointement ou coordonnés avec les organismes des Nations Unies concernés. (CPAP, Page 18).

- Les défis que l'on rencontre avec les partenaires sont le retard du démarrage dans la mise en œuvre du programme et le retard dans l'envoi des dossiers (requête et justificatifs). (Rapport semestriel 2015)

ii) **Entretiens**

Les fonds pour exécuter les activités arrivent très souvent en retard auprès des partenaires d'exécution. Et cet état de fait retarde le démarrage des activités. L'UNFPA devrait davantage appuyer les partenaires d'exécution pour asseoir la bonne maîtrise des procédures, des requêtes et justificatifs.

iii) **Principaux résultats au niveau de l'indicateur**

Les délais de réception des budgets alloués au niveau des bénéficiaires/partenaires pour mener à bien les activités prévues sont peu respectés à cause de la maîtrise des procédures, des requêtes et justificatifs qui arrivent très souvent en retards.

**SYNTHESE POUR LE CRITERE DE JUGEMENT**

Les procédures administratives et les modalités d'intervention de l'UNFPA favorisent moyennement l'optimisation de la gestion des ressources auprès des partenaires de mise en œuvre. De plus, elles doivent être adaptées pour faciliter la mise en œuvre des interventions du programme.

**DURABILITE**

**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 ?**

<p><b>CJ4.1: Les résultats actuels vont durer après les interventions</b></p>	<p>a- Existence de stratégie de mitigation des risques qui pourraient affecter les résultats après l'intervention b-Existence de mécanisme et l'appui dans le renforcement de capacité pour assurer l'appropriation et la durabilité des résultats</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CPAP</li> <li>• PTA</li> <li>• Rapport de suivi</li> <li>• Rapport SIS My results</li> <li>• Rapport d'évaluation du 6ème programme</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analyse documentaire</li> <li>• Rencontre et interview avec staff de l'UNFPA</li> <li>• Rencontre avec les partenaires</li> <li>•</li> </ul>
---	--	---	---

	c-Niveau de Contribution des interventions pour rendre durables les qualités des services offerts en matière de SR, PF, SR pour les jeunes et adolescents et de lutte contre les violences		
--	--	--	--

a- **Existence de stratégie de mitigation des risques qui pourraient affecter les résultats après l'intervention :**

**(i)Extraits détaillés de la documentation:**

Chaque année, le Gouvernement et l'UNFPA signeront les plans de travail annuels (PTA). L'élaboration des PTA se fera dès après la revue annuelle (et la revue annuelle conjointe des Nations Unies), soit au cours du dernier trimestre de chaque année et sera mise en œuvre dès le début de l'année concernée, si possible en janvier de chaque année. Les résultats des revues annuelles et les recommandations émanant des évaluations de programmes serviront de base pour améliorer la mise en œuvre, prendre en compte les risques liés à l'exécution programmatique et financière et apporter les ajustements nécessaires pour atteindre les résultats. 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. (Extrait CPAP Page 19)

**(ii)Entretiens :**

**Santé de la reproduction**

Dans les volets SR, Adolescents et Jeunes, d'après les interviews auprès des partenaires techniques, le bureau dispose des stratégies de mitigation de risques : comme exemple concret, en vue de la période électorale, la mise en œuvre des activités pour l'année 2018 a été avancée. En effet, plus de la moitié des activités doit être réalisée avant le premier semestre 2018, les ¾ jusqu'au mois de septembre et 20% seulement seront réalisées au dernier trimestre de l'année.

Dans le cadre de l'achat des contraceptifs, comme stratégie de mitigation de risques, l'UNFPA effectue des plaidoyers forts pour l'achat des contraceptifs par le gouvernement pour assurer la pérennisation du programme PF car sans produit, il n'y aura pas de programme.

De plus, l'effort de l'UNFPA dans le renforcement de capacités de la partie nationale est considérable dans le domaine de la SR pour que cette dernière puisse continuer le programme

**Egalité des sexes et autonomisation des femmes:**

D'après les entretiens, des supports institutionnels ont été fournis aux partenaires pour assurer la durabilité des interventions : il s'agit des dotations de matériel informatique, de renforcements des capacités à l'endroit des acteurs qui luttent contre les violences, à savoir les CECJ, la gendarmerie et la police, donc globalement les institutions membres des plates-formes de lutte contre les violences basées sur le genre.

**(iii)Résultats :**

**Santé de la reproduction :**



L'UNFPA a déployé un effort important 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 qui pourraient affecter les résultats. Il s'agit du choix des stratégies adoptées, du choix des partenaires de mise en œuvre, du mécanisme de renforcement de capacités, de la contribution au développement et de la formulation des principaux cadres programmatiques de développement à moyen et long termes du secteur santé de la reproduction et par conséquent un renforcement du système de santé.

Dans le cadre de la composante SR, Adolescents et Jeunes, des stratégies de mitigation de risques qui pourraient affecter les résultats après l'intervention ont été adoptées et mises en place :

- Le choix des partenaires d'exécution qui sont des Ministères de tutelle le Ministère de la Santé, le Ministère de la Jeunesse et des Sports et qui sont des Ministères chargés de la coordination de toutes les interventions en matière de SR et de jeunesse. Ces Ministères sont dans l'obligation de toujours continuer le programme car cela fait partie de leur mission respective ; l'UNFPA a appuyé le programme national comme étant garants de la constitution ;
- La collaboration avec les Organisations de la société civile et les communautés comme partenaires de mise en œuvre, fait partie des facteurs qui contribuent à la durabilité des effets du programme après le retrait de l'UNFPA ;
- La réalisation des plaidoyers très forts pour que le pays dispose de documents politiques et stratégiques, de politique en PF, de politique de la jeunesse à Madagascar. L'application de ces politiques au niveau du pays sera la suite des interventions après l'arrêt du programme ; les plaidoyers pour l'achat des contraceptifs par le gouvernement ;
- Le renforcement de capacités des partenaires d'exécution pour qu'ils soient en mesure de continuer le programme.

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, MID et UNFPA pour la mise à disposition d'espaces pour l'emplacement des espaces jeunes est une garantie de l'appropriation nationale de la démarche pour assurer la durabilité des interventions.

### **Egalité des sexes et autonomisation des femmes**

Pour assurer l'appropriation et la durabilité des résultats, des appuis et mécanismes sont réalisés dans le domaine de l'égalité des sexes et de l'autonomisation des femmes. Il s'agit de l'appui à la révision et à l'élaboration de lois contre les VBG, de la définition et la mise en œuvre d'une stratégie de plaidoyer pour son application, du renforcement de la coordination pour la lutte contre les VBG, y compris dans les situations humanitaires, du Soutien pour la mise en place des modèles de services intégrés pour la prise en charge des VBG, du renforcement des capacités, de la supervision et du suivi des prestataires de services à fournir des soins médicaux, psychosociaux, ainsi que des conseils juridiques. D'autres actions complémentaires ont aussi été réalisées : le développement et le 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, les interventions permettant une bonne qualité de service, par des formations, des renforcements des capacités, la disposition de matériels pour travailler, l'appui à l'élaboration et la vulgarisation des lois sur la lutte contre les VBG, l'appui à l'opérationnalisation des CECJ sous la bonne supervision et le suivi du MPPSPF et les outils et documents disponibles et utilisés pour la lutte. Les interventions pour rendre durables les qualités des services dans la lutte contre les violences sont l'application des lois adoptées, les qualités de services au niveau des CECJ, l'opérationnalisation des différentes institutions pour la lutte contre les violences (plateformes, cellules de veille, sous cluster VBG, réseau d'hommes...). L'on peut aussi ajouter le renforcement des capacités de toutes les parties prenantes (partenaires, personnel des centres d'écoute, la police, les gendarmes, les membres des plateformes, des cellules de veille etc.), l'appui à la mise à disposition des outils, documents et les textes concernant la lutte contre les VBG. L'appui de l'UNFPA a permis de mettre en place les documents cadres, l'appui institutionnel pour faciliter la viabilité du Programme à la fin du mandat de l'UNFPA.

### **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 (en cours de remontée des données). Les résultats

du RGPH3 sont susceptibles de durer 10 ans. Ils serviront pour le suivi et l'évaluation des programmes de développement aux niveaux national, local et sectoriel (santé, éducation,) ; 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,...) ; 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 et stratégies.
- 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 (en 2015). En 2016, l'on note que 9 étudiants malgaches pris en charge par l'UNFPA ont été formés (8 à l'IFORD et 1 à l'ENSEA).
- 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 des interventions du 7<sup>ème</sup> programme, des fiches d'état civil en République de Madagascar sont des actions pérennes qui ont pu être conçues et disséminées.

## **b-Existence de mécanisme et l'appui dans le renforcement de capacité pour assurer l'appropriation et la durabilité des résultats**

### **(i)Extraits détaillés de la documentation:**

Extrait de CPAP pages 10 à 17, mentionnant les Produits et Stratégies en faveur d'un renforcement de capacité pour assurer l'appropriation et la durabilité des résultats.

#### *Résultat 1 : Santé sexuelle et reproductive*

Produit 1: Les capacités nationales à fournir des services de santé maternelle de qualité, y compris dans les situations de crise humanitaire, améliorées.

*Stratégie 1.1 : Renforcement de la capacité des centres de santé à offrir des services obstétricaux et néonataux d'urgence de qualité.*

*Stratégie 1.2 : Appui au Ministère de la Santé dans le déploiement de sages-femmes dans les zones rurales et reculées.*

*Stratégie 1.3 : Renforcement de la surveillance et de la réponse aux décès maternels et du système d'information et de gestion des données.*

*Stratégie 1.5 : Renforcement des capacités nationales à se préparer et à faire face aux urgences en matière de santé de la reproduction, y compris la nutrition.*

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.

*Stratégie 2.1 : Plaidoyer en faveur de l'allocation d'un budget national pour l'achat et la distribution des produits contraceptifs.*

*Stratégie 2.4 : Renforcement de capacités à offrir des services de SR de qualité et à gérer la chaîne d'approvisionnement.*

#### *Résultat 2 : Adolescents et jeunes*

Produit 3: L'accès à l'information et aux services conviviaux pour les jeunes et adolescents, notamment la formation sur les compétences de vie et l'éducation sexuelle accru.

*Stratégie 3.1 : Sensibilisation et information des jeunes et adolescents non scolarisés surtout en milieu rural sur les questions de mariages et grossesses précoces et d'IST/VIH.*

*Stratégie 3.2 : Soutien à l'intégration d'une éducation sexuelle dans les programmes scolaires.*

*Stratégie 3.3 : Plaidoyer pour accroître l'investissement en faveur des jeunes et particulièrement des jeunes filles et des jeunes marginalisés (y compris, les jeunes travailleurs de sexe et les jeunes de la rue).*

#### *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 renforcés ». Ce produit est lié à l'effet UNDAF n°1 et au Résultat4 du plan stratégique de l'UNFPA 2014-2017 relatif au renforcement des politiques nationales et des programmes internationaux de développement par l'intégration d'analyses factuelles sur la dynamique des populations et leurs liens avec le développement durable, la

santé sexuelle et procréative et les droits en matière de procréation, le VIH et l'égalité des sexes. (CPAP, Page 16).

Chaque année, le Gouvernement et l'UNFPA signeront les plans de travail annuels (PTA). L'élaboration des PTA se fera dès après la revue annuelle (et la revue annuelle conjointe des Nations Unies), soit au cours du dernier trimestre de chaque année et sera mise en œuvre dès le début de l'année concernée, si possible en janvier de chaque année. Les résultats des revues annuelles et les recommandations émanant des évaluations de programmes serviront de base pour améliorer la mise en œuvre, prendre en compte les risques liés à l'exécution programmatique et financière et apporter les ajustements nécessaires pour atteindre les résultats. (CPAP, Page 19).

### **(ii) Entretiens**

D'après les entretiens avec les partenaires techniques, il existe un mécanisme et un appui dans le renforcement des capacités pour assurer l'appropriation et la durabilité des résultats :

- La totalité des stratégies adoptées dans les produits 1 et 2 de la composante SR et pour les adolescents et jeunes qui sont des renforcements des capacités nationales ont un effet durable et seront en mesure de continuer après le retrait de l'UNFPA ;
- Tout au long du programme, un système de renforcement continu a été mis en place et adopté ; au début du programme, les résultats des micro-évaluations ont emmené l'UNFPA à renforcer les capacités des partenaires en matière de gestion administrative et financière ; tout au long du programme, à chaque étape : la planification, la mise en œuvre, le suivi, un renforcement a été toujours effectué. Les réalisations des revues périodiques de planification, de bilans constituent un des aspects de renforcement de capacités ; la mise en place des différents outils.
- Le renforcement des capacités à travers la participation des partenaires aux différents ateliers de partage, de formation organisés au niveau du pays par l'UNFPA mais aussi à l'extérieur au niveau international ;
- L'accompagnement continu des partenaires à chaque étape du programme par les chargés de programme avec des feedbacks continus ;  
Spécifiquement, *dans le cadre du volet adolescents et jeunes, les jeunes ont été formés en « PAO » et l'UNFPA ne cherche plus de fournisseurs pour les maquettes des teeshirts, casquettes car les jeunes ont déjà les capacités. Il en est de même pour l'embellissement des maisons et des centres pour les jeunes.*

D'après le chef de service de la lutte contre les VBG : pour les CECJ spécifiquement, le bâtiment appartient au MPPSPF, les membres de l'équipe des Directions Régionales de la Population sont formés avec le personnel des CECJ. La mise à l'échelle des CECJ est déjà réalisée par le MPPSPF, des CECJ sont opérationnels auprès de la DRPPSPF Vakinankaratra et Antsiranana sans le support de l'UNFPA. Ce sont les membres du personnel des DRPPSPF qui fournissent les services dans ces CECJ.

Selon les partenaires de mise en œuvre dans le domaine de la dynamique de la Population, le renforcement des capacités a été constant tout au long de la mise en œuvre du 7<sup>ème</sup> Programme de Coopération entre l'UNFPA et Madagascar à travers la plupart des stratégies mises en œuvre. L'implication des responsables régionaux dans la planification, la mise en œuvre et le suivi des activités les aide dans la réalisation de leurs tâches, dans l'analyse et le suivi des résultats puis assure l'appropriation et la durabilité des résultats.

### **(iii) Résultats :**

Le mécanisme et l'appui dans le renforcement des capacités pour assurer l'appropriation et la durabilité des résultats ont été mis en place et appliqués et se traduisent à travers l'accompagnement continu des partenaires d'exécution dans la gestion du programme, la planification, la mise en œuvre et le suivi des interventions. A cet effet, plusieurs dispositions ont été prises :

- L'organisation des différentes revues : semestrielles, annuelles qui constituent non seulement des réunions de coordination mais aussi des partages d'informations et d'échanges ;
- L'organisation des différents ateliers de formation sur les différents thèmes et la participation des partenaires aux ateliers de formation organisés à l'extérieur du pays. Des

compétences techniques et gestionnaires remarquables dans la composante SR 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 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, en gestion financière etc ....

- L'élaboration des différents outils de travail des partenaires qui entrent dans le domaine du renforcement de capacités
- Le renforcement de capacités des structures de soins en Santé de la Reproduction et dans le domaine des Adolescents et Jeunes favorise la garantie de la qualité des soins pour assurer l'appropriation et la durabilité des résultats.
- Cependant, les évaluateurs ont remarqué que l'appropriation nationale est encore faible et devrait encore s'améliorer, par exemple, dans l'appropriation relative à l'application des différents documents développés. De plus, certains documents ne sont pas institutionnalisés tels que le Monitoring SONU, l'approche Mentor et seraient à l'origine de la faiblesse de l'appropriation. L'appropriation nationale est l'un des facteurs susceptibles de garantir la durabilité des interventions.

La mise en œuvre du 7<sup>ème</sup> Programme de Coopération entre l'UNFPA et Madagascar a nécessité un mécanisme d'appui dans le renforcement de capacités pour assurer l'appropriation et la durabilité des résultats au niveau de chaque produit et stratégie.

### **c-Niveau de Contribution des interventions pour rendre durables les qualités des services offerts en matière de SR, PF, SR pour les jeunes et adolescents et de lutte contre les violences**

#### **(i)Extraits détaillés de la documentation:**

Le programme travaille en collaboration avec les entités gouvernementales qui sont des institutions pérennes et contribuent à rendre durables les interventions. « Au niveau du Gouvernement, l'UNFPA apportera un appui technique, matériel et financier aux différents services ou directions techniques des Ministères concernés par les activités inscrites dans le CPAP. Le partenariat s'inscrira surtout dans le cadre global de l'appui au PND. » (CPAP page 18)

#### **(ii)Entretiens :**

En SR, d'après les Responsables au niveau du Bureau, de nombreuses interventions contribuent à rendre durables les qualités des services offerts en matière de SR. SR/PF. Elles concernent :

- Les interventions relatives aux SONU : les formations du personnel, les réhabilitations, la dotation en matériels et équipements, la dotation en outils de gestion ;
- La mise en place des sages – femmes dans les centres de santé ;
- Dans le volet PF : l'approvisionnement en contraceptifs, la réhabilitation, la dotation en équipements et matériels, les formations du personnel ;
- La mise en place des supports de communication et des messages offerts à la population.

D'après les personnes interviewées, plusieurs interventions ont été réalisées pour rendre durables les qualités des services offerts en matière de jeunes et adolescents :

- La mise en place de pools de formateurs pour la formation des jeunes pairs éducateurs qui, par la suite, vont effectuer la formation en cascade des jeunes pairs éducateurs dans les régions dans le cadre de l'éducation par les pairs. Les formateurs pourront toujours former de nouveaux pairs éducateurs car ils doivent changer tous les deux ans afin d'assurer la qualité des services offerts.
- La réhabilitation, le renforcement de capacités, les formations, la dotation en équipements et matériels constituent aussi des interventions pour rendre durables les qualités des services offerts pour les jeunes et les adolescents.
- La politique de la jeunesse qui régit les différentes activités en matière de jeunesse permettant ainsi d'améliorer la qualité des services.

Concernant le FSCG, les interventions partent toutes de la population et de la communauté, car l'intégration des plateformes mixtes est un acte volontaire.

D'après les interviews, « il y avait l'appui institutionnel, par l'élaboration des documents que le ministère a validée. Il y avait aussi le développement des documents cadres de façon participative et les manuels peuvent s'utiliser dans n'importe quel service. »

### **(iii) Résultats**

L'UNFPA s'est beaucoup investi dans les interventions qui pourront contribuer à rendre durables les qualités des services offerts en matière de SR, PF, SR pour les jeunes et adolescents. On peut citer les interventions relatives aux SONU : les formations du personnel, les réhabilitations, la dotation en matériels et équipements, la dotation en outils de gestion ; l'appui au Ministère de la Santé dans le déploiement des sages-femmes dans les zones rurales et reculées, l'approvisionnement en contraceptifs, la réhabilitation, la dotation en équipements et matériels, les formations du personnel,

La mise en place des supports de communication et des messages offerts à la population dans le cadre de la planification familiale ; l'amélioration de la qualité des services offerts dans le cadre de la prise en charge des FVFO par les réhabilitations des blocs opératoires, la dotation en équipements et matériels et la formation des chirurgiens.

Concernant les Adolescents et Jeunes, plusieurs interventions pourront contribuer à rendre durable la qualité des services offerts à cette catégorie de la population : on peut citer, entre autres, la mise en place de pools de formateurs pour la formation des jeunes pairs éducateurs pour effectuer par la suite la formation en cascade des jeunes pairs éducateurs dans les régions dans le cadre de l'éducation par les pairs. Les formateurs pourront toujours former de nouveaux pairs éducateurs car ils doivent changer tous les deux ans afin d'assurer la qualité des services offerts. La réhabilitation, le renforcement de capacités, les formations, la dotation en équipements et matériels constituent aussi des interventions pour rendre durables les qualités des services offerts pour les jeunes et les adolescents. La politique de la jeunesse qui régit les différentes activités en matière de jeunesse permettant ainsi d'améliorer la qualité des services.

L'appui de l'UNFPA a permis de mettre en place les documents cadres pour faciliter la viabilité du Programme à la fin du mandat de l'UNFPA.

Pour les CECJ spécifiquement, le bâtiment appartient au MPPSPF, les membres de l'équipe des Directions Régionales de la Population sont formés avec le personnel des CECJ. La mise à l'échelle des CECJ est déjà réalisée par le MPPSPF, des CECJ sont opérationnels auprès des DRPPSPF Vakinankaratra et Atsinanana sans le support de l'UNFPA. C'est le personnel des DRPPSPF qui fournit les services dans ces CECJ.

Il y a des risques qui pourraient affecter les résultats après l'intervention : la non-application effective des différents documents de stratégies et de politiques élaborés lors du programme (ceux concernant les VBG, mariage des enfants etc.) ; la faible appropriation nationale du programme dans la planification, la mise en œuvre, la gestion technique et le suivi des interventions, par exemple, la mise en place et l'opérationnalisation de CECJ ; l'insuffisance de l'appropriation des mécanismes de lutte contre les VBG comme celle de la redynamisation des plateformes ; la difficulté de la gestion d'ordre organisationnel et technique des CECJ par les associations et le manque d'encadrement et de suivi de CECJ par le MPPSF ; la faible appropriation nationale de programme dans la planification, la mise en œuvre et le suivi des interventions de lutte contre la VBG.

### **Synthèse critère de jugement**

#### **SANTE DE LA REPRODUCTION JEUNES ET ADOLESCENTS**

Les résultats actuels vont durer après les interventions car le 7<sup>ème</sup> 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 termes du secteur Santé Sexuelle et Reproductive et du renforcement du système de santé.

Les stratégies en matière de SSR adoptées, 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, le traitement et la réinsertion socio-économique des femmes porteuses de fistules obstétricales, le plaidoyer, la mobilisation sociale et la 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 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, 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 1et 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 telles que le renforcement de capacités des structures de soins en Santé de la Reproduction sont susceptibles 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 se positionne pas. Il est ressorti que l'appropriation nationale est encore faible et devrait encore s'améliorer, par exemple, dans l'appropriation relative à l'application des différents documents développés et certains documents ne sont pas institutionnalisés comme le Monitoring SONU et l'approche Mentoring et cela justifierait la faible appropriation et institutionnalisation des différentes approches.

Les résultats actuels sont susceptibles de durer après les interventions grâce au renforcement des capacités qui a été constant tout au long de la mise en œuvre et à l'implication des responsables régionaux dans la planification, la mise en œuvre et le suivi des activités pour assurer l'appropriation et la durabilité des résultats. Les stratégies de mitigation des risques qui pourraient affecter les résultats après l'intervention existent mais sont insuffisantes et non planifiées dans le CPAP de façon explicite.

## ALIGNEMENT STRATEGIQUE&COORDINATION

**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 ?**

<p><b>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</b></p>	<p>a-Systématisation du renforcement des capacités nationales pendant la période de la mise en œuvre du programme ;  b- existence des actions dans les CPAP et PTAs en faveur des groupes les plus vulnérables et désavantagés ;  c- Existence des activités spécifiques dédiées à la dimension jeunesse dans le CPAP et PTAs  d- Nombre d'activités de promotion de la coopération sud-sud  e- Existence d'actions et/ou d'initiative pour le plaidoyer et le dialogue politique</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CPAP</li> <li>• PTA</li> <li>• Plan stratégique de l'UNFPA</li> <li>• Document d'atelier d'orientation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analyse documentaire</li> <li>• Interview Staff du bureau Pays de l'UNFPA</li> <li>• Interveiw avec les partenaires</li> </ul>
--	---	--	---

	f- Existence des activités de communication et humanitaires dans tous les PTAs de chaque domaines thématiques		
--	---	--	--

**a) Systématisation du renforcement des capacités nationales pendant la période de mise en œuvre du programme**

**(i) Extraits détaillés de la documentation :**

- CPAP
- Documents d'orientation de l'UNFPA
- Work Plan Monitoring Report
- Plan stratégique de l'UNFPA

Chaque année, le Gouvernement et l'UNFPA signeront les plans de travail annuels (PTA). L'élaboration des PTA se fera dès après la revue annuelle (et la revue annuelle conjointe des Nations Unies), soit au cours du dernier trimestre de chaque année, et sera mise en œuvre dès le début de l'année concernée, si possible en janvier de chaque année. Les résultats des revues annuelles et les recommandations émanant des évaluations de programmes serviront de base pour améliorer la mise en œuvre, prendre en compte les risques liés à l'exécution programmatique et financière et apporter les ajustements nécessaires pour atteindre les résultats. (CPAP, page 19).

Des ateliers d'orientation ont été organisés annuellement par le bureau UNFPA pour renforcer les capacités des partenaires dans la mise en œuvre du programme. Les documents en appui partagés comme les fiches de présence, les agendas de réunions, les documents de présentations partagés confirment les conduites de ces orientations. Par ailleurs, des réunions périodiques ont été effectuées par les Chargés de programme (WPMR).

**(ii) Entretiens**

**Santé de la reproduction :**

D'après les personnes interviewées, le renforcement des capacités nationales pendant la période de mise en œuvre est systématique et c'est l'une des tâches principales de chaque Responsable. Ce renforcement se traduit à travers l'accompagnement continu des partenaires d'exécution dans la gestion du programme, la planification, la mise en œuvre et le suivi des interventions. A cet effet, plusieurs dispositions ont été prises :

- L'organisation des différentes revues : semestrielles, annuelles qui constituent non seulement des réunions de coordination mais aussi des partages d'informations et d'échanges ;
- L'organisation des différents ateliers de formation sur les différents thèmes et la participation des partenaires aux ateliers de formation organisés à l'extérieur du pays. Des compétences techniques et gestionnaires remarquables dans la composante SR 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 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, en gestion financière etc ....
- L'élaboration des différents outils de travail des partenaires qui entrent dans le domaine de renforcement de capacités ;
- Le renforcement de capacités des structures de soins en Santé de la Reproduction et en Adolescents et jeunes favorise la garantie de la qualité des soins pour assurer l'appropriation et la durabilité des résultats ;
- Cependant, les évaluateurs ont remarqué que l'appropriation nationale est encore faible et devrait encore s'améliorer, par exemple, dans 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 Mentoring et seraient à l'origine

de la faiblesse de l'appropriation. L'appropriation nationale est l'un des facteurs qui pourront garantir la durabilité des interventions.

### **Egalité des sexes et autonomisation des femmes**

Des réunions mensuelles ont été organisées auprès des IPs pour appuyer les partenaires et pour renforcer leurs capacités dans la mise en œuvre. Par ailleurs, l'UNFPA organise des ateliers d'orientations des partenaires chaque année pour mieux cadrer les interventions.

### **Dynamique de population**

Selon les partenaires techniques et de mise en œuvre, le renforcement des capacités a été réalisé chaque année pendant la période de la mise en œuvre du programme. Des ateliers d'orientation des IPs ont été organisés chaque année pour la bonne mise en œuvre et pour mieux cadrer les interventions du programme.

### **(iii) Principaux résultats au niveau de l'indicateur**

Le renforcement des capacités nationales des partenaires pendant la mise en œuvre du programme est systématique à travers l'accompagnement continu des partenaires dans la gestion, la planification, la mise en œuvre des interventions ; cet accompagnement se fait à travers l'organisation des différentes revues : semestrielles, annuelles qui constituent non seulement des réunions de coordination mais aussi des partages d'informations, l'organisation des différents ateliers de formation sur les différents thèmes et la participation des partenaires aux ateliers de formation organisés à l'extérieur du pays. Des compétences techniques et gestionnaires remarquables dans la composante SR 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 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, en gestion financière etc .... ; L'élaboration des différents outils de travail des partenaires qui entrent dans le domaine du renforcement des capacités ; le renforcement des capacités des structures de soins en Santé de la Reproduction et dans le domaine des Adolescents et Jeunes favorise la garantie de la qualité des soins pour assurer l'appropriation et la durabilité des résultats.

Le renforcement des capacités est planifié dans le produit 5 dans le domaine de la statistique (INSTAT) dans l'analyse, la production et la publication des données. Cela concerne aussi bien le personnel que l'institution. En outre, le MEP, qui englobe les responsabilités du SNISE, de la coordination des interventions du 7<sup>ème</sup> programme et de l'intégration de la population et développement dans les politiques et stratégies, est intégré dans le produit de l'effet 4 concernant le renforcement des capacités.

### **b) Indicateur : existence des actions dans les CPAP et PTAs en faveur des groupes les plus vulnérables et désavantagés**

#### **(i) Extraits détaillés de la documentation :**

##### *Santé de la reproduction :*

#### **-DOCUMENT DU CPAP 7<sup>ème</sup> programme de l'UNFPA**

*« 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 ciblera 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*



« **Produit 1:** Les capacités nationales à fournir des services de santé maternelle de qualité, y compris dans les situations de crise humanitaire, améliorées

**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.

**Produit 3:** L'accès à l'information et aux services conviviaux pour les jeunes et adolescents, notamment la formation sur les compétences de vie et l'éducation sexuelle accrue.

### **Egalité des sexes et autonomisation des femmes:**

Plan de travail du volet humanitaire (UNFPA) du 02/01/2017 au 31/21/2017.page 1

Pour la protection –VBG, en coordination avec le programme Egalité des sexes et autonomisation des femmes et le projet PBF, l'approche se focalise sur une prise en charge des survivantes de VBG adéquate et respectant la dignité à travers des services intégrés et multisectoriels pour les aider à reconstruire leur vie et renforcer les mécanismes de protection.

### **Dynamique de population:**

Se fondant sur les recommandations de l'évaluation 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, plus particulièrement ceux qui vivent dans les zones rurales et reculées à travers notamment la réduction de la mortalité maternelle et néonatale. (CPAP 9).

Toutefois, compte tenu des ressources limitées et de la disparité des besoins, une stratégie géographique spécifique a été décidée pour la mise en œuvre du 7<sup>ème</sup> programme. Les résultats de l'analyse d'un ensemble d'indicateurs qui reflètent les besoins prioritaires en termes de santé maternelle, de services de SR/SRA, de lutte contre les violences basées sur le genre, de lutte contre les IST et le VIH confirment que les six régions prioritaires identifiées au cours du programme précédent (Atsimo Andrefana, Atsimo Atsinanana, Vatovavy Fitovinany, Anosy, Androy et Sofia) restent les plus vulnérables. En concertation avec les partenaires, il a donc été décidé de maintenir le choix de ces régions prioritaires. Par ailleurs, afin de maximiser l'impact du programme, une attention particulière sera portée sur trois de ces régions (Atsimo Andrefana, Anosy et Vatovavy Fitovinany) au cours d'une première phase. Ces choix sont faits en concertation avec le Gouvernement et les agences des Nations Unies, sur la base de critères tels que besoins/vulnérabilité, consolidation des acquis, complémentarités avec les partenaires internationaux et l'implication de la société civile. (CPAP 19-20).

### **(ii)Entretiens**

#### **Santé de la reproduction :**

Dans le domaine de la Santé de la Reproduction, les Responsables au niveau du Bureau, au niveau du sous Bureau et les partenaires d'exécution ont tous été d'accord que toutes les actions de l'UNFPA dans le CPAP et dans les PTA sont toutes en faveur des groupes les plus vulnérables et désavantagés car ce critère a été pris en compte au départ-même de la conception du programme et a été identifié à partir d'une base de données très pertinentes et qui a pu justifier les interventions . On peut citer comme actions : l'amélioration des SONU pour améliorer la prise en charge gratuitement des femmes même les plus éloignées ; la recherche active des femmes victimes de fistules obstétricales qui constituent un groupe très vulnérable ; en PF, les stratégies avancées pour toucher les femmes les plus éloignées et enclavées ; pour les adolescents et les jeunes, la mise en place des centres pour jeunes en milieu rural pour toucher les jeunes vulnérables dans des zones enclavées.

### **Egalité des sexes et autonomisation des femmes**

Selon les victimes de Manakara : Les groupes les plus vulnérables comme les victimes de VBG sont bien ciblées et accompagnées, grâce au programme, et selon le contexte, par la réinsertion socioéconomique.

### **Dynamique de population**

Selon les responsables interviewés, les interventions planifiées dans les PTAs ont ciblé les groupes vulnérables et marginalisés en renforçant les capacités des personnes et des structures (INSTAT et MEP) qui produisent les données statistiques des groupes marginalisés et les plus vulnérables. Par exemple, les données du RGPH 3 prennent en compte les groupes vulnérables et marginalisés et le SNISE permet de suivre l'évolution des résultats des interventions envers ces personnes.

Selon les victimes de Manakara, les groupes les plus vulnérables comme les victimes de VBG sont bien ciblées et accompagnées grâce au programme, et selon le contexte, par la réinsertion socioéconomique.

### **iii) Principaux résultats au niveau de l'indicateur**

#### ***Santé de la reproduction, Jeunes et adolescents, Egalité des sexes et autonomisation des femmes***

En SR, volet adolescents et jeunes, l'UNFPA a priorisé dans le choix des groupes cibles les groupes les plus vulnérables et désavantagés ; en ce qui concerne la SR, les domaines d'intervention de l'UNFPA œuvrent en totalité à l'intention de ces groupes car ils peuvent toucher ces groupes. Les principales actions relatives à la SR en faveur des groupes sont : l'amélioration des SONU en vue d'une meilleure prise en charge gratuite des femmes même les plus éloignées ; la recherche active des femmes victimes de fistules obstétricales qui constituent un groupe très vulnérable ; en PF, les stratégies avancées pour toucher les femmes les plus éloignées et enclavées, ; pour les adolescents et les jeunes, la mise en place des centres pour jeunes en milieu rural pour toucher les jeunes vulnérables dans des zones enclavées.

En genre, les victimes de violences basées sur le genre prises en charge au niveau des CECJ et les femmes victimes de fistules réparées et bénéficiant des réparations chirurgicales sont des femmes vulnérables. Par ailleurs, il y a nécessité de revoir les critères d'identification des femmes victimes de violences qui devront bénéficier d'activité de génératrice de revenu pour assurer que celle-ci considère la population cible qui sont particulièrement les femmes vulnérables.

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. Les données statistiques relatives à chaque thématique au niveau national sont présentes dans les deux principaux documents stratégiques du FNUAP c'est-à-dire le CPD et la CPAP. Cependant, celles des trois régions (Atsimo Andrefana, Androy et Vatovavy Fitovinany) sont absentes.

La planification participative avec les autorités étatiques et les partenaires de mise en œuvre permet de prendre en compte les besoins spécifiques des groupes vulnérables et marginalisés en tenant compte des statistiques locales.

#### **c)Indicateur : Existence des activités spécifiques dédiées à la dimension jeunesse dans le CPAP et PTA**

- **Extraits détaillés de la documentation :**

« Se fondant sur les recommandations de l'évaluation ainsi que sur les priorités ressorties dans la nouvelle 'politique générale de l'Etat', le plan-cadre des NU pour l'assistance au développement (UNDAF) pour la période 2015-2019 et le plan stratégique de l'UNFPA pour la période 2014-2017, le 7<sup>ème</sup> programme vise la réduction de la pauvreté en ciblant les femmes, 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 », CPAP (Plan de programme Pays 2015 -2019 entre le gouvernement malgache et l'UNFPA), page 9

- Stratégie 3.1 : Sensibilisation et information des jeunes et adolescents non scolarisés surtout en milieu rural sur les questions de mariages et grossesses précoces et d'IST/VIH. (CPAP, page 14)
- Stratégie 3.3 : Plaidoyer pour accroître l'investissement en faveur des jeunes et particulièrement des jeunes filles et des jeunes marginalisés (y compris, les jeunes travailleurs de sexe et les jeunes de la rue). (CPAP, page 15)
- Stratégie 5.5 : La réorganisation du système national intégré de suivi et évaluation au regard des politiques et programmes de population, avec un accent particulier sur le système d'information sanitaire. Le Ministère en charge de l'économie et de la planification assurera le processus de redynamisation du système national intégré de suivi et évaluation et renforcera le mécanisme de coordination du Programme à travers la mise à jour du système et des appuis spécifiques au niveau organisationnel, institutionnel et de formation. Ceci se traduira par le développement d'un plan de renforcement des capacités en matière de planification basée sur les évidences, gestion axée sur les résultats, assurance/qualité, S&E, l'analyse des interrelations « population et développement » (dividende démographique) tout en mettant un accent particulier sur le système d'information sanitaire. (CPAP, page 17)

Plan de travail du volet humanitaire (UNFPA) du 02/01/2017 au 31/21/2017.page 1

En matière de SRH (étape fondamentale pour l'atteinte des ODDs), l'approche est axée sur la couverture des besoins sanitaires des femmes, des filles et des jeunes dans un contexte humanitaire ou fragile et la coordination avec le programme SR est renforcée pour le renforcement du système de santé afin de faciliter la préparation, la réponse et la résilience des situations humanitaires suivant les orientations du plan stratégique UNFPA 2018=2021 en cours de validation.

- **Entretiens**

D'après les personnes interviewées, plusieurs activités spécifiques dédiées à la dimension jeunesse existent dans le CPAP et dans les PTA à travers le Résultat 2 volet adolescent et jeunes et produit 3 du CPAP : « l'accès à l'information et aux services conviviaux pour les jeunes et adolescents, notamment la formation sur les compétences de vie et l'éducation sexuelle accru ». Ce produit est traduit ensuite en 3 stratégies qui ont été mises en œuvre :

- Sensibilisation et information des jeunes et adolescents non scolarisés surtout en milieu rural sur les questions de mariage et grossesses précoces et d'IST/VIHSida ;
- Soutien à l'intégration d'une éducation sexuelle dans les programmes scolaires ;
- Plaidoyer pour accroître l'investissement en faveur des jeunes et particulièrement des jeunes filles et des jeunes marginalisés.

Elle a précisé que contrairement au 6<sup>ème</sup> programme, le CPAP et le PTA du 7<sup>ème</sup> programme contiennent des activités spécifiques dédiées à la dimension Jeunes dans le CPAP et PTA.

Selon les interviews, une des activités des partenaires de mise en œuvre est la Sensibilisation des jeunes pour la lutte contre le mariage des enfants.

Le défi avec la jeunesse est de les motiver autour des activités qui les concernent et de créer des structures fédératrices autour des interventions de l'UNFPA. Plusieurs associations ne collaborent pas avec « Tanora Guarantee » alors que celles-ci collaborent régulièrement avec l'UNFPA. Plusieurs jeunes manquent d'accès aux informations sur leurs droits, les espaces

des jeunes, les structures et les programmes offerts en leur faveur. Le travail sur la formation des Jeunes Pairs Educateurs (JPE) n'est pas souvent réalisé de concert avec les autres Agences des Nations Unies. Ainsi, certains jeunes jouent plusieurs rôles auprès de chacune des Agences et cela crée des doublons. Il est important d'impliquer les jeunes dans les processus de planification des interventions de façon effective et inclusive. Pour toucher plus des jeunes, il faudra élargir les interventions dans d'autres localités. Si l'implication des jeunes dans les interventions était inclusive et effective, alors des actions pour augmenter la fréquentation des jeunes seront proposées. Il s'agit des actions comme l'organisation des groupes de discussion qui cibleraient la lutte contre les grossesses précoces de façon hebdomadaire et segmentée au niveau des fonkotany (en collaborant avec les chefs et agents communautaires pour identifier les jeunes locales), puis associer les lycées afin qu'ils aient accès aux bonnes informations. Les actions de sensibilisation, de lutte contre les grossesses précoces impliqueraient les parents, adultes du village et leaders communautaires dans les discussions car ce qui justifie les dérives de certains jeunes c'est le manque d'interactions avec les parents et adultes.

- ***Principaux résultats au niveau de l'indicateur***

Les interventions du 7<sup>ème</sup> programme n'assurent pas constamment la participation inclusive et effective de la jeunesse toute entière, dans tous les processus de planification, suivi et évaluation à tous les niveaux de la gouvernance.

Le 7<sup>ème</sup> programme a ciblé spécifiquement les cibles jeunes et a consacré des activités spécifiques à la dimension jeunesse dans le CPAP et dans les PTA à travers le produit 3 et des stratégies de mise en œuvre. Ce qui n'a pas été le cas dans le 6<sup>ème</sup> programme. L'opérationnalisation des centres conviviaux à leur intention et même en milieu rural via les espaces jeunes, l'appui à la mise en place de l'éducation sexuelle complète, l'appui à l'opérationnalisation d'un réseau de jeunes ambassadeurs constituent une marque d'un soutien intensif à la jeunesse.

**d) Indicateur : Nombre d'activités de promotion de la coopération sud-sud**

- ***Extraits détaillés de la documentation :***

La coopération sud-sud sera poursuivie et renforcée pour le partage des expériences réussies et des bonnes pratiques visant la réalisation des OMD/ODD et des objectifs de la CIPD, en particulier pour la production des données et l'accès universel des femmes et des jeunes (y compris les adolescents) aux services de santé sexuelle et reproductive, l'égalité des sexes et la réduction de la mortalité maternelle. (CPAP, Page 19).

- MDG07MSP/ P1S4A90A02 : PTA Ministère de la Santé 2015 : Soutenir le renforcement de capacités des équipes nationales en réparation des FO à travers la coopération sud-sud et en partenariat avec la Faculté de Médecine (Finalisation du protocole de prise en charge clinique, guide de prise en charge holistique, Diplôme Universitaire en plancher pelvien ; Valider le protocole de prise en charge clinique des FO.
- Activité MDG07MSP/P1S0A90A10 : PTA Ministère de la Santé 2016 Soutenir le renforcement des capacités pour 06 nouvelles équipes nationales en réparation chirurgicales des FO à travers la coopération sud-sud et en partenariat avec Fondation Fistule et la Faculté de Médecine y compris la mise en place de 02 centres de formation sur la réparation des Fistules
- Réhabilitation du bloc opératoire, salle d'hospitalisation, salle de stérilisation du CHR D Mahitsy
- Réhabilitation du bâtiment pour accompagnants du CHU JRA
- Acquisition d'équipements didactiques pm

- Acquisition de 30 lits et 100 matelas pm
- 7 équipes chirurgicales bénéficiant de renforcement en compétence en réparation de FO par des experts nationaux et internationaux: 2 CHU Toliara, Mananjary , Sambava, CHUJRA, Mahitsy, Ampasimanjeva.
- 20 lampes rechargeables, 10 serviettes hygiéniques,
- 100 couvertures simples et 50 cuvettes GM

MDG07MSP / P1S2A90A04 PTA Ministère de la Santé 2017 : Journée Internationale SF: Célébrer la Journée Internationale des Sages-femmes (par l'organisation de Consultations foraines : PF, CPN, CPoN, Dépistage du cancer du col, diabète et HTA, débats télévisés et radiophonique)

Projet d'appui aux mécanismes endogènes pour le dialogue communautaire et à l'amélioration des conditions économiques des populations vulnérables: Bureau d'appui à la consolidation de la paix (PBSO) / Fonds pour la consolidation de la paix (le Fonds) ; Projet d'appui aux mécanismes endogènes pour le dialogue communautaire et à l'amélioration des conditions économiques des populations vulnérables

Résultat 1 : *La cohésion sociale et l'adhésion à la paix de la population sont renforcées à travers la promotion de mécanismes endogènes de dialogue communautaire*

*Produit 1.1 : Les plateformes communautaires, inclusives de concertation et de sensibilisation sur les enjeux socio-économique et culturel de la paix sont fonctionnelles*

*Produit 1.2 : Des messages de la paix sont opérationnels au niveau de la communauté, des établissements scolaires et des médias*

Rapport de l'atelier de partage d'expériences sur la prise en charge des violences basées sur le genre au niveau de la police judiciaire = Rwanda Madagascar du 28 Novembre au 1<sup>er</sup> Décembre 2017. (Présentation de Madame Thérèse Karugwiza, Chargée de Programme Genre et droits humains UNFPA Rwanda sur la loi relative aux VBG au Rwanda)

Le Rwanda dispose depuis l'année 2015 d'une loi spécifique sur la prévention et la répression des VBG. La prévention concerne les différentes techniques de sensibilisation sur les VBG ainsi que les acteurs principaux concernés dans ce domaine, tandis que la répression est assortie des peines d'amende et/ou d'emprisonnement à chaque infraction des VBG.

Une attention particulière a été mise sur la qualification pénale des VBG au Rwanda. La loi rwandaise sur la prévention et la répression des VBG réprime certaines infractions de VBG non prévues par les textes juridiques en vigueur à Madagascar, comme crimes et délits de VBG, notamment le concubinage, le viol conjugal, le rapt, l'esclavage sexuel, le harcèlement du conjoint, l'atteinte à la tranquillité de son conjoint pour des raisons sexuelles, la contamination volontaire d'une maladie incurable, l'outrage aux bonnes mœurs basées sur le genre, les violences contre les personnes âgées et les violences contre les personnes handicapées.

Il ressort des différentes présentations et des discussions qui s'ensuivent que Madagascar doit adopter la loi spécifique de lutte contre les VBG en insistant sur l'intégration des autres formes de VBG que les textes juridiques en vigueur n'ont pas prévues et la priorisation des mesures préventives avant les répressions.

Rapport de la retraite la retraite stratégique UNFPA Madagascar Comores, Maurice (page 34)

La participation à la retraite stratégique de l'UNFPA par les agences des Nations Unies, ainsi que les Coordonnateurs du système des Nations Unies à Madagascar et à Maurice témoigne de la volonté commune du système des Nation Unies de renforcer le partenariat pour la réalisation des agendas communs (ODD, CIPD, CSW etc.).

- Le soutien au multilatéralisme exprimé par le gouvernement malgache et les ambassadeurs, et l'engagement pour l'Afrique à parler d'une même voix sont des signes encourageants pour la coopération multilatérale et le Système des Nations Unies.
- Les échanges sur le dividende démographique et l'investissement dans la jeunesse dans l'Océan Indien ont permis de partager l'expérience de l'UNFPA avec le réseau

AfriYan et les organisations de jeunes à Rodrigues. Les échanges ont mis en évidence la nécessité d'élargir les mécanismes de coordination des interventions en faveur des jeunes.

- La retraite stratégique qui a réuni trois pays de l'Océan Indien (Madagascar, Maurice et Comores) autour des questions d'intérêts communs (agenda 2030, CIPD multilatéralisme) constitue une bonne base pour la coopération sud-sud.

- **Entretiens**

**Santé de la reproduction :**

D'après les partenaires techniques, de nombreuses activités de promotion de la coopération sud-sud ont été réalisées pendant le 7<sup>ème</sup> programme. On peut citer le renforcement des capacités des équipes nationales en réparation des FO à travers la coopération sud-sud et en partenariat avec la Faculté de Médecine (Finalisation du protocole de prise en charge clinique, l'élaboration du guide de prise en charge holistique, l'élaboration et la validation du protocole de prise en charge clinique des FO ; la Réhabilitation des blocs opératoires et la dotation en équipements, en lits et matelas etc.)

La célébration de la *Journée Internationale SF*: Célébrer la Journée Internationale des Sages-femmes (par l'organisation de Consultations foraines : PF, CPN, CPoN, Dépistage du cancer du col, diabète et HTA, débats télévisés et radiophoniques)

Dans le cadre du volet adolescents et jeunes, le Bureau d'appui à la consolidation de la paix (PBSO) / Fonds pour la consolidation de la paix (le Fonds) fait partie de la coopération sud-sud et plusieurs actions ont été réalisées, entre autres, la constitution des groupes de jeunes messagers de la paix et qui ont pu sensibiliser leurs pairs dont les connaissances ont pu être améliorées ; l'organisation des plateformes communautaires mixtes au niveau des fokontany ; l'organisation des dialogues communautaires pour la paix pour la gestion des conflits dans les huit communes d'intervention.

Selon une personne interviewée, un échange d'expériences entre Madagascar et le Rwanda a eu lieu ainsi que des échanges entre les îles de l'Océan indien (Comores et Maurice)

Dans le domaine de la Dynamique de population, la coopération sud-sud sera poursuivie et renforcée dans le renforcement des capacités techniques de l'INSTAT par l'ANSD.

- **Principaux résultats au niveau de l'indicateur**

En matière de « coopération Sud-Sud » dans le cadre de la composante SR, des activités ont été entreprises telles que la collaboration entre l'UNFPA et le PAM pour la fourniture 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, des chirurgiens internationaux, les ONGs locales et la communauté pour la réalisation de campagnes sur les FO.

Dans le cadre du volet adolescents et jeunes, dans le cadre du Bureau d'appui à la consolidation de la paix (PBSO) / Fonds pour la consolidation de la paix (le Fonds) qui fait partie de la coopération sud sud, plusieurs actions ont été réalisées, entre autres, la constitution des groupes de jeunes messagers de la paix qui ont pu sensibiliser leurs pairs dont les connaissances ont pu être améliorées , l'organisation des plateformes communautaires mixtes au niveau des fokontany, l'organisation des dialogues communautaires pour la paix pour la gestion des conflits dans les huit communes d'intervention.

Dans le domaine de l'Égalité des sexes et autonomisation des femmes, l'échange d'expériences entre Madagascar et le Rwanda et les échanges entre les îles de l'Océan Indien ont affermi la coopération sud-sud dans le renforcement de la lutte contre les violences basées sur le genre et l'autonomisation des femmes.

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 la cartographie censitaire, mais également pour réduire de façon considérable les ressources nécessaires pour la réalisation du RGPH3. 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).

#### **e) Indicateur : Existence d'actions et/ou d'initiative pour le plaidoyer et le dialogue politique**

- **Extraits détaillés de la documentation :**

« De plus, des activités de plaidoyer auprès du gouvernement viseront à augmenter les allocations budgétaires allouées à la profession de sages-femmes avec l'appui, au niveau central, des directions régionales sanitaires. » (CPAP, Page 10)

Stratégie 2.1 : Plaidoyer en faveur de l'allocation d'un budget national pour l'achat et la distribution des produits contraceptifs. (CPAP, Page 12)

Stratégie 3.3 : Plaidoyer pour accroître l'investissement en faveur des jeunes et particulièrement des jeunes filles et des jeunes marginalisés (y compris, les jeunes travailleurs de sexe et les jeunes de la rue). (CPAP, Page 15).

CPAP 7<sup>ème</sup> programme

Produit 1 :

Extrait de CPAP Page à partir de la page 10 jusqu'à la page 17 mentionnant les Produits et Stratégies :

*Résultat 1 : Santé sexuelle et reproductive*

Produit 1: Les capacités nationales à fournir des services de santé maternelle de qualité, y compris dans les situations de crise humanitaire, améliorées.

*Stratégie 1.1 : Renforcement de la capacité des centres de santé à offrir des services obstétricaux et néonataux d'urgence de qualité.*

Mise à jour des documents politiques

Activités de plaidoyer auprès du gouvernement ( p 10) viseront à augmenter les allocations budgétaires allouées à la profession des sages- femmes

*Stratégie 1.7: Plaidoyer, mobilisation sociale et participation communautaire sur les questions de SR, y compris les grossesses précoces*

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.

*Stratégie 2.1 : Plaidoyer en faveur de l'allocation d'un budget national pour l'achat et la distribution des produits contraceptifs.*

Elaboration et Mise en œuvre d'une stratégie nationale de plaidoyer en SR y compris la PF et la SPSR en vue de la création d'un environnement favorable à la PF , entre autres visant entre autres l'accroissement du budget à l'acquisition des produits etc.....

Le plaidoyer sera également fait pour l'engagement politique en faveur de la planification familiale 2020

Le renforcement du dialogue politique sur les questions de MESOPROSTOL pour l'hémorragie du post partum

Formation en plaidoyer des parties prenantes comme les parlementaires

*Résultat 2 : Adolescents et jeunes*

**Produit 3:** L'accès à l'information et aux services conviviaux pour les jeunes et adolescents, notamment la formation sur les compétences de vie et l'éducation sexuelle accru.

**Stratégie 3.3 :** *Plaidoyer pour accroître l'investissement en faveur des jeunes et particulièrement des jeunes filles et des jeunes marginalisés (y compris, les jeunes travailleurs de sexe et les jeunes de la rue).*

### **Entretiens**

D'après les Responsables en matière de SR au niveau du Bureau, l'UNFPA a procédé à plusieurs actions pour le plaidoyer et le dialogue politique pour avoir l'engagement politique ; dans ce cadre, plusieurs domaines ont été touchés par les interventions en matière de plaidoyer et ont pu avoir de bons résultats. Le plus grand succès a été l'adoption de la loi PF à Madagascar et l'engagement du gouvernement à la PF 2020 ; le plaidoyer en faveur de l'allocation d'un budget national pour l'achat et la distribution des produits contraceptifs. Le pays dispose actuellement d'une politique nationale de jeunesse à Madagascar qui est le fruit des actions de plaidoyer par l'UNFPA.

Dans la composante Adolescents et Jeunes, les jeunes ont participé à la table ronde avec le gouvernement et les parlementaires dans la réalisation des plaidoyers en faveur de la loi PF. De même, dans le cadre de la révision de la Politique Nationale de la Jeunesse à Madagascar, les jeunes ont été invités au symposium pour les jeunes. Un plaidoyer a également été effectué pour avoir un nouveau décret qui régit la gestion des centres des jeunes.

Les entretiens avec les partenaires de mise en œuvre ainsi que les partenaires techniques ont fait ressortir que des activités de plaidoyer ont été effectuées pour aboutir à l'élaboration de proposition de loi sur la lutte contre les violences basées sur le genre.

Par ailleurs, dans le domaine de la Dynamique de population, les échanges avec les partenaires ont révélé les activités de plaidoyer pour aboutir à la réalisation de l'enquête RGPH.

### **Principaux résultats au niveau de l'indicateur**

Au cours du 7<sup>ème</sup> programme, plusieurs initiatives pour le plaidoyer et le dialogue politique ont été entamées et ont pu avoir de bons résultats dans le cadre du volet de la Santé de la Reproduction, jeunes et adolescents, Egalité des sexes et autonomisation des femmes et Dynamique de population. Plusieurs domaines de la SR ont été touchés aussi bien dans le cadre de la planification familiale, des adolescents et de l'Egalité des sexes et autonomisation des femmes. Il s'agit notamment de l'adoption de la loi PF à Madagascar et l'engagement du gouvernement à la PF 2020, du plaidoyer en faveur de l'allocation d'un budget national pour l'achat et la distribution des produits contraceptifs, du plaidoyer en faveur de la Politique Nationale de la jeunesse et d'un nouveau décret qui régit la gestion des centres des jeunes, du plaidoyer pour l'élaboration de la loi sur la lutte contre les violences basées sur le genre et du plaidoyer pour la réalisation du recensement général de la population.

**f) Indicateur :** Existence des activités de communication et humanitaires dans tous les PTAs de chaque domaine thématique

### **Extrait détaillé de la documentation**

« 2. Les principes consistant à «ne laisser personne de côté » et à « aider d'abord les plus défavorisés » sont au cœur de nos quatre plans stratégiques. En guise de suite à l'examen



quadiennal complet, nous mettrons à profit les avantages que nous pouvons chacun tirer de notre collaboration dans les grands domaines ci-après, en application des mandats qui sont les nôtres:

- a) Élimination de la pauvreté;
- b) Lutte contre les changements climatiques;

...

f) Affirmation du développement comme un objectif à part entière et reconnaissance du rôle que peuvent jouer les initiatives en faveur du développement des entités du système des Nations Unies pour le développement en faveur de la consolidation de la paix ou de la pérennisation de la paix dans les situations de conflit ou d'après-conflit, conformément aux plans, besoins et priorités à l'échelle nationale et dans le respect du principe de l'appropriation des activités par les pays. » Plan stratégique du FNUAP pour 2018-2021 p4

« 1. Le plan stratégique du FNUAP pour la période 2018-2021 est conforme à la résolution 70/1 de l'Assemblée générale portant sur le Programme de développement durable à l'horizon 2030 (ci-après, le « Programme 2030 ») et à ses 17 objectifs de développement durable. Le plan stratégique s'inscrit également dans d'autres cadres mondiaux soutenant le Programme 2030: Cadre de Sendai pour la réduction des risques de catastrophe 2015-2030 adopté par la troisième Conférence mondiale des Nations Unies sur la réduction des risques de catastrophe, Accord de Paris sur les changements climatiques et Programme d'action d'Addis-Abeba de 2015 issu de la troisième Conférence internationale sur le financement du développement. » Plan stratégique du FNUAP pour 2018-2021 p8

« 3. (...) Presque tous les décès maternels (99%) surviennent dans les pays en développement, dont plus de la moitié en Afrique subsaharienne, et près d'un sur trois en Asie du Sud. Plus de la moitié des décès maternels se produisent dans des situations fragiles et de crise humanitaire. » Plan stratégique du FNUAP pour 2018-2021- P8

« 86. Dans les régions exposées aux catastrophes et aux crises humanitaires, les interventions régionales apporteront un appui de première main aux pays, coordonneront et répondront aux besoins des groupes de population mal desservis. Les interventions mondiales fournissant une aide humanitaire et développant la résilience compléteront les interventions régionales. » Plan stratégique du FNUAP pour 2018-2021 p33

## **COMMUNICATION**

« 77. La communication efficace des résultats est une priorité du FNUAP et un moteur de son évolution. Grâce à la stratégie de communication mondiale «One Voice», le Fonds se positionnera comme un partenaire visible et influent du développement, et informera, de manière ciblée et opportune, les parties prenantes de l'impact et des résultats significatifs de son action. Le FNUAP continuera d'utiliser et de diffuser des données conformément aux normes de l'Initiative internationale pour la transparence de l'aide. » Plan stratégique du FNUAP pour 2018-2021 p31

« 89. Le FNUAP relèvera ces défis en adoptant des approches innovantes de mobilisation des ressources en renforçant les partenariats, en améliorant l'utilisation des moyens de communication, notamment les médias sociaux » Plan stratégique du FNUAP pour 2018-2021 p33

« 91. Le FNUAP assurera le suivi des résultats en matière de développement du plan stratégique au niveau des produits, (...). Chaque programme élaboré par le FNUAP au titre de son plan stratégique devra s'accompagner d'une théorie du changement et d'un cadre de résultats alignés sur le plan stratégique (...) »

« 92. Chaque année, le FNUAP suivra et communiquera les résultats obtenus au niveau des produits du programme. Le cas échéant, il surveillera en temps réel les progrès accomplis vers la réalisation des cibles des produits, les hypothèses cruciales et les risques. » Plan stratégique du FNUAP pour 2018-2021 p34

« 94. Le FNUAP renforcera la communication des résultats à tous les niveaux de l'organisation afin de mobiliser le soutien d'un éventail de partenaires et de garantir la disponibilité de ressources prévisibles et durables, la transparence et le positionnement de l'image de marque du FNUAP. » Plan stratégique du FNUAP pour 2018-2021 p34

Les PTAs sont alignés avec le plan stratégique UNFPA et les rapports du programme ont démontré la transversalité des activités de communication ainsi que des interventions en situation d'urgence humanitaire. (Rapport d'activités 2015-2016-2017-2018 des IPs et de l'UNFPA,)

Les extraits des PTAs ont fourni des informations sur les activités de communication (MDG07MSP/PIS4A90A03 : PTA Minsanté 2015 : développer, multiplier et diffuser des supports de communication pour le changement de comportement CC pour les Fistules Obstétricales, Rapport d'activités 2015 du Minsan : Atelier d'élaboration des supports de communication en FO réalisé, MDG07MSP/ P1S7A90A05 : PTA Minsan 2015 : Assurer la finalisation, la diffusion et la mise en œuvre du plan opérationnel de la stratégie CCC/SR, MDG07MSP/ P1S7A90A06 : PTA Minsan 2015 : Appuyer l'organisation des journées internationales et événements nationaux pour la promotion de la SR : SSME, PF, FO, journée SF, )

### **(ii) Entretiens**

D'après les interviews, les activités de communication existent dans tous les PTA de chaque domaine thématique et spécifiquement dans le cadre du volet SR, des outils de communication sont conçus pour chaque thème : la sage-femme, SONU, les fistules obstétricales, la PF, le volet humanitaire : dans chaque PA de la SR par conséquent figure la planification de l'outil de sensibilisation.

En ce qui concerne les jeunes et adolescents, plusieurs outils de sensibilisations sont disponibles ; il y a aussi la Célébration de la Journée Internationale de la jeunesse et de la Journée Internationale de la Jeune Fille depuis 2015.

Par rapport au genre, des actions de communications ont été planifiées et mises en œuvre à chaque Journée Internationale de la Femme (8 mars), de la Journée mondiale de la Population (11 juillet) et de la Campagne de lutte contre le VBG (25 nov-10 décembre).

En ce qui concerne les actions humanitaires, les PTAs de Gender Links, Bel Avenir, Ministère de la santé, Ministère de la Jeunesse ont compris des activités en matière de réponse en situation humanitaire.

### **Des activités Humanitaires**

Selon la représentante de Gender Links à Madagascar : « Après le cyclone ENAWO, les activités humanitaires dans le domaine de l'Égalité des sexes et autonomisation des femmes consistant à identifier les femmes VBG, les prendre en charge médicalement, juridiquement et psychologiquement dans zones d'intervention de la situation humanitaire leur permettent d'assurer la prise en charge de 200 survivantes des VBG dans les districts de Antalaha, Maroantsetra ; de former 200 jeunes et femmes leaders communautaires en Genre, VBG, counseling, rôles des hommes/garçons, approche de sensibilisation communautaire, exploitation des outils de planning de travail, dans 7 districts, à savoir: Sambava, Mananjary, Vangaindrano, Tamatave2, Brickaville, Sava.

### **(iii) Résultats**

La transversalité du volet humanitaire et du volet communication apparaît dans les résultats des 5 produits du CPAP et dans les Plans de travail annuels des partenaires d'exécution. Le bureau de l'UNFPA Madagascar exécute également, en appui aux partenaires d'exécution, ses plans de travail annuels Humanitaire et Communication.

## **Communication**

### **SANTE DE LA REPRODUCTION**

#### - SAGE FEMME:

4 types d'outils de sensibilisation dont 3 disponibles en version malgache et en version française et 1 uniquement en version française s'adressant aux sages-femmes

Célébration de la Journée Internationale de la SF depuis 2015

#### - ACCOUCHEMENT SANS DANGER

3 types d'outils de sensibilisation disponibles en version française et en version malgache

#### - PLANIFICATION FAMILIALE

19 outils de sensibilisation et de plaidoyer disponibles en version malgache et dont les pièces de théâtre radiophoniques sont en dialecte locale

Formation des journalistes sur la planification familiale et ses enjeux

Célébration de la Journée Mondiale de la PF depuis 2015

#### - FISTULE OBSTÉTRICALE

12 outils de sensibilisation et de plaidoyer. Les spots radio ont été adaptés en dialectes locales

Célébration de la Journée Internationale pour l'élimination de la FO depuis 2015

#### - HUMANITAIRE

6 outils de sensibilisation et de plaidoyer disponibles en version malgache.

#### - ADOLESCENTS ET JEUNES

10 outils de sensibilisation outils de sensibilisation disponibles en version malgache dont l'un comporte 15 volets (également disponibles en version française)

Célébration de la Journée Internationale de la jeunesse et Journée Internationale de la Jeune Fille depuis 2015.

### **Synthèse du critère de jugement**

L'UNFPA dans son programme pays pour Madagascar a pris en compte les priorités du plan stratégique 2014-2017 et par la suite celles du Plan Stratégique 2018-2021.

En effet, le développement de capacités a été l'élément clé du programme et est traduit à travers l'ensemble des stratégies des différents produits de chaque composante. De même, l'appui aux groupes défavorisés et vulnérables est visible et palpable dans le 7<sup>ème</sup> programme 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. En ce qui concerne la dimension Jeunes, l'opérationnalisation des centres conviviaux à leur intention et même en milieu rural, des espaces jeunes ; l'appui à la mise en place de l'éducation sexuelle complète ; l'appui à l'opérationnalisation d'un réseau de jeunes ambassadeurs constituent une marque d'un soutien intensif à la jeunesse. Enfin, en matière de « coopération Sud-Sud » dans le cadre de la composante SR, des activités ont été entreprises, entre autres la collaboration entre l'UNFPA et le PAM pour la fourniture 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 :

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

Les orientations du plan stratégique du fonds 2014-2017 ont été respectées en totalité par l'UNFPA dans son CPAP 2015-2019 dans le cadre du développement de capacités, plusieurs interventions ont été entreprises dans le produit 1 :

Produit 1 : Les capacités nationales à fournir des services de santé maternelle de qualité, y compris dans les situations de crise humanitaire, renforcées

- Renforcement de la capacité des centres de santé à offrir des services obstétricaux et néonataux d'urgence de qualité

- Renforcement de la surveillance et de la réponse aux décès maternels ainsi que du système d'information et de gestion des données.
- Renforcement des capacités nationales à se préparer et à faire face aux urgences en matière de santé de la reproduction, y compris la nutrition.

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 renforcées.

- Renforcement des capacités à offrir des services de SR/PF de qualité et à gérer la chaîne d'approvisionnement
- Plan de renforcement des capacités techniques (SPSR, PF et santé maternelle) et institutionnelles
- Renforcement de la gestion de la chaîne d'approvisionnement à travers l'appui aux partenaires techniques et financiers

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

- Renforcement des capacités en matière de coordination et de plaidoyer
- Renforcement de la promotion du préservatif, en particulier le préservatif féminin

L'UNFPA dans son programme pays pour Madagascar a pris en compte les priorités du plan stratégique 2014-2017 dans le produit 3 du volet Adolescent et jeunes : 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, plusieurs actions de développement de capacités ont été menées : il s'agit, entre autres, du développement des capacités en matière de coordination et de plaidoyer, du renforcement de la promotion au dépistage au VIH/SIDA , à l'utilisation du préservatif surtout le préservatif féminin, le développement des capacités des jeunes dans leur prise de responsabilité face à la sexualité pour ne citer que celles-là.

De plus, concernant la SRAJ, l'appui aux groupes défavorisés et vulnérables est visible et palpable dans le 7<sup>ème</sup> programme à travers l'opérationnalisation des centres conviviaux à leur intention aussi bien en milieu rural (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.

L'UNFPA dans son programme pays pour Madagascar a considéré les priorités du plan stratégique 2014-2017 dans le produit 4 du volet Egalité des sexes et autonomisation des femmes: les interventions de l'UNFPA en matière de violence basée sur le genre se concentrent sur les domaines de plaidoyer, données, soutien psychosocial, renforcement de capacité et coordination des interventions.

***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 cadre du Delivering As One pour une unité dans l'Action ?***

<p><b>CJ6.1: Le bureau de Madagascar a activement L'UNFPA contribué à la mise en œuvre de l'UNDAF, 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</b></p>	<p>a- Existence d'actions menées par l'UNFPA qui ont contribué effectivement à la mise en place du « Delivering As One »</p> <p>b-Niveau de Participation active de l'UNFPA aux différents groupes de travail du SNU</p> <p>c-Nombre de groupes thématiques SNU auxquels UNFPA est le Lead pour les domaines correspondant au mandat</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PV des réunions de groupes thématiques</li> <li>• Rapport de l'UNDAF</li> <li>• Documents de programme conjoints</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analyse documentaire</li> <li>• Interview Staff du bureau Pays de l'UNFPA</li> <li>• Interview staff Agences SNU</li> <li>• UNCT</li> </ul>
--	--	--	--

d-Nombre de programmes conjoints et d'activités conjoints mise en œuvre		
---	--	--

**a-Existence d'actions menées par l'UNFPA qui ont contribué effectivement à la mise en place du « Delivering As One »**

**Extraits détaillés de documentation**

Le partenariat pour la mise en œuvre de ce CPAP se diversifiera avec les agences ou organisations bi et multilatérales telles que la BAD, la BM, l'UE, la JICA, l'USAID, l'AFD ou la coopération monégasque. Le partenariat avec les agences des Nations Unies se fera à travers la réalisation des effets de l'UNDAF qui concernent le mandat de l'UNFPA. L'équipe de l'UNFPA collaborera avec toutes les agences des N-U qui ont prévu intervenir dans les trois effets de l'UNDAF pour lesquels l'UNFPA s'est positionné. Un accent particulier sera mis sur les programmes conjoints décidés au sein de l'UNCT. (CPAP Page 18).

Madagascar a adhéré à l'initiative « Unis dans l'action » ou « Delivering as One » (DaO) en avril 2015. Cette initiative devra permettre de renforcer une réelle synergie des activités opérationnelles du Système des Nations Unies au pays. (*Document DaO (BOS)*)

Les progrès déjà enregistrés à Madagascar dans le cadre de la mise en œuvre des piliers de l'initiative Unis dans l'action peuvent être résumés comme suit pour chaque pilier de cette initiative :

**Pilier prioritaire**

Madagascar dispose d'un Comité de Pilotage conjoint qui assure le suivi de la mise en œuvre de l'initiative « Unis dans l'action ». Un rapport de résultats-pays sera préparé pour l'année 2016. Sous le leadership du Coordonnateur Résident et du Ministre de l'Economie et du Plan, des actions-clé de sensibilisation pour une compréhension commune des changements apportés par l'adoption de cette initiative, ont été initiées à la fois au niveau de la partie nationale et au niveau du personnel du Système des Nations Unies.

Le Coordonnateur Résident et le Ministre de l'Economie et du Plan, co-Présidents du Comité de Pilotage conjoint, lors du suivi des progrès dans le cadre de l'UNDAF et du DaO, 30 septembre 2016

**Pilier Programme Unique**

Pour Madagascar, l'UNDAF existe même si le cadre légal reste à compléter lors du prochain cycle. La programmation conjointe à travers les plans de travail conjoints reste à renforcer.

**Pilier responsable unique**

Le concept « responsable unique » signifie d'abord que le Coordonnateur Résident est le premier responsable de la coordination des activités opérationnelles du Système des Nations Unies, de la mise en œuvre de l'initiative « Unis dans l'action » ou « Delivering as One » (DaO) pour de meilleurs résultats. Ce pilier met aussi en avant la question de redevabilité mutuelle et responsabilité partagée entre les membres de l'équipe-pays. Le groupe des Chefs d'agences disposent comme bras opérationnels, l'Equipe du programme du Système des Nations Unies, l'Equipe des opérations du Système des Nations Unies et l'Equipe communication du Système des Nations Unies. Ces groupes de coordination sont présidés par un Chef d'agence. Le fonctionnement des groupes de résultats est en cours de renforcement.

**Pilier cadre budgétaire commun**

Ce pilier assure qu'un cadre retrace les ressources prévues, disponibles, et à rechercher pour la mise en œuvre de l'UNDAF 2015-2019. C'est un outil de mobilisation conjointe de ressources.

Pour Madagascar, la réalisation de cette action est en lien avec l'élaboration des plans de travail conjoints annuels. Les informations existent au niveau de l'UNDAF et pour les années 2015-2016. Néanmoins, la qualité des informations sera à améliorer pour permettre une mobilisation conjointe des ressources. Pour cette mobilisation conjointe de ressources, le choix

des niches stratégiques et de l'approche seront aussi à renforcer au sein de l'équipe-pays.

#### Unité dans les opérations

La mise en œuvre de la stratégie opérationnelle BOS (Business Operations Strategy) sera à assurer et un plan de renforcement de capacité y afférent à mettre en place.

Les autres documents analysés mentionnent la contribution de l'UNFPA dans les initiatives « Delivering as One » et sa participation active dans la mise en œuvre de DaO au niveau des différents piliers. (Dao : Réalisations en 2016, DaO à Madagascar : analyse des conditions de succès pour la mise en œuvre de l'initiative « Unis dans l'action » ou « Delivering as One » , - Situation de mise en œuvre de l'initiative UNIS DANS L'ACTION Septembre 2016, Revue plan d'action, 2016 Dao 2016 UNCT MADAGASCAR, Rapports d'activités Dao)

#### (ii)Entretiens

D'après personnes interviewées, en ce qui concerne la composante SR et jeunes et adolescents, l'UNFPA a participé à toutes les réunions et actions de mise en place du Dao à Madagascar. Une réunion du comité de Pilotage conjoint a eu lieu le 30 septembre 2016 qui a eu pour thème : pourquoi le DAO à Madagascar ? Madagascar a été officiellement pays DaO en avril 2015 ; le but est de mieux se coordonner, être plus efficace et plus efficient ; avoir une meilleure division de travail, un alignement plus efficace aux priorités du pays. L'objectif ultime est de fournir de meilleurs résultats, les plans de travail conjoints vont remplacer les CPAPS (Country Program Action Plan), le pays dispose d'un plan d'action DaO 2016. L'UNFPA a aussi contribué à la mise en place des différents groupes thématiques.

D'après la Chargée de Programme S&E, l'UNFPA a également participé à la réunion concernant l'opérationnalisation de BOS (Business Operation Strategy).

Par ailleurs, le Management du bureau de l'UNFPA participe régulièrement aux réunions de l'UNCT.

L'entretien auprès des interlocuteurs a aussi révélé que la concrétisation de ce concept de DAO imposait une rupture radicale avec le passé. Le chemin qui mène vers le « Tous Unis dans l'Action » semble encore long.

#### (iii)Résultats

L'UNFPA est resté fidèle au concept de « Tous unis dans l'action » au cours des années de mise en œuvre du 7<sup>ème</sup> programme. Il a multiplié des moyens d'action et des contributions pour une action cohérente, en appui aux efforts déployés par l'ensemble des agences du SNU à Madagascar, en vue d'apporter une réponse commune aux défis économiques et sociaux du pays.

Le Fonds a participé à plusieurs initiatives conjointes, comme la mise en place de la cartographie des interventions du Système des Nations Unies, pour plus de synergie dans les différentes régions du pays. L'UNFPA a aussi participé à toutes les missions conjointes organisées par l'UNCT et fait partie de tous les groupes effets mis en place pour l'élaboration et le suivi des programmes conjoints inscrits dans le cadre de la mise en œuvre de l'UNDAF.

Cependant, même si d'importants efforts ont été fournis, le principe de « Tous unis dans l'action » en nécessite davantage pour être atteint, à savoir la disponibilité (i) d'un responsable unique ; (ii) d'un programme unique ; (iii) d'un cadre budgétaire unique ; (iv) d'un bureau unique. A ce sujet, certains partenaires rencontrés par les évaluateurs pensent que la concrétisation de ce concept imposait une rupture radicale avec le passé. Le chemin qui mène vers le « Tous Unis dans l'Action » semble encore long.

#### **b-Niveau de Participation active de l'UNFPA aux différents groupes de travail du SNU**

#### Extraits détaillés de documentation

L'analyse des documents sur les mécanismes de coordination du SNU de 2015 à 2018 a relevé les points ci-dessous

Des mécanismes de coordination et de mise en œuvre ont été mis en place au niveau du pays Madagascar et ont été opérationnels au cours du 7<sup>ème</sup> programme dont l'UNFPA fait partie. Il s'agit:

- (i) Du comité de pilotage appuyé par une cellule technique co-présidé par le Ministre en charge de l'Economie et de la planification et le Coordonnateur résident du Système des Nations Unies et composé des Secrétaires Généraux des ministères clés, des Représentants des agences onusiennes, et des Représentants de la société civile et du secteur privé. Son rôle consiste à donner des orientations stratégiques, superviser la mise en œuvre et apprécier les progrès atteints par rapport aux résultats et il se réunit statutairement deux fois par an ;
- (ii) De l'équipe-Pays des Nations Unies (United Nations Country Team ou UNCT) qui est présidée par le Coordonnateur résident du SNU et constituée par les Représentants des agences onusiennes. Elle prend les décisions adéquates pour la coordination interne et le succès des interventions et contribue également au processus de mobilisation de ressources pour créer les meilleures conditions de mise en œuvre des programmes de l'UNDAF ;
- (iii) De l'Equipe de gestion des programmes (PMT) regroupant les premiers responsables des programmes au sein des agences du SNU. Elle a pour mandat de conduire le processus de mise en œuvre de l'UNDAF et de mener des réflexions stratégiques et programmatiques pour améliorer l'efficacité des programmes et renforcer la complémentarité des interventions ;
- (iv) Des Groupes Effets de l'UNDAF (03) : chaque groupe est co-présidé par un Représentant d'agence et un haut responsable du Ministère et son aide consiste à favoriser une programmation commune permettant de maximiser les synergies et de suivre la mise en œuvre de l'UNDAF puis évaluer les progrès réalisés par rapport à l'atteinte des effets. Les groupes Effets travailleront de concert avec les groupes sectoriels qui existent et se réunissent deux fois par an ;
- (v) De l'Equipe de gestion des opérations (OMT) regroupant les premiers responsables et chargés des opérations des agences du SNU : elle assure l'harmonisation et la simplification des procédures opérationnelles pour apporter un appui efficace à l'exécution de l'UNDAF et réaliser des économies d'échelle et assurer l'implication effective de l'approche HACT en vue de développer les capacités des partenaires de mise en œuvre selon les modalités d'exécution nationale et ce, à la lumière des recommandations des microévolutions ;
- (vi) Du Groupe des chargés de Communication (UNCG) composé des chargés de communication des agences onusiennes. Il assure la diffusion des résultats réalisés dans le cadre de l'UNDAF et le partage des bonnes pratiques et expériences réussies pour favoriser leur mise à l'échelle. Ces différents mécanismes de coordination suivent l'esprit du « One UN » pour optimiser l'impact des interventions opérationnelles des Nations Unies, en partenariat avec le gouvernement. (Rapport semestriel 2015, 2016,2017&2018);
- (vii) De l'équipe conjointe VIH qui est un groupe composé des agences UN et de la partie nationale et qui a pour objectif de lutter contre le VIH/SIDA. L'UNFPA est membre actif de cette équipe conjointe et a pu bénéficier depuis 2018 des fonds UBRAF.

### **(ii)Entretiens**

D'après les Responsables des autres agences du SNU, 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, et 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. Le bureau pays a donc été un membre actif et un contributeur significatif au mécanisme de coordination de l'UNCT. Sa participation et sa contribution ont également suscité des attentes que le bureau pays pourrait considérer dans le cadre de son 8<sup>ème</sup> programme.

Le Fonds a participé à plusieurs initiatives conjointes, comme la mise en place de la cartographie des interventions du Système des Nations Unies, pour plus de synergie dans les différentes régions du pays. L'UNFPA a aussi participé à toutes les missions conjointes organisées par l'UNCT et fait partie de tous les groupes effets mis en place pour l'élaboration et le suivi des programmes conjoints inscrits dans le cadre de la mise en œuvre de l'UNDAF.

D'après les interviews, l'UNFPA a un niveau élevé de participation active aux différents groupes de travail du SNU. En effet, l'UNFPA a participé :

En 2015 :

- Aux groupes de gestion et de coordination : président PMT (président Management Team) ;
- Dans le cadre du groupe effet UNDAF : au groupe effet 1 : dans la Politique Publique et dans le groupe effet 3 Santé ; et
- Dans les groupes thématiques : groupe appui aux jeunes.

En 2016 :

- Aux groupes de gestion et de coordination : Président UNCG (UN communication group) ;
- Aux groupes thématiques : Président Appui aux jeunes.

En 2017 :

- Aux groupes de gestion et de coordination : Vice-président UNCG (UN Communication Group) ;
- Au groupe thématique UNFPA : Président appui aux jeunes.

En 2018 :

- Aux groupes de gestion : Vice-président UNCG ((UN Communication Group) ;
- Aux groupes thématiques : appui aux jeunes.

Les partenaires interviewés ont révélé que l'UNFPA et l'OMS interviennent de manière coordonnée et complémentaire en matière de santé maternelle et néonatale mais ils ont souligné qu'il manquait une coordination des points focaux qui œuvrent dans les différentes agences du SNU au niveau du Ministère de la jeunesse (exemple : UNICEF et UNFPA). Par ailleurs, les partenaires ont remarqué l'absence continue de certains partenaires aux diverses réunions, notamment les ONGs.

### ***Principaux résultats au niveau de l'indicateur***

En SR et dans le volet jeune et adolescent, l'UNFPA a un niveau élevé de participation active de l'UNFPA aux différents groupes de travail du SNU. En effet, l'UNFPA a participé au cours de la période du programme à 5 groupes de travail : dans le groupe de gestion et de coordination au niveau du PMT (Programme Management Team), et au niveau de l'UNCG (UN Communautaire Group), dans les groupes thématiques : dans le groupe appui des jeunes ; dans les groupes effet UNDAF : groupe effet 1 Politique Publique et groupe effet 3 Santé. Le mécanisme de coordination mis 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 et 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.

Des mécanismes de coordination et de mise en œuvre ont été mis en place au niveau de Madagascar et ont été opérationnels au cours du 7<sup>ème</sup> programme dont l'UNFPA fait partie. Il s'agit du comité de pilotage appuyé par une cellule technique co-présidé par le Ministre en charge de l'Economie et de la planification et le Coordonnateur Résident du Système des Nations Unies et composé des Secrétaires Généraux des ministères clés, des Représentants des agences onusiennes, et des Représentants de la société civile et du secteur privé. Son rôle consiste à donner des orientations stratégiques, superviser la mise en œuvre et apprécier les progrès atteints par rapport aux résultats et il se réunit statutairement deux fois par an.

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, à l'état civil, au dividende démographique, à la lutte contre les VBG et à la production et à l'intégration des données statistiques dans les politiques publiques.

**c-Nombre de groupes thématiques SNU pour lesquels UNFPA assure le Lead pour les domaines correspondant au mandat**



### **(i) Extraits détaillés de documentation**

#### ***Analyse des documents sur les mécanismes de coordination du SNU 2015, 2016, 2017, 2018***

En 2015, le fonds a assuré la présidence du groupe de gestion et de coordination : PMT (Programme Management Team) en 2015 et assure aussi la vice-présidence dans les groupes de gestion et de coordination : UNCG (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 ; il en est de même pour les droits humains et genre au cours duquel l'UNFPA assure aussi la présidence en 2016, 2017 et 2018 pendant trois années successives. Par ailleurs, l'UNFPA a contribué de manière effective au bon fonctionnement de ces différentes instances de coordination. En effet, le bureau pays a donc été un membre actif et un contributeur significatif au mécanisme de coordination de l'UNCT. Sa participation et sa contribution ont également suscité des attentes que le bureau pays pourrait considérer dans le cadre de son 8<sup>ème</sup> programme. L'UNFPA a pris le lead du groupe thématique Genre en collaboration avec le CHDH.

### **(ii) Entretiens**

Lors des interviews, il a été conclu que la coordination est efficace au sein du SNU et avec la partie nationale, celle-ci étant le garant de l'atteinte des résultats de l'UNDAF. Ils permettent ainsi de privilégier des interventions complémentaires et de réduire les coûts de transaction organisés et les dispositifs mis en place pendant le 7<sup>ème</sup> programme.

En 2015, l'UNFPA a assuré la présidence du groupe de gestion et de coordination : PMT (Programme Management Team) et assure aussi la vice-présidence dans les groupes de gestion et de coordination : UNCG (UN Communication), Suivi et Evaluation en 2017 et 2018 et la présidence du groupe thématique Jeunes durant les 4 années de mise en œuvre du programme. L'UNFPA a contribué de manière effective au bon fonctionnement de ces différentes instances de coordination. En effet, le bureau pays a donc été un membre actif et un contributeur significatif au mécanisme de coordination de l'UNCT. Sa participation et sa contribution ont également suscité des attentes que le bureau pays pourrait considérer dans le cadre de son 8<sup>ème</sup> programme. Grâce au Groupe thématique Jeunes, un programme conjoint Jeunes a été élaboré pour la première fois à Madagascar. Le premier draft intégrant les inputs des agences UN est actuellement disponible.

Le mécanisme de coordination mis en place par 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, et permet aussi une mobilisation des ressources. Elle garantit une plus grande visibilité des Nations Unies dans son ensemble et constitue un puissant outil de mobilisation des ressources auprès des bailleurs de fonds. La participation de l'UNFPA est très importante dans le fonctionnement du SNU et il y a un effort de complémentarité et synergie en SR (notamment des adolescents et des jeunes), Egalité des sexes et autonomisation des femmes, PF.

### **(iii) Principaux résultats au niveau de l'indicateur**

En SR, l'UNFPA a assuré la présidence en 2015 du groupe de gestion et de coordination : PMT (Programme Management Team) et assure aussi la vice-présidence dans les groupes de gestion et de coordination : UNCG (UN Communication), Suivi et Evaluation en 2017 et 2018 et la présidence du groupe thématique jeune durant les 4 années de mise en œuvre du programme. Dans la composante jeunes et adolescents, l'UNFPA a toujours assuré la présidence durant la période du programme.

#### **d- Nombre de programmes conjoints et d'activités conjointes mise en œuvre**

### **Extraits détaillés de documentation**

## **- Rapport de progrès de l'UNDAF 2015-2016 – 2017 – 2018**

### **EFFET 3 UNDAF**

Les populations des zones d'intervention, particulièrement les groupes vulnérables accèdent et utilisent des services sociaux de base pérennes.

Les stratégies du volet Santé - Les interventions d'appui du SNU pour appuyer la mise en œuvre du plan d'action pour l'année 2017 du Ministère de la Santé Publique sont focalisées sur le développement des cadres programmatiques de référence du secteur Santé et la contribution à la mise en œuvre des stratégies de services et soins intégrés de qualité centrés sur les personnes pour le renforcement du système de santé. L'amélioration de la santé des groupes vulnérables particulièrement le couple Mère-Enfant, la lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles et la gestion des situations d'urgence sanitaire et épidémique figurent parmi les principaux objectifs contribuant à l'amélioration des résultats de l'Effet du volet Santé. Les agences du Système des Nations Unies (SNU) qui ont contribué à la réalisation des actions menées sont l'OMS, l'ONUSIDA, l'UNFPA et l'UNICEF.

- Réalisation d'une analyse / projection des coûts sur la santé maternelle et néonatale « communautaire » dans les régions Atsimo Andrefana et Anosy (en lien avec la Politique nationale de la santé communautaire PNSC) - Formation de 67 agents de santé en SONU-B
- Appui au processus de mise en place de la CSU, du DHIS2 et de la Surveillance Electronique
- Fonctionnalisation du SCORE CARD en santé maternelle, néonatale, infantile, adolescents et reproductive dans 33 districts de 7 régions
- Signature et engagement ENAP (Every Newborn Action Plan) par le Gouvernement sous le leadership de la Première Dame - Dotation en soins ombilicaux (Chlorhexidine)
- Bureau d'appui à la consolidation de la paix (PBSO) / Fonds pour la consolidation de la paix (le Fonds) : Projet d'appui aux mécanismes endogènes pour le dialogue communautaire et à l'amélioration des conditions économiques des populations vulnérables : réalisations par le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA), en partenariat avec Search for Common Ground (SFCG)

*Résultat 1 : La cohésion sociale et l'adhésion à la paix de la population sont renforcées à travers la promotion de mécanismes endogènes de dialogue communautaire*

*Produit 1.1 : Les plateformes communautaires, inclusives de concertation et de sensibilisation sur les enjeux socio-économique et culturel de la paix sont fonctionnelles*

*Produit 1.2 : Des messagers de la paix sont opérationnels au niveau de la communauté, des établissements scolaires et des médias*

- Programme PAM pour la fourniture 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.
- PBF pour les jeunes

Le fonds a assuré la présidence en 2015 du groupe de gestion et de coordination : PMT (Programme Management Team) en 2015 et assure aussi la vice-présidence dans les groupes de gestion et de coordination : UNCG (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 ; il en est de même pour les droits humains et genre au cours duquel l'UNFPA assure aussi la présidence pendant trois années successives en 2016, 2017 et 2018. Par ailleurs, l'UNFPA a contribué de manière effective au bon fonctionnement de ces différentes instances de coordination. En effet, le bureau pays a donc été un membre actif et un contributeur significatif au mécanisme de coordination de l'UNCT. Sa participation et sa contribution ont également suscité des attentes que le bureau pays pourrait considérer dans le cadre de son 8<sup>ème</sup> programme. L'UNFA a pris le lead du groupe thématique genre en collaboration avec le CHDH.

### ***Entretiens***

D'après les personnes interviewées, dans le cadre de la SR et du volet jeunes et adolescents, l'UNFPA a participé à la mise en œuvre des programmes conjoints à travers la mise en œuvre des stratégies de services et soins intégrés de qualité centrés sur les personnes pour le renforcement du système de santé. L'amélioration de la santé des groupes vulnérables particulièrement le couple Mère-Enfant, la lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles et la gestion des situations d'urgence sanitaire et épidémique figurent parmi les

principaux objectifs contribuant à l'amélioration des résultats de l'Effet du volet Santé. Les agences du Système des Nations Unies (SNU) qui ont contribué à la réalisation des actions menées sont l'OMS, l'ONUSIDA, l'UNFPA et l'UNICEF. Les programmes et les activités sont les suivantes :

- Réalisation d'une analyse / projection des coûts sur la santé maternelle et néonatale « communautaire » dans les régions Atsimo Andrefana et Anosy (en lien avec la Politique nationale de la santé communautaire PNSC) - Formation de 67 agents de santé en SONU-B ;
- Appui au processus de mise en place de la CSU, du DHIS2 et de la Surveillance Electronique ;
- Fonctionnalisation du SCORE CARD en santé maternelle, néonatale, infantile, adolescents et reproductive dans 33 districts de 7 régions ; et
- Signature et engagement ENAP (Every Newborn Action Plan) par le Gouvernement sous le leadership de la Première Dame - Dotation en soins ombilicaux (Chlorhexidine).

Selon les interviews, l'UNFPA a participé au Projet d'appui aux mécanismes endogènes pour le dialogue communautaire et à l'amélioration des conditions économiques des populations vulnérables : réalisations par le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA), en partenariat avec Search for Common Ground (SFCG).

*Produit 1.1 : Les plateformes communautaires, inclusives de concertation et de sensibilisation sur les enjeux socio-économique et culturel de la paix sont fonctionnelles*

*Produit 1.2 : Des messagers de la paix sont opérationnels au niveau de la communauté, des établissements scolaires et des médias*

- Programme PAM pour la fourniture 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.

Les entretiens ont aussi révélé que le mécanisme de coordination mis 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, et permet aussi une mobilisation des ressources. Par ailleurs, elle garantit une plus grande visibilité des Nations Unies dans son ensemble et constitue un puissant outil de mobilisation des ressources auprès des bailleurs de fonds. La participation de l'UNFPA est très importante dans le fonctionnement du SNU et il y a un effort de complémentarité et de synergie en SR, Egalité des sexes et autonomisation des femmes, PF.

### **Principaux résultats au niveau de l'indicateur**

En SR, des programmes conjoints et d'activités ont été mis en œuvre par l'UNFPA : il s'agit de : (i) Réalisation d'une analyse / projection des coûts sur la santé maternelle et néonatale « communautaire » dans les régions Atsimo Andrefana et Anosy (en lien avec la Politique nationale de la santé communautaire PNSC) - Formation de 67 agents de santé en SONU-B ;(ii) Fonctionnalisation du SCORE CARD en santé maternelle, néonatale, infantile, adolescents et reproductive dans 33 districts de 7 régions ; (iii) Programme PAM pour la fourniture d'aliments crus aux femmes hospitalisées pour la réparation des fistules obstétricales. ; (iv) Fonctionnalisation du SCORE CARD en santé maternelle, néonatale, infantile, adolescents et reproductive dans 33 districts de 7 régions. Dans le cadre du volet adolescents et jeunes, l'UNFPA a participé au Projet d'appui aux mécanismes endogènes pour le dialogue communautaire et à l'amélioration des conditions économiques des populations vulnérables : réalisations par le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA), en partenariat avec Search for Common Ground (SFCG).

-l'UNFPA a participé à l'appui à la RSSS à Madagascar conjointement avec le PNUD, l'OIM, l'UNFPA, l'UNICEF, le HCDH et le Gouvernement ;

- le bureau UNFPA Madagascar a également travaillé conjointement pour le projet de Fonds pour la consolidation de la paix ;

- le Projet réponses sanitaires d'urgence pour la réduction de l'excès de mortalité et de morbidité lié à l'insécurité alimentaire des six districts du Grand Sud de Madagascar (Ministère de la Santé, UNFPA, OMS), entre autres. L'UNFPA apporte aussi un soutien appréciable au « Tous Unis dans l'action », en participant, par exemple, à toutes les missions conjointes organisées par l'UNCT.

### **SYNTHESE DE CRITERE DE JUGEMENT**

### **SANTE DE LA REPRODUCTION ET DES JEUNES**

L'UNFPA est resté fidèle au concept de « Tous unis dans l'action » au cours de ces années de mise en œuvre du 7<sup>ème</sup> programme. Il a multiplié des moyens d'action et des contributions pour une action cohérente, en appui aux efforts déployés par l'ensemble des agences du SNU à Madagascar, en vue d'apporter une réponse commune aux défis économiques et sociaux du pays.

Comme indiqué plus haut, le Fonds a participé à plusieurs initiatives conjointes, comme la mise en place de la cartographie des interventions du Système des Nations Unies, pour plus de synergie dans les différentes régions du pays. L'UNFPA a aussi participé à toutes les missions conjointes organisées par l'UNCT et fait partie de tous les groupes de travail mis en place pour l'élaboration et le suivi des programmes conjoints inscrits dans le cadre de la mise en œuvre de l'UNDAF.

Cependant, même si d'importants efforts ont été fournis, le principe de « Tous unis dans l'action » en nécessite davantage pour être atteint, à savoir la disponibilité (i) d'un responsable unique ; (ii) d'un programme unique ; (iii) d'un cadre budgétaire unique ; (iv) d'un bureau unique. A ce sujet, certains partenaires rencontrés par les évaluateurs pensent que la concrétisation de ce concept imposait une rupture radicale avec le passé. Le chemin qui mène vers le « Tous Unis dans l'Action » semble encore long.

L'UNFPA a pris part au Groupe Effet 3 - Accès aux services sociaux de base pérennes et de qualité dans le volet Santé avec l'OMS. Les partenaires ont reconnu cette participation importante de l'UNFPA dans le fonctionnement du SNU et le fait qu'il y a un effort de complémentarité et de synergie. 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 (Actuellement, H6+). Sur le plan de la coordination et de la recherche de la complémentarité, dans le domaine de la SR, l'UNFPA a participé dans différents programmes conjoints relatifs à son mandat.

### **DYNAMIQUE DE POPULATION:**

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, à l'état civil, au dividende démographique, à la lutte contre les VBG et à la production et intégration des données statistiques dans les politiques publiques.

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

a-Niveau et nature de la contribution de l'UNFPA à l'élaboration de l'UNDAF et sa révision  
b-Niveau de prise en compte effective du mandat et des priorités de l'UNFPA dans l'UNDAF  
c-Nombre de duplications ou d'absence de duplication entre les interventions de l'UNFPA et celles des autres agences du SNU  
d-Nombre de synergies ont été recherchées de manière active dans la mise en œuvre des programmes des autres agences du SNU

- PV des réunions de groupes thématiques
- Rapport de l'UNDAF
- Documents de programme conjoints

- Analyse documentaire
- Interview Staff du bureau Pays de l'UNFPA
- Interview staff Agences SNU
- UNCT

**a-Niveau et nature de la contribution de l'UNFPA à l'élaboration de l'UNDAF et sa révision :**

#### **(i)Extraits détaillés de documentation**

- *Plans d'action et Rapport de progrès de l'UNDAF 2015, 2016, 2017, 2018*

L'UNFPA a contribué à l'élaboration de l'UNDAF et sa révision

***Extension des interventions en santé maternelle et néonatale communautaire avec une approche basée sur les résultats***

- Monitoring des Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence (SONU) 2016 et 2017
- Elaboration du Cadre d'Investissement sur la Santé Reproductive, Maternelle, Néonatale, Infantile, Adolescent et la Nutrition (SRMNIA) à travers le recrutement d'un expert consultant international en partenariat avec l'UNICEF et l'UNFPA. Parmi l'agenda du consultant figure le renforcement de capacité nationale dans l'utilisation des outils pour le cadre d'investissement
- Remise du Prix d'Excellence aux 5 centres de santé de base performants (CSB), à un CSB CARMMA et à 6 agents communautaires par la Première Dame de Madagascar - Organisation de la première consultation nationale sur la prévention et le contrôle des cancers gynécologiques
- Plan opérationnel de la Feuille de route pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale, mettant un accent sur le Plan d'action Chaque Nouveau-né, disponible et mise en œuvre

***Produit 2.4 :***

***Les personnels soignants des formations sanitaires appliquent correctement les protocoles de dépistage et de prise en charge des principales maladies transmissibles et non transmissibles y compris le VIH/SIDA dans les zones d'intervention***

**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 ».** Ce produit est lié à l'effet UNDAF n°1 et au Résultat4 du plan stratégique de l'UNFPA 2014-2017 relatif au renforcement des politiques nationales et des programmes internationaux de développement par l'intégration d'analyses factuelles sur la dynamique des populations et leurs liens avec le développement durable, la santé sexuelle et procréative et les droits en matière de procréation, le VIH et l'égalité des sexes. (CPAP Page)

***(ii) Entretiens***

Les entretiens ont révélé que tous les produits du CPAP sont alignés aux effets de l'UNDAF.

D'après les Responsables en SR du bureau, le niveau et la nature de la contribution de l'UNFPA à l'élaboration de l'UNDAF et sa révision sont élevés car l'UNFPA a participé au produit 2.3. Les interventions préventives et curatives à haut impact relatives à la santé de l'enfant et des jeunes les plus vulnérables sont disponibles à tous les niveaux y compris pour les maladies évitables par la vaccination dans les zones d'intervention ; Le SCORE CARD en santé maternelle, néonatale, infantile, adolescents et reproductive est fonctionnelle dans 33 districts de 7 régions et dans la réparation des femmes FVFO. Ensuite, le Produit 2.4 : Les personnels soignants des formations sanitaires appliquent correctement les protocoles de dépistage et de prise en charge des principales maladies transmissibles et non transmissibles y compris le VIH/SIDA dans les zones d'intervention.

Selon les personnes interviewées, ce niveau est élevé car l'UNFPA a participé depuis le processus d'élaboration de l'UNDAF par la formation des partenaires sur l'égalité de sexe comme principe programmatique sur sollicitation de l'UNCT. L'UNFPA participe aux réunions de coordination de l'effet 2, à l'élaboration du plan de travail conjoint et au rapportage conjoint.

***(iii) Résultats :***

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.

### **(iii) Résultats**

Le niveau et la nature de la contribution de l'UNFPA à l'élaboration de l'UNDAF et sa révision sont élevés. En effet, l'UNFPA a participé à l'extension des interventions en santé maternelle et néonatale communautaire avec une approche basée sur les résultats. L'UNFPA a aussi contribué à l'atteinte du Produit 2.3 : Les interventions préventives et curatives à haut impact relatives à la santé de l'enfant et des jeunes les plus vulnérables sont disponibles à tous les niveaux, y compris pour les maladies évitables par la vaccination dans les zones d'intervention. Le SCORE CARD en santé maternelle, néonatale, infantile, adolescents et reproductive est fonctionnelle dans 33 districts de 7 régions et dans la réparation des femmes FVFO. Ensuite, le Produit 2.4 : Les personnels soignants des formations sanitaires appliquent correctement les protocoles de dépistage et de prise en charge des principales maladies transmissibles et non transmissibles y compris le VIH/SIDA dans les zones d'intervention.

## **b-Niveau de prise en compte effective du mandat et des priorités de l'UNFPA dans l'UNDAF**

### **(i) Extraits détaillés de documentation**

- Plan cadre des Nations Unies pour le développement 2015 – 2019
- Rapport progrès UNDAF – 2016 – 2017 – 2018 :
- PA UNDAF : Effet 3 : « Les populations des zones d'intervention, particulièrement les groupes vulnérables accèdent et utilisent des services sociaux de base pérennes et de « qualité ».
- *Les interventions ici sont alignées à l'Effet 3 de l'UNDAF « Les populations des zones d'intervention, particulièrement les groupes vulnérables, accèdent et utilisent des services sociaux de base pérennes et de qualité »*
- CPAP 7è programme : Mandat et des priorités de l'UNFPA

*Produit 2.1 : Le Ministère de la Santé dispose d'un cadre de politique, des structures sanitaires du niveau périphérique opérationnels et d'un système intégré d'approvisionnement et de distribution des intrants de santé*

*Produit 2.2: Les services complets et de qualité en santé maternelle et néonatale sont utilisés par la population à tous les niveaux de la pyramide sanitaire dans les zones d'intervention*

*Produit 2.4: Les personnels soignants des formations sanitaires appliquent correctement les protocoles de dépistage et de prise en charge des principales maladies transmissibles, y compris le VIH/SIDA dans les zones d'intervention*

*Produit 2.5 : Les structures sanitaires et les organisations communautaires disposent des capacités institutionnelles et opérationnelles sur la gestion et la réduction des risques de*

*catastrophes en santé.*

- Prise en compte dans l'UNDAF 2015-2019

*Indicateur 2.1.1 : Nombre de revues conjointes intégrant toutes les parties prenantes du secteur et de revues intégrées organisées au niveau décentralisé : DRSP et SDSP*

*Indicateur 2.1.3 : % de programmes verticaux ayant intégré le PAIS*

*Indicateur 2.2.1 : taux d'accouchement dans les centres de santé*

*Indicateur 2.2.2 : Taux de couverture en contraceptifs*

*Nombre de FFVO réparées par an*

*Proportion de risques et catastrophes ayant fait l'objet d'intervention*

« Produit 5 (UNDAF) :

Les institutions et la société civile ont des capacités accrues pour prévenir et répondre aux violences basées sur le genre et aux pratiques néfastes, y compris dans les situations de crise humanitaire »

#### **(ii) Entretiens**

Les partenaires techniques ont révélé lors des entretiens que le niveau de prise en compte effective du mandat et des priorités de l'UNFPA dans l'UNDAF sont élevées ; les principaux domaines de l'UNFPA en SR sont considérés dans l'UNDAF : le développement et l'élaboration des documents-cadres politiques et stratégiques, l'organisation des revues au niveau décentralisé, l'amélioration des SONU, la PF, la prise en charge des FVFO, le recrutement des sages-femmes et le volet humanitaire.

Quant au volet jeunes et adolescents, les interviews ont permis de préciser que le volet Jeunes n'a pas été spécifié comme un volet à part dans l'UNDAF, mais il a été considéré comme un volet transversal. Cependant, vu l'importance du nombre de jeunes qui est de 60% de la population, un programme jeune serait nécessaire dans l'UNDAF.

Les VBG qui est l'une des priorités de l'UNFPA est considéré dans l'UNDAF sous l'effet 2. Dans le plan de travail conjoint de l'effet 2 de l'UNDAF, un produit y est consacré.

#### **(iii) Principaux résultats au niveau de l'indicateur**

Dans le domaine SR, le niveau de prise en compte effective du mandat et des priorités de l'UNFPA dans l'UNDAF est élevé. En effet, les programmes suivants ont été considérés dans l'UNDAF : le développement et l'élaboration des documents-cadres politiques et stratégiques, l'organisation des revues au niveau décentralisé, l'amélioration des SONU, la PF, la prise en charge des FVFO, le recrutement des sages-femmes et le volet humanitaire. Quant au volet jeunes et adolescents, les interviews ont montré que le volet Jeune n'a pas été spécifié comme un volet à part dans l'UNDAF mais il a été considéré comme un volet transversal. Cependant, vu l'importance du nombre de jeunes qui est de 60% de la population, un programme jeune serait nécessaire dans l'UNDAF.

**c-Nombre de duplications ou d'absence de duplication entre les interventions de l'UNFPA et celles des autres agences du SNU**

#### **Extraits détaillés de documentation**

Le partenariat avec les agences des Nations Unies se fera à travers la réalisation des effets de l'UNDAF qui concernent le mandat de l'UNFPA. L'équipe de l'UNFPA collaborera avec toutes les agences des N-U qui ont prévu intervenir dans les trois effets de l'UNDAF pour lesquels l'UNFPA s'est positionné. Un accent particulier sera mis sur les programmes conjoints

décidés au sein de l'UNCT.

Extrait de CPAP Page à partir de la page 10 jusqu'à la page 17 mentionnant les Produits et Stratégies en Santé de la Reproduction, Adolescents et jeunes

*Résultat 1 : Santé sexuelle et reproductive*

Produit 1: Les capacités nationales à fournir des services de santé maternelle de qualité, y compris dans les situations de crise humanitaire, améliorées.

Ce produit est lié à l'effet UNDAF n°3 et au Résultat1 du plan stratégique de l'UNFPA 2014-2017 relatif à la disponibilité et l'utilisation de services intégrés de santé reproductive et sexuelle (notamment la planification familiale, la santé maternelle et le VIH) qui sont sensibles au genre et qui satisfont les normes des droits de l'homme en matière de qualité des soins et d'équité d'accès.

*Stratégie 1.1 : Renforcement de la capacité des centres de santé à offrir des services obstétricaux et néonataux d'urgence de qualité.*

*Stratégie 1.2 : Appui au Ministère de la Santé dans le déploiement de sages-femmes dans les zones rurales et reculées.*

*Stratégie 1.3 : Renforcement de la surveillance et de la réponse aux décès maternels et du système d'information et de gestion des données.*

*Stratégie 1.4 : Prévention, traitement et réinsertion socio-économique des patientes porteuses de fistules obstétricales.*

*Stratégie 1.5 : Renforcement des capacités nationales à se préparer et à faire face aux urgences en matière de santé de la reproduction, y compris la nutrition.*

*Stratégie 1.6. : Extension et intégration des services SSR de qualité pour les adolescents et jeunes, y compris la prévention des IST/VIH, VBG, grossesses précoces.*

*Stratégie 1.7: Plaidoyer, mobilisation sociale et participation communautaire sur les questions de SR, y compris les grossesses précoces*

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.

Ce produit est lié à l'effet UNDAF n°3 et au Résultat1 du plan stratégique de l'UNFPA 2014-2017 relatif à la disponibilité et l'utilisation de services intégrés de santé reproductive et sexuelle (notamment la planification familiale, la santé maternelle et le VIH) qui sont sensibles au genre et qui satisfont les normes des droits de l'homme en matière de qualité des soins et d'équité d'accès.

*Stratégie 2.1 : Plaidoyer en faveur de l'allocation d'un budget national pour l'achat et la distribution des produits contraceptifs.*

*Stratégie 2.2 : Extension de l'offre de services intégrés de Santé de la Reproduction y compris la Planification Familiale, les IST-VIH, la Consultation Post-Natale (CPoN), les soins après avortement (SAA) et la prise en charge clinique des VBG.*

*Stratégie 2.3 : Communication pour un changement de comportement (CCC) pour l'accroissement du recours aux services de Planification Familiale.*

*Stratégie 2.4 : Renforcement de capacités à offrir des services de SR de qualité et à gérer la chaîne d'approvisionnement.*

*Résultat 2 : Adolescents et jeunes*

Produit 3: L'accès à l'information et aux services conviviaux pour les jeunes et adolescents, notamment la formation sur les compétences de vie et l'éducation sexuelle accru.

Ce produit est lié à l'effet UNDAF n°3 et au Résultat2 du plan stratégique de l'UNFPA 2014-2017 relatif à la priorité accrue accordée aux adolescents, en particulier aux jeunes adolescentes, dans les politiques et programmes nationaux de développement, notamment une disponibilité accrue de programmes d'éducation sexuelle complets et de services de santé sexuelle et procréative.

*Stratégie 3.1 : Sensibilisation et information des jeunes et adolescents non scolarisés surtout en milieu rural sur les questions de mariages et grossesses précoces et d'IST/VIH.*

*Stratégie 3.2 : Soutien à l'intégration d'une éducation sexuelle dans les programmes scolaires. Stratégie 3.3 : Plaidoyer pour accroître l'investissement en faveur des jeunes et particulièrement des jeunes filles et des jeunes marginalisés (y compris, les jeunes travailleurs de sexe et les jeunes de la rue).*

Extrait de l'UNDAF mentionnant les Produits et Stratégies en Santé de la Reproduction, Adolescents et jeunes ;;

Effet 3 : Les populations des zones d'intervention, particulièrement les groupes vulnérables, accèdent et utilisent des services sociaux de base pérennes et de qualité

Au niveau de la santé, les actions du SNU seront centrées sur la contribution à la formulation des principaux cadres programmatiques de développement à moyen et à long termes du secteur et le renforcement du système de santé en vue de l'utilisation de services intégrés de santé de qualité, surtout pour les femmes et les enfants, et en particulier dans les régions



ciblées. Elles mettront l'accent sur (i) les objectifs de réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile, (ii) l'amélioration de l'accès universel au traitement ARV, (iii) l'amélioration de la situation nutritionnelle, surtout la réduction de la malnutrition chronique parmi les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes et allaitantes, et (iv) la santé des adolescents. Il s'agira ainsi d'accélérer le processus de réduction de la mortalité maternelle et néonatale à travers le renforcement des Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence (SONU), la vulgarisation de la planification familiale et l'accouchement assisté dans les structures de santé.

#### *Entretiens*

D'après les personnes interviewées, cinq interventions sont en duplication entre les interventions de l'UNFPA et celles des autres agences du SNU : il s'agit (i) de la Formation et équipement des centres SONU ;(ii) du dépistage du cancer de col ;(iii) de la formation sur la SDMR ;(iv) de l'appui aux centres de santé amis des jeunes ;(v) et de la prévention et prise en charge des femmes victimes des violences basées sur le genre.

Quant au volet adolescents et jeunes, il ressort qu'il n'y a pas de duplications entre les interventions avec les autres agences.

Les échanges avec les jeunes bénéficiaires ont révélé que les jeunes qui sont membres de JPE avec l'UNFPA sont les mêmes qui le sont avec l'UNICEF dans certaines localités rurales car il y a manque de coordination sur le terrain entre ces deux agences qui interviennent tous les deux avec les mêmes cibles.

#### **Principaux résultats au niveau de l'indicateur**

En SR, cinq interventions sont en duplications entre les interventions de l'UNFPA et celles des autres agences du SNU: La Formation et équipement des centres SONU ; le dépistage de cancer du col ; la formation sur la SDMR ; l'appui aux centres de santé amis des jeunes et la 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 celles de l'UNFPA.

#### **d-Nombre de synergies qui ont été recherchées de manière active dans la mise en œuvre des programmes des autres agences du SNU**

##### *Extrait détaillé de la documentation*

Le partenariat pour la mise en œuvre de ce CPAP se diversifiera avec les agences ou organisations bi et multilatérales telles que la BAD, la BM, l'UE, la JICA, l'USAID, l'AFD ou la coopération monégasque. Le partenariat avec les agences des Nations Unies se fera à travers la réalisation des effets de l'UNDAF qui concernent le mandat de l'UNFPA. L'équipe de l'UNFPA collaborera avec toutes les agences des N-U qui ont prévu intervenir dans les trois effets de l'UNDAF pour lesquels l'UNFPA s'est positionné. Un accent particulier sera mis sur les programmes conjoints décidés au sein de l'UNCT. (CPAP Page 18).

#### **Entretiens**

Les partenaires techniques ont précisé que des synergies sont recherchées de manière active dans la mise en œuvre des programmes des autres agences du SNU grâce à la coordination des interventions dans les groupes de travail surtout dans le cadre de la conception des documents stratégiques nationaux et dans la répartition des zones d'intervention, avec la mise en œuvre d'un même paquet d'activités. De même, dans le cadre du volet jeune et adolescents, il y a une synergie dans la répartition des zones d'intervention pour la mise en œuvre d'un même paquet d'activités : exemple en matière de compétences de vie.

Il y a eu très peu de synergies entre les agences du SNU autour de la Coordination des interventions du 7ème programme. Par contre, des synergies au cours de la réalisation du RGPH3 ont donné de bons résultats au déroulement du processus. Des synergies potentielles de l'UNFPA avec le PNUD et l'UNICEF peuvent donner lieu à un appui conséquent au SNISE, à l'état civil, au dividende démographique, à la lutte contre les VBG et à la production et l'intégration des données statistiques dans les politiques publiques. 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. En effet, l'UNFPA est la principale agence qui a investi dans l'enregistrement des faits d'état civil qui est un défi majeur pour le développement de Madagascar, en particulier les régions de concentration des interventions du 7<sup>ème</sup> programme.

### **Résultats**

Des synergies sont recherchées de manière active dans la mise en œuvre des programmes des autres agences du SNU grâce à la coordination des interventions dans les groupes de travail, surtout dans le cadre de la conception des documents stratégiques nationaux et dans la répartition des zones d'intervention avec la mise en œuvre d'un même paquet d'activités. Il en est de même dans le cadre du volet jeune et adolescents où il y a aussi une synergie dans la répartition des zones d'intervention pour mise en œuvre d'un même paquet d'activités.

L'analyse a permis de ressortir que les synergies entre les agences du SNU autour de la Coordination des interventions du 7<sup>ème</sup> programme dans les régions rurales de mise en œuvre demeurent limitées. Par ailleurs, la synergie des actions autour de la réalisation du RGPH3 ont produit de bons résultats.

### **Synthèse du critère de jugement**

#### **SANTE DE LA REPRODUCTION & ADOLESCENTS ET JEUNES:**

Le niveau et la nature de la contribution de l'UNFPA à l'élaboration de l'UNDAF et sa révision sont élevés. En effet, l'UNFPA a participé à l'extension des interventions en santé maternelle et néonatale communautaire avec une approche basée sur les résultats. L'UNFPA a également contribué à l'atteinte du Produit 2.3, à la fonctionnalisation du SCORE CARD en santé maternelle, néonatale, infantile, adolescents et reproductive dans 33 districts de 7 régions et dans la réparation des femmes FVFO, au le Produit 2.4 qui consiste à ce que les personnels soignants des formations sanitaires appliquent correctement les protocoles de dépistage et de prise en charge des principales maladies transmissibles et non transmissibles, y compris le VIH/SIDA, dans les zones d'intervention.

Des synergies sont recherchées de manière active dans la mise en œuvre des programmes des autres agences du SNU grâce à la coordination des interventions dans les groupes de travail surtout dans le cadre de la conception des documents stratégiques nationaux et dans la répartition des zones d'intervention avec la mise en œuvre d'un même paquet d'activités. Il en est de même dans le cadre du volet jeune et adolescents, où il y a aussi une synergie dans la répartition des zones d'intervention pour la mise en œuvre d'un même paquet d'activités.

Il y a eu très peu de synergies entre les agences du SNU autour de la Coordination des interventions du 7<sup>ème</sup> programme dans les régions rurales de mise en œuvre. Par ailleurs, la synergie des actions autour de la réalisation du RGPH3 a produit de bons résultats.

### **CAPACITE DE REPOSE**

***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?***

<b>CJ7.1: Le bureau de pays a fait preuve de flexibilité face aux changements dans le contexte national (crise politique, émergence de nouveaux besoins, catastrophes naturelles, etc.)</b>	<p>a-Nombre et nature de situations de changements critiques survenue pendant la période de la mise en œuvre du programme</p> <p>b-Niveau de pertinence des nouvelles activités mises en œuvre dans le cadre de la réponse</p> <p>c-Existence de preuves d'ajustements</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CPAP</li> <li>• PTA</li> <li>• UNDAF</li> <li>• Plan stratégique de l'UNFPA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analyse documentaire</li> <li>• Interview Staff du bureau Pays de l'UNFPA</li> <li>• Interview staff SNU</li> <li>• Interview des bénéficiaires</li> <li>•</li> </ul>
---	--	---	--

## a-Nombre et nature de situations de changements critiques survenues pendant la période de la mise en œuvre du programme

### *Extrait détaillé de la documentation*

- Plan de contingence national mis à jour
- Document de projet pour ressources mobilisées
- Rapports annuels 2016 – 2017 de l'UNFPA
- Rapport revue semestrielle 2016 – 2017 de l'UNFPA
- Plan de réponse du Bureau et Business Continuity Plan du Bureau
- Rapports de projet humanitaire
- Rapports des IP

### *Entretiens*

D'après les personnes interviewées, des situations de changements critiques sont survenues pendant la période de la mise en œuvre du programme. On peut citer, au niveau institutionnel, les changements des Responsables et des points focaux qui sont signataires. Des situations critiques sont aussi survenues à cause de l'insécurité.

Selon une interview, il y a toujours des changements de SG au niveau du MINPPSPF: il y a eu 3 SG différents durant le cycle du programme.

### *Résultats*

L'UNFPA a relevé les différents défis suite aux impacts des catastrophes mentionnés dans l'extrait de documentation et les entretiens et bien que les activités de réhabilitation ne figuraient pas dans les PTAs, au vu de l'impact du cyclone sur les structures de santé, UNFPA en collaboration avec MINSANP a procédé à une mobilisation des ressources suivie d'une révision des PTAs suivant les ressources mobilisées.

L'épidémie de peste a frappé soudainement et ne figure dans aucun PTA mais comme elle a touché les plus vulnérables ( FAP et FE, FA) avec un haut risque de mortalité, l'UNFPA s'est mobilisé avec ses partenaires d'exécution et a fourni : des kits d'hygiène, d'équipements de protection individuelle et d'équipements médicaux, l'impression de supports de communication, 4 véhicules et des conducteurs pour la coordination et la supervision, et une enquête sur l'impact de la peste sur les services de SSR. 4 médecins et 45 sages-femmes ont été recrutés pour aider dans les centres de traitement et les maternités en réponse à l'épidémie de peste dans les 4 districts urbains les plus touchés. 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.

Dans le cadre des urgences humanitaires, 32 225 kits dignités dignité ont été livrés aux femmes enceintes dans le Sud pendant le KERE (grande famine), et suite à l'incendie survenu à Manakara et à Andranofeno Sud ; 162 583 boîtes de MISOPROSTOL (Bte de 4 tab), 756 flacons de CHLORHEXIDINE (solution 5% 1l), des tests de dépistage IST/VIH ont été également livrés à des formations sanitaires. Les CSBII d'Antananarivo Atsimondrano, 2 CSBII de Farafangana et le CSB d'AndranofenoAnkazobe dotés en Kits d'accouchement médicalisé ; le CHDII Itaosy doté en Kit laparo-césarienne. Des sites d'hébergement d'Antananarivo Renivohitra, de la région d'Androy et des districts d' Amparafaravola et Ambatondrazaka ont reçu des kits de dignité, des couvertures et des kits individuels d'accouchement hygiénique. Une dizaine de formations sanitaires d'Antananarivo Renivohitra ont aussi été dotés en Kits de prise en charge médicale des viols. Le renforcement des mesures d'accompagnement de l'utilisation du Misoprostol a été effectué et un draft de stratégie est disponible. (Rapports annuels UNFPA)

## **b-Niveau de pertinence des nouvelles activités mises en œuvre dans le cadre de la réponse**

### ***Extrait détaillé de la documentation***

- Rapports annuels 2016 – 2017 de l'UNFPA
- Rapport revue semestrielles 2016 – 2017 de l'UNFPA
- Plan de réponse du Bureau et Business Continuity Plan du Bureau
- Rapports de projet humanitaire
- Rapports des IP

### ***Entretiens***

Selon la chargée de programme en SR, les nouvelles activités telles que le développement du réseau des maternités de référence et l'introduction des JPE dans les SONU sont pertinentes étant donné que ce réseau s'aligne aux critères internationaux sur la disponibilité des SONU. L'introduction des JPE dans les SONU a permis d'améliorer le continuum de soins entre les services dans les centres SONU.

En ce qui concerne le volet jeunes et adolescents, de nouvelles activités sont mises en œuvre dans le cadre de la réponse et dans le cadre des activités dans le projet PBS.

Pour le volet humanitaire, de nouvelles activités ont été mises en œuvre lors de la situation humanitaire causée par le cyclone ENAWO : Réhabilitation de la maternité et du Bloc opératoire du CHRD d'Antalaha, Assistance aux victimes du cyclone ENAWO : Consultation, accouchement, OC, PF ; 04 Médecins et 30 Sages-Femmes contractuelles pour riposte sanitaire face à l'épidémie de la peste au niveau de 4 districts les plus affectés ; 2 CHRD et 1 CHU ont obtenu des Kits SR d'urgence.

### ***Résultats***

Niveau de pertinence des nouvelles activités mises en œuvre dans le cadre de la réponse.

Des nouvelles activités ont été mises en œuvre telles que le développement du réseau des maternités de référence et l'introduction des JPE dans les SONU. Elles sont pertinentes étant donné que ce réseau s'aligne aux critères internationaux sur la disponibilité des SONU. L'introduction des JPE dans les SONU a permis d'améliorer le continuum de soins entre les services dans les centres SONU.

En ce qui concerne le volet jeunes et adolescents, de nouvelles activités sont mises en œuvre dans le cadre de la réponse et dans le cadre des activités dans le projet PBS.

Dans le cadre du volet humanitaire, de nouvelles activités ont été mises en œuvre lors de la situation humanitaire engendrée par le cyclone ENAWO : Réhabilitation de la maternité et du Bloc opératoire du CHRD d'Antalaha, Assistance aux victimes du cyclone ENAWO : Consultation, accouchement, OC, PF ; 04 Médecins et 30 Sages-Femmes contractuelles pour riposte sanitaire face à l'épidémie de la peste au niveau de 4 districts les plus affectés.

## **c-Existence de preuves d'ajustements programmatiques et financiers adoptés et de mobilisation de ressources**

### ***Extrait détaillé de la documentation***

- Rapports annuels 2016 – 2017 de l'UNFPA :
- Rapport revue semestrielle 2016 – 2017 de l'UNFPA
- Révisions budgétaires
- Mobilisation de ressources

Les ONG et autres associations

Des ONG et d'autres associations sont intervenues pour renforcer la prévention et la prise en charge de violence : Gender Links, Bel avenir, des réseaux d'hommes.

i) **en Situation humanitaire :**

L'UNFPA est très impliqué en matière d'urgence humanitaire, et son apport d'une réponse effective avec les ONG prenant en charge les victimes de VBG lors de ce cataclysme naturel était mis en évidence, car le taux de réalisation de l'activité était à 100 % pour cette urgence humanitaire<sup>19</sup> et a permis d'identifier et former 200 jeunes et femmes leaders communautaires en Genre.

Des formations sur la collecte et le traitement des données sur les VBG ont été dispensées à l'endroit de 24 intervenants sociaux des DRPPSPF et des CECJ des trois zones d'intervention et la région de Boeny et d'Anosy pour l'appui et le soutien psychosocial auprès des victimes de Kéré dans les régions d'Androy et d'Anosy mettant la population en situation humanitaire. Le volet lutte contre les VBG est intégré dans les plans de contingence national pour le secteur « protection, sous cluster VBG » et les plans de réponse régionale en cas de crise dans les régions de VatovavyFitovinany et d'Androy.

Dans les zones affectées par le cyclone ENAWO, les aides aux sinistrés par la mobilisation communautaire contre les VBG, 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 aux niveaux national et régionaux (SAVA, AtsimoAndrefana, Ambovombe), le renforcement des capacités dans la collecte des données sur les VBG de 30 institutions puis l'identification de 7 lieux de prise en charge en situation humanitaire ont été effectués. L'apport de l'UNFPA d'une réponse effective avec les ONG avait un taux de réalisation de l'activité à 100 % pour l'urgence humanitaire et on a pu identifier et former 200 jeunes et femmes leaders communautaires en Genre. Des prises en charge des victimes de VBG et de résilience sont pré positionnées et 3 000 kits de dignité ont été acheminés et distribués.

Pour aider le Gouvernement, l'UNFPA, à travers le 7<sup>ème</sup> programme, a contribué à l'élaboration du Plan Humanitaire de Réponse stratégique Madagascar-Grand Sud (2016-2017), dont le but est de « Sauver les vies ». A ce document s'ajoutent d'autres : le Plan de Réponse stratégique à la Sécheresse Prolongée (2016-2017) avec l'appui technique et financier d'Inter-Agency Standing Committee (IASC), du PAM et d'OCHA, et la Politique Nationale de Gestion des Risques et des catastrophes (2016), élaborée par les services de l'Etat. Le volet humanitaire a été pris en compte dans six (06) PTA au cours de la période 2015-2017. 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. Le Japon a aussi figuré parmi les partenaires de l'UNFPA dans la réponse humanitaire dans la Région Androy. L'UNFPA collabore avec le BNGRC et les autres partenaires comme la Croix Rouge. Pour le financement du Fonds de Consolidation de la Paix (Peace Building Fund – PBF), l'UNFPA bénéficie d'une partie du financement PBF.

**Entretiens**

D'après les personnes interviewées, des ajustements programmatiques et financiers et de mobilisation de ressources ont surtout été effectués car l'UNFPA doit s'aligner au contexte sociopolitique, aux réorientations à travers la revue à mi-parcours et le nouveau plan stratégique ainsi qu'aux ODD.

Selon un partenaire technique, des preuves d'ajustements programmatiques et financiers adoptés existent par la mobilisation de ressources supplémentaires par le CERF, et le fond d'urgence de l'UNFPA, ainsi que par la priorisation de la prise en charge de la peste et tous les gestes préventifs adéquats pour la lutte contre la peste, avant de poursuivre les activités du programme SR (à Tamatave).

**Résultats**

Des ajustements programmatiques et financiers et de mobilisation de ressources ont surtout été effectués car l'UNFPA doit s'aligner au contexte sociopolitique, aux réorientations à travers la revue à mi-parcours et le nouveau plan stratégique ainsi qu'aux ODD.

Le Bureau était capable de répondre aux changements comme celui lié à la politique au niveau des staffs à tous les niveaux des partenaires, et les éventuelles crises humanitaires. Sa capacité de réagir face aux facteurs externes est le savoir adaptatif car malgré le changement, il y a toujours des résultats positifs. En effet, le staff a la capacité de réorienter et d'ajuster les objectifs du programme. Il n'y pas eu de changements d'activités en cours de programme mais cela n'a pas été le cas au niveau des autorités décideurs, en particulier ceux du MPPSPF, ce qui a ralenti la mise en œuvre du Programme. Depuis le début du Programme, il y a eu 2 Directeurs de la Promotion du Genre et depuis la fin de l'année 2016, il n'y a plus de Directeur de la Promotion du Genre. Mais l'UNFPA a trouvé une alternance d'adaptation avec le partenaire pour appuyer les interventions, et les résultats en sont une preuve.

### **Synthèse critère de jugement**

L'UNFPA dispose d'une forte capacité de réponse aux changements causés dans le contexte national et a fait preuve d'une grande flexibilité qui lui a permis de s'adapter aux changements intervenus par plusieurs points :

- Le premier point réside dans la flexibilité de l'UNFPA à s'adapter rapidement lors des urgences humanitaires. En effet, concrètement :
- lors du cyclone ENAWO, l'UNFPA a pu assurer une assistance aux victimes du cyclone ENAWO en matière de consultation, accouchement et opération césarienne, et offrir des services SR/PF à travers les équipes sanitaires mobiles ; de même, lors de l'épidémie de peste en 2017, l'UNFPA a 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 KITS SR d'urgence au niveau de 2 Centres hospitaliers de référence du district et 1 Centre hospitalier d'urgence ;
- Lors de l'épidémie de peste à Madagascar en 2017, l'UNFPA a contribué à toutes les étapes de prévention et de prise en charge des cas ; l'UNFPA a ainsi procédé à une enquête rapide de l'impact de la peste sur les services de santé reproductive à Antananarivo et à Toamasina.
- Le deuxième point réside dans la prise en compte des besoins des jeunes dans les interventions en situation d'urgences car les jeunes leaders humanitaires ont sensibilisé leurs pairs 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.
  
- Pour le volet Egalité des sexes et autonomisation des femmes, le bureau pays a réagi et a répondu immédiatement à la première éventualité qui se produit à la prévention de la VBG, à la prise en charge des VBG par les accompagnements psychologiques, médicaux et la mise en place des sub-cluster dans les zones concernées dans le cas de situation humanitaire. (Exemple la situation humanitaire lors du cyclone ENAWO, le Kere au Sud).
- D'autres approches se sont révélées, adaptées et ajoutées aux nouveaux besoins identifiés lors de la prise en charge des survivants, telle que l'approche holistique des VBG. Et pour la Prise en compte des 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 sub-clusters VBG, des femmes et jeunes leaders communautaires formés en Genre, en VBG (y compris pendant la crise humanitaire).
- Le respect des Droits Humains a toujours été présent dans le renforcement des capacités nationales pour les interventions du programme auprès des groupes les plus vulnérables, désavantagés et prioritaires dans les régions reculées et enclavées, notamment les femmes victimes de VBG et FVFO. Pour l'Intégration de la dimension Jeunesse, il y avait la prévention et les prises en charge des VBG et la prévention du mariage précoce.
  
- Le bureau pays a démontré une grande flexibilité pour adapter le contenu de la composante P&D aux effets post-crise car le plaidoyer était fort pour amener le Gouvernement à accepter de 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 P&D a fortement évolué d'une année à 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.
  
- L'UNFPA s'est engagé davantage dans la prise en charge humanitaire et a fait un ajustement programmatique et financier adoptés et de la mobilisation de ressources selon le contexte (climatique, environnemental, maladie endémique)

***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 7ème Programme Pays?**

**CJ8.1: Le Bureau est capable de répondre aux changements causés par des facteurs externes dans un contexte de pays en développement**

a-Existence de changements causés par des facteurs externes pendant la période de mise en œuvre du programme  
 b-adéquation des mesures d'ajustement et de mitigation prises  
 c-adéquation des mesures de prévention mises en place en lien avec les leçons apprises

- CPAP
- PTA
- UNDAF
- Plan Stratégique de l'UNFPA 2014-2017
- Plan Stratégique de l'UNFPA 2018-2021
- Documents ODDs

- Analyse documentaire
- Interview Staff du bureau Pays de l'UNFPA
- Interview staff SNU
- Interview des bénéficiaires

**a-Existence de changements causés par des facteurs externes pendant la période de mise en œuvre du programme et b-adéquation des mesures d'ajustement et de mitigation prises**

**Extrait détaillé de la documentation**

- Rapports annuels UNFPA 2016-2017- 2018
- PTA 2016 – 2017 – 2018
- Rapport de la revue à mi-parcours du 7è programme et les recommandations

**Entretien**

Les personnes interviewées ont expliqué qu'il y avait eu des changements causés par des facteurs externes pendant la période de mise en œuvre du programme. On peut citer :(i) la CSU : la couverture sanitaire universelle à laquelle l'UNFPA a participé aux différentes étapes de conception et de mise en place à Madagascar ; (ii) le suivi des recommandations suite à la revue à mi-parcours et qui a apporté des changements ; (iii) l'arrivée de la peste en 2017 au cours de laquelle l'UNFPA devrait s'aligner et contribuer aux interventions, (iv) le changement du personnel au niveau du Ministère de la Santé et les affectations au niveau des centres de santé emmenant un retour au renforcement de capacités.

**Résultats**

En SR, il y avait eu des changements causés par des facteurs externes pendant la période de mise en œuvre du programme. On peut citer la CSU : la couverture sanitaire universelle à laquelle l'UNFPA a participé aux différentes étapes de conception et de mise en place à Madagascar ; le suivi des recommandations suite à la revue à mi-parcours et qui a apporté des changements ; l'arrivée de la peste en 2017 au cours de laquelle l'UNFPA devrait s'aligner et contribuer aux interventions, (iv) la CSU ; le changement du personnel au niveau du Ministère de la Santé et les affectations au niveau des centres de santé emmenant un retour au renforcement de capacités. *Des mesures d'ajustements et mitigation ont été prises*

**Synthèse critères de jugement**

**SANTE DE LA REPRODUCTION & ADOLESCENT ET JEUNES :**

L'UNFPA s'est montrée flexible face à l'introduction par le pays du volet Couverture sanitaire universelle CSU. Elle a aussi dû faire face aux divers changements de personnel au niveau du Ministère de la Santé aussi bien les personnels de gestion que les personnels de prise en charge dans les structures étatiques. Pour cela, un renouvellement des sessions de renforcement de capacités a été toujours nécessaire même si elles étaient imprévues. Le suivi des recommandations suite à la revue à mi-parcours et qui a apporté des changements et l'arrivée de la peste en 2017 au cours de laquelle l'UNFPA devrait s'aligner et contribuer aux interventions ont aussi entraîné des changements.

**DYNAMIQUE DE POPULATION:**

L'UNFPA s'est adapté à partir de 2018, suite à l'adoption en septembre 2017 du nouveau Plan Stratégique de l'UNFPA 2018-2021. Le 7<sup>ème</sup> programme a été amendé en s'alignant au nouveau plan stratégique comprenant les 3 résultats transformateurs. Par conséquent, la mise en œuvre du programme de coopération de l'UNFPA avec le Gouvernement est guidée par une nouvelle directive pour réorienter davantage les interventions afin de contribuer à l'atteinte des trois résultats transformateurs.

## 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 ?**

<b>CJ9.1: L'UNFPA a ses avantages comparatifs</b>	a-Existence d'avantages comparatifs de l'UNFPA par rapport aux autres agences b-Degré de Perception de parties prenantes et de la partie nationale des valeurs ajoutées de l'UNFPA c-Degré de perception de la partie de l'UNFPA Sur la performance de l'UNFPA d-degré de perception des valeurs ajoutées de l'UNFPA vis-à-vis du gouvernement, de la société civile, des ONGs, et des autres partenaires de développement	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rapport d'évaluation du 6ème programme</li> <li>• CPAP</li> <li>• PTA</li> <li>• Documents de programme conjoint</li> <li>• Rapport de progrès des programmes conjoints</li> <li>• Rapport des partenaires de mise en œuvre</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analyse documentaire</li> <li>• Interview staff de l'UNFPA</li> <li>• Interview staff Agences SNU</li> <li>• UNCT</li> <li>• Interview des représentants de société civile, ONG, représentants du gouvernement</li> </ul>
---	---	---	--

### **a-Existence d'avantages comparatifs de l'UNFPA par rapport aux autres agences**

#### **Extrait documentaire**

- Rapports annuels UNDAF 2015 -2016 – 2017 – 2018
- Rapports annuels UNFPA 2015- 2016-2017

#### **Entretien**

D'après les personnes interviewées, l'UNFPA a ses avantages comparatifs sur les différentes enquêtes, sur le SONU, sur les enquêtes confidentielles de décès maternel, sur les fistules, sur le renforcement du plateau technique des centres SONU, sur le renforcement des laboratoires de compétences des sages-femmes et sur le développement des documents stratégiques concernant les SONU et les Fistules. En SR/PF, la personne interviewée a précisé que l'UNFPA a ses avantages comparatifs du fait qu'elle soit la seule agence des Nations Unies mandatée pour la planification familiale. UNFPA dispose d'expertises notables pour les questions de plaidoyer et de dialogue politique, pour la santé de la reproduction et la santé des adolescents et des jeunes et les données de population et le recensement.

Quant au volet jeune, d'après la chargée de programme, les avantages comparatifs résident dans le fait que l'UNFPA fait participer les jeunes dans toutes les activités qui les concernent: coordination, élaboration de document etc. Pareillement, la mise en place de structures pour les jeunes en milieu rural fait partie des avantages comparatifs de l'UNFPA par rapport aux autres agences.

### **L'UNFPA présente plusieurs avantages comparatifs que l'on peut citer :**

- La capacité de plaidoyer auprès des institutions et des autorités politiques pour l'adoption des lois, promulgation des décrets, intégration des priorités programmatiques en ligne avec l'agenda du dividende démographique et celui de la CIPD ;
- Appui institutionnel et technique de l'INSTAT et du MEP dans le cadre de l'Etat civil et du SNISE ;
- Mise place d'un mécanisme de coordination des interventions de l'UNFPA au niveau national et régional. C'est un mécanisme inclusif et participatif conduit par le MEP dont



les réunions sont trimestrielles, les descentes de suivi et évaluation sont conjointes et les revues semestrielles et annuelles sont participatives. Ce mécanisme de coordination est composé du MEP, INSTAT, Ministère de la Santé, Ministère de la Population, Ministère de la Jeunesse, ONG partenaires, (les ministères sont représentés à travers leurs Directions techniques).

- L'appui technique et financier de la mise en œuvre du processus de Dividende Démographique est assuré par l'UNFPA et l'USAID-HP+.
- L'implication des autorités locales dans la planification et revue semestrielles y compris annuelles des activités au niveau des régions cibles.

D'après un partenaire étatique, il y a une bonne collaboration avec l'UNFPA en matière Genre, et une extension du programme est sollicitée, en particulier dans le volet Egalité des sexes et autonomisation des femmes pour la prise en charge des jeunes garçons dans le Sud, afin qu'ils ne tombent pas dans la délinquance et deviennent des Dahalo.

### ***Résultats***

#### **SANTÉ DE LA REPRODUCTION & ADOLESCENT ET JEUNES :**

EN SR, l'UNFPA s'est engagé au sein du système des Nations Unies à Madagascar à rehausser la perception de la santé, des approches adoptées dans les secteurs de la Santé, de la Reproduction/VIH/Sida et de la planification familiale pour en faire une question prioritaire en termes de développement économique et social.

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 d'après notre interlocuteur.

- Un des avantages comparatifs du Fonds est aussi qu'elle investit dans la profession de sage-femme. L'UNFPA est la principale institution qui contribue prioritairement à rehausser l'image de la sage-femme et à transformer cette profession, pour qu'elle soit utilisée de façon positive, et soit bien exercée et bien valorisée.

- L'UNFPA est le promoteur principal en matière de PF dans tous ses domaines mais surtout en matière d'approvisionnement en contraceptifs.

- L'UNFPA apporte un appui reconnu et palpable aussi dans la prise en charge des femmes victimes de fistules obstétricales.

- L'UNFPA a ses avantages comparatifs sur les différentes enquêtes sur les SONU, sur les enquêtes confidentielles de décès maternel, sur les fistules, sur le renforcement du plateau technique des centres SONU, sur le renforcement des laboratoires de compétences des sages-femmes et sur le développement des documents stratégiques concernant les SONU et les Fistules.

- L'UNFPA fait participer les jeunes dans toutes les activités pour les jeunes : coordination, élaboration document etc. Par ailleurs, la mise en place de structures pour les jeunes en milieu rural fait partie des avantages comparatifs de l'UNFPA par rapport aux autres agences.

#### **b-Degré de Perception de parties prenantes et de la partie nationale des valeurs ajoutées de l'UNFPA**

##### ***Extrait documentaire***

- CPAP du 7<sup>e</sup> programme
- Rapports annuels UNFPA 2015-2016-2017

##### ***Entretien***

Les parties prenantes interrogées par les consultants sont unanimes pour affirmer que 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 plaidoyer pour élever plus haut les objectifs de la CIPD en vue de leur prise en compte dans le développement économique et social ; de son leadership incontesté dans la lutte contre les FO ; de son leadership en matière de SSRAJ et de mise à disposition en milieu rural de centres conviviaux pour les jeunes.

D'après un partenaire étatique, « la collaboration avec l'UNFPA est satisfaisante en matière de prise en charge des Victimes de VBG et des FVFO, mais une amélioration de la réinsertion socioéconomique de ces victimes est à entreprendre. »

### **Résultats**

#### **SANTÉ DE LA REPRODUCTION & ADOLESCENT ET JEUNES :**

L'UNFPA s'est engagé au sein du système des Nations Unies à Madagascar à rehausser la perception de la santé des approches adoptées dans les secteurs de la Santé de la Reproduction/VIH/Sida et de la planification familiale pour en faire une question prioritaire en termes de développement économique et social.

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 d'après notre interlocuteur. On peut citer: l'appui à la RSSS à Madagascar conjointement avec le PNUD, l'OIM, l'UNFPA, l'UNICEF, le HCDH et le Gouvernement ; le projet Fonds pour la consolidation de la paix ; le Projet réponses sanitaires d'urgence pour la réduction de l'excès de mortalité et de morbidité liées à l'insécurité alimentaire des six districts du Grand Sud de Madagascar (Ministère de la Santé, UNFPA, OMS), pour ne citer que ceux-là. L'UNFPA apporte aussi un soutien appréciable au « Tous Unis dans l'action », en participant, par exemple, à toutes les missions conjointes organisées par l'UNCT.

L'un des avantages comparatifs du Fonds est aussi d'investir dans la profession de sage-femme. L'UNFPA est la principale institution qui contribue prioritairement à rehausser l'image de la sage-femme et à transformer cette profession, pour qu'elle soit utilisée de façon positive, et soit bien exercée et bien valorisée.

#### **c-Degré de perception de la partie prenante sur la performance de l'UNFPA**

##### **Entretien**

Les Responsables de la SR au niveau du Bureau de l'UNFPA aussi bien au niveau central que régional ont tous trouvé que l'UNFPA a été performant au cours du 7<sup>ème</sup> programme car l'atteinte des objectifs a été satisfaisante. L'UNFPA a toutes les capacités techniques pour réussir son mandat mais le problème réside en l'insuffisance des personnes ressources par rapport aux autres agences des Nations Unies et organisations internationales intervenant dans les thématiques du même mandat que l'UNFPA. Ainsi ces partenaires sont-ils plus présents et plus visibles sur le terrain et auprès des parties nationales.

D'après une partenaire étatique, « nous sommes satisfait du programme, dont les parties prenantes sont performantes, mais nous trouvons qu'il est non extensible, et nous pensons que l'UNFPA pourra faire plus, comme ce qu'elle a fait en matière de santé »

##### **Résultats**

L'auto-perception de l'UNFPA de sa performance est élevée. Les évaluateurs ont trouvé que l'UNFPA a été performant au cours du 7<sup>ème</sup> programme car l'atteinte des objectifs a été satisfaisante. L'UNFPA a toutes les capacités techniques pour réussir son mandat mais le problème réside en l'insuffisance des personnes ressources par rapport aux autres agences des Nations Unies et organisations internationales intervenant dans les thématiques du même mandat que l'UNFPA. Ainsi ces partenaires sont plus présents et plus visibles sur le terrain et auprès des parties nationales.

#### **d-Degré de perceptions des valeurs ajoutées de l'UNFPA vis-à-vis du gouvernement, de la société civile, des ONGs, et des autres partenaires de développement**

##### **Extrait détaillé de la documentation**

##### **Entretien**

Lors des discussions avec les Responsables de la société civile, les ONGS et les autres partenaires de développement, plusieurs valeurs ajoutées de l'UNFPA sont ressorties: C'est grâce à l'UNFPA que la PF 2020 a été initiée et mise en œuvre à Madagascar suite à des plaidoyers très forts ; il en est de même en ce qui concerne l'adoption de la loi PF, l'UNFPA a joué un rôle intensif ce qui constitue une marque d'un engagement et d'une volonté politique. L'approvisionnement en contraceptifs aussi fait partie intégrante des valeurs ajoutées de l'UNFPA vis-à-vis du gouvernement. En ce qui concerne le volet humanitaire, l'UNFPA, à travers le DMU, couvre les groupes les plus vulnérables dans les zones les plus reculées. L'UNFPA est une agence de développement qui peut basculer rapidement en agence humanitaire. Les perceptions se focalisent surtout sur les fistules et l'approvisionnement en produits contraceptifs.

D'après un partenaire étatique, l'UNFPA est le partenaire de l'Etat qui a pris en charge les VBG dans un programme, nous souhaitons toujours une coopération renforcée et plus d'activités en matière Genre.

Selon la Responsable de Genders Links : « on peut citer les forces de l'UNFPA comme la capacité d'adaptation, la bonne communication et comme valeur ajoutée, le fait d'être la seule agence qui promeut en matière GENRE »

### ***Résultats***

La Perception des valeurs ajoutées de l'UNFPA par le gouvernement, la société civile et des autres partenaires de développement est élevée. Les perceptions se focalisent surtout sur les fistules et l'approvisionnement en produits contraceptifs. De plus, ils ont reconnu que c'est grâce à l'UNFPA que la PF 2020 a été initiée et mise en œuvre à Madagascar suite à des plaidoyers très forts ; il en est de même en ce qui concerne l'adoption de la loi PF, l'UNFPA a joué un rôle intensif, ce qui constitue une marque d'un engagement et d'une volonté politique. L'approvisionnement en contraceptifs aussi fait partie intégrante des valeurs ajoutées de l'UNFPA vis-à-vis du gouvernement. En ce qui concerne le volet humanitaire, l'UNFPA, à travers le DMU, couvre les groupes les plus vulnérables dans les zones les plus reculées. L'UNFPA est une agence de développement qui peut basculer rapidement en agence humanitaire.

### **Synthèse du critère de jugement**

#### **SANTE DE LA REPRODUCTION & ADOLESCENT ET JEUNES :**

L'UNFPA s'est engagé au sein du système des Nations Unies à Madagascar à rehausser la perception de la santé des approches adoptées dans les secteurs de la Santé de la Reproduction/VIH/Sida et de la planification familiale pour en faire une question prioritaire en termes de développement économique et social. 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 d'après notre interlocuteur. On peut citer: l'appui à la RSSS à Madagascar conjointement avec le PNUD, l'OIM, l'UNFPA, l'UNICEF, le HCDH et le Gouvernement ; le projet Fonds pour la consolidation de la paix ; le Projet réponses sanitaires d'urgence pour la réduction de l'excès de mortalité et de morbidité liées à l'insécurité alimentaire des six districts du Grand Sud de Madagascar (Ministère de la Santé, UNFPA, OMS), pour ne citer que ceux-là. L'UNFPA apporte aussi un soutien appréciable au « Tous Unis dans l'action », en participant, par exemple, à toutes les missions conjointes organisées par l'UNCT.

Les perceptions se focalisent surtout sur les fistules et l'approvisionnement en produits contraceptifs. De plus, ils ont reconnu que c'est grâce à l'UNFPA que la PF 2020 a été initiée, et mise en œuvre à Madagascar suite à des plaidoyers très forts ; il en est de même en ce qui concerne l'adoption sur la loi PF, l'UNFPA a joué un rôle intensif ce qui constitue une marque d'un engagement et une volonté politique. L'approvisionnement en contraceptifs aussi fait partie intégrante des valeurs ajoutées de l'UNFPA vis-à-vis du gouvernement. En ce qui concerne le volet humanitaire, l'UNFPA, à travers le DMU, couvre les groupes les plus vulnérables dans les zones les plus vulnérables ; l'UNFPA est une agence de développement qui peut basculer rapidement en agence humanitaire

Un des avantages comparatifs du Fonds est aussi d'investir dans la profession de sage-femme. L'UNFPA est la principale institution qui contribue prioritairement à rehausser l'image de la sage-femme et à transformer cette profession, pour qu'elle soit utilisée de façon positive, et soit bien exercée et bien valorisée.

Les parties prenantes interrogées par les consultants sont unanimes pour affirmer que 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 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 SSRAJ ; 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, de la formation.

La valeur ajoutée du FNUAP est généralement bien perçue par les partenaires directs de l'UNFPA par les bénéficiaires finaux des interventions qu'il soutient.

### **Egalité des sexes et autonomisation des femmes**

L'UNFPA promeut la prise en charge des VBG et des FVFO. Elle utilise des stratégies bien spécifiques c'est-à-dire la mise en place des plateformes et des sub-clusters VBG en situation humanitaire et appuie les CECJ et la réinsertion socioéconomique des femmes victimes de VBG et des FVFO. Les parties prenantes sont unanimes pour affirmer que l'UNFPA apporte un appui spécifique qu'aucune autre institution ne pourrait fournir dans divers domaines, particulièrement dans la défense des populations vulnérables (VBG, FVFO) et se tient toujours prête à répondre aux besoins des groupes vulnérables et marginalisés ainsi que lors des urgences humanitaires avec une attention particulière accordée aux jeunes et adolescents.

L'UNFPA dispose aussi d'une grande valeur ajoutée vis-à-vis du gouvernement par sa grande capacité de dialogue et de plaidoyer qui a permis d'appuyer le parcours de l'adoption de la loi spécifique de lutte contre les VBG et la campagne nationale de lutte contre le mariage des enfants puis enfin l'adoption de la stratégie nationale de lutte contre le mariage des enfants. Plusieurs appuis ont été notés envers les acteurs de la société civile, il s'agit des renforcements de capacité, la mise en place et la redynamisation des plateformes des sub-clusters VBG, des réseaux d'association d'hommes, l'implication des ONGs pour l'identification des FVFO et leur prise en charge pour leur réinsertion. L'UNFPA est la seule agence qui promeut en matière GENRE et prend en charge les victimes des VBG»

### **Dynamique de population:**

Toutes les parties prenantes interrogées par les consultants sont unanimes pour affirmer que 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 plaidoyer, son intervention dans l'humanitaire et les autres aspects programmatiques. Les parties prenantes sont unanimes pour affirmer que l'UNFPA apporte un appui spécifique qu'aucune autre institution ne pourrait fournir dans divers domaines, particulièrement dans la défense des populations vulnérables et se tient 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.

#### **CJ10.1: L'appui de l'UNFPA apporte des avantages aux résultats d'autres interventions des acteurs de développement**

Existence de Résultats des autres interventions relatifs aux domaines d'effet de l'UNFPA  
Comparaison des résultats de l'UNFPA par rapport aux résultats des autres intervenants

- CPAP
- PTA
- Documents de programme conjoint
- Rapport de progrès des programmes conjoints
- Rapport des partenaires de mise en œuvre

- Analyse documentaire
- Interview staff de l'UNFPA
- Interview staff Agences SNU
- UNCT
- Interview des représentants de la société civile, des ONG, représentants du gouvernement

#### **Existence de Résultats des autres interventions relatifs aux domaines d'effet de l'UNFPA** **Comparaison des résultats de l'UNFPA par rapport aux résultats des autres intervenants**

##### ***(i)Extraits détaillés de la documentation,***

- Rapport annuel UNFPA : volet SR
- Journal revue conjointe mai 2018, Grand Staff du Ministère de la Santé
- - Rapport UNDAF : Les résultats des autres interventions relatives aux domaines d'effet de l'UNFPA ; p 4 2016 – 2017 p 2018

Dans le secteur Santé, les principales réalisations sont :

Concernant le développement des politiques et système, la politique nationale de santé révisée a été validée avec tous les intervenants du secteur. La politique pharmaceutique nationale

révisée a été validée, avec l'implication de toutes les parties prenantes, y compris le secteur privé ainsi que la politique et le plan national stratégique sur la lutte contre les maladies non transmissibles. La politique nationale de la PTME du VIH a été révisée.

De même les documents relatifs aux programmes suivants sont disponibles :

- Plan stratégique réactualisé 2015-2019 de lutte contre le cancer du col utérin
- Plan stratégique intégré de sécurisation des produits SR (SPRF) et de la planification familiale 2016-2019, à travers le plan opérationnel SPSR/PF 2016-2017
- Le Plan Directeur de lutte contre les Maladies Négligées 2016-2020 a été validé
- Le Plan de communication pour la lutte contre le paludisme relatif au plan stratégique national 2015-2017
- La revue conjointe des PTF et du MSP a été réalisée avec l'appui financier et technique du SNU. Dans ce cadre, un rapport conjoint des réalisations des PTF a été établi. Au niveau décentralisé, 109 sur les 218 revues attendues en 2016 ont été organisées. 100 revues trimestrielles ont eu lieu dans les 50 SDSP (2 revues par District) et neuf revues régionales (une revue par Région) ont eu lieu au cours de 2016, intégrant les 111 SSD et 22 DRSP. Comme convenu dans le Plan de Travail Conjoint 2015-2016, 59 DRSP et SDSP ont été formés à l'utilisation des outils de gestion de structures de santé et ont développé leurs planifications ascendantes et intégrées conformément au Guide de PTA. L'ensemble des régions ont finalisé leur PTA 2017 ascendants et intégrés, incluant de façon harmonisée la programmation budgétaire.

Le cadre d'opérationnalisation et le dispositif de suivi de la mise en œuvre des priorités du PDSS 2015-2019 (PMO/PDSS) ont été mis en place 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.

La mise en œuvre des PMO/PDSS des 22 régions a été évaluée.

La disponibilité des données et le système de suivi et évaluation ont été améliorés par la dotation de matériels bureautiques et la mise en place des Logiciels de traitement des informations et la formation des responsables du Système d'Information Sanitaire au niveau des Districts et des Régions en GESIS - GRH-Parfait – GESRES. Concernant la mise en œuvre de la Stratégie Nationale de la CSU, le projet de décret pour la mise en place de la Caisse Nationale d'Assurance Santé (CNAS) incluant les dispositions transitoires d'implantation du mécanisme CSU au niveau de 3 districts de 3 régions d'implantation pilotes a été élaboré. Les prestations et l'amélioration de la disponibilité effective en services de santé de qualité ont été revues pour un système d'assurance des affiliés par prise en charge par l'Etat.

SMN et SR : En 2016, le taux d'accouchement dans les centres de santé a atteint la cible de 50%. L'appui technique et financier des Agences du SNU au cours de l'année a contribué à renforcer les capacités en termes de services complets et de qualité en santé maternelle et néonatale ainsi qu'à augmenter la demande pour ces services. Un plan opérationnel de la feuille de route pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale intégrant le plan d'action pour chaque nouveau-né est disponible et validé par tous les partenaires du groupe H4. 90% des districts de 6 Régions offrent des services SONU (Service obstétrical et néonatal d'urgence) aux niveaux des centres de santé de base 2 et 120 formateurs centraux et régional ont des compétences de base en réanimation de la mère et du nouveau-né et sont équipés avec le matériel nécessaire au niveau des CSB 1.

Les services de SONU complets sont disponibles à la population dans des hôpitaux de référence au niveau des districts des zones de convergence. Le monitoring SONU des formations sanitaires de 22 régions a montré que 36,5% de formations sanitaires parmi celles potentiellement SONUB offrent l'ensemble des 7 fonctions SONUB et 47,2% parmi les FS SONUC offrent l'ensemble des 9 fonctions SONUC.

Une évaluation de l'approche basée sur les résultats utilisés par des programmes de santé maternelle et néonatale communautaires montre que cette approche mobilise effectivement des agents de santé communautaires en vue de promouvoir les accouchements dans les centres de santé et incite la population à demander les accouchements dans le centre de santé. En outre, la surveillance des décès maternels et réponse a été renforcée dans l'ensemble du pays.

Concernant l'approvisionnement et la distribution des intrants de santé, 4 nouvelles régions sont capables d'utiliser le logiciel Channel. L'équipement de la centrale d'achat SALAMA et l'appui à sa trésorerie ont renforcé sa fonctionnalité. L'amélioration des résultats sur la SMN et SR est également liée au renforcement de la fourniture en Kits d'accouchements, kits césarienne, kits fistules, médicaments essentiels et la dotation en contraceptifs des CSB à l'échelle nationale. 10 structures de santé ont été équipées en matériel médical maternité- blocs opératoires.

### **EGALITE DES SEXES ET AUTONOMISATION :**

## 1. PBF et lutte contre VBG

Devant l'insécurité qui sévit au Sud de l'île, avec le phénomène de vol de zébus par les *Dahalo*,<sup>20</sup> lors des raids de ces Dahalo, ce sont eux-mêmes qui sont les auteurs de VBG. Les violences économique, psychologique et/ou émotionnelle affectent les deux sexes. La violence physique concerne davantage les hommes, sans pour autant épargner les femmes qui s'exposent en outre à la violence sexuelle. Culture locale et méconnaissance de la VBG concourent à masquer les cas de VBG à l'égard des femmes. En 2016, comme Madagascar était éligible à bénéficier du PBF (fonds pour la consolidation de la paix), le projet ARSSAM est un projet conjoint auquel des agences de NU participent : PNUD, OIM, UNICEF, OHCHR, et UNFPA. Le projet comprend des activités focalisées sur l'inclusion et la promotion des femmes dans les forces de sécurité (FDS) et l'inclusion des femmes, des jeunes et des groupes vulnérables, et a la désagrégation de l'information et des données selon le sexe. Les interventions sur la lutte contre les VBG au niveau de la Police et de la Gendarmerie ont été réalisées dans le cadre du projet Appui à la Réforme du Secteur de la Sécurité à Madagascar (ARSSAM) financé par le Fonds des Nations Unies pour la Consolidation de la Paix. Les activités du projet consistent à appuyer les services de la Police Judiciaire à offrir des prestations de qualité afin de renforcer la confiance de la population vis-à-vis des forces de sécurité. L'UNFPA appuie la brigade féminine de proximité (une structure récemment mise en place au niveau de la police nationale et chargée de prévenir les infractions sur la voie publique). 60 femmes policières membres de cette structure ont été sensibilisées sur la lutte contre les VBG et dotées de matériel roulant pour effectuer leur mission. Le projet propose une approche holistique et intégrée fondée sur quatre résultats stratégiques visés distincts mais intégrés au niveau de leurs produits. Pour l'UNFPA, son plan d'action au Résultat 4 de ce projet consiste en ce que la confiance entre les FDS et la population la plus vulnérable est renforcée, à travers une approche de sécurité communautaire adéquate par les FDS aux préoccupations de la population dans les zones pilotes, y compris des groupes les plus vulnérables. Et le produit 4.2 qui convient: « La réponse des FDS aux cas de violence basée sur le genre est améliorée en prise en charge et traitement des dossiers » dont les activités sont (i). Réactualisation des procédures de prise en compte des victimes de VBG (ii) Vulgarisation des nouvelles procédures opérationnelles standards de prise en charge des cas de VBG (appui du UNFPA : Frais généraux de fonctionnement et frais de déplacement) (iii) Appui à la fourniture de services de prise en charge des cas de VBG (Appui du UNFPA : Transferts et subventions et frais généraux de fonctionnement) (iv) Mener une étude sur les violences faites aux femmes lors des raids de dahalo. L'UNFPA a appuyé une Etude sur le phénomène de violence basée sur le genre pendant les raids des dahalo dont on a conclu que trois-quarts (76%) des femmes enquêtées au cours de l'étude déclarent avoir vécu des raids de Dahalo. Ceci donne une idée de l'ampleur du phénomène Dahalo et de son impact sur la vie sociale et économique des communautés locales et celle des femmes en particulier. L'UNFPA de par son mandat est l'agence qui travaille sur les questions de VBG. Il dispose de guides de développement, de standards de services de prise en charge des VBG. Les fonds reçus de PBF par UNFPA sont orientés vers les interventions pour la prévention et la réponse de VBG. Cette expérience peut être capitalisée au niveau national dans le cadre de ce projet PBF. Sur le plan opérationnel, l'UNFPA dispose de plusieurs unités qui vont assurer la mise en œuvre du projet.

Un guide de prise en charge des VBG a été développé permettant au personnel de la police judiciaire de renforcer leurs connaissances sur les textes légaux en matière de prévention et de répression des violences basées sur le genre et d'améliorer leurs pratiques professionnelles sur les techniques d'accueil, d'audition et d'enquête des victimes des violences basées sur le genre ainsi que la recherche et le traitement des renseignements sur les VBG. 30 policiers et gendarmes issus des unités opérationnelles de Toliara, Ambovombe et Taolagnaro ont été formés sur la prise en charge des VBG conformément à ces guides de référence par des personnes ressources capables de former et sensibiliser leurs confrères sur la prévention et la répression des VBG. Le système de collecte de données sur les VBG est utilisé au niveau de 10 services de la police judiciaire qui leur ont servi de base de rapportage, de planification et de plaidoyer.

Comme l'UNFPA à partir de 2018 s'est orienté vers des résultats transformateurs par le nouveau Plan Stratégique de l'UNFPA 2018-2021, on a comme Effet 3 : L'égalité des sexes, l'autonomisation de toutes les femmes et de toutes les filles et les droits en matière de reproduction sont en progression dans les situations de crise humanitaire et les contextes de développement.

Et quelques résultats du 1<sup>er</sup> semestre 2018, ont marqué l'amélioration des interventions au niveau de la Police et de la Gendarmerie depuis ce changement, et parmi les 19 914 victimes de Violences basées sur le Genre 3 290 bénéficient de prise en charge, pour le 1<sup>er</sup> semestre 2018. Les violences sexuelles sont les plus déclarées au niveau de la police et de la gendarmerie (44%) suivi des violences physiques (36%). Le recours des victimes auprès de la police et de la gendarmerie pour ces types de violences s'explique par la recherche d'une certaine « sécurisation de soi » et la condamnation de l'auteur de la violence qui est passible d'une poursuite judiciaire. Parmi les formes les plus fréquentes de violences sexuelles figurent

---

<sup>20</sup> Rite de passage à l'âge adulte à l'origine, cette coutume s'est transformée en un véritable phénomène criminel à large échelle, perpétré par des bandes organisées, armées et opérant de manière complexe, dont les filières remonteraient à des milieux affairistes dans la capitale

l'inceste, le viol et la prostitution infantine.

## 2. Réponse humanitaire par le passage de cataclysme naturel

Les VBG sont constatées lors des crises humanitaires. Et comme l'UNFPA appuie la lutte contre le VBG, ce plan de travail s'est articulé autour des priorités nationales définies dans le PND 2014-2019, le plan stratégique de l'UNFPA pour la période de 2014-2017, et le PTA entre UNFPA et Madagascar pour 2014-2019. Ce PTA prend en compte le nouveau contexte du Delivering As One ou Uni dans l'action, qui est aligné aux ODD, en son objectif 5 dont les 2 approches sont, le gender mainstreaming et l'autonomisation des femmes et des filles. Ainsi, lors du cyclone Enawo, l'ONG Genderlinks a assuré la mise en œuvre de ce plan de travail dans les districts de Sambava, Brickaville, Toamansina II, Mananjary, et Vangaindrano., et a identifié et formé 200 jeunes et femmes leaders communautaires en genre en VBG (y compris pendant la crise humanitaire) avec des counseling, une prise en charge, montrant le rôle des hommes/garçons, l'approche de sensibilisation communautaire, la méthodologie de référence des cas, l'exploitation des outils en planning de travail dans ces 7 districts. L'ONG Genderlinks a aussi référé 500 cas de VBG dans les endroits sécurisés identifiés après avoir sensibilisé des communautés des VBG, et leur assuré une prise en charge psychologique et/ou médicale et/ou juridique : 345 cas ont été pris en charge juridiquement, 1181 psychologiquement et 33 médicalement. Elle a assuré le suivi et évaluation du programme au niveau de chaque district, en administrant tous les outils de suivi y compris la ré-administration des questionnaires mesurant le taux des VBG à l'égard des cibles et partagé les kits dignités aux survivantes référées.

En matière de genre, l'UNFPA est la seule agence du SNU à investir d'une manière significative dans la lutte contre les VBG. Les entretiens avec les partenaires de mise en œuvre persuadent que l'UNFPA a une grande capacité de dialogue et de plaidoyer pour élever le niveau des objectifs de la CIPD en vue de leur prise en compte dans le développement économique et social. Son leadership est incontesté dans la lutte contre les FO et les VBG et elle détient le leadership en matière de SSRAJ ainsi qu'une grande expertise dans la collecte et l'analyse des données.

### **(ii) Entretiens/ Interviews**

D'après les partenaires de mise en œuvre, si on compare résultats de l'UNFPA par rapport aux résultats des autres intervenants, dans le domaine de la SR/PF, l'UNFPA assure une proportion de plus de 50% de l'approvisionnement des contraceptifs au pays, la zone de couverture des interventions de l'UNFPA dans le domaine de la PF s'étend sur tout le territoire national par rapport aux autres intervenants. De plus, les appuis de l'UNFPA ciblent les populations les plus vulnérables, les filles et les femmes des zones difficiles d'accès et enfin les interventions de l'UNFPA ont un impact direct sur la vie et le bien-être des bénéficiaires notamment des jeunes.

Selon une partenaire technique, les CECJ peuvent compléter les cliniques juridiques car les CECJ fournissent une prise en charge psychosociale, une référence médicale et judiciaire. Les cliniques juridiques fournissent un appui judiciaire et traitent les autres cas de violations de droit en sus des VBG.

### **(iii) Principaux résultats**

Les résultats de l'UNFPA comparés à ceux des résultats des autres intervenants dans le domaine SR : on peut avancer que l'UNFPA a beaucoup apporté aux résultats de l'UNDAF dans le cadre du volet SR, spécifiquement le développement des politiques et systèmes et concernant la Santé maternelle dans le domaine de la SR/PF, l'UNFPA assure une proportion de plus de 50% de l'approvisionnement des contraceptifs au pays, la zone de couverture des interventions de l'UNFPA dans le domaine de la PF s'étend sur tout le territoire national par rapport aux autres intervenants. De plus, les appuis de l'UNFPA ciblent les populations les plus vulnérables, les filles et les femmes des zones difficiles d'accès et enfin les interventions de l'UNFPA ont un impact direct sur la vie et le bien-être des bénéficiaires notamment des jeunes entre autres à travers la recherche active et la réparation des femmes victimes de fistules obstétricales.

### **Synthèse du critère de jugement**

L'UNFPA a beaucoup apporté aux résultats de l'UNDAF dans le cadre du volet SR, adolescent et jeunes spécifiquement le développement des politiques et système et concernant la Santé maternelle dans le domaine de la SR/PF, l'UNFPA assure une proportion de plus de 50% de l'approvisionnement des contraceptifs au pays, la zone de couverture des interventions de l'UNFPA dans le domaine de la PF s'étend sur tout le territoire national par rapport aux autres intervenants. De plus, les appuis de l'UNFPA ciblent les populations les plus vulnérables, les filles et les femmes des zones difficiles d'accès et enfin les interventions de l'UNFPA ont un impact direct sur la vie et le bien-être des bénéficiaires notamment des jeunes, entre autres à travers la recherche active et la réparation des femmes victimes de fistules obstétricales.

L'appui de l'UNFPA apporte des avantages aux résultats d'autres interventions des acteurs de développement car ses interventions sont complémentaires pour les parties prenantes (ministère de la justice, ministère de la santé publique, ministère de la police, les ONG, les Fokontany...)

Le rôle de l'UNFPA est important à travers son plaidoyer pour la réalisation du RGPH3 et les résultats obtenus. L'UNFPA doit jouer un rôle central dans la réalisation de grandes enquêtes. Aussi, le bureau pays a une grande capacité de dialogue et de plaidoyer pour élever davantage les objectifs de la CIPD y compris ceux de l'agenda sur le dividende démographique.

L'existence du mécanisme multisectoriel fonctionnel de coordination entre les partenaires étatiques et la société civile avec l'appui de l'UNFPA a favorisé l'organisation des missions de supervision participative des interventions au niveau régional qui permettent de prendre les mesures correctrices endogène (venant des partenaires de mise en œuvre).

L'UNFPA a contribué activement dans 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, les résultats restent encore limités mais les initiatives méritent d'être reconsidérées pour le prochain programme.



## **ANNEXE 3 : GUIDES D'ENTRETIENS,**

### **ANNEXE 3.1 : GUIDE DES DISCUSSIONS DE GROUPE A L'INTENTION DES BENEFICIAIRES JEUNES FILLES ET GARCONS**

1. Est-ce que vous fréquentez cette maison des jeunes/ espaces jeunes ? Si oui :
2. Depuis quand fréquentez-vous ce centre ?
3. Comment avez-vous connu ce centre et depuis quand ?
4. Est-ce que vous avez été sensibilisés par vos pairs ? Si oui, comment avez-vous trouvé leur sensibilisation ?
5. Comment sont les services de ce centre ?
6. Avez-vous été bien accueilli(e) ?
7. Est-ce que les heures d'ouverture vous conviennent ?
8. Est-ce que vous avez été satisfaits des services ?
9. Vos besoins et vos intérêts en tant que jeune fille/jeune garçon ont-ils été pris en compte ? Sinon, pourquoi ?
10. Quelles sont vos suggestions pour améliorer les services de ce centre ?

### **ANNEXE 3.2 : GUIDE DES DISCUSSIONS DE GROUPE A L'INTENTION DES JPE DES MAISONS DES JEUNES OU DES ESPACES JEUNES**

1. Comment avez-vous été recruté(e) en qualité de JPE, Garanteen, Tanora etc. ?
2. Avez-vous un contrat avec la maison des jeunes ?
3. Quelles sont vos activités en tant que JPE ?
4. Avez-vous été formé(e) régulièrement et quel est le rythme de formation ?
5. Avez-vous les outils de sensibilisation et les outils de gestion ?
6. Avez-vous eu de bons résultats ? Avez-vous atteint vos objectifs fixés ?
7. Etes-vous motivé à faire ce travail ? Si oui, pourquoi ? Sinon, pourquoi ?
8. Vos besoins ont-ils été pris en compte ?
9. Quels sont les problèmes et les obstacles que vous rencontrez ?
11. Quelles sont vos suggestions pour améliorer vos résultats ? votre travail ?

### **ANNEXE 3.3 : GUIDE DES DISCUSSIONS DE GROUPE A L'INTENTION DES SUPERVISEURS ET PAIRS EDUCATEURS CSB (Jeunes pairs mères)**

1. Comment avez-vous été recruté(e) ?
2. Combien de temps avez-vous travaillé en tant que JPE ?
3. Quelles sont vos activités en tant que jeune pair éducateur rattaché à ce CSB ?
4. Avez-vous des objectifs à atteindre ? Sinon, pourquoi ?
5. Quels sont les problèmes rencontrés et les obstacles pour ramener les jeunes mères à accoucher au centre et faire la PFPP ?
6. Est-ce que vos besoins en matériels, intrants de santé, matériels IEC et outils de gestion ont été satisfaits ?
7. Etes-vous motivé à faire ce travail ? Si oui pourquoi ? Sinon, pourquoi ?
8. Vos besoins ont-ils été pris en compte ?
9. Quelles sont vos suggestions pour améliorer vos résultats ? votre travail ?

### **ANNEXE 3.4 : GUIDE DES DISCUSSIONS DE GROUPE A L'INTENTION DES JEUNES, FEMMES PORTEUSES DE FISTULES REPAREES**

1. Comment avez-vous été au courant de cette prise en charge ?
2. Quelles craintes ou hésitations aviez – vous avant de venir pour la réparation ?
3. Quelles ont été les perceptions du mari, de la famille à votre égard ?
4. Avez-vous été discriminée, stigmatisée ? Si oui, comment ?
5. Comment a été votre prise en charge depuis votre départ de votre domicile jusqu'à maintenant ?

- Votre déplacement ?
  - Votre prise en charge à l'hôpital ? quels sont les problèmes que vous avez rencontrés ?
  - Votre séjour à l'hôpital ?
6. Quels ont été les services que vous avez reçus ? Comment a été votre accueil ?
  7. Est-ce que vos besoins et votre intérêt ont été pris en compte ? Sinon :
  8. Quels sont ces besoins non satisfaits ?
  9. Est-ce que vous avez été satisfaite des services à l'hôpital ? Si oui, pourquoi ? Sinon, pourquoi ?
  10. Quelles sont les difficultés et obstacles pour que vous avez rencontrés personnellement ?
  11. Avez-vous été au courant du suivi après votre réparation ?
  12. Quelles sont vos suggestions d'améliorations des services ?
  13. Quels sont vos projets actuels ?
  14. Est-ce que vous connaissez qui vous a appuyée ? Si oui, de qui s'agit-il ?

### ANNEXE 3.5 : GUIDE DE DISCUSSION DE GROUPE DE FEMMES ENCEINTES

1. Combien d'enfants avez-vous ? A quel mois de grossesse êtes-vous ?
2. Est-ce que vous avez déjà été en consultation prénatale au CSB ? Combien de fois ?
3. Comment ont été les services que vous avez reçus ?
4. Comment a été votre accueil ?
5. Est-ce que vos besoins ont été pris en compte ?
6. Est-ce que vous avez été satisfaite ? si oui, pourquoi ? sinon, pourquoi ?
7. Est-ce que vous avez un plan d'accouchement ? si oui lequel ? Quels sont les avantages d'accoucher dans une formation sanitaire d'après vous ?
8. Si non, pourquoi et où comptez-vous accoucher ?
9. Quels sont vos problèmes ?
10. Quels sont vos suggestions d'améliorations ?

### ANNEXE 3.6 : GUIDE DE FOCUS GROUP A L'INTENTION DES SURVIVANTES

1. Comment avez-vous connu le centre ?
2. Comment était l'accueil : étiez-vous reçue tout de suite ou avez-vous fait une longue attente ?
3. Comment avez-vous été prise en charge ?
4. Est-ce que le service a répondu à vos besoins et attentes ?
5. Vos besoins et vos intérêts ont-ils été pris en compte ? si non pourquoi ?
6. Combien de fois avez-vous fréquenté le centre pour résoudre les problèmes ?
7. Est-ce que vous êtes satisfaite des services ?
8. Quelles sont vos suggestions pour améliorer le centre ?
9. Quels genres de violence avez-vous subie ?
10. Comment a été votre perception personnelle ?
11. Comment a été la perception de la famille ?
12. Comment a été la perception de la communauté sur les VBG ?
13. Comment a été la perception de la communauté sur les victimes ?
14. Comment a été la perception de la communauté sur la dénonciation des VBG au niveau du centre ?
15. Comment trouvez-vous l'utilité du centre ?
16. Comment avez-vous fait après la violence ?

## ANNEXE 3.7 : GUIDE D'ENTRETIEN INDIVIDUEL COMPOSANTE GENRE

COMPOSANTE GENRE	
Critères d'évaluation	GUIDE D'ENTRETIEN INDIVIDUEL (Ministère de la population/ CECJ)
<b>Pertinence</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quelles ont été vos interventions en matière de genre et d'autonomisation des femmes appuyées par le L'UNFPA ?</li> <li>• Est-ce que les besoins et les intérêts des bénéficiaires ont été pris en compte ?</li> </ul>
<b>Effizienz</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quel avantage comparatif faites-vous par rapport aux autres entités ?</li> </ul>
<b>Efficacité</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dans quelle mesure les résultats que vous avez atteints ont-ils contribué à la réalisation des objectifs fixés, et dans quelle mesure ont-ils répondu aux attentes des populations ?</li> <li>• Quels sont les principaux facteurs qui ont entravé l'atteinte des résultats prévus ?</li> <li>• Quels résultats inattendus (positifs et négatifs) ont été atteints ? Pour qui ?</li> </ul>
<b>Durabilité</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dans quelle mesure vos interventions contribuent-elles à promouvoir un changement durable des attitudes et comportements en matière de DH et d'EGS ? (droits de l'homme et d'égalité de sexe)</li> <li>• Dans quelle mesure avez-vous été impliqué dans la mise en place et le fonctionnement des mécanismes locaux de pérennisation des interventions ? si oui, lesquels ?</li> </ul>
<b>Egalité des sexes et Droits de l'homme</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quels sont les changements positifs observés dans les attitudes, comportements et relations de pouvoir entre différents groupes (institutions, survivantes) à travers les interventions du L'UNFPA ?</li> <li>• Dans quelle mesure les interventions ont-elles permis de mettre en place un environnement propice à une évolution réelle dans le domaine des DH et de l'EGS ?</li> </ul>
<b>Positionnement stratégique de L'UNFPA – Madagascar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alignement institutionnel : Dans quelle mesure le programme pays du L'UNFPA Madagascar correspond-il (i) aux priorités exprimées par le L'UNFPA dans son plan stratégique et (ii) au cadre stratégique du système des Nations Unies (UNDAF) ?</li> <li>• Alignement systémique : Dans quelle mesure la mise en œuvre du programme de la Composante « Genre » est-elle demeurée en conformité avec l'UNDAF et la politique nationale ?</li> <li>• Capacité de réponse : Dans quelle mesure le bureau du L'UNFPA Madagascar a-t-il été capable de répondre aux changements intervenus dans le contexte national durant la période de mise en œuvre du 7ème programme ?</li> <li>• Valeur ajoutée : Dans quelle mesure le programme du L'UNFPA Madagascar a-t-il contribué à l'obtention de résultats additionnels à ceux produits par le gouvernement de Madagascar et les autres partenaires de développement ? Quelles sont les principales forces du L'UNFPA au regard des autres agences du SNU ?</li> </ul>

<b>Cadre institutionnel de gestion et Système de suivi et évaluation du 7ème Programme</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dans quelle mesure le dispositif institutionnel de coordination dans la mise en œuvre des activités du programme a-t-il contribué à l'atteinte des résultats?</li> </ul>
<b>Recommandations et défis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quels sont les problèmes rencontrés durant vos interventions ?</li> <li>• Quelles étaient vos solutions ?</li> <li>• Quelles sont vos suggestions pour améliorer les interventions en genre et autonomisation des femmes appuyées par le L'UNFPA ?</li> </ul>

### ANNEXE 3.8: GUIDE D'ENTRETIEN INDIVIDUEL COMPOSANTE DYNAMIQUE DE POPULATION

<b>COMPOSANTE DYNAMIQUE DE POPULATION</b>	
<b>Critères d'évaluation</b>	<b>GUIDE D'ENTRETIEN INDIVIDUEL (Ministère de l'économie et du Plan/ INSTAT)</b>
<b>Pertinence</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quelles ont été vos interventions en dynamique démographique dans la planification du développement appuyées par le L'UNFPA ?</li> <li>• Les besoins et les intérêts des bénéficiaires ont-ils été pris en compte ?</li> <li>• Dans quelle mesure les interventions contenues dans le CPAP ont-elles permis la réalisation des objectifs de développement du pays en termes de planification des politiques ?</li> </ul>
<b>Efficienne</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dans quelle mesure le programme a-t-il été géré de manière à faciliter ou à obstruer l'atteinte des produits ?</li> <li>• Dans quelle mesure les activités ont-elles été mises en œuvre de manière à fournir les produits de qualité ?</li> <li>• Quel avantage comparatif faites-vous par rapport aux autres entités ?</li> </ul>
<b>Efficacité</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dans quelle mesure les résultats que vous avez atteints ont-ils contribué à la réalisation des objectifs fixés, et dans quelle mesure ont-ils répondu aux attentes des populations ?</li> <li>• Quels sont les principaux facteurs qui ont entravé l'atteinte des résultats prévus ?</li> <li>• Quels résultats inattendus (positifs et négatifs) ont été atteints ? Pour qui ?</li> <li>• Comment les données de la dynamique de la population ont-elles été intégrées dans les plans sectoriels au niveau central et régional à l'issue des séances de renforcement des capacités ?</li> </ul>
<b>Durabilité</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dans quelle mesure les retombées du programme vont-elles perdurer à la fin de l'assistance extérieure ?</li> <li>• Dans quelle mesure avez-vous été impliqué dans la mise en place et le fonctionnement des mécanismes locaux de pérennisation des interventions ? si oui, lesquels ?</li> <li>• Le L'UNFPA a-t-il développé les capacités des partenaires et des bénéficiaires afin qu'ils puissent assurer la durabilité des produits ?</li> </ul>

<p><b>Egalité des sexes et Droits de l'homme</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quels sont les changements positifs observés dans l'intégration de la dynamique démographique, y compris le dividende démographique dans tous les aspects de la planification du développement à travers les interventions du L'UNFPA?</li> <li>• Quels sont les changements positifs observés après le renforcement des capacités nationales pour la production et la diffusion de données statistiques désagrégées par sexe et âge?</li> </ul>
<p><b>Positionnement stratégique du L'UNFPA – Madagascar</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alignement institutionnel : Dans quelle mesure le programme-pays du L'UNFPA Madagascar correspond-il (i) aux priorités exprimées par le L'UNFPA dans son plan stratégique et (ii) au cadre stratégique du système des Nations Unies (UNDAF) ?</li> <li>• Alignement systémique : Dans quelle mesure la mise en œuvre du programme de la Composante « Dynamique démographique dans la planification du développement » est-elle demeurée en conformité avec l'UNDAF et la politique nationale ?</li> <li>• Capacité de réponse : Dans quelle mesure le bureau du L'UNFPA Madagascar a-t-il été capable de répondre aux changements intervenus dans le contexte national durant la période de mise en œuvre du 7ème programme ?</li> <li>• Valeur ajoutée : Dans quelle mesure le programme du L'UNFPA Madagascar a-t-il contribué à l'obtention de résultats additionnels à ceux produits par le gouvernement de Madagascar et les autres partenaires de développement ? Quelles sont les principales forces du L'UNFPA au regard des autres agences du SNU ?</li> </ul>
<p><b>Cadre institutionnel de gestion et Système de suivi et évaluation du 7ème Programme</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dans quelle mesure le dispositif institutionnel de coordination dans la mise en œuvre des activités du programme a-t-il contribué à l'atteinte des résultats?</li> </ul>
<p><b>Recommandations et défis</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quels sont les problèmes rencontrés durant vos interventions ?</li> <li>• Quelles étaient vos solutions ?</li> <li>• Quelles sont vos suggestions pour améliorer les interventions à l'appui du L'UNFPA en matière de dynamique démographique dans la planification du développement ?</li> </ul>

### ANNEXE 3.9 : COMPOSANTE SANTE DE LA REPRODUCTION

<p style="text-align: center;"><b>COMPOSANTE SANTE DE LA REPRODUCTION</b></p>	
<p><b>Critères d'évaluation</b></p>	<p><b>GUIDE D'ENTRETIEN INDIVIDUEL</b> (Ministère de la Population, de la Protection Sociale, et de la Promotion de la Femme (MPPSPF) ; Ministère de la Jeunesse et des Sports (MJS);Ministère de la Santé Publique (MSP) etc.)</p>
<p><b>Pertinence</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quelles ont été vos interventions en matière de Santé de la reproduction dans la planification du développement appuyées par le L'UNFPA ?</li> <li>• Les besoins et les intérêts des bénéficiaires ont-ils été pris en compte ?</li> <li>• Dans quelle mesure les interventions contenues dans le CPAP ont-elles permis la réalisation des objectifs de développement du pays en termes de planification des politiques ?</li> </ul>
<p><b>Efficienc</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dans quelle mesure le programme a-t-il été géré de manière à faciliter ou à</li> </ul>

	<p>obstruer l'atteinte des produits ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dans quelle mesure les activités ont-elles été mises en œuvre de manière à fournir les produits de qualité ?</li> <li>• Quel avantage comparatif faites-vous par rapport aux autres entités ?</li> </ul>
<b>Efficacité</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dans quelle mesure les résultats que vous avez atteints ont-ils contribué à la réalisation des objectifs fixés, et dans quelle mesure ont-ils répondu aux attentes des populations ?</li> <li>• Quels sont les principaux facteurs qui ont entravé l'atteinte des résultats prévus ?</li> <li>• Quels résultats inattendus (positifs et négatifs) ont été atteints ? Pourquoi?</li> </ul>
<b>Durabilité</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dans quelle mesure les retombées du programme vont-elles perdurer à la fin de l'assistance extérieure ?</li> <li>• Dans quelle mesure avez-vous été impliqué dans la mise en place et le fonctionnement des mécanismes locaux de pérennisation des interventions ? si oui, lesquels ?</li> <li>• Le L'UNFPA a-t-il développé les capacités des partenaires et des bénéficiaires afin qu'ils puissent assurer la durabilité des produits ?</li> </ul>
<b>Egalité des sexes et Droits de l'homme</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quels sont les changements positifs observés dans l'intégration de la Santé de la reproduction et du planning familiale dans tous les aspects de la planification du développement à travers les interventions du L'UNFPA?</li> <li>• Quels sont les changements positifs observés après le renforcement des capacités nationales pour la production et la diffusion de données statistiques désagrégées par sexe et âge?</li> </ul>
<b>Positionnement stratégique du L'UNFPA – Madagascar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alignement institutionnel : Dans quelle mesure le programme pays du L'UNFPA Madagascar correspond-il (i) aux priorités exprimées par le L'UNFPA dans son plan stratégique et (ii) au cadre stratégique du système des Nations Unies (UNDAF) ?</li> <li>• Alignement systémique : Dans quelle mesure la mise en œuvre du programme de la Composante " Santé de la reproduction " est-elle demeurée en conformité avec l'UNDAF et la politique nationale ?</li> <li>• Capacité de réponse : Dans quelle mesure le bureau du L'UNFPA Madagascar a-t-il été capable de répondre aux changements intervenus dans le contexte national durant la période de mise en œuvre du 7ème programme ?</li> <li>• Valeur ajoutée : Dans quelle mesure le programme du L'UNFPA Madagascar a-t-il contribué à l'obtention de résultats additionnels à ceux produits par le gouvernement de Madagascar et les autres partenaires de développement ? Quelles sont les principales forces du L'UNFPA au regard des autres agences du SNU ?</li> </ul>
<b>Cadre institutionnel de gestion et Système de suivi et évaluation du 7ème Programme</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dans quelle mesure le dispositif institutionnel de coordination dans la mise en œuvre des activités du programme a-t-il contribué à l'atteinte des résultats?</li> </ul>

<b>Recommandations et défis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quels sont les problèmes rencontrés durant vos interventions ?</li> <li>• Quelles étaient vos solutions ?</li> <li>• Quelles sont vos suggestions pour améliorer les interventions à l'appui du L'UNFPA en matière de Santé de la reproduction dans la planification du développement ?</li> </ul>
---------------------------------	---

### ANNEXE 3.10 : COMPOSANTE ADOLESCENTS ET JEUNES

<b>COMPOSANTE ADOLESCENTS ET JEUNES</b>	
<b>Critères d'évaluation</b>	<b>GUIDE D'ENTRETIEN INDIVIDUEL (Ministère de la Jeunesse et des Sports (MJS); etc..)</b>
<b>Pertinence</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quelles ont été vos interventions auprès des adolescents et des jeunes appuyées par le L'UNFPA ?</li> <li>• Est-ce que les besoins et les intérêts des adolescents et jeunes et partenaires d'exécution ont été pris en compte ?</li> <li>• Dans quelle mesure les interventions contenues dans le CPAP ont-elles permis la réalisation des objectifs de développement du pays en termes de planification des politiques ?</li> </ul>
<b>Efficienne</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dans quelle mesure le programme a-t-il été géré de manière à faciliter ou à obstruer l'atteinte des produits ?</li> <li>• Dans quelle mesure les activités ont-elles été mises en œuvre de manière à fournir les produits de qualité ?</li> <li>• Quel avantage comparatif faites-vous par rapport aux autres entités ?</li> </ul>
<b>Efficacité</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dans quelle mesure les résultats que vous avez atteints ont-ils contribué à la réalisation des objectifs fixés, et dans quelle mesure ont-ils répondu aux attentes des adolescents, des jeunes et autres?</li> <li>• Quels sont les principaux facteurs qui ont entravé l'atteinte des résultats prévus ?</li> <li>• Quels résultats inattendus (positifs et négatifs) ont été atteints ? Pour quoi?</li> </ul>
<b>Durabilité</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dans quelle mesure les retombées du programme vont-elles perdurer à la fin de l'assistance extérieure ?</li> <li>• Dans quelle mesure avez-vous été impliqué dans la mise en place et le fonctionnement des mécanismes locaux de pérennisation des interventions ? si oui, lesquels ?</li> <li>• Le L'UNFPA a-t-il développé les capacités des partenaires et des bénéficiaires afin qu'ils puissent assurer la durabilité des produits ?</li> </ul>
<b>Egalité des sexes et Droits de l'homme</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quels sont les changements positifs constatés chez les adolescents et les jeunes à travers les interventions du L'UNFPA?</li> <li>• Dans quelle mesure les interventions ont-elles permis de mettre en place un environnement propice à une évolution réelle dans le domaine des DH et de l'EGS ?</li> </ul>
<b>Positionnement stratégique du</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alignement institutionnel :</li> </ul>

<p><b>L'UNFPA – Madagascar</b></p>	<p>Dans quelle mesure le programme pays du L'UNFPA Madagascar correspond-il (i) aux priorités exprimées par le L'UNFPA dans son plan stratégique et (ii) au cadre stratégique du système des Nations Unies (UNDAF) ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Alignement systémique :</li> </ul> <p>Dans quelle mesure la mise en œuvre du programme de la Composante « adolescents et jeunes » est-elle demeurée en conformité avec l'UNDAF et la politique nationale ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Capacité de réponse :</li> </ul> <p>Dans quelle mesure le bureau du L'UNFPA Madagascar a-t-il été capable de répondre aux changements intervenus dans le contexte national durant la période de mise en œuvre du 7ème programme ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Valeur ajoutée :</li> </ul> <p>Dans quelle mesure le programme du L'UNFPA Madagascar a-t-il contribué à l'obtention de résultats additionnels à ceux produits par le gouvernement de Madagascar et les autres partenaires de développement ? Quelles sont les principales forces du L'UNFPA au regard des autres agences du SNU ?</p>
<p><b>Cadre institutionnel de gestion et Système de suivi et évaluation du 7ème Programme</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dans quelle mesure le dispositif institutionnel de coordination dans la mise en œuvre des activités du programme a-t-il contribué à l'atteinte des résultats?</li> </ul>
<p><b>Recommandations et défis</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Quels sont les problèmes rencontrés durant vos interventions ?</li> <li>Quelles étaient vos solutions ?</li> <li>Quelles sont vos suggestions pour améliorer les interventions à l'appui du L'UNFPA auprès des adolescents et jeunes ?</li> </ul>

### ANNEXE 3.10 : GUIDE D'INTERVIEWS POUR LES OSC, IPs

Critères d'évaluation	GUIDE D'INTERVIEWS POUR LES OSC, IPs
<p><b>Pertinence</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Quelles ont été vos interventions en matière de Santé de la Reproduction, Adolescents et jeunes, Genre et Dynamique de la population appuyées par de L'UNFPA ?</li> <li>Est-ce que vos besoins et vos intérêts ainsi que vos groupes spécifiques ont été pris en compte ?</li> </ul>
<p><b>Efficienc</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dans quelle mesure le programme a-t-il été géré de manière à faciliter ou à obstruer l'atteinte des produits ?</li> <li>Dans quelle mesure les activités ont-elles été mises en œuvre de manière à fournir les produits de qualité?</li> <li>Quel avantage comparatif faites-vous par rapport aux autres entités ?</li> </ul>
<p><b>Efficacité</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dans quelle mesure les résultats que vous avez atteints ont-ils contribué à la réalisation des objectifs fixés, et dans quelle mesure ont-ils répondu aux attentes des adolescents, des jeunes et autres?</li> <li>Quels sont les principaux facteurs qui ont entravé l'atteinte des résultats prévus ?</li> <li>Quels résultats inattendus (positifs et négatifs) ont été atteints ? Pourquoi ?</li> </ul>
<p><b>Durabilité</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dans quelle mesure les retombées du programme vont-elles perdurer à la fin de l'assistance extérieure ?</li> <li>Dans quelle mesure avez-vous été impliqué dans la mise en place et le fonctionnement des mécanismes locaux de pérennisation des interventions ? si oui, lesquels ?</li> <li>Le L'UNFPA a-t-il développé les capacités des partenaires et des bénéficiaires afin</li> </ul>



	qu'ils puissent assurer la durabilité des produits ?
<b>Egalité des sexes et Droits de l'homme</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Quels sont vos résultats concrets et mesurables dans la mise en œuvre de l'égalité des sexes et de l'autonomisation des femmes en matière de Santé de la Reproduction, volet Jeune, Santé et Dynamique de population ? Quelle est la contribution de l'UNFPA à ces résultats ?</li> <li>2. Quels sont les changements positifs observés dans les attitudes, comportements et relations de pouvoir entre différents groupes (institutions, bénéficiaires, groupes marginalisés, etc..) à travers les interventions de l'UNFPA?</li> <li>3. Comment les données issues du suivi sur les DH et l'EGS ont-elles été utilisées pour favoriser un changement durable dans ces domaines ?</li> <li>4. Dans quelle mesure les activités du programme ont-elles intégré les principes des droits de l'homme et de l'efficacité du développement ?</li> <li>5. Dans quelle mesure les interventions ont-elles permis de mettre en place un environnement propice à une évolution réelle dans le domaine des DH et de l'EGS ?</li> </ol>
<b>Positionnement stratégique du L'UNFPA – Madagascar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alignement institutionnel : Dans quelle mesure le programme pays de l'UNFPA Madagascar correspond-il (i) aux priorités exprimées par de l'UNFPA dans son plan stratégique et (ii) au cadre stratégique du système des Nations Unies (UNDAF) ?</li> <li>• Alignement systémique : Dans quelle mesure la mise en œuvre du programme dans ses différentes Composantes est-elle demeurée en conformité avec l'UNDAF et la politique nationale ?</li> <li>• Capacité de réponse : Dans quelle mesure le bureau de l'UNFPA Madagascar a-t-il été capable de répondre aux changements intervenus dans le contexte national durant la période de mise en œuvre du 7ème programme ?</li> <li>• Valeur ajoutée : Dans quelle mesure le programme de l'UNFPA Madagascar a-t-il contribué à l'obtention de résultats additionnels à ceux produits par le gouvernement de Madagascar et les autres partenaires de développement ? Quelles sont les principales forces du L'UNFPA au regard des autres agences du SNU ?</li> </ul>
<b>Cadre institutionnel de gestion et Système de suivi et évaluation du 7ème Programme</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dans quelle mesure le dispositif institutionnel de coordination dans la mise en œuvre des activités du programme a-t-il contribué à l'atteinte des résultats?</li> </ul>
<b>Recommandations et défis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quels sont les problèmes rencontrés durant vos interventions ?</li> <li>• Quelles étaient vos solutions ?</li> <li>• Quelles sont vos suggestions pour améliorer les interventions à l'appui du L'UNFPA ?</li> </ul>

### ANNEXE 3.11: GUIDE D'ENTRETIENS INDIVIDUELS CHARGES DE PROGRAMMES DE L'UNFPA ET AUTRES RESPONSABLES DE DEPARTEMENT

<b>GUIDE D'ENTRETIENS INDIVIDUELS</b>	
<b>Critères d'évaluation</b>	<b>Interviewés</b>
	<b>Chargés de Programmes de l'UNFPA et autres Responsables de département</b>
<b>PERTINENCE</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Le programme pays a-t-il été conçu conformément aux besoins et aux intérêts de tous les groupes de parties prenantes, y compris les groupes marginalisés ?</li> <li>2. Comment les besoins et intérêts des parties prenantes et des groupes spécifiques ont-ils été pris en compte dans le choix des axes d'intervention ?</li> <li>3. Comment les enseignements tirés des programmes précédents ont-ils influencé la conception du programme pays de l'UNFPA?</li> </ol>

## GUIDE D'ENTRETIENS INDIVIDUELS

Critères	Interviewés
	<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Comment l'UNFPA exerce-t-il son leadership et son mandat de coordination à Madagascar ?</li> <li>5. Quels sont les mécanismes et les outils mis en place par l'UNFPA pour assurer le suivi du programme ?</li> <li>6. Quel est l'appui apporté par l'UNFPA au Groupe Thématique ?</li> <li>7. Dans quelle mesure les interventions de l'UNFPA à Madagascar intègrent-elles les 3 mandats de base?</li> <li>8. Eu égard à ses domaines d'intervention, est-ce que la stratégie d'actions de l'UNFPA répond aux demandes du pays en matière d'égalité des sexes ?</li> <li>9. Quelle est l'effectivité des actions de l'UNFPA pour l'atteinte de             <ol style="list-style-type: none"> <li>(i) l'ODD n°3 au niveau national ? (Accès à la santé)</li> <li>(ii) l'ODD n°5 au niveau national ? (Égalité entre les sexes)</li> </ol> </li> <li>10. A-t-on procédé à une analyse de l'état des DH et de l'EGS lors de la phase de conception ?</li> <li>11. A-t-on procédé à une évaluation des capacités des partenaires ?</li> <li>12. Le choix des partenaires a-t-il tenu compte des cibles du Programme pays ?</li> <li>13. Le choix des partenaires et des sites effectués a-t-il permis d'assurer une couverture géographique répondant aux besoins du programme ?</li> <li>14. Les choix des interventions permettent-ils de répondre aux domaines thématiques de l'UNFPA ?</li> <li>15. Les interventions sont-elles conçues et mises en œuvre de façon à permettre à l'UNFPA de réaliser son mandat à Madagascar ?</li> <li>16. Les choix des domaines de résultats du programme pays est-il pertinent au regard du plan stratégique de l'UNFPA ?</li> <li>17. L'orientation thématique du programme pays est-elle appropriée au contexte (sociopolitique, développement, humanitaire, etc..) de Madagascar ?</li> <li>18. Les besoins des bénéficiaires ciblés ont-ils été pris en compte dans l'orientation thématique du programme pays ?</li> <li>19. Une analyse de situation a-t-elle été effectuée pour mettre en évidence les causes des inégalités entre les sexes à Madagascar ?</li> <li>20. La conception du programme pays permet-elle de dégager une théorie de changement à travers une chaîne causale et rationnelle ?</li> </ol>
<b>EFFICIENCE</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dans quel domaine d'interventions avez-vous développé des programmes conjoints?</li> <li>2. Quels sont les résultats obtenus avec d'autres agences et comment le travail en synergie a-t-il permis d'optimiser les coûts de production de ces résultats ?</li> <li>3. Comment les fonds du programme ont-ils été répartis entre les différents domaines de résultat (thématiques), en tenant compte de l'équilibre entre les besoins exprimés et le budget disponible?</li> <li>4. Quel est l'avantage comparatif de l'UNFPA par rapport aux autres entités des Nations Unies et les principaux partenaires ?</li> <li>5. Comment la charge de travail entre les domaines d'intervention a-t-elle été répartie de la manière la plus efficace possible ?</li> <li>6. Est-ce que le budget alloué aux besoins opérationnels est suffisant par rapport à la charge du travail?</li> <li>7. Les ressources (humaines et financières) affectées aux programmes sont-elles suffisantes pour l'atteinte des objectifs prévus dans les délais ?</li> <li>8. La structure organisationnelle (Personnel, déploiement des présences locales, moyens logistiques, TIC) de l'UNFPA à Madagascar est-elle appropriée pour atteindre ses objectifs aussi bien au niveau central que régional ?</li> <li>9. Quels changements/modifications souhaiteriez-vous apporter dans la structure organisationnelle du bureau et pourquoi ?</li> <li>10. Comment le système de GAR est-il mis en œuvre et comment permet-il d'influer sur les décisions et orientations stratégiques de l'UNFPA à Madagascar ?</li> <li>11. Quel est le système de suivi et évaluation mis en place pour la collecte régulière d'informations sur l'avancement des projets/activités ?</li> <li>12. Quel est le système de gestion de l'information et de rapportage mis en place ?</li> <li>13. La gestion des risques est-elle assurée ?</li> </ol>

## GUIDE D'ENTRETIENS INDIVIDUELS

Critères	Interviewés
<b>EFFICACITE</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dans quelle mesure les résultats atteints ont-ils contribué à la réalisation des objectifs /stratégie d'intervention de l'UNFPA et à ceux du Gouvernement, et dans quelle mesure ont-ils répondu aux attentes des populations ?</li> <li>2. Quels sont les principaux facteurs qui ont entravé l'atteinte des résultats prévus ?</li> <li>3. Quels résultats inattendus (positifs et négatifs) ont été atteints ? Pour qui ?</li> <li>4. Quels sont les investissements de l'UNFPA à Madagascar?</li> <li>5. Quelle est la contribution de chaque thématique à l'évolution des indicateurs d'équité et d'autonomisation à Madagascar?</li> <li>6. Le dispositif opérationnel, y compris le déploiement des présences locales, et les outils mis en place sont-ils appropriés pour conduire aux résultats attendus ?</li> <li>7. Les résultats atteints répondent-ils de manière satisfaisante aux exigences d'intégration des droits humains et l'autonomisation ?</li> <li>8. Le programme pays a-t-il réalisé dans les délais toutes les activités prévues dans son plan de travail?</li> <li>9. Quelles sont les activités non réalisées et pourquoi ?</li> <li>10. Les résultats attendus ont-ils été atteints ? Dans quelle proportion ?</li> <li>11. Quels sont les principaux facteurs qui ont entravé l'atteinte des résultats prévus ?</li> </ol>
<b>DURABILITE</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dans sa conception et sa mise en œuvre, le programme pays prévoit-il une stratégie de viabilité du programme et de sortie afin d'appuyer les changements positifs en matière de droits de l'homme et d'égalité des sexes à la fin du mandat de l'UNFPA à Madagascar?</li> <li>2. La stratégie d'appropriation nationale développée a-t-elle pris en compte le contexte et les difficultés d'ordre institutionnel et organisationnel qui peuvent entraver sa mise en œuvre?</li> <li>3. Dans quelle mesure la stratégie développée permet-elle de renforcer les capacités du Gouvernement à assurer la reproduction et/ou la mise à l'échelle des interventions après la fin du mandat de l'UNFPA à Madagascar?</li> <li>4. Dans quel domaine spécifique les capacités des partenaires ont-elles été renforcées afin d'assurer la durabilité des efforts consentis par le programme ?</li> <li>5. Est-ce que les interventions et leur impact sur les groupes marginalisés sont susceptibles de se poursuivre après la fin du mandat de l'UNFPA?</li> <li>6. Dans quelle mesure les organisations participantes ont-elles modifié leurs politiques ou leurs pratiques afin de contribuer à la réalisation des DH et de l'EGS ?</li> <li>7. Dans quelle mesure les organisations nationales et locales ont-elles été impliquées dans la mise en place et le fonctionnement des mécanismes locaux de pérennisation des interventions ?</li> <li>8. Dans quelle mesure les interventions du programme contribuent-elles à promouvoir un changement durable des attitudes et comportements en matière de DH et d'EGS ?</li> </ol>
<b>Egalité des sexes et Droits de l'homme</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Quels sont les résultats concrets et mesurables obtenus par Madagascar au regard de ses engagements dans la mise en œuvre des normes mondiales des DH, d'égalité des sexes et d'autonomisation des femmes ? Quelle est la contribution de l'UNFPA à ces résultats ?</li> <li>2. Quels sont les changements positifs observés dans les attitudes, comportements et relations de pouvoir entre différents groupes (institutions, bénéficiaires, groupes marginalisés, etc..) à travers les interventions de l'UNFPA?</li> <li>3. Comment les données issues du suivi sur les DH et l'EGS ont-elles été utilisées pour favoriser un changement durable dans ces domaines ?</li> <li>4. Dans quelle mesure les activités du programme ont-elles intégré les principes des droits de l'homme et de l'efficacité du développement ?</li> <li>5. Dans quelle mesure les interventions ont-elles permis de mettre en place un environnement propice à une évolution réelle dans le domaine des DH et de l'EGS ?</li> </ol>
<b>Positionnement stratégique du L'UNFPA – Madagascar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alignement institutionnel : Dans quelle mesure le programme pays de l'UNFPA Madagascar correspond-il (i) aux priorités exprimées par l'UNFPA dans son plan stratégique et (ii) au cadre stratégique du système des Nations Unies (UNDAF) ?</li> <li>• Alignement systémique : Dans quelle mesure la mise en œuvre du programme dans les différentes composantes est-elle demeurée en conformité avec l'UNDAF et la politique nationale ?</li> </ul>

## GUIDE D'ENTRETIENS INDIVIDUELS

Critères	Interviewés
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacité de réponse : Dans quelle mesure le bureau de l'UNFPA Madagascar a-t-il été capable de répondre aux changements intervenus dans le contexte national durant la période de mise en œuvre du 7ème programme ?</li> <li>• Valeur ajoutée : Dans quelle mesure le programme de l'UNFPA Madagascar a-t-il contribué à l'obtention de résultats additionnels à ceux produits par le gouvernement de Madagascar et les autres partenaires de développement ? Quelles sont les principales forces de l'UNFPA au regard des autres agences du SNU ?</li> </ul>
<b>Cadre institutionnel de gestion et Système de suivi et évaluation du 7ème Programme</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dans quelle mesure le dispositif institutionnel de coordination dans la mise en œuvre des activités du programme a-t-il contribué à l'atteinte des résultats?</li> </ul>
<b>Recommandations et défis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quels sont les problèmes rencontrés durant vos interventions ?</li> <li>• Quelles étaient vos solutions ?</li> <li>• Quelles sont vos suggestions pour améliorer les interventions à l'appui de l'UNFPA ?</li> </ul>

### ANNEXE 4 : LISTE DES PROJETS ATLAS,

PROJETS ATLAS ID	PROJECT ID TITLE	CYCLE ID
MDG07ASO	Project for ASOS M/car	MDG07
MDG07BLA	Plan de travail BEL AVENIR	MDG07
MDG07CAP	Prgm Coordination & Assistance	MDG07
MDG07COM	Plan de travail Communication	MDG07
MDG07FMD	Faculté de Médecine	MDG07
MDG07FPA	L'UNFPA Programme support	MDG07
MDG07FSA	Fianakaviana Sambatra - FISA	MDG07
MDG07HAI	WP Handicap International	MDG07
MDG07HUM	Plan de travail Humanitaire	MDG07
MDG07INS	INSTAT	MDG07
MDG07MEP	Ministère de l'économie & plan	MDG07
MDG07MJS	Ministère de la jeunesse et Sports	MDG07
MDG07MSM	Marie Stopes Madagascar	MDG07
MDG07MSP	Ministère de la Santé Publique	MDG07
MDG07PAR	PLAN DE TRAVAIL PARTENARIAT	MDG07
MDG07PBF	Peace building fund	MDG07
MDG07PCA	PCA	MDG07
MDG07POP	Ministère de la population	MDG07
MDG07SLF	Projet SALFA	MDG07
MDG07SLM	SALAMA	MDG07
ZZT06MDG	Maternal Health Trust Fund Mad	ZZT06
FPRHCMDJ	Global Programme to enhance RH	FPRHC
HRF01MAG	Madagascar Emergency Fund	HRF01

## ANNEXE 5 : CARTOGRAPHIE DES PARTIES PRENANTES ET LISTE DES PERSONNES/INSTITUTIONS RENCONTREES,

### ANNEXE 5.1 : CARTOGRAPHIE DES PARTIES PRENANTES

Bailleurs	Partenaires de mise en œuvre	Autres partenaires	Bénéficiaires
<b>SANTE DE LA REPRODUCTION</b>			
<b>Produit 1 :</b> Les capacités nationales à fournir des services de santé maternelle de qualité, y compris dans les situations d'urgence humanitaire améliorées.			
<b>PROJET ATLAS :</b> MDG07ASO, MDG07BLA, MDG07FMD, ZZT06MDG, MDG07CAP , MDG07COM , MDG07FPA, MDG07HAL, MDG07MSP, MDG07PAR, MDG07PCA, MDG07SLF, HRF01MAG			
UNFPA, USAID, Monaco Andorra, Fond Santé maternelle (FTSM), OCHA CERF, United Nations Trust Fund for Human Security (UNTFHS)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ministère de la Santé Publique (MSP);</li> <li>2. Actions Socio-sanitaires Organisation Secours (ASOS)</li> <li>3. Bel Avenir</li> <li>4. Faculté de Médecine (FACMED) ;</li> <li>5. Sampan'Asa Loterana momba ny Fahasalamana (SALFA);</li> <li>6. Handicap International</li> </ol>	Directions régionales de la Santé, <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Ordre National des Sages-femmes de Madagascar (ONSFM) ;</li> <li>2) Association Nationale des Sages-Femmes de Madagascar (ANSFM) ;</li> <li>3) Fédération des Communautés Royales Traditionnelles de Madagascar – FCRTM,</li> <li>4) SISAL,</li> <li>5) Fondation Ampasimanjeva,</li> <li>6) OMS,</li> <li>7) UNICEF,</li> <li>8) AFD</li> </ol>	Femmes en âge de procréer, femmes enceintes, femmes groupes vulnérables, femmes victimes de Fistule Obstetricale
<b>Produit 2 :</b> 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			
<b>PROJET ATLAS :</b> MDG07MSM, FPRHCMDJ, MDG07SLM, MDG07FSA, MDG07MSP, MDG07PAR, MDG07PCA, MDG07SLF			
UNFPA, DFID, Fond de Securisation de Produits de la SR (RHCS)	<ol style="list-style-type: none"> <li>7. Ministère de la Santé Publique (MSP);</li> <li>8. Fianakaviana Sambatra (FISA);</li> <li>9. Central d'Achat SALAMA ;</li> <li>10. Marie Stopes Madagascar (MSM);</li> <li>11. Handicap International ONG Bel Avenir ; SALFA</li> </ol>	Directions régionales de la Santé, Fédération des Communautés Royales Traditionnelles de Madagascar – FCRTM, SISAL, OMS, UNICEF, AFD	Femmes en âge de procréer, femmes enceintes, femmes groupes vulnérables
<b>JEUNES ET ADOLESCENTS</b>			
<b>Produit 3 :</b> L'accès à des informations et des services amis des jeunes, notamment la formation sur les compétences de vie et l'éducation sexuelle améliorée.			
<b>PROJET ATLAS :</b> MDG07MJS, MDG07PAR, MDG07PCA			
UNFPA, Peace Building Fund	<ol style="list-style-type: none"> <li>12. Ministère de la Jeunesse et des Sports (MJS);</li> </ol>	Ministère de l'Education Nationale ; Directions régionales de la Jeunesse et des Sports, Youth First ; <ol style="list-style-type: none"> <li>9) Tanora Garanteen,</li> <li>SISAL,</li> <li>10) ONUSIDA</li> </ol>	Adolescents, Jeunes, personnes vulnérables
<b>EGALITE DES SEXES ET AUTONOMISATION DES FEMMES</b>			
<b>Produit 4 :</b> Les capacités nationales à prévenir et répondre à la violence basée sur le genre et aux pratiques néfastes, y compris dans les situations d'urgence humanitaire renforcées			

<b>PROJET ATLAS : MDG07FSA , MDG07HUM , MDG07PAR, MDG07PBF , MDG07PCA, MDG07POP, MDG07EFP</b>			
UNFPA, PBF, Monaco Andorra, OCHA CERF	13. Ministère de la Population, de la Protection Sociale, et de la Promotion de la Femme (MPPSPF) ; 14. Gender links (réponse en situation de crises humanitaires), Ministère de l'enseignement technique et de la formation professionnelle, ONG Bel Avenir, Handicap International	Directions régionales de la Population, de la Protection Sociale, et de la Promotion de la Femme, Directions régionales de l'enseignement technique et de la formation professionnelle, 11) UNDP, UNICEF	Femmes en âge de procréer, femmes enceintes, femmes groupes vulnérables, personnes victimes de violences basées sur le genre
<b>POPULATION ET DEVELOPPMENT</b>			
<u>Produit 5</u> : 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.			
<b>PROJET ATLAS : MDG07INS, MDG07MEP</b>			
UNFPA, USAID, Banque Mondiale, UNDP, Donneurs multiples	15. Institut National de la Statistique (INSTAT); 16. Ministère de l'Economie et du Plan	Directions régionales (ou services régionaux) de l'Institut National de la Statistique, Directions régionales de l'Economie et du Plan, UNDP, 12) Bureau de Coordination Résident SNU	Etudiants statisticiens, cadres INSTAT

## ANNEXE 5.2 : LISTE DES PERSONNES/INSTITUTIONS RENCONTREES,

NOM ET PRENOM	SEXE	INSTITUTION/ ORGANISATION	FONCTION/ TITRE	TELEPHONE/ EMAIL
<b>ACTEURS NATIONAUX AU NIVEAU CENTRAL DANS LA COMPOSANTE : SANTE DE LA REPRODUCTION</b>				
1. Dr Arsène Ratsimbaoa	M	Ministère de la Santé Publique (MINSANSP)	Secrétaire Général MSP	034 05 419 65, <a href="mailto:aratsimbaoa@gmail.com">aratsimbaoa@gmail.com</a>
2. Dr RAZAFY Andrianomenjanahary Sylvain	M	MINSANSP	Coordonnateur National du Projet	032 07 845 70, <a href="mailto:sylvainrazafy@yahoo.fr">sylvainrazafy@yahoo.fr</a>
3. Dr RAVONIARISOA Marie Georgette	F	MINSANSP	Directeur de la Santé Familiale	032 04 013 46, <a href="mailto:marigeoravo@gmail.com">marigeoravo@gmail.com</a>
4. Dr MAHAVANY NICOLE	F	MINSANSP	Directeur de la Pharmacie des Laboratoires et de la Médecine Traditionnelle	032 02 534 88, <a href="mailto:dplmt@sante.gov.mg">dplmt@sante.gov.mg</a>
5. Dr RAMANANJANAHARY Haingonirina Eulalie	F	MINSANSP	Chef du service PF	033 05 178 86, <a href="mailto:ramanhaingo@yahoo.fr">ramanhaingo@yahoo.fr</a>
6. Dr RAZAFINDRAVELO Angeline	F	MINSANSP	Chef du service SSRA	034 19 621 46, <a href="mailto:angelinediam@gmail.com">angelinediam@gmail.com</a>
7. Dr RAMIARAMANANA Nirina	F	MINSANSP	Point Focal FO (retraîtée)	<a href="mailto:nramiaramanana@yahoo.fr">nramiaramanana@yahoo.fr</a>
8. Dr RAJOELINA Nivoniria	F	MINSANSP	Point Focal FO	034 03 563 75
9. Dr RAHARINORO Noeline Claire	F	MINSANSP	Service Maternité sans risque DSFa	
10. Dr RASAMIARISOA Francine	F	MINSANSP	Service Maternité sans risque DSFa	
11. Dr RABESOA Sanitriniaina Sehen	M	MINSANSP	AAF	032 07 845 66, <a href="mailto:srabesoa@yahoo.fr">srabesoa@yahoo.fr</a>
12. RAZAFINIRINA Lalaina	F	MSM	Program Director	034 05 889 44
13. 32. Mr Rijalalaina Rasolofonirina	M	MSM	Coordonnateur Programme	
14. 33. Mr ANDRIANJAFY Tahiana	F	MSM	Directeur Général SALAMA	032 05 738 21
15. Dr Rakotomalala Jean Claude,	M	ASOS	Secrétaire Exécutif	0320561756
16. Dr RAHERIMANANA Gertrude	F	ASOS	Coordonnateur du projet	032 07 559 27
17. Dr RAHARIMANANA René Emile	M	ASOS	S/E ASOS	033 06 724 12
18. Docteur Sahondra Rasoarimanana	F	SALFA	Directeur Général	034 05 660 60 <a href="mailto:randriasahondra@gmail.com">randriasahondra@gmail.com</a>
19. Docteur Rivosoa Nasoloniaina	M	SALFA	Point focal SR	0347458644 <a href="mailto:rivosoa@live.fr">rivosoa@live.fr</a>
20. Madame Joséphine Ravaonasolo	F	SALFA	AAF	034 47 097 <a href="mailto:Rav_josephine@yahoo.fr">Rav_josephine@yahoo.fr</a>
21. Pr SAMISON Luc Hervé	M	Faculté de médecine	Doyen de la Faculté de Médecine	034 14 202 58 <a href="mailto:drsamison@yahoo.fr">drsamison@yahoo.fr</a>
22. Pr RANDRIAMBELOMANANA Joseph Anderson	M	Faculté de médecine	Responsable de formation du parcours maieutique	034 14 400 26 <a href="mailto:rj-anderson@doctor.com">rj-anderson@doctor.com</a>
23. Mr ANDRIANJAFIARIMANANA	M	Faculté de médecine	Secrétaire Principal	032 42 305 18

Charles Bruno				rcharlesbruno@yahoo.fr
24. Mme RAKOTONDRAINIBE Michèle Ruanna	F	Faculté de médecine	Assistante de Direction	034 41 623 76 facultedemedecine_antananarivo@yahoo.fr
25. Mme RABESAHALA Hanitriniony	F	Faculté de médecine	Gestionnaire du projet	034 79 781 12
26. Dr Malula Larissa RAZAFINDRAFARA	F	FISA	Coordonnateur National des Programmes	(+261) 32 12 345 05
27. RAZANAMAMPANDRY Vololona	F	FISA	Coordonnatrice du Comité de Direction	032 12 346 11 fisar1@yahoo.fr
28. Mr Patrick	M	FISA	Responsable Suivi Evaluation	rsefisa17@gmail.com
29. Mme Voahangy Ramahavonjy	F	ANSP	Présidente nationale de l'Association des sages-femmes	0340566060 <a href="mailto:ramahavonjyvoahangy@gmail.com">ramahavonjyvoahangy@gmail.com</a>
30. Madame Oméga Ranorolala,	F	ONSF	Présidente de l'Ordre National des Sages-Femmes de Madagascar	
31. Madame Ralamboson Tatavy Amélie	F	ONSF	Vice-Présidente de l'ordre national des sages- femmes	
32. Mr Robson Herilala	M	Handicap International	Coordonnateur du projet santé	032 07 500 00
33. Mr Rakotoniaina Lalaina Victor	M	Handicap International	Coordonnateur des services support	032 11 840 00 v.rakotoniaina@hi.org
34. RAVALOSON Tiana	M	SFCG	Directeur de Programme	<a href="mailto:travaloson@sfcg.org">travaloson@sfcg.org</a> , 0331500712,0320780391
<b>ACTEURS NATIONAUX AU NIVEAU CENTRAL DANS LA COMPOSANTE : ADOLESCENTS ET JEUNES</b>				
35. Madame Noro Haingo Rakotoseheno,	F	Ministère de la Jeunesse et des sports	Coordonnateur National du programme	0340583092 norohaingo-rakotoseheno@gmail.com
36. Madame Randriamanantena Julia,	F	Ministère de la Jeunesse et des sports	Directeur National du Programme Santé des jeunes	034 05 689 24 randriamjulia@gmail.com
37. Monsieur RAJAOARINAIVO Tiavina Jean	M	Ministère de la Jeunesse et des sports	Chargé de Suivi Evaluation Programme Santé des Jeunes	349927595 ratiavije@gmail.com
38. RAZAFINDRAVELO Angeline	F	Ministère de la Santé Publique	Chef du service SSRA	
39. Docteur Rakotonirina Minoarisoa Faratiana	F	Ministère de la Santé Publique	Equipe technique au service de la Santé de la Reproduction des adolescents DSFa	0346827515 minoarisoa@gmail.com
40. SAFIKAH Dani	F	Tanora Garanteen	Co-Fondatrice, Présidente	03426153902, tanoragaranteen@gmail.com
<b>ACTEURS NATIONAUX AU NIVEAU CENTRAL DANS LA COMPOSANTE : GENRE ET DROITS HUMAINS</b>				



41. Mme KIDJA Francine	F	MPPSPF	Directeur Général de la Promotion de la Femme	034 40 675 11
42. Mme RAKOTONIRINA Miarisoa Patricia	F	MPPSPF	Directeur National du partenariat	034 05 121 55 pamiarka@gmail.com
43. Mme SOLOARIVELO Antsa Fanekena	F	MPPSPF	Directeur de la Promotion du Genre a.i.	
44. Mme RAZANAMASY Joelle	F	MPPSPF	Chef de Service de lutte contre VBG, Coordinatrice des activités avec UNFPA	034 46 521 59
45. Mme VAVITIANA Lys Mireille	F	MPPSPF	Chef de service de développement du genre	034 79 093 031 lysvavit@gmail.com
46. Mr ANDRIAMAMONJY Tahiry	M	MPPSPF	Technicien au Service de lutte contre VBG	
47. Mr ANDRIATSALAMA Tahirinianina	M	MPPSPF	Chef de service de l'égalité des droits	034 47 732 99
48. Mme VAVITIANA Lys Mireille	F	MPPSPF	Chef de Service du développement du genre	034 79 093 03
49. MR RATSITOHAINA Mirindra	M	MPPSPF	Juriste au Service du développement du genre	
50. Mme RASOARIMAMONJY Josephine	F	MPPSPF	Technicienne au Service du développement du genre	
51. Mr RAZAFINIMARO Frank	M	MPPSPF	Technicien au Service du développement du genre	
52. Mme RAVONIAMALALA Virginie	F	METFP	Directeur de la Professionnalisation des Petits Métiers et de la Promotion de l'Auto- Emploi	034 20 521 32 fandrosoana@yahoo.fr
53. Mme RANDRIAMBELO Mandimbin'ny Aina Mbolanoro	F	Ministère de la sécurité publique	Directeur de l'Ecole Nationale Supérieure de Police	033 12 711 23 034 05 529 31 mbola_randria@yahoo.fr
54. Mme Papisy Alfine	F	Gender LINKS	Président de la Plateforme Nationale, Responsable Nationale Gender Links	0328732519 alfine_tracoulat@yahoo.fr, madamanager@genderlinks.org.za
<b>ACTEURS NATIONAUX AU NIVEAU CENTRAL DANS LA COMPOSANTE : POPULATION ET DEVELOPPEMENT</b>				
55. Dr RAJAONERA Ida Clément	M	INSTAT	Directeur Général	0321182408, idaraja@gmail.com
56. RAKOTOARY Bina Joad	M	INSTAT	Analyste principal,	0321182421, joadbina@yahoo.fff
57. RAZAFIMIARANTSOA Tovanirina Théodore	M	INSTAT	Coordonnateur RGPH3/INSTAT	<a href="mailto:tovonirine@hotmail.fr">tovonirine@hotmail.fr</a> ; 0320200295
58. RAKOTORAHALAHITEVAROVANA Chantal	F	INSTAT	Assistante Administrative et Financière du projet d'appui de l'UNFPA à l'INSTAT	0320784589, nainachantal@yahoo.fr

59. Mr BENJANAHARY Randahy	M	Ministère de l'Economie et du Plan	Coordonnateur de Programme, Directeur National du Projet	
60. Mme RAMBOLANOMENAHASOLO Sahondra	F	Ministère de l'Economie et du Plan	Directeur des Coopérations Economiques et Extérieures,	<a href="mailto:Sahondra.manana@gmail.com">Sahondra.manana@gmail.com</a> , 0340551160
61. Mme RAJAONARISON Colette	F	Ministère de l'Economie et du Plan	Directeur de Suivi Evaluation de Programme	0340551162, nirina_rajoor@yahoo.fr
62. RANDRIAMAMPIANINA Lala	F	Ministère de l'Economie et du Plan	Chef de service secteur Productif.	<a href="mailto:Rainmav_sunrise@yahoo.com">Rainmav_sunrise@yahoo.com</a> , 0340321043
63. ANDRIAMORAVELO Antsa	F	Ministère de l'Economie et du Plan	Chef de service secteur Administratif	0346362730, antsanavitiana@gmail.com,
64. RAVONIHARIVELO Nirina Fleurette	F	Ministère de l'Economie et du Plan	Chef de service secteur Social	0343937321, nirfleur@yahoo.fr
65. RAZAFIARISON Jean Christian	M	Ministère de l'Economie et du Plan	Directeur de Planification Globale	0324260946/ 0341367020, jcrzafiarison@gmail.com
66. Mme ANDRIANAVALONA Haslrie	F	Ministère de l'Economie et du Plan	Membre de la cellule Population et Développement	andrianavalonahaslrie@yahoo.fr, 0326398257
67. Mme RAOBISAHOLY Albertine	F	Ministère de l'Economie et du Plan	Coordonnatrice Adjoint du programme Volet « Population Chef de Service Dimension Transversales et Développement »	<a href="mailto:hobisalolya@gmail.com">hobisalolya@gmail.com</a> , 0349303456
NOM ET PRENOM	SEXE	INSTITUTION/ ORGANISATION	FONCTION/ TITRE	TELEPHONE/ EMAIL
REGION ATSIMO ANDREFANA : ACTEURS NATION AUX AU NIVEAU REGIONAL				
ACTEURS NATIONAUX AU NIVEAU REGIONAL DANS LA COMPOSANTE : SANTE DE LA REPRODUCTION				
68. Dr Ravelomanantenana Solonabdraibe Armand Odylon	M	CHRR Mitsinjo Tuléar	DAT CHRR Mitsinjo	032 04 696 07
69. Rakotonirina Natolonjanahary Corine	F	CSB2 Mahavatse 1	SF Responsable CSB2 Mahavatse 1	
70. Avitsaotse Giavy Regoa	M	MSM	Territory Support Team Manager MSM Tuléar	034 02 306 13
71. Dr Ratsizafy Jean A ndrianandrasana	M	Bureau Régional UNFPA Atsimo Andrefana	Analyste de programme SR UNFPA Bureau Tuléar	032 07 845 60
72. Dr Soanirina Lisette	F	DRSPF Atsimo Andrefana	Chef SMS DRSPF Atsimo Andrefana	
73. Dr Raholiarisoavina Rachelle	F	DRSPF Atsimo Andrefana	Membre équipe EMAR	
74. Dr Joceline Rasoanirina	F	Bureau Régional UNFPA Atsimo Andrefana	Responsable volet jeune Atsimo Andrefana	0 32 07 844 60
75. Dr Eliane Razafiarisoa	F	DRSPF Atsimo Andrefana	Responsable PF DRSPF Région Atsimo Andrefana	
76. Rasoafiavy Simone	F	CHRR Mitsinjo	Major de service Maternité	

77. Randrianjaka Herinirina F	M	CHRR Mitsinjo	Chef de service chirurgie bloc	
<b>ACTEURS NATIONAUX AU NIVEAU REGIONAL DANS LA COMPOSANTE : ADOLESCENTS ET JEUNES</b>				
78. Mr DADA Jean Robert	M	DIRJS Atsimo Andrefana	Directeur Jeunesse Atsimo Andrefana	0340593216
79. Ralimanana Florence	F	CSAJ Tuléar	chef de centre ami des jeunes Tuléar	
<b>ACTEURS NATIONAUX AU NIVEAU REGIONAL DANS LA COMPOSANTE : GENRE ET DROITS HUMAINS</b>				
80. Mme TSIMANANKIALY Victorine	F	DPPSPF région Atsimo Andrefana	Chef de service de district de la population et des affaires sociales à la DRPPSPF Toliara	034 11 542 68
81. Mr RANDRINANTENAINA Chariel	M	CECJ Toliara- région Atsimo Andrefana	IS au CECJ Toliara	
82. Mme RAVAOARISOA Charlotte	F	CECJ Toliara- région Atsimo Andrefana	IS au CECJ Toliara	
83. Mme VOTSIRASOA Mazareny	F	CECJ Toliara- région Atsimo Andrefana	IS au CECJ Toliara	
84. Mme NOMENJANAHARY Madeleine	F	CECJ Toliara- région Atsimo Andrefana	IS au CECJ Toliara	
85. Mme NOMENJANAHARY Sydonie	F	CECJ Toliara- région Atsimo Andrefana	IS au CECJ Toliara	
86. Mme RASOAMAMPIONONA Irène	F	CECJ Toliara- région Atsimo Andrefana	RAF au CECJ Toliara	
<b>ACTEURS NATIONAUX AU NIVEAU REGIONAL DANS LA COMPOSANTE : POPULATION ET DEVELOPPEMENT</b>				
87. NARIAMBARARATAVOKOKY Nestor Adrien	M	INSTAT	Responsable Régional, Directeur Adjoint, Membre du comité régional de coordination	
88. TOMPOINARIVO Théophile Eddy	M	RGPH3	Superviseur centraux, Membre de l'unité de traitement	
<b>NOM ET PRENOM</b>	<b>SEXE</b>	<b>INSTITUTION/ ORGANISATION</b>	<b>FONCTION/ TITRE</b>	<b>TELEPHONE/ EMAIL</b>
<b>REGION ANDROY: ACTEURS NATIONAUX AU NIVEAU REGIONAL</b>				
<b>ACTEURS NATIONAUX AU NIVEAU REGIONAL DANS LA COMPOSANTE : SANTE DE LA REPRODUCTION</b>				
89. Dr Andriamino Bowsa	M	CHRR Ambovombe	Chef de service Maternité CHRR Ambovombe	
90. Dr Miha Sambesoa Patrick Romain	M	UNFPA Androy	Consultant Coordinateur en DMU/UNFPA	0320784602
91. Madame Hajanirina Chantal ida	F	DRSP Androy	RSE DRSP Androy	
92. Dr TSILIVA	M	CHRR Ambovombe	Responsable SR et Médecin chef CHRR Ambovombe.	033 09 094 02

93. Rakotohery Onja	F	ASOS Région Anosy	Comptable fistule ASOS Androy	
94. Ramarokoto Nanirisoa Belle Sanah	F	ASOS Région Anosy	TA fistule ASOS Androy	
95. Aliba Yvette Bréchar	F	ASOS Région Anosy	TA fistule ASOS Androy	
<b>ACTEURS NATIONAUX AU NIVEAU REGIONAL DANS LA COMPOSANTE : ADOLESCENTS ET JEUNES</b>				
96. Mampiteby Jean Luc	M	DRJS	Responsable maison des jeunes DRJS Androy	033 09 628 48 <a href="mailto:jeanlucmampiteby@gmail.com">jeanlucmampiteby@gmail.com</a>
97. Madame Corinne Vohihaja	F	DRJS	Responsable Santé des Jeunes et encadreur JPE Ambovombe	034 14 901 60
98. RAMIANDRINIAINA Eric Chrysostôme	M	DRJS	Directeur Régional de la jeunesse et des Sports	eric.ramiandriniaina@yahoo.fr, 0330836281/ 0349091175
<b>ACTEURS NATIONAUX AU NIVEAU REGIONAL DANS LA COMPOSANTE : GENRE ET DROITS HUMAINS</b>				
99. Mr RAVELOJAONA Simon	F	CECJ Ambovombe Région Androy	Présidente CECJ Ambovombe	034 21 248 96
100.Mr MARATOVO Sylvain	F	DPPSPF Région Androy	Responsable de genre et protection de l'enfant à la DRPPSPF Ambovombe	033 20 124 77
101.MONJALAMBO Randrianakavotra	M	CECJ Ambovombe Région Androy	Juriste au CECJ Ambovombe	
102.RASOANORO Lalaonirina Veromanitra	F	CECJ Ambovombe Région Androy	IS au CECJ Ambovombe	
103.RASOANANDRIANINA Aimée Philomène	F	CECJ Ambovombe Région Androy	IS au CECJ Ambovombe	
<b>ACTEURS NATIONAUX AU NIVEAU REGIONAL DANS LA COMPOSANTE : POPULATION ET DEVELOPPEMENT</b>				
104.FIAROVANJANAHARY Aristogiton Lahakoto	M	INSTAT	Chef de service INSTAT AMBOVOMBE	0330422596, 0321182458
105.REHARINA Tirindraza	M	INSTAT	Adjoint Technique de l'INSTAT AMBOVOMBE	0338946415
106.Michel Georges	M	Direction Régionale de l'Economie et du Plan Androy	Directeur Régional de l'Economie et du Plan	Migeot76@yahoo.fr, 034 05 554 81
<b>NOM ET PRENOM</b>	<b>SEXE</b>	<b>INSTITUTION/ ORGANISATION</b>	<b>FONCTION/ TITRE</b>	<b>TELEPHONE/ EMAIL</b>
<b>REGION VATOVAV Y FITOVINANY : ACTEURS NATIONAUX AU NIVEAU REGIONAL</b>				
<b>ACTEURS NATIONAUX AU NIVEAU REGIONAL DANS LA COMPOSANTE : SANTE DE LA REPRODUCTION</b>				
107.Dr RAKOTOZAFY Germain	M	DRSP Vatovavy Fitovinany	Directeur Régional de la Santé Publique Vatovavy Fitovinany	034 39 080 71 <a href="mailto:drspvatofito@gmail.com">drspvatofito@gmail.com</a>

108.Dr RAKOTOMAHEFA Fetrarivo Navalona	F	DRSP Vatovavy Fitovinany	Responsable SR DRSP Vatovavy Fitovinany	034 12 746 93 <a href="mailto:fetranaval@yahoo.fr">fetranaval@yahoo.fr</a>
109.Dr RADANA Andriamanjara Dilbert	M	CHRR Manakara	Médecin Chef CHRR Manakara	0342099499 / 0322655212
110.Rasaholinirina Vololonihanitra Rovaso	F	CHRR Manakara	SF à la Maternité CHRR Manakara	034 87 569 29
111.Dr Martin Randriatiana	M	MFA Ampasimanjeva	Médecin chef MFA Ampasimanjeva Vatovavy Fitovinany	<a href="mailto:Martin.ampa@gmail.com">Martin.ampa@gmail.com</a> , 034 17 259 99
112.Dr Naina Randriamahefa	M	ASOS Manakara	Coordonnateur ASOS Manakara	034 80 510 41
113.Dr Randrianandrasana Herisoa	F	CHRD Mananjary	Responsable IST/SIDA , Responsable PF centre modèle Mananjary	
114.Dr Rina Rakotomamonjy	M	CHRD Mananjary	Médecin chef CHRD Mananjary	
115.Dr Ravolafenonirina Rosette	F	CHRD Mananjary	Responsable SR DS Mananjary	034 17 511 04 <a href="mailto:ravolafenonirina@gmail.com">ravolafenonirina@gmail.com</a>
116.Madame Tafotasoa Stella Emélie	F	CHRD Mananjary	SF Major de service à la Maternité CHRD Mananjary	0346397594/0340263634
117.Monsieur SESEA FENOLAHY Elias	M	ASOS Mananjary	TA responsable FO Mananjary	0342077979 <a href="mailto:Sesea.779@gmail.com">Sesea.779@gmail.com</a>
118.Monsieur RANDRIANAIVO Freddy Alphonse	M	ASOS Mananjary	TA Responsable FO Mananjary	0347171037
119.Madame RAKOTOMAMAONJY Sitrakajoro lalainarivelo Fleury	F	CSB2 Ranomafana	SF Responsable PF/Maternité Ranomafana	033 64 998 54
120. Henriette R.	F	SF retraitée	SF ayant effectuée le mentorat	034 95 921 73
<b>ACTEURS NATIONAUX AU NIVEAU REGIONAL DANS LA COMPOSANTE : ADOLESCENTS ET JEUNES</b>				
121.RABEMANJAKA Seth	Masculin	Direction Régionale de la Jeunesse et Sport Vatovavy Fitovinany	Directeur Régional de la Jeunesse et Sport Vatovavy Fitovinany	034 70 230 67
122. Miandrisoa Andrianantenaina Jean Jacques Anicet	Masculin	Direction Régionale de la Jeunesse et Sport Vatovavy Fitovinany	Responsable S/E et Responsable Maison des jeunes Manakara	
123.Andriamahitavola Maherison Jules	Masculin	Maison des jeunes Mananjary	Responsable base des données et Responsable centre Internet Maison des jeunes Mananjary	
124. Razafindramino Olivier	Masculin	Jeunesse et sport Mananjary	Délégué Jeunesse et sport Mananjary	
125.Monsieur RALAIVAO Hervé Fredo	Masculin	Espace Jeunes Tsenavolo	Responsable Espaces Jeunes Tsenavolo DS Mananjary	034 52 403 74
126.Andriamahitavola Maherson Jules	Masculin	Maison des jeunes	Responsable base des données Maison	

		Mananjary	des jeunes Mananjary	
127. Andriatontantsoa Heriniaina Erickson	Masculin	Maison des jeunes Mananjary	Encadreur Maison des jeunes Mananjary	
<b>ACTEURS NATIONAUX AU NIVEAU REGIONAL DANS LA COMPOSANTE : GENRE ET DROITS HUMAINS</b>				
128.Mme HAVANIRINA Jolcette Emilienne	F	DPPSPF région Vatovavy Fitovinany	Directeur Régional MPPSPF – Manakara	034 38 772 67/0343162017 jolcettefasah@gmail.com
129.Mme RAKOTOARITERA Volana Harisoa	F	DPPSPF région Vatovavy Fitovinany	Adjoint technique a la Direction Régionale MINPPSPF – Manakara	034 61 281 19
130.Mme RABENJARISOLO Tina Olivette	F	CECJ Manakara- région Vatovavy Fitovinany	Coordonnatrice du CECJ de Manakara	034 93 520 23
131.Mme RAVOHITRINANDRASANA Ulysse Prissillia	F	CECJ Manakara- région Vatovavy Fitovinany	IS au CECJ Manakara	034 81 619 14
132.Mr ZAFINDRASENDRASOA Aristide	M	CECJ Manakara- région Vatovavy Fitovinany	IS au CECJ Manakara	034 21 027 52
133.Mme LALAOARISOA Josiane Hortense	F	DPPSPF région Vatovavy Fitovinany	Chef de service de la population - DRPPSPF Mananjary	934 04 359 06
134.Mme RAHARILALAO Jeanine	F	plateforme- région Vatovavy Fitovinany	Coordonnatrice de la plateforme Mananjary	934 45 306 93
135.Mr RAMILA Elysé	F	CECJ Mananjary- region Vatovavy Fitovinany	Coordonnateur CECJ Mananjary	034 47 492 37
136.Mr RAKOTOSON Elodie Thierry	F	CECJ Mananjary- region Vatovavy Fitovinany	IS au CECJ Mananjary	034 12 453 20
137.Mr RATSIMALONA Rivo Aimé	F	CECJ Mananjary- Région Vatovavy Fitovinany	IS au CECJ Mananjary	034 63 600 87
<b>ACTEURS NATIONAUX AU NIVEAU REGIONAL DANS LA COMPOSANTE : POPULATION ET DEVELOPPEMENT</b>				
138.IATA Pasteur Eric Stevens	M	Direction Régionale de l'Economie et du Plan Vatovavy Fitovinany	Directeur Régional de l'Economie et du Plan	Iata.stevens@mail.com 034 05 511 79
139.RAVOARAHARISSON Ludovic	M	Chef de service Régional	INSTAT	034 53 692 38/0321182452
140.ANDRINANTENAINA Gabriel	M	Directeur de Développement Régional par Intérim	Bureau de la Région de Vatovavy Fitovinany et membre du mécanisme de coordination	0347601361
141.RAJAONALISON Falinirina Seth	M	Responsable Suivi et Evaluation du Bureau de la Région	Bureau de la Région de Vatovavy Fitovinany et membre du mécanisme de coordination	0341849181
<b>PERSONNEL DE L'UNFPA AU NIVEAU CENTRAL ET REGIONAL</b>				
142.BOUNDA Constant-Serge	M	UNFPA Bureau Central-	Représentant Résident	bounda@unfpa.org

		Antananarivo		032 07 846 05,
143.VOLTAIRE Henri Claude	M	UNFPA Bureau Central-Antananarivo	Représentant Adjoint	hvoltaire@unfpa.org, 032 07 845 79
144.RAKOTONDRABE Patricia	F	UNFPA Bureau Central-Antananarivo	Assistant au Représentant	rakotondrabe@unfpa.org, 032 07 845 25
145.BONI OUATTARA Edith	F	UNFPA Bureau Central-Antananarivo	Technical Specialist Maternal Health	oboni@unfpa.org, 032 07 845 28
146.NDAHINYUKA Jovith	M	UNFPA Bureau Central-Antananarivo	Conseiller Technique SPSR	ndahinyuka@unfpa.org, 032 07 845 86
147.ANDREMANISA Hantanirina Volasoa	F	UNFPA Bureau Central-Antananarivo	Communication Analyste	andremanisa@unfpa.org, 032 07 845 12
148.RABENAMPOIZINA Nohisoa	F	UNFPA Bureau Central-Antananarivo	Chargée du Programme / M & E	rabenam-poizina@unfpa.org, 032 44 674 32
149.RAHAJAVOLOLONA Lantosoa	F	UNFPA Bureau Central-Antananarivo	Chargée du volet VBG	rahajavololona@unfpa.org, 032 07 846 01
150.SOLOMANDRESY Ratsarazaka	F	UNFPA Bureau Central-Antananarivo	Chargée du Programme / Humanitaire	solomandresy@unfpa.org, 032 07 845 38
151.RATSARAIBE RAHELINIRINA Faramalala	F	UNFPA Bureau Central-Antananarivo	Spécialiste de Programme / Planification Familiale	rahelinirina@unfpa.org, 032 07 845 54
152.RABARY Onja	F	UNFPA Bureau Central-Antananarivo	Spécialiste de Programme / Adolescents et Jeunes / HIV/ PBF	<a href="mailto:rabary@unfpa.org">rabary@unfpa.org</a> 032 07 845 09
153.RAKOTOARISOA Hajamamy	F	UNFPA Bureau Central-Antananarivo	Chargée du Programme / Santé Reproductive	032 07 846 11
154.RAHARIMANJATO Lazasoa	M	UNFPA Bureau Central-Antananarivo	Associé au Programme	<a href="mailto:raharimanjato@unfpa.org">raharimanjato@unfpa.org</a> 032 07 845 06
155.RAHOLIARISOA Angiliette	F	UNFPA Bureau Central-Antananarivo	Associé au Programme	<a href="mailto:angiliette@unfpa.org">angiliette@unfpa.org</a> 032 04 422 13
156.RAKOTOARISOA Tiana	F	UNFPA Bureau Central-Antananarivo	Assistant au Programme	<a href="mailto:rakotoarisoa@unfpa.org">rakotoarisoa@unfpa.org</a> 0320784539
157.RAZANADRASOA Vola	F	UNFPA Bureau Central-Antananarivo	Assistant Financier IC	<a href="mailto:razanadrasoa@unfpa.org">razanadrasoa@unfpa.org</a> 32 07 845 67
158.RASOANAIVO Faramalala	F	UNFPA Bureau Central-Antananarivo	Administrative Associate	<a href="mailto:rasoanaivo@unfpa.org">rasoanaivo@unfpa.org</a> 032 07 845 29
159.RAZAFY Holiharivelo	F	UNFPA Bureau Central-Antananarivo	Finance Associate	<a href="mailto:holiharivelo@unfpa.org">holiharivelo@unfpa.org</a> 032 07 779 17
160.RAZAKATIANA Rachel	F	UNFPA Bureau Central-Antananarivo	Procurement Associate	<a href="mailto:razakatiana@unfpa.org">razakatiana@unfpa.org</a> 032 57 475 56
161.Ranarijaona Niaina Secretary	F	UNFPA Bureau Central-	Administrative et Finance Assistant	<a href="mailto:ranarijaona@unfpa.org">ranarijaona@unfpa.org</a>

		Antananarivo		032 07 845 35
162.Mme ANDRIAMANANA Tolotra	F	UNFPA Bureau Central-Antananarivo	Chargée du Programme Genre	032 43 321 11 adriamanana@unfpa.org
163.RAHAJAVOLOLNA Lantosoa	F	UNFPA Bureau Central-Antananarivo	Consultante du PBF	032 07 846 01
164.RASOANIRINA Jocelyne	F	UNFPA Sous Bureau Toliara	Programme Analyste	rasoanirina@unfpa.org 032 07 844 60
165.NOMENJANAHARY DUCOQ Elsa	F	UNFPA Sous Bureau Toliara	Responsable Genre et Droits Humains	032 07 845 61 ducoq@unfpa.org
166.RANDRIANATOANDRO Arnaud	M	UNFPA Sous Bureau Toliara	Consultant au CECJ de Toliara	032 07 845 83, andriamisaintsoa@unfpa.org
167.RATSIZAFY ANDRIANANDRASANA Jean	M	UNFPA Sous Bureau Toliara	Programme Analyst	<a href="mailto:ratsizafy@unfpa.org">ratsizafy@unfpa.org</a> 032 07 845 60
168.MIHA SAMBESOA Patrick	M	UNFPA – Ambovombe	Coordonnateur de santé reproductive en situation d'urgence	miha@unfpa.org 032 07 846 02
169.MBOLATIANA Jocelyn	M	UNFPA – Ambovombe	Responsable CECJ/ Spécialiste droits humains	mbolatiana@unfpa.org 032 07 845 82
<b>PERSONNEL DES AUTRES AGENCES DES NATIONS UNIES</b>				
170.Mr Omer Kalameu	M	HCDH	Conseiller aux Droits de l'Homme du Bureau de la Coordination résidente du SNU à Madagascar	<a href="mailto:okalameu@ohchr.org">okalameu@ohchr.org</a> , <a href="mailto:omerkebiwou@yahoo.com">omerkebiwou@yahoo.com</a> , 032 11 008 82
171.Nirina Haja Andrianjaka	M	Bureau du Coordinateur Résident du SNU	Spécialiste en Suivi et Evaluation	<a href="mailto:Nirina.haja.andrianjaka@one.un.org">Nirina.haja.andrianjaka@one.un.org</a> 032118637
172.Dr Saina Israely	M	OMS	Chargée de Programme, Planification et Management	032 03 303 47 <a href="mailto:rambinintsoa@who.org">rambinintsoa@who.org</a>
173.Mme Razafinisoa Nombàna	F	OIT	Chargé de Programme	034 05 156 85 <a href="mailto:razafinisoa@ilo.mg">razafinisoa@ilo.mg</a>
174.Mme Sophie Nyirabakwiye	F	PNUD	Spécialiste technique – Environnement	032 23 108 06 <a href="mailto:Sophie.Nyirabakwiye@undp.org">Sophie.Nyirabakwiye@undp.org</a>
175.SOLOMAMPIONONA Patrick	M	PNUD	Spécialiste Suivi et Evaluation	0322310026
176.Mr Jean Benoit Manhes	M	UNICEF	Représentant Résident Adjoint-Coordinateur Genre	032 05 411 37 <a href="mailto:jmanhes@unicef.org">jmanhes@unicef.org</a>
177.GRAHAM Gareth	M	UNICEF	Responsable en planification et Suivi	<a href="mailto:ggraham@unicef.org">ggraham@unicef.org</a> , 0322342960
178.RASOLOFOARIMANANA René	M	UNICEF	Spécialiste de la protection de l'enfant centré sur l'équité et des programmes décentralisés.	<a href="mailto:rrasolofoarimanana@unicef.org">rrasolofoarimanana@unicef.org</a> , 0322342778
179.RAMANANJATO Ranto Harivelo	M	UNICEF	Officier de la communication des données, Politique Sociale et	<a href="mailto:rramananjato@unicef.org">rramananjato@unicef.org</a>



			Evaluation	
180.RAVELOSON Clarimond	M	ONU SIDA	Chargé de Programme	032 11 816 32
181.Dr Voahirana Hanitriniala Rajoela	F	Banque Mondiale	Spécialiste Principale en Santé	vrajoela@worldbank.org, 0320721223
182.Serge Radhert	M	Banque Mondiale	Appui au RGP3, Consultant Pauvreté	sradhert@worldbank.org, 0340180775
<b>AUTRES PARTENAIRES AU DEVELOPPEMENT</b>				
183.Dr Andriamiadana Jocelyne	F	USAID	Chargée de programme, bureau santé, population et nutrition	034 07 428 03 Jandriamiadana@usaid.gov
184.Andry Nirina Rahajarison	M	USAID	Gestionnaire de programme de planification Familiale	<a href="mailto:arahajarison@usaid.gov">arahajarison@usaid.gov</a> , 0340742821
185.RABENIRINA Danielle	F	AFD	Chargée de projets secteur environnement	<a href="mailto:rabeninad@afd.fr">rabeninad@afd.fr</a> , 0324100462

### ANNEXE 5.3 : FOCUS GROUP MENES PAR LA COMPOSANTE SANTE DE LA REPRODUCTION

Lieux (région+localité)	Nombre et type de Participants	Thèmes traités abordés
<b>1. Atsimo Andrefana</b>	6 femmes accouchées à la maternité CHU Mitsinjo Tuléar	Discussions sur les raisons pour choisir la maternité comme lieu d'accouchement ; la distance par rapport au domicile, la satisfaction de la prise en charge : les couts des services, la dotation en kits d'accouchement, l'accueil du prestataire, les différentes perceptions, les problèmes rencontrés et les suggestions d'améliorer
<b>2. Atsimo Andrefana</b>	6 Femmes en âge de procréer utilisatrices régulières au centre modèle CHU Mitsinjo Tuléar	Discussions sur les méthodes contraceptives utilisées par chaque femme : pilule pour 2 et implanon pour les 3 femmes ; les raisons pour faire la PF ; Deux ont fait la PFPP ; discussions sur les perceptions des femmes, la prise en charge, l'accueil par le prestataire ; 2 ont accouché au centre ; discussions sur les raisons pour choisir le lieu de l'accouchement
<b>3. Atsimo Andrefana</b>	5 femmes jeunes utilisatrices régulières en PF au CSB1 Mahavatse Tuléar	Discussions sur les méthodes contraceptives utilisées par chaque femme : pilule pour 2 et implanon pour les 3 femmes ; les raisons pour faire la PF ; Deux ont fait la PFPP ; discussions sur les perceptions des femmes, la prise en charge, l'accueil par le prestataire ; la satisfaction, les problèmes rencontrés et les suggestions
<b>4. Atsimo Andrefana</b>	4 Jeunes paires éducatrices du « projet jeunes mères » au CSB Mahavatse 1	Discussions sur les différentes activités des JPE : CIP/VAD, Animation de masse, et Discussions de groupes, les formations reçues, les outils de gestion des JPE et les outils CCC utilisés, la répartition des lieux de travail ; les objectifs fixés par chaque JPE, les résultats obtenus, la motivation des JPE, les points forts et les points faibles, les problèmes rencontrés et les solutions proposées
<b>5. Ambovombe Androy</b>	4 femmes venant d'accoucher à la	Discussions sur les raisons pour choisir la maternité comme lieu d'accouchement ; la satisfaction de la prise en charge : les couts des services, la dotation en kits d'accouchement, l'accueil, les différentes perceptions, les problèmes rencontrés et les suggestions d'améliorer

	Maternité CHRR Ambovombe	
<b>6. Ambovombe Androy</b>	6 femmes en âge de procréer utilisatrices régulières au centre de modèle PF Ambovombe 2PFPP	Discussions sur les méthodes contraceptives utilisées par chaque femme : pilule pour 2 et implanon pour les 3 femmes ; les raisons pour faire la PF ; Deux ont fait la PFPP ; discussions sur les perceptions des femmes, la prise en charge, l'accueil par le prestataire ; la satisfaction, les problèmes rencontrés et les suggestions
<b>7. Vatovavy Fitovinany</b>	6 femmes accouchées au CHRR Manakara	Discussions sur les raisons pour choisir la maternité comme lieu d'accouchement ; la satisfaction de la prise en charge : les couts des services, la dotation en kits d'accouchement, l'accueil, les différentes perceptions, les problèmes rencontrés et les suggestions d'améliorer
<b>8. Vatovavy Fitovinany</b>	4 femmes réparées en FVFO FMA Ampasimanjeva	Discussions sur les sensibilisations reçues pour venir faire le traitement au centre, les perceptions sur la prise en charge, la satisfaction, les problèmes rencontrés, les suggestions d'amélioration
<b>9. Vatovavy Fitovinany</b>	5 femmes réparées FVFO dans La maternité CHRD Mananjary	Discussions sur les sensibilisations reçues pour venir faire le traitement au centre, les perceptions sur l'accueil et la prise en charge des effets secondaires, la satisfaction, les problèmes rencontrés, les suggestions d'amélioration
<b>10. Vatovavy Fitovinany</b>	6 femmes accouchées à la Maternité CHRD Mananjary	Discussions sur les raisons pour choisir la maternité comme lieu d'accouchement ; la satisfaction de la prise en charge : les couts des services, la dotation en kits d'accouchement, l'accueil, les différentes perceptions, les problèmes rencontrés et les suggestions d'amélioration
<b>11. Vatovavy Fitovinany</b>	5 femmes utilisatrices en PF dans le centre modèle du CHRD Mananjary	Discussions sur les méthodes contraceptives utilisées par chaque femme : pilule pour 2 et implanon pour les 3 femmes ; les raisons pour faire la PF ; Deux ont fait la PFPP ; discussions sur les perceptions des femmes, les effets secondaires, l'accueil par le prestataire ; la satisfaction, les problèmes rencontrés et les suggestions

#### ANNEXE 5.4 : FOCUS GROUP MENES PAR LA COMPOSANTE ADOLESCENT ET JEUNES

Lieux (région+localité)	Nombre et type de Participants	Thèmes traités abordés
<b>12. Atsimo Andrefana</b>	6 JPE Maison des jeunes Tuléar 1 (Garanteen, JPE)	Discussions sur les différentes activités des paires éducatrices, leur motivation, les formations reçues, leur encadrement, la répartition des zones, les outils de gestion utilisés et les outils de sensibilisation, la référence des cas vers les centres de référence, les problèmes rencontrés sur le terrain, les forces et les faiblesses et les solutions et les suggestions pour améliorer le programme
<b>13. Atsimo Andrefana</b>	8 dont 4 garçons et 4 filles fréquentant la maison des jeunes de Tuléar	Les perceptions des jeunes sur la maison des jeunes, les avantages reçus, l'accueil au centre, les discussions sur les différents matériels existant à la maison des jeunes, les différentes raisons pour utiliser le centre, les suggestions d'améliorations pour les filles spécifiquement et pour les garçons spécifiquement .
<b>14. Ambovombe Androy</b>	7 JPE dont 4 garçons et 3 filles dans la Maison des jeunes Ambovombe	Discussions sur les différentes activités des JPE dans la maison des jeunes, les formations reçues, leur encadrement, leurs outils de gestion, et leurs outils de sensibilisation, les descentes de

		sensibilisation dans les fokontany, les différentes réactions des jeunes sensibilisés, les références vers les centres de santé, leur motivation, les perceptions sur le volet emploi introduit dans la maison des jeunes Ambovombe, les problèmes rencontrés et les suggestions pour l'amélioration de leurs activités
<b>15. Ambovombe Androy</b>	8 Jeunes dont 5 garçons et 3 filles fréquentant la maison des jeunes Ambovombe Androy	Discussions sur les différentes activités et loisirs au niveau de la maison des jeunes, leur satisfaction, l'accueil, les perceptions sur les différentes activités au niveau du centre pour les filles spécifiquement et pour les hommes, les problèmes rencontrés, les suggestions d'améliorations.
<b>16. Vatovavy Fitovinany</b>	7 JPE dans la maison des jeunes Manakara dont 4 garçons et 3 filles	Discussions sur les différentes activités des JPE dans la maison des jeunes, les formations reçues, leur encadrement, leurs outils de gestion, et leurs outils de sensibilisation, les descentes de sensibilisation dans les fokontany, les différentes réactions des jeunes sensibilisés, les références vers les centres de santé, leur motivation, les perceptions sur le volet emploi introduit dans la maison des jeunes Ambovombe, les problèmes rencontrés et les suggestions pour l'amélioration de leurs activités
<b>17. Vatovavy Fitovinany</b>	8 jeunes dont 4 garçons et 4 filles fréquentant la maison des jeunes Manakara	Discussions sur les différentes activités et loisirs au niveau de la maison des jeunes, leur satisfaction, l'accueil, les perceptions sur les différentes activités au niveau du centre pour les filles spécifiquement et pour les hommes, les problèmes rencontrés, les suggestions d'améliorations.
<b>18. Vatovavy Fitovinany</b>	6 JPE dont 3 garçons et 3 filles de la maison des jeunes districts Manakara	Discussions sur les différentes activités des JPE dans la maison des jeunes, les formations reçues, leur encadrement, leurs outils de gestion, et leurs outils de sensibilisation, les descentes de sensibilisation dans les Fokontany, les différentes réactions des jeunes sensibilisés, les références vers les centres de santé, leur motivation, les perceptions sur le volet emploi introduit dans la maison des jeunes Ambovombe, les problèmes rencontrés et les suggestions pour l'amélioration de leurs activités
<b>19. Vatovavy Fitovinany</b>	8 jeunes dont 6 garçons et 2 filles fréquentant la maison des jeunes de Mananjary	Discussions sur les différentes activités et loisirs au niveau de la maison des jeunes, leur satisfaction, l'accueil, les perceptions sur les différentes activités au niveau du centre pour les filles spécifiquement et pour les hommes, les problèmes rencontrés, les suggestions d'améliorations.
<b>20. Vatovavy Fitovinany</b>	6 JPE dont 4 garçons et 2 filles de la maison des jeunes de Mananjary	Discussions sur les différentes activités des JPE dans la maison des jeunes, les formations reçues, leur encadrement, leurs outils de gestion, et leurs outils de sensibilisation, les descentes de sensibilisation dans les fokontany, les différentes réactions des jeunes sensibilisés, les références vers les centres de santé, leur motivation, les perceptions sur le volet emploi introduit dans la maison des jeunes Ambovombe, les problèmes rencontrés et les suggestions pour l'amélioration de leurs activités

<b>21. Vatovavy Fitovinany</b>	6 jeunes fréquentant l'espace jeunes d'Antsenavolo	Discussions sur les différentes activités et loisirs au niveau de la maison des jeunes, leur satisfaction, l'accueil, les perceptions sur les différentes activités au niveau du centre pour les filles spécifiquement et pour les hommes, les problèmes rencontrés, les suggestions d'améliorations.
--------------------------------	--	---

## ANNEXE 5.5 : GROUPES FOCALISÉS MENÉS POUR LA COMPOSANTE GENRE

Lieux (région + localité)	Nombre et type de Participants	Thèmes traités abordés
<b>22. Toliara (Région Atsimo Andrefana)</b>	Un groupe de 7 victimes de VBG, dont un homme et 6 femmes	-L'accueil et la prise en charge au niveau du CECJ, Utilité et efficacité des CECJ, La satisfaction aux services, Evolution de la perception personnelle des violences basées sur le genre, la perception des violences basées sur le genre de la famille, de la communauté ; la réalisation de la réinsertion socioéconomique : résultats, difficultés et propositions de solutions ; la sensibilisation de la lutte contre le VBG dans la communauté ; les suggestions pour améliorer le centre.
	Un groupe de 6 du personnel du CECJ de Toliara	Le recrutement au niveau du CECJ ; la relation avec l'association que gère le CECJ ; la sensibilisation de la lutte contre le VBG dans la communauté ; la prise en charge au niveau du CECJ ; les résultats, difficultés et propositions de solutions a niveau de CECJ ; les suggestions d'améliorations de service du CECJ
<b>23. Ambovombe (Région Androy)</b>	Un groupe de 6 victimes de VBG dont 1 homme et 5 femmes	L'accueil et la prise en charge au niveau du CECJ, Utilité et efficacité des CECJ, La satisfaction aux services, Evolution de la perception personnelle des violences basées sur le genre, la perception des violences basées sur le genre de la famille, de la communauté ; la réalisation de la réinsertion socioéconomique : résultats, difficultés et propositions de solutions ; la sensibilisation de la lutte contre le VBG dans la communauté ; les suggestions d'améliorations de service du CECJ
	Un groupe de 6 du personnel du CECJ de Ambovombe	Le recrutement au niveau du CECJ ; la relation avec l'association que gère le CECJ ; la sensibilisation de la lutte contre le VBG dans la communauté ; la prise en charge au niveau du CECJ ; les résultats, difficultés et propositions de solutions a niveau de CECJ ; les suggestions d'améliorations de service du CECJ
<b>24. Manakara (Vatovavy Fitovinany)</b>	Un groupe de 8 femmes victimes dont 5 de VBG et de 2 FVFO et un membre de l'association des handicapés	L'accueil et la prise en charge au niveau du CECJ, Utilité et efficacité des CECJ, La satisfaction aux services, Evolution de la perception personnelle des violences basées sur le genre, la perception des violences basées sur le genre de la famille, de la communauté ; la réalisation de la réinsertion socioéconomique : résultats, difficultés et propositions de solutions ,les problèmes particuliers des victimes de FVFO; la sensibilisation de la lutte contre le VBG dans les communauté ; les suggestions pour améliorer le centre.

	Un groupe de 3 du personnel du CECJ de Manakara	Le recrutement au niveau du CECJ ; la relation avec l'association que gère le CECJ ; la sensibilisation de la lutte contre le VBG dans la communauté ; la prise en charge au niveau du CECJ ; les résultats, difficultés et propositions de solutions a niveau de CECJ ; les suggestions d'améliorations.
<b>25. Mananjary (Région Vatovavy Fitovinany)</b>	Un groupe de 5 femmes victimes de VBG et de FVFO	L'accueil et la prise en charge au niveau du CECJ, Utilité et efficacité des CECJ, , La satisfaction aux services, Evolution de la perception personnelle des violences basées sur le genre, la perception des violences basées sur le genre de la famille, de la communauté ; la réalisation de la réinsertion socioéconomique : résultats, difficultés et propositions de solutions ; la sensibilisation de la lutte contre le VBG dans la communauté ; les suggestions pour améliorer le centre.
	Un groupe de 2 du personnel du CECJ de Mananjary	Le recrutement au niveau du CECJ ; la relation avec l'association que gère le CECJ ; la sensibilisation de la lutte contre le VBG dans la communauté ; la prise en charge au niveau du CECJ ; les résultats, difficultés et propositions de solutions a niveau de CECJ ; les suggestions d'améliorations les services du CECJ

## ANNEXE 6 : PROGRAMME DU CPE

	12 -15 Juin	18-22 Juin	25-29 Juin	2-6 Juillet	9-13 Juillet	16-20 Juillet	23-27 Juillet	30 Juillet- 03 Août	06-10 Août	13-18 Août	20-24 Août	27-31 Août	03-07 Sept	10-14 Sept	17-21 sept	21 Sept
<b>Phase de conception</b>																
Atelier d'orientation de l'équipe d'évaluation																
Production du rapport de démarrage (inception report), matrice d'évaluation																
Réunion sur le rapport de démarrage avec le GRE et finalisation du rapport																
Finalisation du rapport de démarrage																
<b>Phase de terrain</b>																
Collecte et analyse des données																
Débriefing sur les résultats et conclusions préliminaires																
Synthèse et Analyse des données																
<b>Phase de synthèse</b>																
Production du premier draft de rapport final de l'évaluation																
Atelier GRE sur le premier draft de rapport final de l'évaluation																
Production du deuxième draft du rapport final de l'évaluation sans annexes																
Analyse du rapport final provisoire sans les annexes par le Bureau UNFPA & le Groupe de Référence de l'Evaluation																
Production du deuxième draft du rapport final de l'évaluation avec annexes																
Analyse du rapport final provisoire avec les annexes par le Bureau UNFPA																
Transmission des commentaires et recommandations du bureau à l'équipe d'évaluateurs																
Finalisation du document en tenant compte des commentaires et recommandations de l'UNFPA																
Transmission du rapport final CPE au Bureau UNFPA																

## ANNEXE 7 : DOCUMENTS CONSULTES (non exhaustive)

- 1 African Union, Gender action plan, 2017
- 2 African Union Gender Strategy, Timing, Traction and Transformation for African women, 2017
- 3 Banque mondiale, *Tendances de la mortalité maternelle : 1990- 2015 : Estimations de l’OMS, l’UNICEF, l’UNFPA, le Groupe de la Banque Mondiale et la Division de la population des Nations Unies : Résumé d’orientation*
- 4 Care International, *Relever le défi des violences basées sur le genre dans le monde : l’impact des programmes menés par CARE, Stratégies, résultats et évaluation de l’impact 2011-2013*
- 5 Comité National de lutte contre le sida à Madagascar, Secrétariat exécutif, *Plan stratégique national de réponse aux infections sexuellement transmissibles et au sida à Madagascar 2013-2017*
- 6 Coalition des Organisations de la Société Civile de Madagascar, Convention sur l’Elimination de toutes les formes de Discrimination à l’Egard des Femmes (CEDEF) Rapport alternatif de MADAGASCAR 2015
- 7 Enda Madagascar, *Recherche qualitative sur les représentations sociales liées au genre à Antananarivo 2016*
- 8 Gastineau B, Gathier L., Rakotovao I, *Relations de genre et violence conjugale à Antananarivo (Madagascar) 2010*
- 9 Gouvernement de Madagascar, *Politique générale de l’état, 2014*
- 10 Gender links, Rapport de lancement de la plateforme des femmes en politique à Madagascar Septembre 2011
- 11 Gouvernement de Madagascar, *Politique nationale de développement, 2015 – 2019 à Madagascar*
- 12 Institut National des Statistiques, *Enquête Nationale sur le suivi des Objectifs du Millénaire pour le développement à Madagascar 2012 - 2013*
- 13 Institut National des Statistiques, *Enquête Démographique 2008-2009*
- 14 Ministère de la jeunesse, *La Politique nationale de santé des adolescents et des jeunes, 2002*
- 15 Ministère de la population, de la protection sociale et de la promotion de la femme, *Stratégie Nationale de lutte contre les violences basées sur le genre 2017-2021*
- 16 Ministère de la population et des affaires sociales, *Politique nationale de Promotion de la femme, 2000-2015*
- 17 Ministère de la population et des affaires sociales, *Rapport de la campagne de 16 jours d’activisme contre les violences de Genre, 2011*
- 18 Ministère de la population, *stratégie nationale de lutte contre les VBG 2017-2021*
- 19 Ministère de la Santé et du Planning Familial, *Politique Nationale de Santé Communautaire à Madagascar, Janvier 2009*
- 20 Ministère de la Santé et du Planning Familial, *Plan de développement du secteur santé à Madagascar 2015 – 2019 à Madagascar*

- 21 Ministère de la Santé et du Planning Familial, Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant, Service de Maternité sans Risque, *Evaluation de l'utilisation des kits pour les activités de maternité sans risque*, 2008
- 22 Ministère de la santé et du Planning Familial, Direction du Planning Familial et UNFPA, *Evaluation de l'Application de la Méthode Rapid Result Initiative (RRI) en planification familiale*, Décembre 2008
- 23 Ministère de la Santé et du Planning Familial, *Evaluation du système logistique pour la sécurisation des produits de santé de la reproduction*, 2009
- 24 Ministère de la Santé et du Planning Familial, *Feuille de route pour la Réduction de la Mortalité Maternelle et Néonatale à Madagascar 2005 - 2015*
- 25 Ministère de la Santé et du Planning Familial, *Plan Stratégique de Sécurisation des Produits de Santé de La Reproduction à Madagascar 2008 – 2012*, Mai 2008
- 26 Ministère de la Santé et du Planning Familial, *Programme d'Action pour l'Intégration des intrants de Santé (PAIS), Plan Stratégique 2008-2012*
- 27 Ministère de la Santé et du Planning Familial, UNFPA, *Evaluation du Système d'Approvisionnement*
- 28 Ministère de la Santé et du Planning Familial, UNFPA, *International Confédération of Midwives, La Profession de Sage-femme à Madagascar - Revue documentaire sur la formation, la réglementation, la supervision et l'association des sages-femmes en exercice à Madagascar*, Juillet 2009
- 29 Ministère de la Santé et du Planning Familial, UNFPA, *Plan stratégique intégré en Planification Familiale et en sécurisation des produits de la santé de la reproduction 2016-2020 Madagascar*.
- 30 Ministère de la Santé et du Planning Familial/ UNFPA: *Étude sur la disponibilité l'accessibilité et des services SR/PF dans les centres de santé publics de Madagascar*, 2008
- 31 Ministère de la Santé Publique, *Guide de Supervision Intégrée - Bureau De Santé Du District : Centre de Santé de Base*, 2012
- 32 Ministère de la Santé Publique, *Programme National de Lutte contre le SIDA, Stratégie Nationale de Programmation des Préservatifs Masculins et Féminins*, 2011
- 33 Ministère de la Santé Publique, UNFPA, *Évaluation de la campagne pour l'éradication de la fistule obstétricale à Madagascar, rapport d'évaluation*, Août 2011
- 34 Ministère de la Santé Publique, UNFPA, *Evaluation de la Politique de gratuité des Services de Santé Maternelle et de Planification Familiale*, 2010
- 35 Ministère de la Santé Publique, UNFPA, *Evaluation de la Sécurisation des Intrants de Santé à Madagascar*, Décembre 2011
- 36 Ministère de la Santé Publique, UNFPA, *Guide D'orientation sur l'Organisation de Stratégie Avancée en Planification Familiale*, 2011
- 37 Ministère de la Santé Publique, UNFPA, UNICEF, *Evaluation de la disponibilité et de l'accessibilité des intrants essentiels pour les enfants et les femmes à Madagascar*, 2010
- 38 Ministère de la Santé, du Planning Familial et de la Protection Sociale, *Analyse de la Situation de Base sur l'Ampleur et les Impacts des Fistules Obstétricales à Madagascar*, 2007
- 39 Ministère de la Santé, du Planning Familial et de la Protection Sociale, *Plan de Développement Secteur Santé 2015-2019*



- 40 Ministère de la Santé et du Planning Familial, *Evaluation du système logistique pour la sécurisation des produits de santé de la reproduction*, 2017
- 41 Union Africaine, 2e projet, Stratégie de l'Union africaine en matière de genre (2018-2027)

## ANNEXE 8 : Matrice de planification du suivi évaluation du CPAP 7<sup>ème</sup> programme de coopération entre Madagascar et UNFPA

Résultats	Indicateurs de produits et base de référence	Objectifs et résultats										Moyens de vérification	Activités de suivi évaluation	Période/fréquence de l'activité de S&E	Personne/entité responsable de l'activité de S&E	Ressources disponibles pour l'activité de S&E	Risques de S&E
		Année 1		Année 2		Année 3		Année 4		Année 5							
		Cible	R	Cible	R	Cible	Réalisation (situation actuelle)	Cible	Réalisation	Cible	Réalisation						
<b>Résultat du programme pays : Services de santé sexuelle et reproductive</b>																	
<b>Effet 3 UNDAF : Les populations des zones d'intervention, en particulier les plus vulnérables, ont accès à des services sociaux de base durables et de qualité et les utilisent.</b>																	
<b>Produit 1: Les capacités nationales à fournir des services de santé maternelle de qualité, y compris dans les situations d'urgence humanitaire améliorées</b>																	
	<b>IND CPD</b> Pourcentage de centres de santé de base fournissant des services de soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base <b>Réf : 2% (Enquête SONU 2009)</b> Cible : 20%	5%	ND Monitoring SONU	8%	36,5%	10%	17%	15%	21%	20%		Monitoring SONU  -Rapports de supervision -Fiches de collecte de données auprès des FS SONU	Réalisation de monitoring SONU Exploitation des rapports Monitoring SONU	Semestrielle  Annuelle  Enquête SONU au début et à la fin du programme	DEP  DSEMR  DDDS		Le personnel responsable SIG et SEV est bien formé sur le remplissage du RMA et du canevas monitoring SONU  Insuffisance de ressources financières
	<b>IND CPD</b> Nombre de patientes souffrant de fistule bénéficiant de réparation avec succès avec le soutien de l'UNFPA désagrégée par tranche d'âge <b>Réf : 700 (Cumulatif)</b>	1000	848	2000	1763	3000	3856	4000	4355	5000		-Rapport de réalisation des FS  Rapport des IPs  -Rapport de mission	Exploitation et compilation de rapports de réalisation des FS et des IPs  Exploitation des rapports de mission	Mensuelle  Trimestrielle  Annuelle	DSEMR  DEP/SSS  ONG effectuant des opérations Fistule avec l'appui de l'UNFPA		Taux de complétude faible

<b>2012-2014 campagnes et routines)</b>																		
<b>IND CPD</b> Nombre des mises à jour annuelles du plan national d'urgence pour les catastrophes naturelles intégrant la santé de la reproduction et la violence basée sur le genre <i>Ref : 1</i>	1 1ère révision	1	2 2ème révision	2	3 3ème révision	3	4 4ème révision	4	5 5ème révision		Plan ORSEC	Révision des plans existants	Annuel	DGS/SUR EPI DULMT/S URECA BNGRC				Insuffisance de moyens financiers (mise en œuvre)

**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

<b>IND CPD</b> Pourcentage de points de prestation de services sans rupture de stock de contraceptifs au cours des trois derniers mois. SPSR 2012 Ref : 94,6%	94,6%	94,9% (enquête SPSR 2012)	95%	94,9%	95%	94%	95%	94%	95%		1) Statistique de routine 2) Rapport de supervision Enquête SPSR	1) Exploitation des rapports mensuels d'activités (RMA) des FS 2) Exploitation des rapports de missions Exploitation de l'enquête SPSR	1) et 2) Annuelle	1) MSANPF/ DPLMT UNFPA			
<b>IND CPD</b> Pourcentage de points de prestation de services offrant au moins 5 méthodes contraceptives. <i>Ref : 25% (SPSR 2012)</i>	32%	56%	50%	63%	65%	71%	85%	71%	90%		1) Enquête annuelle SPSR 2) Statistique de routine	1) Exploitation de rapport SPSR 2) Exploitation des rapports mensuels d'activités	1) Annuelle 2) Trimestriel	1) MSANPF/ DSEMR UNFPA			

														(RMA) des FS					
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------	--	--	--	--	--

**Résultat 2: Adolescents et jeunes**

**Effet 3 UNDAF: Les populations des zones d'intervention, en particulier les plus vulnérables, ont accès à des services sociaux de base durables et de qualité et les utilisent.**

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

	<b>IND CPD</b> Nombre de points de prestation de service, incluant les centres pour les jeunes, ayant les capacités à offrir aux jeunes des programmes complets de santé sexuelle et reproductive <i>Réf: 2 (2014)</i>	4 dans les sites intervention UNFPA	03	8 Dans les sites intervention UNFPA	20	14 Dans les sites intervention UNFPA	22	22 Dans les sites intervention UNFPA	23	24 Dans les sites intervention UNFPA		1) Enquêtes sur la conformité des services et centres aux critères « amis des jeunes » 2) Rapports de mission	1) Réalisation d'enquête 2) Exploitation des rapports de mission conjoint (Minsan, MJS)	1) trimestrielle 2) Annuelle	Responsables suivi évaluation Minsan, MJS UNFPA	Manuel des services « amis des jeunes »	L'ensemble des critères ne sont pas remplis		
	<b>IND CPD</b> Pourcentage de districts mettant en œuvre un programme d'éducation sexuelle conforme aux normes internationales <i>Réf: 2%</i>	2% soit 3 districts	0% 3 districts en phase d'expérimentation	11% soit 6 districts	2%	24% soit 6 districts	2%	40% soit 57 districts	2%	50% soit 57 districts		1) Rapports d'inspection de la direction des curricula du MEN 2) Rapport de mission	1) Exploitation des rapports du MEN	1) Annuelle	MEN UNFPA				

**Résultat 3 : Egalité des sexes et autonomisation**

**Effet 2 UNDAF: Les organismes publics, la société civile et les media, tant au niveau central qu'au niveau décentralisé, jouent leurs rôles efficacement et sont responsables de l'instauration d'une gouvernance apaisée et protectrice des droits humains**

Produit 4:  
Les capacités nationales à prévenir et répondre à la violence basée sur le genre et aux pratiques néfastes, y compris dans les situations d'urgence humanitaire renforcées

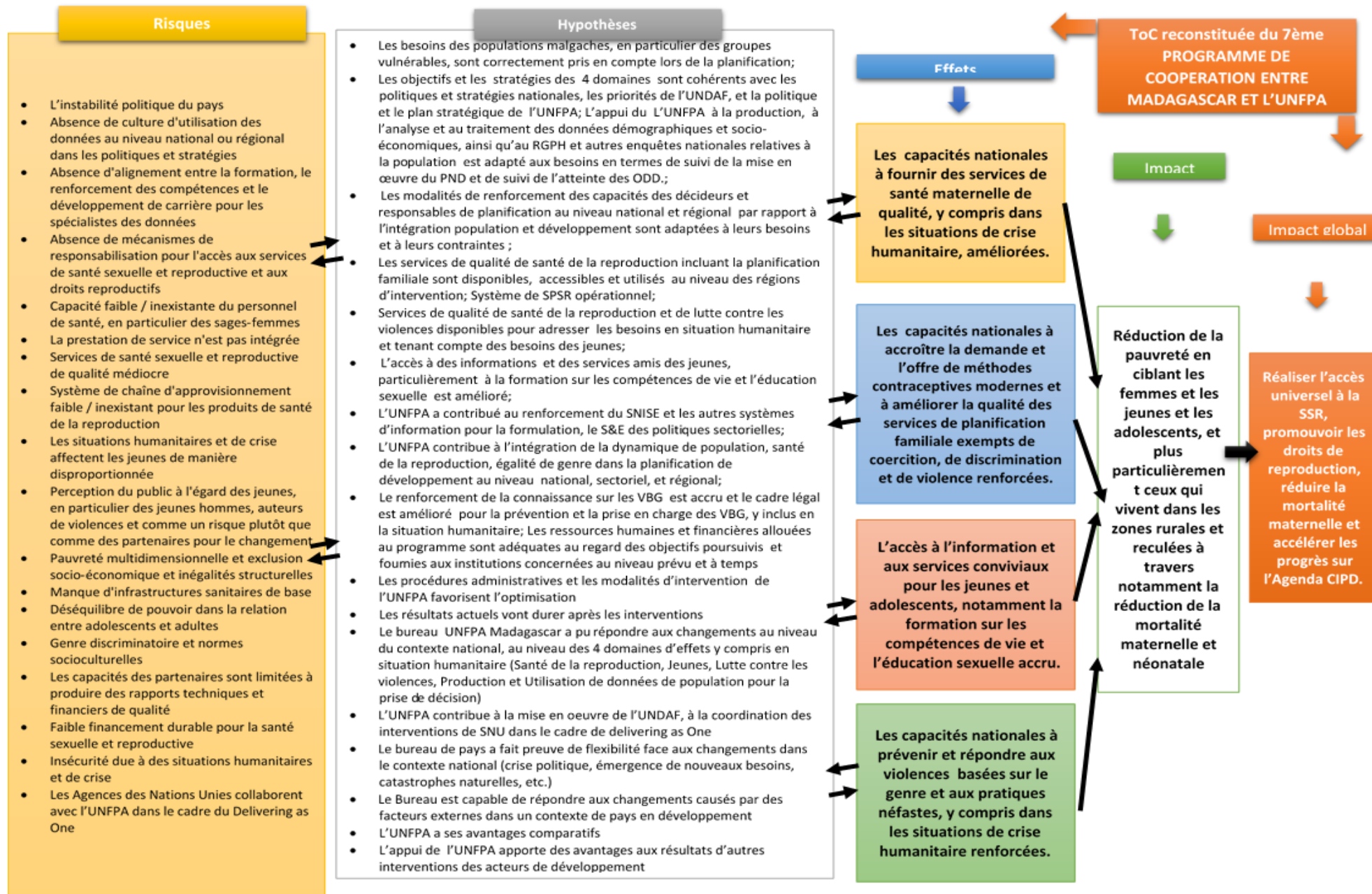
	<b>IND CPD</b> Existence de lois* spécifiques contre la violence basée sur le genre <i>Réf: Non</i>	Etat des lieux et analyse des lacunes sur les textes existants effectués	Recueil de textes sur les VBG disponible Analyse des lacunes sur les textes existants effectuée Version préliminaire du projet de loi sur la lutte contre les VBG disponible	Consultations nationales et régionales réalisées pour la préparation des projets de lois Plan de plaidoyer pour l'adoption des lois spécifiques contre les VBG développé Suivi d'avancement des autres lois, décrets d'application	<b>Versio n préliminaire du projet de lois disponible</b>  <b>Un document de stratégie de plaidoyer pour l'adoption du projet de loi sur la lutte contre les VBG disponible</b>	Argumentaires pour l'adoption des Projets de loi transmis à l'assemblée nationale disponibles Projet de lois spécifiques sur les VBG adopté Suivi d'avancement des autres lois, décrets d'application	Version provisoire du projet de lois	Loi vulgarisée auprès de la population et des intervenants dans 60% des régions d'intervention	Avant-Projet de loi amélioré disponible	Loi vulgarisée auprès de la population et des intervenants dans 100% des régions d'intervention		Les rapports du Ministère de la Population Journal officielle de la République de Madagascar Site officielle de l'Assemblée Nationale	Exploitation du journal officiel Etude et analyse des textes existants	Annuel	Au niveau national : Direction de Système d'information Technicien au sein de la Promotion de la Femme  Au niveau régional : RSE		Retard de l'insertion de la loi dans le journal officiel
	<b>IND CPD</b> Nombre de victimes de violence basée sur le genre recevant un soutien psychosocial (psychologique), des soins médicaux ou juridique dans les zones ciblées <i>Réf: 5.000 (année 2012)</i>	7 000 (écart : 2000)	1103 (nouveaux cas) Soit 6103 (cumulatif)	10000 (écart : 5000) cumulatif	2 108 nouveaux cas 8211 (cumulatif)	13 000 (écart : 8 000) cumulatif	3943 nouveaux cas Cumulatif : 12 146	16 500 (écart : 11 500)	19 914 (cumul)	20 000 (écart : 15 000)		Rapport de réunion de coordination Statistique de routine de services de prise en charge psychosocial et médical	Développement de manuel d'indicateurs Exploitation des rapports de services	Trimestriel Annuel	Au niveau national : Direction de Système d'information Technicien au sein de la Promotion de la Femme Au niveau régional : RSE		Existence de cas de violence non incluse dans le RMA
<b>Résultat 4: Dynamique de population</b>																	
<b>Effet 1 UNDAF : Les populations vulnérables des zones d'intervention ont accès aux opportunités de travail et de revenus, améliorent leurs capacités de résilience et contribuent à la croissance inclusive et équitable pour un développement durable</b>																	
<b>Produit 5:</b> 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.																	
	<b>IND CPD</b> Nombre de personnel qualifié de l'Institut National de	196 cadres	189 cadres (cumulatif dont 23 pour 2015)	221 cadres	243 dont 54 nouveaux	226 cadres	247 (dont 4 nouveaux démographes)	250 cadres	247	250 cadres		1) Rapport de formation 2)	1) Suivi de formation et exploitation de rapport de	Annuelle	INSTAT UNFPA		Réussite des candidats aux formations et aux

	la Statistique pour la collecte, l'analyse et la diffusion de données socioéconomiques et démographiques <i>Réf : 166 (2014)***</i>											Rapport d'activités annuel de l'INSTAT 3) Rapport de mission sur terrain	formation 2) Exploitation de rapport d'activités de l'INSTAT 3) Visite sur terrain et exploitation de rapport de mission				concours  Retard de mobilisation de ressources
	<b>IND CPD</b> Nombre d'organismes décentralisés et centraux disposant de personnel qualifié et des outils nécessaires pour établir des plans et une politique de développement fondés sur des données factuelles <i>Réf : 31</i>	0 Elaboration d'un guide et outils d'intégration de dimension population & développement dans le PRD élaboré	0 Guide disponible	15 organismes (régions/ministères)	26	35 organismes (régions/ministères)	49	53 organismes (régions/ministères)	49	53	1) Rapport de formation 2) Rapport d'activités trimestriel annuel du Ministère de l'Economie et de la Planification/DPG PRD au niveau des zones d'intervention	1) Suivi de formation et exploitation de rapport de formation Analyse des informations auprès des ressources humaines 2) Exploitation de rapport d'activités du Ministère en charge de l'Economie et de la Planification	Trimestrielle Annuelle	Ministère en charge de l'Economie et de la Planification  UNFPA			
	<b>IND CPD</b> Existence d'un système national intégré de suivi et évaluation redynamisé et	Décret SNISE et manuel du SNISE révisés	Décret SNISE mis à jour (Décret N°2015-521 du 24 Mars 2015 modifiant et complétant certaines dispositions du Décret N° 2008-	Structure d'organisation du SNISE opérationnelle	Structure au niveau central et de trois régions opérationnelle (Vatovavy Fitovinany, Atsimo Andrefana et Androy)	SNISE opérationnel Rapport national et rapport	SNISE Opérationnel Rapport national et rapports	SNISE opérationnel Rapport national et rapports régionaux disponibles	SNISE Opérationnel	SNISE opérationnel Evaluation de l'utilisation du SNISE	Mission de suivi (Au moins 2) Exploitation des rapports		Annuel	MEP/DSEP Régions DREP UNFPA			Capacité de suivi des DREP

	opérationnel <i>Réf: Non</i>		524 du 06 Juin 2008) et manuel de procédure du SNISE révisés			s régiona ux disponi bles	régionau x disponib les											
--	---------------------------------	--	---	--	--	---------------------------------------	----------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**N.B.** \*\*\* Référence en 2014 différente de celle de CPD car il y a eu de formation entre période élaboration CPD et CPAP 53 (2013)

## Annexe 9 : Reconstruction de la Théorie de changement





## ANNEXE 10 : Membre de Groupe de Reference

NOMS ET PRENOMS	RESPONSABILITES	STRUCTURES
Rose Sarr	Regional Desk Specialist	OSQAB/Programme Division, New York
Reginald Chima	M&E Advisor	ESARO UNFPA
Jean Gabriel RANDRIANARISON	Secrétaire Général	Ministère de l'Economie et du Plan
Lovatiako Ralaivao	Secrétaire Général	Ministère de la Jeunesse et des Sports
Dr Charlotte Hanta BARAKA	Secrétaire Général	Ministère de la Population, de la Protection Sociale et de la Promotion de la Femme
Arsene Ratsimbasoa	Secrétaire Général	Ministère de la Santé Publique
Rakotomanga Jean de Dieu Marie	Directeur Général	INSPC
Marie Rolland Ratsimbazafy		INSPC
Lalaina Razafinirinasoa	Country Director	Marie Stopes Madagascar
Staff de programme UNFPA		